

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI - AMARILIS, NOVIEMBRE 2016 - AGOSTO 2017”

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

PRESENTADO POR:

Bach. DIAZ AREVALO YESSENNIA GIOVANNA

DOCENTE ASESOR:

Mg. MARCELO ARMAS, MARICELA LUZ

HUÁNUCO, PERÚ

2018



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las dieciséis horas del día veintitres del mes de Mayo del año Dos Mil Dieciocho, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 703-2018-D-FCS-UDH, de fecha 22 de Mayo del 2018 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N°1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI – AMARILIS, NOVIEMBRE 2016 – AGOSTO 2017**"; presentado por la Bachiller doña **Yessennia Giovanna DIAZ AREVALO** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO (Art. 54)

Siendo las 17:00 horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....
Dra. Julia Marina Palacios Zevallos de Toscano
PRESIDENTA

.....
Obst. Dora Narvi Zulema Oscategui Torres
SECRETARIA

.....
Obst. Cecilia Lissette Suárez León
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y nunca rendirme en el intento.

A mis padres por su apoyo incondicional, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A las obstetras y docentes que me han acompañado durante este proceso de aprendizaje, brindándome siempre su asesoramiento con idoneidad profesional, ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación como estudiante universitario.

A mis compañeros, maestros y demás personas del presente y pasado, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome para que este sueño se haga realidad.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis si bien ha requerido de esfuerzo y dedicación por parte mía, no hubiese llegado a su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citare:

A Dios, por guiarme e iluminarme durante todas las etapas de mi vida, por brindarme sabiduría, fortaleza y permitirme superar los obstáculos que se me presentaron durante mi vida cotidiana y universitaria.

A mis padres, que supieron darme fuerza y ánimo para poder seguir adelante e inculcarme a ser una persona con buenos valores y principios. Y por su gran esfuerzo que tuvieron para que yo pudiera seguir adelante y cumplir una de mis metas.

A mis docentes de obstetricia de la universidad de Huánuco, por compartir sus conocimientos y experiencias, las cuales me ayudaron a tomar un rumbo decidido y así poder terminar mi carrera. Gracias

INDICE

Contenido

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE.....	v
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPITULO I	14
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS	17
1.3 OBJETIVO GENERAL.....	18
1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.5.1 A nivel teórico.....	19
1.5.2 A nivel práctico	20
1.5.3 A nivel metodológico	20
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	20

1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
CAPITULO II.....	22
2. MARCO TEORICO	22
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	22
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	22
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	25
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.....	33
2.2. BASES TEORICAS	33
2.2.1 ANATOMIA DEL PISO PELVICO:.....	33
2.2.2 Descripción del perineo femenino	35
2.2.3 CONCEPTO DE DESGARRO PERINEAL	36
2.2.4 PACIENTES EN RIESGO PARA PRESENTAR DESGARRO PERINEAL.....	37
2.2.5 CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS	37
2.2.6. REPARACIÓN DE LOS DESGARROS	38
2.2.7 CONSECUENCIAS DE LOS DESGARROS PERINEALES.....	40
2.2.8 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL	40
2.2.9 PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL.....	49
2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS.....	55
2.4. HIPOTESIS Y VARIABLES	56
2.4.1. Hipótesis de investigación	56
2.4.2. Hipótesis nula.....	56

2.5 VARIABLES.....	57
2.5.1 Variable independiente:.....	57
2.5.2 Variable dependiente:.....	57
2.6. INDICADORES.....	58
CAPITULO III.....	61
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	61
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.2. MÉTODO.....	61
3.2.1. Nivel de estudio.....	61
3.2.2. Diseño Descriptivo.....	61
3.2.3. Área de estudio.....	61
3.3. METODOS Y TECNICAS.....	61
3.3.1 POBLACION:.....	61
3.2.2 Muestra:.....	62
3.3.3. Tipo de muestreo.....	62
3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
3.4.1. Procedimientos para la recolección de datos.....	63
3.4.2. Para la presentación de datos.....	64
3.4.3. Análisis e interpretación de datos.....	64
CAPITULO IV.....	65
4. RESULTADOS.....	65
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	65

CAPITULO V.....	95
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	95
CONCLUSIONES	102
RECOMENDACIONES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	106
ANEXOS.....	112

RESUMEN

TITULO: Factores de riesgo que contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.

OBJETIVO: Determinar los Factores de riesgo que contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.

METODOLOGIA: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de tipo transversal; participaron 228 gestantes.

RESULTADOS: En el presente estudio de los 228 historias, se encontró que dentro de los factores de riesgo maternas, en cuanto a edad, el grupo que presenta mayor porcentaje de desgarro perineal fluctúa entre los 20 – 34 años con un 61.4 %. Según peso del recién nacido se observó que en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 2500-4000g que son del peso adecuado se presentó el 93,0% de lesiones. En cuanto al grado de desgarro perineal que se presentó con mayor frecuencia en gestantes durante el parto fue el desgarro perineal de I grado con el 75% de casos.

CONCLUSIONES: Del total de pacientes con desgarro perineal dentro de los factores de riesgo obstétricos; la paridad, periodo intergenesico y parto precipitado son estadísticamente no significativos, por lo tanto no son factores condicionantes para desarrollar desgarros perineales. Sin embargo la episiotomía y el tiempo de periodo expulsivo, son estadísticamente significativos; por lo tanto son factores condicionantes a desarrollar desgarros perineales.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, desgarros perineales.

ABSTRACT

TITLE: Risk factors that contribute to the Perineal tear during childbirth in pregnant women attended at the Maternal and Child Hospital Carlos Ferrari _ Amarilis, November 2016_ August 2017.

OBJECTIVE: To determine the risk factors that contribute to the Perineal tear during childbirth in pregnant women attended at the Maternal and Child Hospital Carlos Ferrari _ Amarilis, November 2016_ August 2017.

METHODOLOGY: A retrospective, observational cross-sectional study was carried out; 228 pregnant women participated.

RESULTS: In the present study of the 228 histories, it was found that within the maternal risk factors, in terms of age, the group that presents the highest percentage of perineal tear fluctuates between 20 - 34 years with 61.4%. According to the weight of the newborn it was observed that in the group of newborns whose weight was 2500-4000g who are of the appropriate weight, 93.0% of lesions were present. Regarding the degree of perineal tear that occurred more frequently in pregnant women during delivery was the perineal tear of I degree with 75% of cases.

CONCLUSIONS: Of the total number of patients with perineal tear within the obstetric risk factors; the parity, intergenetic period and precipitated delivery are statistically not significant, therefore they are not conditioning factors to develop perineal tears. However, the episiotomy and the period of the expulsive period are statistically significant; therefore they are conditioning factors to develop perineal tears.

KEY WORDS: Risk factors, perineal tears.

INTRODUCCIÓN

El parto eutócico es la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Es un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico por el riesgo de rotura 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 ⁽¹⁾.

El periné o perineo es la zona que se extiende desde el introito vaginal hasta el ano, dentro de la cual encontramos los órganos genitales externos y el propio ano. Está formado por un entramado de tejido blando (músculos y ligamentos) que es lo que conocemos como suelo pélvico, y que tapizan el interior de la pelvis limitándola en su parte inferior. Tiene forma similar a un rombo, el cual se puede dividir en dos triángulos: el anterior donde se encuentran los genitales externos y la uretra (en mujeres) y el posterior donde está el ano ⁽²⁾.

Entre las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto se encuentran los desgarros perineales. De acuerdo a algunos reportes, cerca del 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y del 2.2% al 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal ⁽³⁾.

Se puede definir los desgarros perineales como cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o causado por una episiotomía ⁽⁴⁾.

El desgarro perineal es una de las principales y más frecuentes complicaciones que tienen lugar durante el periodo expulsivo del parto. Éste período, también denominado segunda etapa del parto, es aquel que tiene

lugar entre el momento en el que se alcanza la dilatación completa y el instante en el que se lleva a cabo la expulsión fetal ⁽⁵⁾.

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 perineales ⁽⁶⁾.

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 manejo ⁽⁷⁾.

La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.

Existen muchos factores de riesgo de desgarro perineal entre ellos tenemos: factores neonatales, maternos y obstétricos, 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, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc.

Se conoce que la mayoría de defunciones 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 lesionan el canal blando del parto; el sangrado suele ser constante, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta. 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 Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 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.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Los desgarros perineales ocurren asiduamente durante el parto. La reparación quirúrgica puede asociarse con resultados adversos como dolor, malestar e interferencia en las actividades normales durante el puerperio y posiblemente la lactancia. La reparación quirúrgica también repercute sobre el volumen de trabajo clínico y los recursos humanos y financieros.

El desgarro perineal ocurre en más de 45% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. A nivel mundial, diferentes estudios han sido realizados para identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de desgarros perineales durante el parto vaginal, con el fin de minimizar su ocurrencia.

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.⁽⁸⁾

En América Latina la proporción es 2.4% 2, presentando desgarro perineal de tercer y cuarto grado, Costa Rica 2.2% y Colombia 1.9%.⁽⁸⁾

En Colombia, en el Hospital Universitario de Bogotá determinaron que los factores maternos están asociados a desgarros perineales de tercer y cuarto grado, tales como la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la nuliparidad, el uso de episiotomía, el peso al nacer del recién nacido, el expulsivo prolongado y la inducción del trabajo de parto.⁽⁹⁾

En un estudio realizado en Colombia, la duración de la fase activa y el peso del neonato son factores de riesgo para desgarro perineal. Por el contrario, ni la inducción del parto ni el nivel de formación del operador fueron factores de riesgo estadísticamente significativos ⁽¹⁰⁾.

Según un estudio en México, el peso del recién nacido, la duración del periodo expulsivo de más de 60 minutos, la anemia, la episiotomía fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles ⁽¹¹⁾.

La frecuencia a nivel nacional de desgarros perineales de III y IV grado en MINSA (2,1%), ESSALUD (1.7%). En Lima la frecuencia de desgarro perineal de III y IV grado (0.9%). ⁽¹²⁾

En el 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 perineal. ⁽¹³⁾

Se conocen varios factores de riesgo de desgarro perineal entre ellos tenemos: factores maternos, neonatales, y obstétricos, por ende si no son tratados 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: la edad materna, el peso del recién nacido,

la paridad, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc.

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto; se ha reportado que hasta 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y entre 2.2% y 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. Los desgarros perineales graves afectan a las mujeres durante o inmediatamente después del evento obstétrico, y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres en el largo plazo.⁽¹⁴⁾

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. Los desgarros perineales ocasionan consecuencias a largo, corto y mediano plazo, como son las fistulas, 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.

Los desgarros perineales constituyen una de las causas principales de hemorragia puerperal, shock hipovolémico, infecciones, hematomas, dispareunia, etc.⁽¹⁵⁾

Por tal motivo conocer los principales factores de riesgo que predisponen a una mujer a tener desgarro perineal es importante en la medicina, estos factores de riesgo pueden disminuirse a través de las atenciones prenatales durante el embarazo, no se habla de eliminarlos porque muchas veces resulta difícil pero si es necesario controlarlos, consideramos que una intervención oportuna reduciría la morbilidad materna. Por ello con el presente estudio se pretende conocer aquellos factores de riesgo para la presencia de desgarro perineal, de esta manera recomendar algunas prácticas que pudiesen ayudar a reducir su prevalencia.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

_ ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

_ ¿Cuáles son los factores maternos asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?

_ ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?

_ ¿Cuáles son los factores neonatales asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?

_ ¿Cuál es la relación que existe entre los factores maternos, obstétricos y de recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?

_ ¿Cuál es el grado de desgarro perineal que se presenta con mayor frecuencia durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?

1.3 OBJETIVO GENERAL

_ Determinar los Factores de riesgo que contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.

1.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

_ Identificar los factores maternos que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.

_ Conocer las factores obstétricas que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.

_ indicar los factores neonatales que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.

_ Establecer la relación que existe entre los factores de riesgo maternos, obstétricos y de recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.

_ Identificar cual es el grado de desgarro perineal que se presenta con mayor frecuencia durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 A nivel teórico

El desgarro perineal sigue siendo un problema para las gestantes, su temor a ello y a sus posibles repercusiones ponen en riesgo la salud de las mismas, estas consecuencias que tienen un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc.

El presente trabajo de investigación es muy útil para los profesionales médicos y obstetras, porque aporta en el conocimiento sobre los factores de riesgo mencionados a fin de mejorar la concepción de género que construyen discursos y opiniones acerca de estos temas, estos factores de riesgo pueden disminuirse a través de las atenciones prenatales durante el embarazo, no se habla de eliminarlos porque muchas veces resulta difícil pero si es necesario controlarlos, consideramos que una intervención oportuna reduciría la morbilidad materna.

1.5.2 A nivel práctico

El trabajo de investigación realizada contribuirá en la mejor atención a las gestantes del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, porque mediante los hallazgos de la investigación se puede definir y mejorar estrategias que fomenten en debate sobre factores maternos, factores obstétricos y factores neonatales, estos factores de riesgo pueden disminuirse a través de las atenciones prenatales durante el embarazo.

1.5.3 A nivel metodológico

La importancia del presente estudio radica en conocer características de aquellas pacientes que nos permitirá iniciar una fuente de información básica para estudios posteriores a nivel del hospital, distrital, regional y nacional, que contribuye a brindar una mejor atención oportuna y de calidez de la paciente. El presente estudio servirá como marco de referencia documental para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado, de la misma manera para ser leídas por obstetras en formación u otro profesional de salud.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- _ **Limitación en el tiempo:** no hay limitaciones
- _ **Limitación en espacio:** no hay limitaciones
- _ **Limitación en recursos:** no hay limitaciones
- _ **Limitación en la información:** El llenado irregular de la historia clínica obstétrica encubre los datos que se buscan en el sistema informático perinatal, en consecuencia tales datos tienen cierto sesgo.
- _ **Limitación en el uso de la tecnología:** no hay limitaciones

1.7 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente tesis fue viable en espacio-tiempo, ya que se disponía el tiempo y se contó con el espacio necesario para realizar la investigación; además se dispuso con los recursos humanos necesarios para la ejecución de la investigación. Fue viable ya que se contó con la muestra (gestantes seleccionadas por los criterios de inclusión y exclusión) necesaria para la ejecución de la investigación. Es un estudio viable porque no conlleva un derroche de recursos humanos ni económicos.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Para determinar los factores asociados a desgarros perineales se realizó una revisión de estudios previos de investigación en relación con el presente trabajo a fin de que aporten elementos esenciales que permitan el desarrollo del mismo, Entre los cuales cabe destacar lo expuesto por:

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Ecuador; 2013, Congo Chalá E. ⁽¹⁶⁾; realizó un estudio titulado: “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 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013”. Es un estudio comparativo, retrospectivo y transversal. Donde se realizara la comparación de variables con el tipo de parto. El objetivo general de este estudio se centra en analizar la frecuencia de desgarros perineales durante el parto, tanto en la posición vertical como en la horizontal, en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia del Distrito de Guamaní. Como resultados: Se incluyeron 222 pacientes de las cuales 51(23%) presentaron desgarro perineal siendo en su mayoría mujeres de etnia mestiza, en cuanto a paridad encontramos un porcentaje en 19 mujeres (37%) con desgarro durante la segunda gesta, los porcentajes decrecen mientras aumenta la gesta, en cuanto a la etnia 45 mujeres (25.4%) de etnia mestiza presentaron mayor cantidad de desgarro, cabe recalcar que él (32.4%) de mujeres que se auto identifican como indígenas tienen preferencia por la atención de parto en posiciones verticales, mientras

que el (93.7%) de mujeres que se auto identifican como mestizas prefieren el parto en posición horizontal. Conclusiones: El parto precipitado es un factor de riesgo para que se produzca desgarro perineal. Por el contrario ni la edad, paridad, y etnia fueron factores de riesgo estadísticamente significativos. No se pudo demostrar que existe mayor número de desgarros en la posición horizontal comparada con las posiciones verticales ya que los valores no son estadísticamente significativos, se concluye que las mujeres deben ser alentadas a elegir la posición más cómoda o placentera para ellas, con esto estamos apoyando a la reducción de la morbilidad materna y neonatal como estrategia para cumplir con los objetivos del plan nacional del buen vivir.

En Ecuador; 2013, Judith Guamán ⁽¹⁷⁾, realizó un estudio sobre: “los traumas obstétricos en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el hospital Gineco-obstétrico Enrique C Sotomayor”, identificando los factores de riesgos en una muestra de 50 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión obteniendo los datos estadísticos mediante un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 30% tienen complicaciones o traumas en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%; teniendo como riesgo asociado el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2.501 a 3.500 gr que fue el porcentaje más alto.

En México; 2013, Lorenzo Pliego M., Villanueva L. ⁽¹⁸⁾, realizaron un estudio titulado “**Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias**”. Su estudio

tiene 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, México. Material y Métodos. Estudio de 173 casos de pacientes que presentaron desgarros perineales de tercer y cuarto grado y 517 controles sin lesión perineal evidente, atendidas de enero de 2004 a diciembre de 2007. Para medir la fuerza de asociación entre variables se calcularon razones de momios (RM), a través de análisis bivariado y de un análisis de regresión logística. Resultados. De los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarró perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarró de cuarto grado, 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. Conclusiones: 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.

En España; 2011, Mora y Col ⁽¹⁹⁾; realizaron un estudio “Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas” de cortes en gestantes nulíparas sanas y continentes, asistidas en el sistema sanitario público catalán. El reclutamiento tuvo lugar entre junio-2007 y junio-2008, el

seguimiento finalizó en enero-2009; recogieron los datos de interés sobre 938 mujeres. El 76.8% de las gestantes tuvieron un parto vaginal (67.9% eutócicos, 31% instrumentados). El 93% (IC 95%: 91%-95%) de las mujeres con parto vaginal presentaron algún grado de trauma perineal: 521 episiotomías y 194 desgarros, siendo la tasa de episiotomía del 72.8% (IC 95%: 69.4%-76.1%) y de desgarros del 31% (IC 95%: 27.3%-34.7%). En la mayoría de los casos se diagnosticó un desgarro perineal de primer grado (61%). En el 32.8% se produjo un desgarro perineal de segundo grado y en el 2.6% del total de desgarros perineales existió afectación del esfínter anal. La episiotomía resultó la única variable asociada a desgarro de segundo grado (RR=5.56; IC95%:3.35 - 9.30;p<0.001) Nuevamente, en el análisis multivariable las primíparas con episiotomía presentaron un riesgo mínimo de desgarro de segundo grado (OR=0.029; IC95%:0.012-0.074;p< 0.001) mientras que el riesgo de este tipo de desgarro en ausencia de episiotomía resultó muy elevado (OR=34.48; IC95%:13.51-83.33;p< 0.001); concluyeron que la mayoría (93%) de las primíparas con parto vaginal presenta algún grado de trauma perineal. Aquellas primíparas en las que no se realiza episiotomía presentan un riesgo significativamente más elevado de desgarro de segundo grado.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

En Lima, 2014, Lethy Díaz Silva ⁽²⁰⁾, en su tesis que lleva por título “características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito” Realizo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra fue de 144 historias clínicas que cumplieron con el criterio de inclusión y

exclusión con diagnóstico de desgarro perineal durante el año 2016. Y llego a las siguientes conclusiones: Se encontró dentro de características maternas el mayor porcentaje de desgarros perineales ocurrió en el grupo de edad de 20-34 años con 56.25%, tenían grado de instrucción secundaria con 82.64%, tenían estado civil conviviente con 89.58%. Así mismo las pacientes con anemia leve presentaron un 52.78% de desgarros perineales. En cuanto a características obstétricas se halló que las multíparas tuvieron un 63.49%, el periodo expulsivo ≤ 10 min tuvo un 56.25% y las pacientes que no realizaron sesiones de psicoprofilaxis tuvieron desgarros perineales con 70.83%. Por ultimo dentro de los factores neonatales no se encontró diferencia de porcentaje en perímetro cefálico y sexo del recién nacido, en cuanto al peso se halló que el mayor porcentaje de desgarros perineales ocurrió en aquellos que nacieron entre 3500-4000 gr con 58.33% y la mayor frecuencia de grados de desgarros se encontró que el 79.17% fueron de primer grado.

En Loreto, 2013, M. Linares ⁽²¹⁾, realizo un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero – abril del 2013”. Es estudio cuantitativo correlacional retrospectivo, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales, la población estuvo constituida por todas las puérperas que presentaron diagnóstico de desgarro vulvoperineal post parto el mismo que asciende a 115. La información fue obtenida de las historias clínicas perinatales y el Sistema Información Perinatal. Los resultados, 115 desgarros vulvoperineales en cuatro meses, la población estudio se caracterizó por ser conviviente 71.3%

(82), de educación primaria completa 37.3% (43) e incompleta 23.4% (27), de procedencia urbana 54.7% (urbana), de ocupación ama de casa 84.3% (97). Los factores de riesgos maternos resaltantes son la edad de 21 a 30 años, anemia leve, la posición horizontal y la condición de primíparas, como factores de riesgo del parto tenemos parto instrumental, episiotomía y peso 3501 a 4000g del RN. Se concluye que los factores maternos: edad ($x_2 = 14.03$), anemia ($x_2 = 12.75$), posición de la madre ($x_2 = 8.03$) y paridad ($x_2 = 13.69$); y los factores del parto, uso de episiotomía media ($x_2 = 17.84$) y peso del recién nacido ($x_2 = 13.91$), están asociados con él desgarro vulvoperineal en púerperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013.

En Lima; 2010, Atunca D. y Huamán ⁽²²⁾, en su trabajo de investigación titulada: "Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre-diciembre 2010". Los resultados de su estudio arrojaron que el 79.2% presentó desgarro de primer grado, el 74.6% de pacientes sus edades fluctúan entre 20 y 34 años de edad, el grado de instrucción que presento mayor frecuencia de desgarros es el quinto año de secundaria con 57.3%. El distrito de mayor concurrencia con un 26.5 % fue San Juan de Lurigancho con 26.5% de pacientes. La infección de transmisión sexual con mayor frecuencia fue la candidiasis con 3.1%. Del grupo con respecto a la paridad, se encontró que el 80% fueron multíparas, en cuanto al peso del recién nacido el 84.6% estuvo en el rango de peso adecuado. El grupo estudiado presentó anemia en un 43% .El tiempo del expulsivo donde hubo mayor porcentaje de desgarros fue menos o igual a 10 minutos con 78.5%. El grupo

estudiado no tuvo preparación psicoprofiláctica con un 73.8 %. En cuanto al periodo intergenésico, el 47.3% presento un PIG largo, el 36.9 % presentó un PIG adecuado. Del grupo sin desgarro perineal fueron multíparas con un 79.2%, el grupo estudiado tuvo recién nacidos con peso adecuado con un 97.7%. El 28.5% tuvo anemia. El 78.5% presento un periodo expulsivo menor o igual a 10 minutos. El 73.8% no tuvo preparación psicoprofiláctica. El 51.5% presentó un periodo intergenésico adecuado y el 33.9% un PIG largo. Concluye en cuanto a factores maternos, que el pertenecer al grupo de adolescentes o mayor de 35 años aumenta el riesgo de desgarro, el tener anemia tiene 1.9 veces más de presentar desgarro, la realización de psicoprofilaxis no se relaciona con desgarro. En cuanto a factores obstétricos, la paridad, las primíparas tienen 1.5 más veces de presentar desgarros que las multíparas. Presentar el segundo periodo mayor o igual a 10 min se relaciona con la presencia de desgarros. Aquellas con periodo intergenésico corto o largo tienen 1.5 y 1.9 veces más. Con respecto a factores neonatales, el peso, los macrosómicos tienen más veces de hacer desgarro. Se obtuvo que de los 3 factores mencionados, los neonatales son considerados de mayor riesgo en comparación con el materno y obstétrico.

En Lima; 2014, Santos K. ⁽²³⁾ realizó un estudio titulado “Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014”. Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, reviso 215 historias que cumplían con sus criterios de inclusión y exclusión, el análisis fue con un $p > 0,05$ como significativo. Tiene 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. Sus resultados arrojaron que los grados de desgarro con mayor frecuencia fueron los de primer grado con unos 83.7%, seguidas las de segundo grado con un 15.8% y por último el de tercer grado con 0.5%. La edad en la que se halló mayor recurrencia de desgarros fue en el rango de 20 y 34 años con un 73.5%, siguiendo con un 18.6 % las mayores de 34 años y por ultimo las adolescentes con 7.9%. El 25.1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes que presentaron anemia leve, el otro 6% pertenece a las de anemia moderada y el 2.3% con anemia severa. En caso al peso del recién nacido se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal en los que pesaron entre 2500-4000g con un 86%, el valor de significancia fue 0.129. Se concluye que la mayor recurrencia de desgarro perineal según grado fue el de primer y el de menor frecuencia el de tercer grado en el Hospital Vitarte, que las pacientes que tenían edades de 20 a 34 años presentan mayor frecuencia desgarro perineal en el Hospital Vitarte en el año 2014. Los desgarros perineales en las gestantes sin anemia son más frecuentes en puérperas de parto vaginal, el peso del recién nacido no influye en el desarrollo de desgarros perineales en el Hospital Vitarte en el 2014. La mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas siendo las de segunda paridad las que presentaron el mayor número de desgarros.

En Lima; 2014, Nima. N ⁽²⁴⁾, realizó un estudio titulado “Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales”. Es un estudio de diseño no experimental, retrospectivo, transversal. Tiene como objetivo determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y el desgarro perineal en gestantes

atendidas en dicho hospital, la población estaba conformada por 150 historias clínicas de puérperas con factores de riesgo y desgarro perineal en mayo y junio del 2014. Como resultado se obtuvo que la edad promedio de las gestantes es de 22.65, mientras que el 84.3 tienen un nivel secundario, el 77.61% es conviviente, el 44.67% son primíparas, el resultado del periodo íntergenésico resultó el, 20.67% fue corto, mientras que el 30% fue largo, el 100% fue parto vaginal, el tiempo del expulsivo es el 58.67% fue de 11 a 30 minutos, en los resultados de los tipos de anemia el 83.33% tuvo anemia leve. En la preparación de psicoprofilaxis 40.67% no realizaron sesiones de psicoprofilaxis. En el nivel de desgarro es el 64% fue desgarro de primer grado, mientras que el peso del recién nacido fue de 3600, con 62%. Se concluyó que la anemia es un factor de riesgo para que las gestantes hagan un desgarro perineal ya que se mostró estadísticamente significativa, así como también los factores de riesgo neonatales, que si hay relación estadísticamente significativa en el peso del recién nacido con el desgarro perineal y sobre de los factores de riesgo obstétricos, no se encontró relación estadísticamente significativa en ninguno de los riesgos estudiados.

En Loreto; 2015, Ríos U⁽²⁵⁾, realizó un 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". Tiene 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. Es un trabajo de diseño descriptivo correlacional retrospectivo. La población estuvo constituida por todos los casos de desgarro perineal en gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Regional

de Loreto entre enero a diciembre del 2015. El tamaño de la muestra fue de 122 casos de gestantes con desgarro perineal, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Sus resultados se obtuvo entre 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). 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.

En Lima; 2014, Juliana Oviedo ⁽²⁶⁾, realizó un estudio titulado: “factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014”; realizó un estudio observacional, analítico retrospectivo de casos y controles no pareados con 130 historias clínicas para el grupo casos y 130 historias clínicas para el grupo control en el Hospital san José en el periodo de enero a diciembre del año 2014; del total de casos de pacientes con desgarro el 79.2% presentó desgarro de primer grado. 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; 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% múltiparas; 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; concluyo que 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.

En Loreto; 2015, Flores ⁽²⁷⁾Identificó los principales efectos maternos y perinatales del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014; mediante un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo por todos los parto vaginales en mujeres con antecedente de cesárea anterior, con periodo intergenésico corto (menor de 24 meses), atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014; de un total de 3829 partos vaginales ocurridos en los 2 años de estudio en el Hospital Regional de Loreto, 89 tuvieron el antecedente de haber sido cesarea una o más veces, de los cuales 33 eran madres con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto haciendo una prevalencia de 8.6 x 1000 partos vaginales, no hubo ningún caso en adolescentes, solo 2 (6.1%), tenían edades de 36 a 40 años, la mayoría 12

(36.4%) de pacientes tenían edades de entre 26 a 30 años, la media de edad fue de 27.5 años, la gran mayoría era conviviente 28 (84.8%); la mayoría 20 (60.6%), estudiaron secundaria; la mayoría 24 (72.7) procedían de zonas urbanas de Iquitos. La mayoría 26 (78.8) eran multíparas, En cuanto a los efectos maternos 11 (33.3%) presentaron algún tipo de trauma obstétrico, sobre todo desgarros perineales de bajo grado; 6 (18.2%), presentaron bajo peso al nacer, 4 (12.2%) presentaron muy bajo peso al nacer, la mayoría 26 (78.8%) presentaban peso adecuado para la edad. En cuanto a la asociación entre paridad y trauma obstétrico, se pudo observar que, de los 11 casos de trauma obstétrico, 4 eran primíparas, 6 multíparas; la paridad está asociada estadísticamente significativa a la presencia de trauma obstétrico en mujeres con parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto ($\text{Chi}^2 = 6.4$ y $p = 0.04$).

2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

No se encontró estudios ni trabajos realizados sobre los factores de riesgo que contribuyen a los desgarros perineales a nivel local.

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1 ANATOMIA DEL PISO PELVICO:

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. ⁽²⁸⁾

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.

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 desgarro del mismo en el parto priva de su apoyo a las formaciones urogenitales, en especial la vagina, pudiéndose provocar un prolapso genital.

⁽²⁹⁾

Cierra la cavidad abdominal, por su parte inferior y toma parte activa en el parto estirándose, relajándose, ampliándose y formando parte del último trayecto que el feto debe recorrer, el canal blando del parto que ejerce un suave y necesario efecto de frenado protector, para que la cabeza fetal

se desprenda por grados lentamente, no hay ningún peligro para la seguridad del feto en que lo haga así porque la oxigenación de la sangre fetal está asegurada por la persistencia en la circulación sanguínea en el cordón umbilical.

2.2.2 Descripción del perineo femenino ⁽²⁹⁾

Constitución músculo aponeurótica

Los músculos y las aponeurosis del perineo femenino tienen la misma disposición general que el perineo masculino. Las principales diferencias se deben a la separación del aparato genital (vagina) del urinario (uretra) al momento de traspasar la región perineal anterior (diafragma urogenital).

Plano superficial

- Músculo esfínter externo del ano
- Músculo transverso superficial
- Músculo isquiocavernoso
- Músculo bulboesponjoso, que recubre la cara externa del bulbo
- Músculo constrictor de la vulva (*tunica muscularis vaginae*): este músculo, al contraerse, estrecha el orificio inferior de la vagina.

Plano medio

- Músculo transverso profundo del perineo
- Músculo esfínter uretrovaginal: se extiende formando un esfínter abierto en su parte posterior, que rodea a la uretra y a la vagina
- Músculo compresor de la uretra: se extiende desde las paredes anteriores de la uretra hacia las tuberosidades isquiáticas. Cuando se contrae, presiona la uretra contra la vagina.

Plano profundo

- Músculo elevador del ano
- Músculo isquiococcígeo

2.2.3 CONCEPTO DE 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 desgarro 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.

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 desgarro 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 desgarro 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.²⁹

2.2.4 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 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.

2.2.5 CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS ⁽³⁰⁾

La clasificación descrita por Sutran y aceptada por el Royal College de Obstetricia y Ginecología (RCOG) clasifica los desgarros perineales en cuatro grados, subdividiendo el 3º grado en tres subgrupos, como se muestra en la siguiente tabla.

1º grado	Lesión de la piel perineal	
2º grado	Lesión de los músculos del periné (no del esfínter)	
3º grado	3a	Lesión del esfínter externo <50%
	3b	Lesión del esfínter externo >50%
	3c	Lesión del esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa	

2.2.6. REPARACIÓN DE LOS DESGARROS

Los desgarros perineales ocurren con frecuencia; mayormente los de primer grado, muchas veces no necesitan ser reparados; los de segundo grado generalmente pueden ser fácilmente suturados bajo anestesia local y cicatrizan sin mayores complicaciones. Los de tercer y cuarto grado necesitan una sutura especial, cuidados y a veces puede utilizarse antibiótico profiláctico.

REPARACIÓN DE DESGARRO PERINEAL SEGÚN PROTOCOLO DEL INSTITUTO MATERNO PERINATAL ⁽³¹⁾

Revisión de desgarros vaginales.

- Revisar con las valvas y/o con ayuda de las manos el fondo de saco vaginal y luego las paredes vaginales, observándolas en su totalidad.
- Revisar la región parauretral.
- Revisar la comisura y la región ano rectal.
- Si se encuentra desgarros, estos deben ser suturados con Catgut Crómico 2/0, empleando puntos simples en lesiones pequeñas y poco sangrantes. En lesiones sangrantes emplear puntos cruzados de hemostasia. En lesiones extensas emplear puntos continuos y cruzados.
- Revisar hemostasia.

Reparación de Desgarros perineales de grado I.

- Solo comprometen la mucosa vaginal o piel.
- Colocar puntos sueltos con Catgut Crómico 2/0.

Reparación de Desgarro Perineales de Grado II:

- Comprometen mucosa y músculo. Colocar sutura con puntos separados con Catgut Crómico 2/0 en el plano muscular.
- No dejar espacios.
- Hacer buena hemostasia. Se puede usar puntos cruzados si el lecho es sangrante.
- Suturar aponeurosis superficial con Catgut Crómico 2/0 y realizar puntos separados.
- Suturar piel con puntos separados.

Reparación de Desgarro Perineales de Grado III:

- Comprometen mucosa, músculos y esfínter del ano.
- Identificar y aislar los bordes de esfínter del ano.
- Traccionar con pinzas atraumáticas, evitando su maltrato y necrosis.
- Colocar puntos separados con Catgut Crómico
- Sutura fascia del esfínter anal.
- Luego proceder como en el caso de un desgarro de grado II.

Reparación de Desgarro de Grado IV:

- Comprometen mucosa vaginal, músculo y mucosa rectal.
- Identificar la extensión de la lesión de la mucosa rectal.
- Colocar puntos separados con Catgut Crómico 2/0 o 3/0 con aguja redonda cuidando de no atravesar la mucosa rectal 2/0 separados.
- Proceder como desgarro de grado III. Realizar tacto rectal para identificar áreas no suturadas y/o puntos de sutura que atraviesen la mucosa rectal.

Antibioticoterapia:

- Ampicilina 1 gr EV cada 6 horas y Gentamicina 160 mg/ día en desgarros de IV grado.
- Controlar las funciones vitales, síntomas y sangrado cada 15 minutos dentro de las siguientes 2 horas.
- Mantener la vía endovenosa por las dos horas siguientes.
- En la sutura de cualquiera de ellos será importante una buena iluminación y visualización del campo, una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

2.2.7 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, éstas pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc. ⁽³²⁾

2.2.8 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL

Según las bibliografías existen muchos factores de riesgo para presentar desgarro perineal:

2.2.8.1 FACTORES MATERNOS**A. EDAD MATERNA ⁽³³⁾**

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 adultez y los cambios físicos, psicológicos y sociales predominan. Una adolescente embarazada es considerada de riesgo ya que aún no se ha

terminado el desarrollo físico ni psicológico, predispone a ciertas patologías obstétricas, entre ellas la toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. El predominio de desgarros cervicales durante el parto adolescente ha sido encontrado como consecuencia propia de la edad, además se reportan otras lesiones del canal del parto más frecuentes en este grupo de edad. La desproporción céfalo pélvica, es uno de ellos, en estos casos las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.

El otro rubro de edad en obstetricia son las consideradas entre 20 y 34 años de edad, la edad considerada como ideal para un embarazo, las complicaciones dentro este grupo son menores, sin embargo en algunos estudios se observaron que es el grupo con mayor caso de desgarro. Esto puede deberse quizá porque el mayor número de gestantes en los estudios se encontraban dentro de este grupo de edad.

Las añosas ⁽³⁴⁾, consideradas aquellas embarazadas con más de 35 años, también son consideradas como alto riesgo obstétrico porque la mayoría de patologías se encuentran dentro de este grupo, la diabetes, la hipertensión, malformaciones congénitas, problemas de la placenta, etc. Si la paciente es primigesta tienden a desarrollar un parto difícil con complicaciones como desgarros, rotura de útero, atonía, entre otras. La diabetes hace que los productos de la concepción sean grandes

obstruyendo el canal del parto y predisponiendo a un posible desgarro perineal.

B. ANEMIA MATERNA

La anemia materna por déficit de hierro es la más frecuente en la gestante, lo importante de la dieta y la administración de sulfato ferroso durante el embarazo radica en que si la anemia es factor de riesgo para algunas complicaciones, ya que si es un factor riesgo puede ser controlable, en este caso específico con la administración de suplemento de sulfato ferroso.¹⁵ La anemia en la gestación se define como el nivel bajo de hemoglobina, en el primer trimestre menor a 11g/dL, en el segundo trimestre menor a 10.5g/dL, en el tercer trimestre menos de 11 g/dL. La hemoglobina transporta el oxígeno a los tejidos de todo el cuerpo dentro de los glóbulos rojos ó hematíes, por lo que es imprescindible para una buena respiración (oxigenación) de los tejidos. A nivel del periné puede ocasionar que los tejidos sean friables ⁽³⁵⁾.

Según OMS (2014) en población de mujeres embarazadas: ⁽³⁶⁾

- Sin anemia :> 11 g/l
- Anemia leve: 10-10.9g/dl
- Anemia moderada: 7-9.9 g/dl
- Anemia severa: < 7 g/dl

2.2.8.2 FACTORES OBSTETRICOS

A. PARIDAD

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, aquí se incluyen las primíparas, multíparas y las gran multíparas, esto

dependiendo si es el primer parto, de dos a 4 partos, y más de cinco partos correspondientemente. La elasticidad del periné por las frecuencias de parto es diferente en una primípara que en una que tuvo más de dos partos, por lo tanto podría incluirse como factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal ⁽³⁷⁾. Sin embargo se debe tener en cuenta que el expulsivo precipitado es más frecuente en multíparas por el número de veces que ha sido distendido el periné. Sin embargo según conceptos manejados se sabe que existe mayor riesgo en las primíparas. A diferencia de esto en estudios revisados son las multíparas quienes presentan más desgarros que las primíparas ⁽³⁸⁾.

B. PERIODO INTERGENÉSICO

El periodo Intergenésico se define como el lapso de tiempo el 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 anatomofisiológicos ⁽³⁹⁾.

C. TIEMPO DEL EXPULSIVO

El periodo expulsivo es el segundo periodo del parto que se inicia cuando el cuello del útero está totalmente dilatado. Este inicio anatómico

puede coincidir o no con la necesidad urgente de pujar o expulsar de la mujer. Se divide en dos fases:

- Fase temprana, no expulsiva o de descanso, que se inicia cuando el cuello uterino está totalmente dilatado.
- Fase avanzada, expulsiva, que comprende desde que la presentación fetal se encuentra por debajo de las espinas isquiáticas hasta el nacimiento.

En la Clínica Maternidad Rafael Calvo ubicado en el país de Colombia, como en otras maternidades del mundo, se ha tomado como límite de tiempo de 1 hora para considerar el expulsivo como prolongado independientemente de la paridad de la paciente. Es considerado también como factor de riesgo la duración del segundo periodo del parto, es decir el tiempo de duración del periodo expulsivo, pues como se entiende, un parto precipitado y uno prolongado traerán consigo muchas complicaciones, entre ellas el desgarro perineal, la exposición muy rápida o por mucho tiempo de la cabeza fetal sobre el periné según sea el caso, influye en la presencia de desgarro. ⁽⁴⁰⁾

Según la Guía de práctica clínica del departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el periodo expulsivo dura un promedio de 1 h en primigestas y en las multigestas es de 30 minutos.

En este estudio se tomaron los siguientes parámetros:

- ❖ 10 min
- ❖ Menor de 30 min
- ❖ 30 min- 1 hora
- ❖ 1 hora a mas

D. EPISIOTOMÍA

Es un procedimiento quirúrgico que agranda la abertura de la vagina durante el parto, a través de una incisión en el perineo, la piel y músculos que se encuentran entre la vulva y el ano ⁽⁴¹⁾.

Por años, las episiotomías se han practicado como un procedimiento de rutina para acelerar el parto durante la segunda etapa del período de dilatación. Además, pueden prevenir desgarros de la vagina de la madre, en especial desgarros serios que puedan extenderse hasta el ano. También se creía que el procedimiento disminuía el traumatismo del bebé y protegía los músculos vaginales de la madre. Pero hay controversia en el ámbito médico en cuanto a la realización rutinaria de este procedimiento. Un estudio demostró que realizar rutinariamente una episiotomía aumenta el riesgo de desgarramientos en la parte posterior de la vagina, pero los reduce en el frente. Basada en estos resultados, la Organización Mundial de la Salud, entre otros grupos, recomienda evitar la episiotomía, a menos que sea absolutamente necesaria.

La episiotomía no previene los desgarros, sino que puede añadir hasta 3 cm. al desgarro perineal posterior, aunque se ha encontrado relación entre la disminución del número de episiotomías y el aumento de desgarros de 1º y 2º grado, sobre todo en la parte anterior del periné, lesiones que, por otra parte requieren menor sutura que una episiotomía y causan poca morbilidad a la mujer. ⁽⁴²⁾

En resumen, la episiotomía sistemática no previene los desgarros perineales posteriores, sino que puede agravarlos, mientras que con el uso restrictivo, lo que aumentan son los desgarros anteriores, si bien éstos no parecen tener consecuencias clínicas importantes. La morbilidad postnatal

es directamente proporcional a la extensión y a la complejidad del trauma perineal, por lo que se debe buscar métodos efectivos para prevenir o reducir el trauma y sólo realizar la episiotomía si realmente es necesaria ⁽⁴³⁾.

E. PARTO PRECIPITADO

Los partos precipitados ocurren en un 12% de todos los partos, y en un 2% de los partos a término. Las causas más frecuentes son la multiparidad o la prematuridad (gestación de menos de 37 semanas). Las posibles complicaciones de este tipo de parto son la hipoxia, el traumatismo fetal, las lesiones del canal del parto, la atonía uterina secundaria, y excepcionalmente la ruptura uterina y la embolia de líquido amniótico. Por lo tanto, el personal de urgencias debe estar preparado y conocer la asistencia básica en caso de parto precipitado. ⁽⁴⁴⁾

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) considera que el nacimiento de un niño sano no es, aunque lo parezca, un hecho casual. Es el resultado de una adecuada y correcta asistencia. Considera que el objetivo final es asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre como del recién nacido. ⁽⁴⁵⁾

Pero en algunas circunstancias el proceso de parto puede adelantarse y la asistencia se llevará a cabo en un lugar diferente al paritorio del hospital, como puede ser en un servicio de urgencias. Esto puede ocurrir en el caso de partos precipitados, que son aquellos que ocurren en menos de 3 h desde el inicio de las contracciones. ⁽⁴⁶⁾

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS ⁽⁴⁷⁾:

- ❖ Multípara con relajación de los músculos del piso pélvico.
- ❖ Multípara con una fuerza de contracción uterina exagerada.

- ❖ Ausencia de la sensación de dolor durante el trabajo de parto
- ❖ Inducción del trabajo de parto.

CUADRO CLINICO:

- a) Diagnostico: Dilatación cervical mayor de 3 centímetros por hora en nulípara o 10 centímetros por hora en multíparas.
- b) Signo de alarma: La presencia de taquisistolia.
- c) Complicaciones: puede causar laceración del cérvix, vagina y/o periné. El rápido descenso y parto del infante que no permite al tejido una adecuada adaptación al producto. Puede haber hemorragia como producto de laceración y/o hematoma del cérvix, vagina o periné. Infección puerperal como producto del parto aséptico.

2.2.8.3 FACTORES NEONATALES

A. 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 ⁽⁴⁸⁾.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL ⁽⁴⁹⁾

Según el peso para la edad gestacional se clasifican en:

AEG	Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
PEG	Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
GEG	Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PESO EN GRAMOS:

Otra clasificación y la que se usa como medidas de variables en el presente trabajo es: ⁽⁴⁹⁾

2500-4000 gr	Recién nacido de peso adecuado
<2500 gr	Recién nacido de bajo peso.
>4000 gr	Recién nacido macrosómico

Ésta clasificación es importante conocerla, pues se sabe según estudios presentados que 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 macrosómicos es sin duda un factor de riesgo.

B. PERÍMETRO CEFÁLICO ⁽⁵⁰⁾

El perímetro cefálico o perímetro craneal es la medida del contorno de la cabeza en su parte más grande.

De acuerdo a los datos recopilados, se dividió en los siguientes rangos:

- > 35 cm
- < 35 cm

2.2.8.4 OTROS FACTORES DE RIESGO

Estos factores de riesgos explicados y otros, como las infecciones vaginales durante el embarazo que también vuelven friables los tejidos, el número de atenciones prenatales, donde principalmente se identifican los factores de riesgo de una gestante, la alimentación, el profesional que atendió el parto, la colaboración de la paciente en el momento del expulsivo, etc. tienen influencia para desarrollar desgarro perineal, sin embargo lo más

conocidos y resaltantes son los que se pretende estudiar en el presente trabajo.

2.2.9 PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL

Reducir la presencia de desgarro es posible, por ejemplo con la episiotomía, que viene a ser un corte realizado al tejido perineal con la finalidad de ensanchar la salida vaginal; se realiza en el período expulsivo con la ayuda de unas tijeras y afecta a la piel, la mucosa y el músculo, la episiotomía tiene muchos beneficios y riesgos, pero en la práctica clínica su uso como técnica alternativa es muy útil ⁽⁵¹⁾.

A. EPISIOTOMIA:

La episiotomía es uno de las prácticas quirúrgicas más frecuentes realizado en todo el mundo. 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.

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 ⁽⁵²⁾.

Propósitos de la episiotomía

Sustituye por una incisión quirúrgica limpia y recta a la laceración de los bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia. Su reparación es más fácil y la cicatrización mejora en comparación con un desgarro.

Momento de la episiotomía

Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza es visible, durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm. Evitando realizar una episiotomía temprana que dará lugar a una hemorragia de la incisión pudiendo ser considerada durante el ínterin entre la episiotomía y el parto. Si se realiza tarde, los músculos del piso perianal y habrán sufrido un estiramiento excesivo dando lugar a los desgarros.

Clases de episiotomía: media y mediolateral

- **Media:** tiene una reparación quirúrgica fácil, rara cicatrización defectuosa, mínimo dolor, excelentes resultados anatómicos, menos pérdida de sangre, rara presentación de dispaurenia, frecuentes extensiones.
- **Mediolateral:** tiene una reparación quirúrgica difícil, frecuente cicatrización defectuosa, dolor frecuente, resultados anatómicos defectuosos, mayor pérdida de sangre, presentación ocasional de dispaurenia, infrecuentes extensiones.

Sin embargo, la episiotomía por sí sola implica un desgarro de segundo grado porque se produce un corte superficial de los músculos del periné.

B. PSICOPROFILAXIS MATERNA

La psicoprofilaxis es considerada como una herramienta de prevención en la atención obstétrica, como un curso que reciben las gestantes para la preparación del momento del parto, orienta a como tomar decisiones conscientes y responsables respecto al embarazo, parto, postparto y tipo de alimentación para su bebé.

En las gestantes que han tenido un parto vertical garantiza un vínculo estrecho con su bebé y facilita el proceso de la lactancia, ya que la experiencia de su participación activa la dispone a un estado emocional óptimo. El apoyo emocional brindado elimina la ansiedad que suele existir en esta etapa tan importante en la vida de la mujer.

Las mujeres que recibieron psicoprofilaxis según estudios descritos hicieron menos desgarro perineal, esto porque operan el triángulo, dolor, temor, tensión, por lo tanto el expulsivo es manejado de acuerdo a prácticas de respiración que garantizan una mayor participación de las gestantes para controlar la sensación de pujo, evitando partos precipitados o prolongados, en las clases de psicoprofilaxis muchas veces se incluyen los ejercicios de Kegel que ayudan a la preparación del periné ⁽⁵³⁾.

C. EJERCICIOS DE KEGEL:

Son importantes para fortalecer los músculos perineales, obteniendo un tono adecuado a su vez ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. Consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y

mantenerlos contraídos durante cinco segundos y luego relajarlos. Se deben hacer hasta doscientas repeticiones por día pero no todas a la vez. La manera más sencilla de reconocer el músculo perineal es deteniendo la micción a intervalos. Se sienta con las piernas confortablemente abiertas, se intenta detener la orina y se vuelve a dejar fluir sin mover las piernas. Se puede hacer sin esfuerzo, si es que se tiene músculos pélvicos fuertes.

D. MASAJE PERINEAL

Ha demostrado que puede prevenir la realización de una episiotomía y disminuir los desgarros que algunas mujeres presentan durante el parto. Esto es de particular efectividad en embarazadas mayores de 20 años de edad. Ayuda a preparar la piel del periné para su distensión a la hora del parto, también contribuye a preparar la piel del periné para su distensión a la hora del parto, también contribuye a que aprendan las sensaciones del parto y como controlar los músculos que allí se encuentran. Se inicia el masaje aplicando gel lubricante, separando las piernas e introduciendo los dedos en la vagina, deprimiendo el periné hacia abajo y hacia los lados durante dos minutos, luego masajear alrededor del introito y por último empujar los pulgares hacia afuera, imaginando como presionar la cabeza del niño cuando salga ⁽⁵⁴⁾.

El masaje perineal se define como una estrategia física de prevención de lesiones del periné, aplicable durante el embarazo o parto, que consiste en la estimulación táctil de la piel y los tejidos perineales. Resulta interesante referirnos a este en cuanto a la evitación de la episiotomía y el desgarro perineal, ya que ha demostrado ser un factor protector contra el trauma

perineal. A groso modo, se agrupan los beneficios del masaje perineal en los siguientes:

a) Aumenta la elasticidad y flexibilidad de los músculos del periné y favorece un aumento en la irrigación sanguínea de la zona, por lo que disminuye la incidencia de episiotomía/ dolor postparto.

b) Favorece la relajación muscular perineal durante el proceso de parto.

c) La sencillez de la técnica ofrece a la mujer (y/o a su pareja) ser partícipe de su propio plan de cuidados y de promocionar su autocuidado así como aumentar sus conocimientos sobre el cuerpo propio.

d) Supone una técnica económica que favorece el ahorro sanitario (frente al alto gasto que se deriva de la realización de una episiotomía/desgarros y de sus complicaciones potenciales), y que además precisa de recursos de fácil y económica consecución.

e) No posee efectos perjudiciales sobre las mujeres en las que está indicado. **Por otro lado, resulta interesante evidenciar la existencia de inconvenientes que podría suponer la técnica:**

a) Implica un aprendizaje y una docencia; por lo que precisa de una enseñanza activa por parte del profesional sanitario pertinente.

b) Podría provocar sentimiento de rechazo en la gestante y/o su pareja como consecuencia del reparo que podría provocar la manipulación de genitales.

c) Pese a sus demostrados beneficios, se trata de una técnica de poco seguimiento y conocimiento en España.

M. Gómez de Enterría Cuesta recomienda la realización del masaje perineal en todas las gestantes excepto en las que presenten: infecciones vaginales

de repetición o activas, placenta previa, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas y cesárea programada.

En cuanto a la descripción de la técnica del masaje perineal la literatura actual recomienda la realización de los siguientes pasos ⁽⁵⁵⁾:

- Lavarse las manos y tener, preferiblemente, las uñas cortas de manera que no se dañen los tejidos a masajear
- Se recomienda colocarse en un lugar íntimo y cómodo. La gestante puede adoptar la postura que le resulte más confortable (por ejemplo, apoyada en la pared o semisentada en la cama).
- Aplicar material lubricante en los dedos y en la vagina (de tipo hidrosoluble o de tipo oleoso). Se pueden aplicar compresas calientes en el periné, previamente a la realización del masaje, para ablandar los tejidos.
- Introducir los dedos pulgares (si es la pareja quien realiza el masaje, utilizará los dedos anular y corazón) 3-4 cm en vagina empujando la zona hacia abajo y hacia los lados (sin llegar al meato urinario), hasta que la gestante perciba una leve sensación de quemazón o escozor.
- Mantener una presión forzada sobre la horquilla del periné con los dedos, durante 2 minutos o hasta que la gestante sienta molestias.
- Sostener la horquilla del periné, entre el dedo pulgar y los opuestos realizando un movimiento de vaivén durante 3-4 minutos, estirando los tejidos de la vagina, los músculos y la piel del perineo.

Por todo lo anteriormente comentado, y con el fin de comprobar el estado actual de los conocimientos, se propone una revisión narrativa con el objetivo de conocer la efectividad y validez del masaje perineal como método

preventivo del desgarro perineal y de la episiotomía producidos durante el parto; así como sus repercusiones sobre las posibles complicaciones potenciales que pueden ocurrir sobre el periné y su funcionalidad en el postparto. ⁽⁵⁶⁾

Existen otras maneras de prevenir el desgarro perineal como:

- Buena nutrición
- Comodidad durante el parto
- Parto atendido sin prisa
- Parto bajo el agua
- Jadeo y preparación

2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS BASICOS

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 a los tejidos que compromete. Su reparación se denomina sutura.

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.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. 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.

g. Periodo intergenésico: Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

h. Anemia: Reducción simultánea del número de glóbulos rojos y de la hemoglobina por debajo de los valores considerados normales (<11g/dl).

2.4. HIPOTESIS Y VARIABLES

2.4.1. Hipótesis de investigación

_ Los factores maternos, obstétricos y neonatales son factores que contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017.

2.4.2. Hipótesis nula

_ Los factores maternos, obstétricos y neonatales no son factores que contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017.

2.5 VARIABLES

2.5.1 Variable independiente:

- Factores de riesgo

2.5.2 Variable dependiente:

- Desgarros perineales en gestantes

2.6. INDICADORES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUB DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES DE RIESGO	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Conjunto de características maternas, obstétricas y neonatales de la unidad de estudio.	Factores de riesgo maternos	Edad	< 19 años 20 a 34 años 35 años	Cuantitativa	De razón discreta
				Grado de instrucción	_Iletrada _Primaria _Primaria incompleta _Secundaria _Secundaria incompleta _Superior	Cualitativa	Ordinal
				Procedencia	_ Urbano _ Rural	Cualitativa	Nominal
				Grado de Anemia	_Leve (10- 10.9 g/dl) _Moderada (7- 9.9 g/dl) _Severa (< 7 g/dl) _Sin anemia	Cualitativa	ordinal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	SUB DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES DE RIESGO	Circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Conjunto de características maternas, obstétricas y neonatales de la unidad de estudio.	Factores de riesgo obstétricos	Paridad	Primípara Múltipara Gran Múltipara	Cualitativa	Ordinal
				Tiempo del expulsivo	_<10 min _De 10 a 30' _>30 min- 1 hr _1 hora a mas	Cuantitativa	De razón discreta
				Periodo intergenesico	_PIG adecuado(24-48 meses) _PIG corto (menor de 24 meses) _PIG largo (mayor de 48 meses)	Cuantitativa	Nominal
				Episiotomía	1. Si 2. No	Cualitativa	Nominal

			Factores de riesgo obstétricos	Parto precipitado	Si No	Cualitativa	Nominal
			Factores de riesgo neonatales	Peso	_ Bajo peso (1500_2499 grs.) _ Peso adecuado (2500 – 4000 grs.) _ Macrosómico (≥ 4000 grs.)	Cuantitativa	De razón Discreta
				Perímetro cefálico	≤ 35 cm >35 cm	Cuantitativa	De razón Discreta
DESGARROS PERINEALES	Se define como pérdida de la continuidad de los tejidos de la zona perineal.	Laceración que se produce en el parto.	Ocasionadas por factores propias de la madre, y el recién nacido.	Clasificación	Primer Grado. Segundo Grado. Tercer Grado. Cuarto Grado	Cualitativa	Ordinal

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto de investigación es de tipo: descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Según Hernández Sampieri:

Descriptivo, porque en este nivel se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas.

Transversal, porque los datos se recolectan en un solo momento, en un tiempo único.

Retrospectivo, porque en esta parte el investigado indaga sobre el hecho ocurrido antes del estudio, puesto que se revisarán historias clínicas.

3.2. MÉTODO

Analítico

3.2.1. Nivel de estudio

Exploratorio - Explicativa

3.2.2. Diseño Descriptivo

Descriptivo, Transversal, no experimental

3.2.3. Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Amarilis.

3.3. METODOS Y TECNICAS

3.3.1 POBLACION:

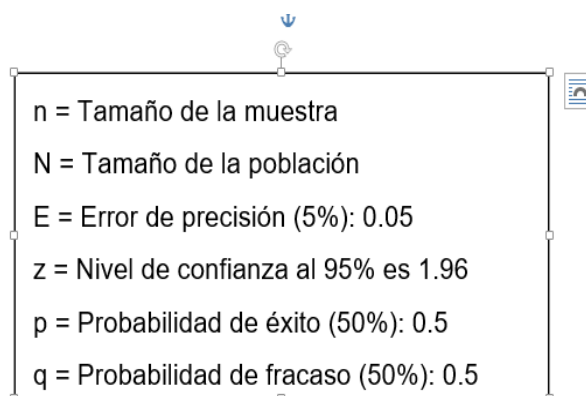
La población está constituida por 568 gestantes con parto vaginal espontáneo atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing

Ferrari_Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017; según la lista de atendidos registrados en el libro de partos.

3.2.2 Muestra:

Estará conformada por 228 casos de gestantes que tuvieron desgarro perineal durante el parto en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Amarilis. El muestreo fue por conveniencia para obtener un análisis significativo.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot E^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$



n = Tamaño de la muestra
N = Tamaño de la población
E = Error de precisión (5%): 0.05
z = Nivel de confianza al 95% es 1.96
p = Probabilidad de éxito (50%): 0.5
q = Probabilidad de fracaso (50%): 0.5

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5) \times 568}{568 \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}$$

n =

228

3.3.3. Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia con criterio de inclusión y exclusión.

3.3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- ❖ Presencia de desgarros perineales (independientemente del grado).
- ❖ Mujer con embarazo de 37 a 40 semanas por última regla.
- ❖ Parto con presentación cefálica.
- ❖ Inicio de trabajo de parto espontáneo

- ❖ Mujeres con atención prenatal de la institución.
- ❖ Pacientes a las que se les practicó episiotomía.
- ❖ Historia clínica accesible y con datos completos para el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ❖ Mujeres con embarazo prolongado o prematuro.
- ❖ Parto con presentaciones distócicas.
- ❖ Partos inducidos o acentuados.
- ❖ Partos fuera de la institución.
- ❖ Parto vía Cesárea e instrumentado.

3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Procedimientos para la recolección de datos

- ❖ **Autorización:**

Se procedió a solicitar el permiso respectivo al Director del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari y de las obstetras encargadas del servicio de centro obstétrico, al recibir el cargo se acercó al sistema informativo perinatal (SIP) para información de número de historias clínicas con diagnóstico de desgarro perineal durante el periodo de estudio, luego se procedió a solicitar la autorización al profesional correspondiente del servicio de archivos donde se encuentran las historias clínicas, al cual se le informo el proceso a llevar, que consistió en la revisión de historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital.

- ❖ **Aplicación de instrumentos:**

De acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recogida de datos (aplicación de los instrumentos), después de la aprobación del proyecto de investigación. La técnica utilizada fue la observación documental

y la recopilación de datos de las historias clínicas de las pacientes con desgarro perineal.

Posteriormente se procedió al llenado de la ficha de recolección. El instrumento que se utilizó fueron las fichas de recolección de datos, donde incluye los datos necesarios para hacer el análisis respectivo de las variables. La ficha de recolección de datos contiene doce ítems establecidas entre cuatro categorías (datos generales, obstétricos, neonatales y reproductivos) las preguntas son de respuesta cerrada, ya que solo se transcribirá los datos de la historia clínica a la ficha, por ejemplo en el ítem edad, en el espacio que se dejó se transcribió la edad de la paciente, igual en los otros ítems como paridad, fórmula obstétrica, peso del recién nacido, hemoglobina en el tercer trimestre, etc.

3.4.2. Para la presentación de datos

Se presentó los datos secuencialmente de acuerdo a los instrumentos ya aplicados, en tablas académicas con sus respectivas graficas de las variables en estudio siendo estas las más relevantes.

3.4.3. Análisis e interpretación de datos

Se empleó una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas, la cual se analizó utilizando el programa SPSS versión 23. Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva para variables cualitativas expresando los resultados en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizó la prueba estadística paramétrica de t de student; para determinar si las variables consideradas son factores de riesgo de desgarros perineales se utilizó la prueba de independencia de criterios chi cuadrado, ambas pruebas consideradas significativas cuando el valor de p es < 0.05 .

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Para llevar a cabo el procesamiento de datos se creó un archivo en Microsoft Excel 2010, en donde se realizó el vaciado de todos los datos obtenidos para posteriormente ser analizados por medio de tablas y gráficas.

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

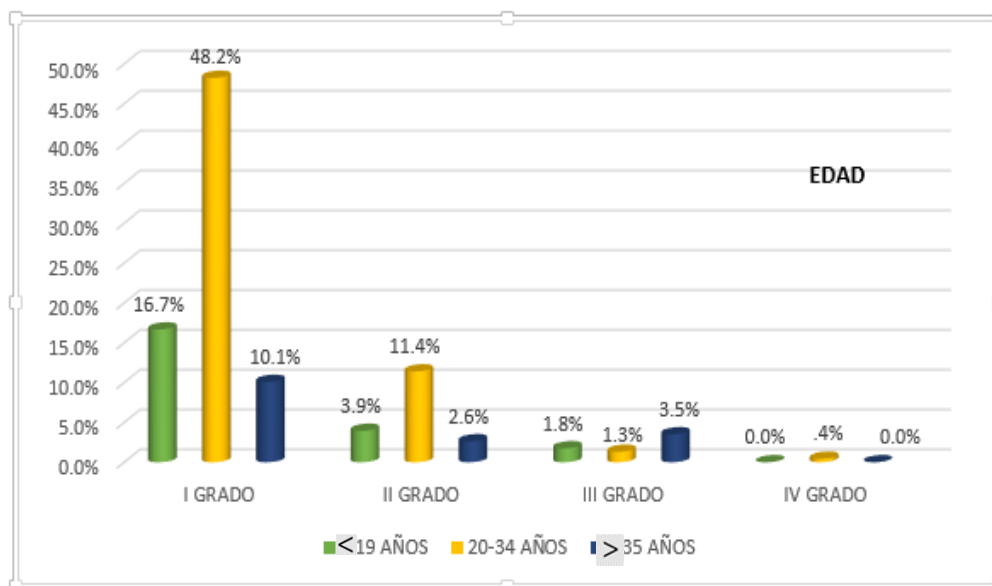
- ❖ **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- ❖ **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- ❖ **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal las variables del estudio.

TABLA 1: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, SEGÚN EDAD. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

FACTORES MATERNOS		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
EDAD	< 19 AÑOS	38	9	4	0	51
		16.7%	3.9%	1.8%	0.0%	22.4%
	20-34 AÑOS	110	26	3	1	140
		48.2%	11.4%	1.3%	.4%	61.4%
	> 35 AÑOS	23	6	8	0	37
		10.1%	2.6%	3.5%	0.0%	16.2%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

GRAFICO 1



INTERPRETACIÓN: En el gráfico al evaluar la frecuencia desgarros perineales según edad podemos observar que el mayor porcentaje de desgarros perineales se presentó en el grupo que sus edades fluctúan entre 20 – 34 años, quienes pertenecen a la edad adecuada con bajo riesgo

obstétrico; con mayor incidencia en el desgarro de primer grado con un 48.2%.y el menor porcentaje se presentó en el grupo de ≥ 35 años quienes pertenecen al grupo de añosas con un 10.1% en desgarro de primer grado. Se observó también que las gestantes adolescentes presentaron mayor número de desgarros (22.4%) que las añosas (16.2%). El grupo de las gestantes con edad adecuada fue el único grupo que presentó un desgarro de cuarto grado.

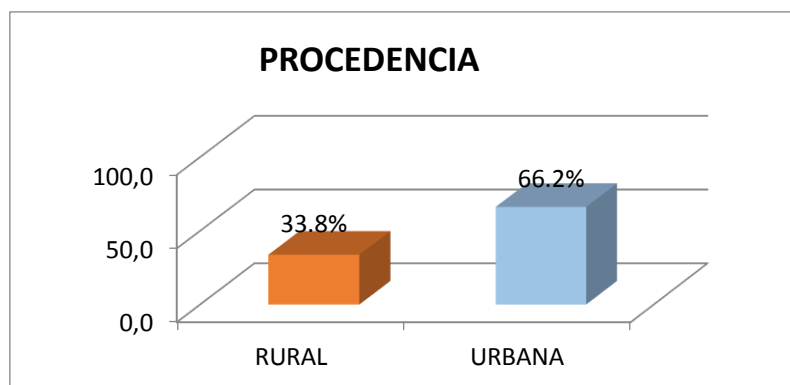
TABLA 2: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, SEGÚN PROCEDENCIA. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	77	33.8%
URBANA	151	66.2%
TOTAL	228	100.0%

Fuente:

Historias Clínicas del HMICSF

GRAFICO 2



INTERPRETACIÓN: Se muestra que el 66.2 % de las gestantes eran procedentes de zonas urbanas y solo el 33.8 % de zonas rurales.

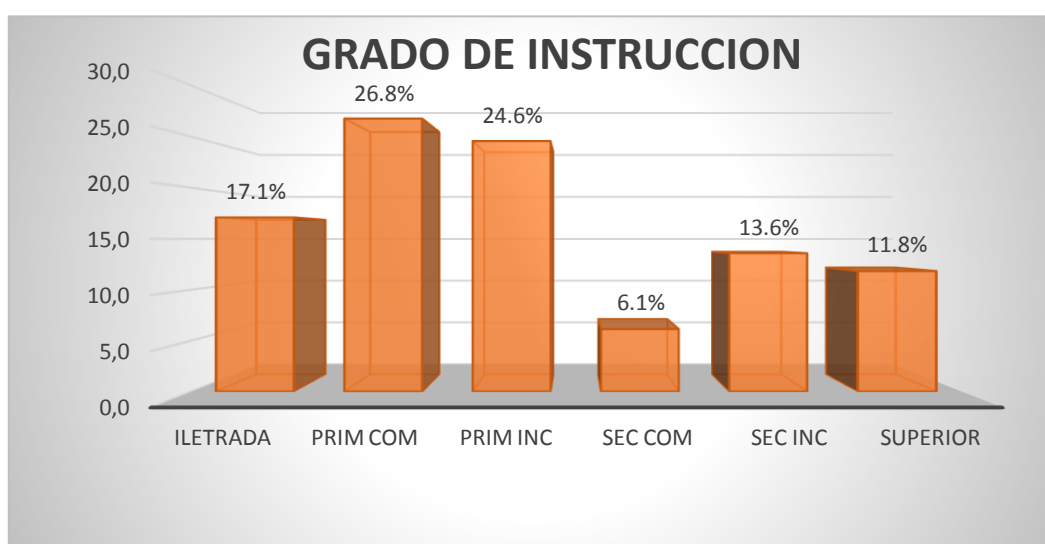
TABLA 3: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ILETRADA	39	17.1%
PRIMARIA COMPLETA	61	26.8%
PRIMARIA INCOMPLETA	56	24.6%
SECUNDARIA COMPLETA	14	6.1%
SECUNDARIA INCOMPLETA	31	13.6%
SUPERIOR	27	11.8%
TOTAL	228	100.0%

FERRARI-AMARILIS. Noviembre 2016_ Agosto 2017.

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

GRAFICO 3



INTERPRETACIÓN: Se muestra que el de las gestantes tuvieron estudios primarios completos 26.8 % y solo el 6.1 % tuvieron secundaria completa; en

relación al estudio se encontró mayor porcentaje de desgarros en gestante con estudios primarios completos.

TABLA 4: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, SEGÚN ANEMIA. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

FACTORES MATERNOS		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
ANEMIA	LEVE	23	5	2	1	31
		10.1%	2.2%	9%	.4%	13.6%
	MODERADA	4	3	1	0	8
		1.8%	1.3%	4%	0.0%	3.5%
	SIN ANEMIA	144	33	12	0	189
		63.2%	14.5%	5.3%	0.0%	82.9%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

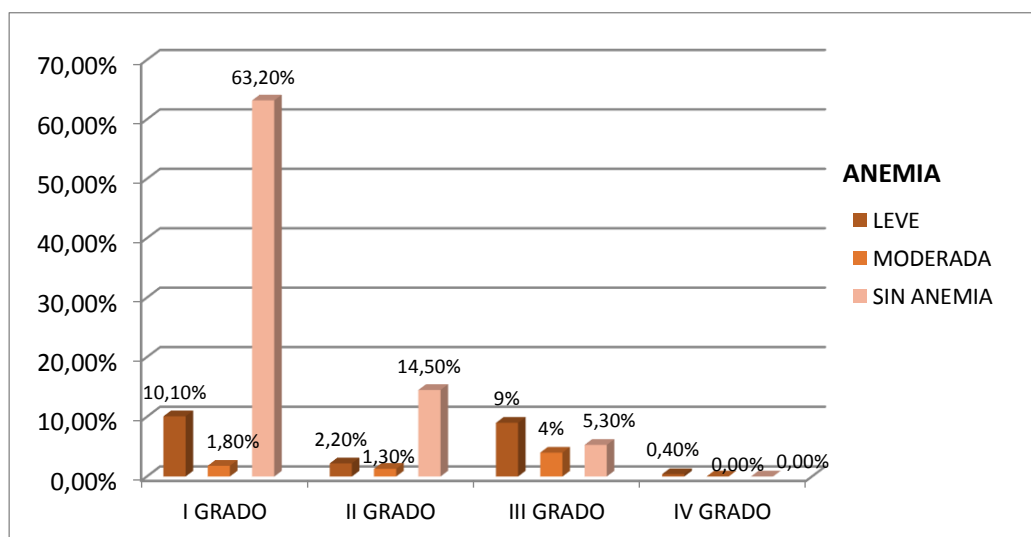


GRAFICO 4

INTERPRETACIÓN: Se observó que el 82.9% de desgarros se produjo en gestantes que no presentaron anemia antes del parto siendo el 63.2% desgarros de primer grado y el 14.5%% desgarros de segundo grado.

El 13.6% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve presentando desgarros de primer grado, segundo, tercero y cuarto grado con 10.1% , 2.2%, 9% y 4% respectivamente.

El 3.5% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia severa presentando 1,9% desgarros de primer grado y 1 desgarro de tercer grado. Se puede notar a su vez que el mayor número de desgarros (82.9%) se produjo en gestantes que no presentaron anemia antes del parto.

TABLA 5: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, SEGÚN PARIDAD. Noviembre 2016_ Agosto 2017.

FACTORES OBSTETRICOS		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
PARIDAD	PRIMIPARA	47	16	11	1	75
		20.6%	7.0%	4.8%	.4%	32.9%
	MULTIPARA	117	25	4	0	146
		51.3%	11.0%	1.8%	0.0%	64.0%
	GRAN MULTIPARA	7	0	0	0	7
		3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	0.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

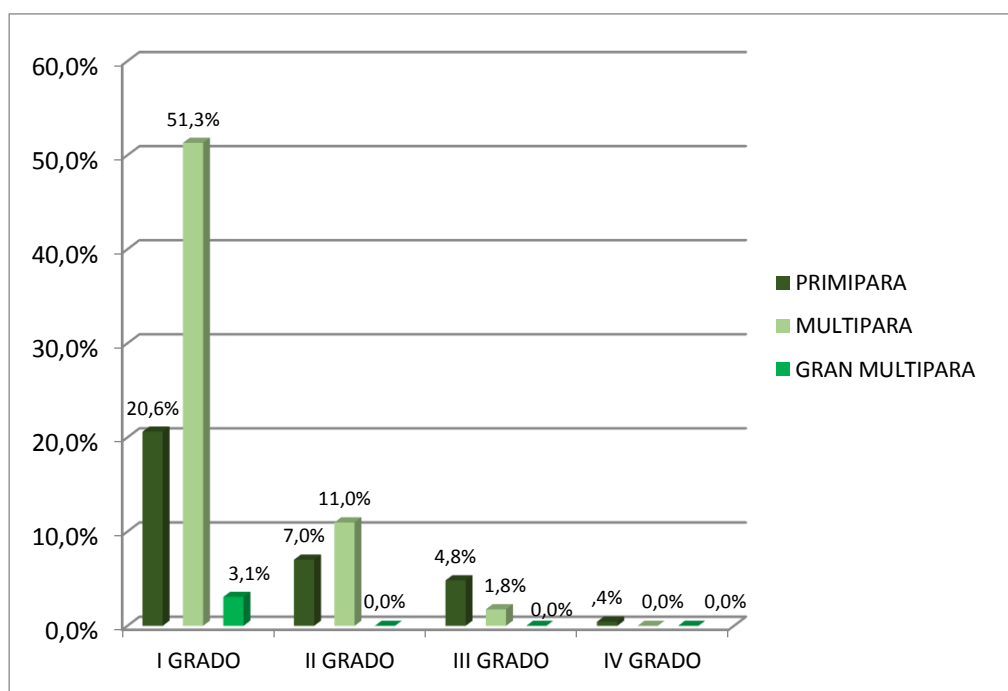


GRAFICO 5

INTERPRETACIÓN: Al evaluar la tabla el grado de desgarro según la paridad de la gestante, se observó que el mayor número de desgarros perineales ocurrieron en las múltiparas, con mayor incidencia en los desgarros de primer grado (51.3%).

Las primíparas presentaron el 32.9% del total de desgarros, siendo los desgarros de primer grado 20,6%, siguiendo los desgarros de segundo grado con 7.0 % , el de tercer grado 4.8% y el de cuarto grado 4.9%. Las gran múltiparas presentaron una incidencia menor de desgarros 3.1 %.

Es preciso mencionar que no existieron desgarros de cuarto grado en gran múltiparas. Se presentó sólo un desgarro de cuarto grado en primíparas.

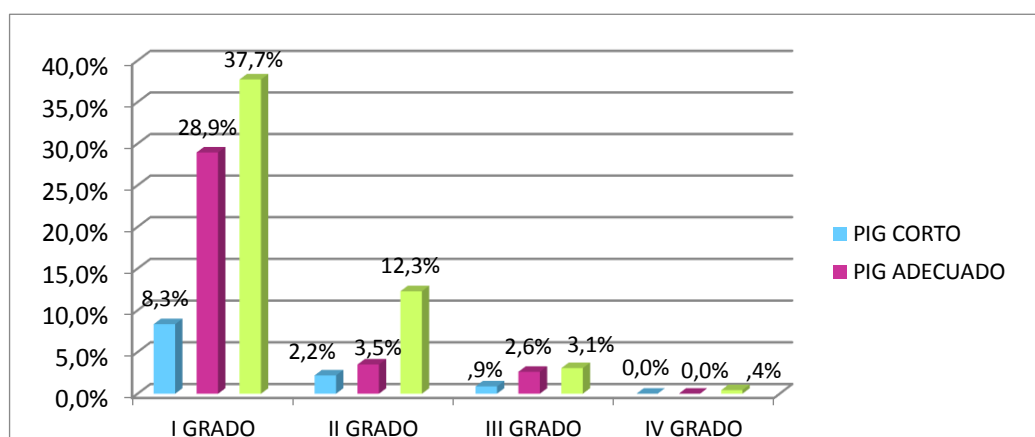
TABLA 6: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, SEGÚN PERIODO INTERGENESICO. Noviembre 2016_ Agosto 2017.

FACTORES OBSTETRICOS		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
PERIODO INTERGENESICO	PIG CORTO	19	5	2	0	26
		8.3%	2.2%	.9%	0.0%	11.4%
	PIG	66	8	6	0	80

	ADECUADO	28.9%	3.5%	2.6%	0.0%	35.1%
	PIG LARGO	86	28	7	1	122
		37.7%	12.3%	3.1%	.4%	53.5%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

GRAFICO 6



INTERPRETACION: En la tabla se observa que el grupo con desgarro perineal, el 53.5% % presentó un PIG largo, con mayor incidencia 37.7% en desgarro de primer grado; el 35.1% un PIG adecuado y el 11.4% un PIG corto.

Las gestantes con PIG adecuado y largo son más propensas de sufrir desgarros perineales que las gestantes con PIG corto.

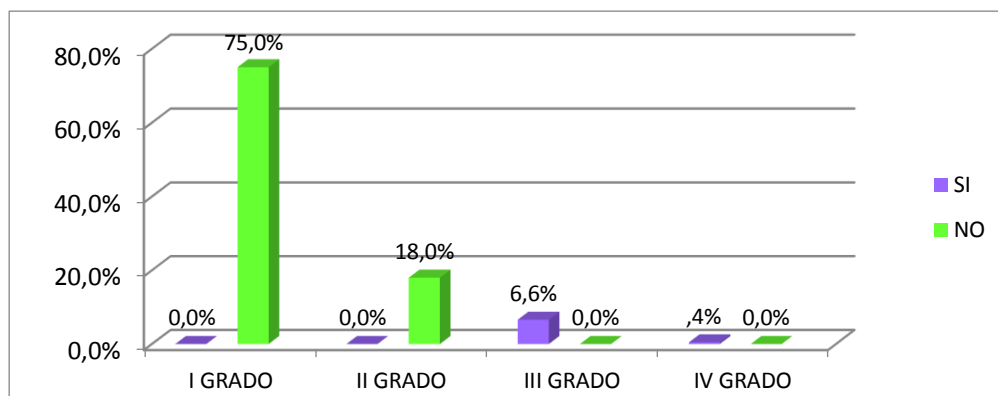
TABLA 7: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILI, SEGÚN EPISIOTOMIA. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017.

FACTORES		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
OBSTETRICOS		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
EPISIOTOMIA	SI	0	0	15	1	16
		0.0%	0.0%	6.6%	.4%	7.0%

NO	171	41	0	0	212
	75.0%	18.0%	0.0%	0.0%	93.0%
TOTAL	171	41	15	1	228
	75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICS

GRAFICO 7



INTERPRETACION: Se muestra que el 93.0% de las gestantes sin episiotomía durante el parto presentaron desgarro perineal con mayor incidencia 75.0 % en desgarro de primer grado.

Las gestantes a las que se les practico la episiotomía presentaron una incidencia menor de desgarro de 7.0%; con desgarros de tercer grado con el 6.6% y cuarto grado con el 0.4%.

TABLA 8: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILI, SEGÚN TIEMPO DE EXPULSIVO. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017.

FACTORES OBSTETRICOS		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
TIEMPO DE EXPULSIVO	<10 MIN	72	10	3	1	86
		31.6%	4.4%	1.3%	.4%	37.7%
	10-30	88	22	3	0	113

	MIN	38.6%	9.6%	1.3%	0.0%	49.6%
	>30 MIN - 1 HORA	11	4	5	0	20
		4.8%	1.8%	2.2%	0.0%	8.8%
	> 1 HORA	0	5	4	0	9
		0.0%	2.2%	1.8%	0.0%	3.9%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

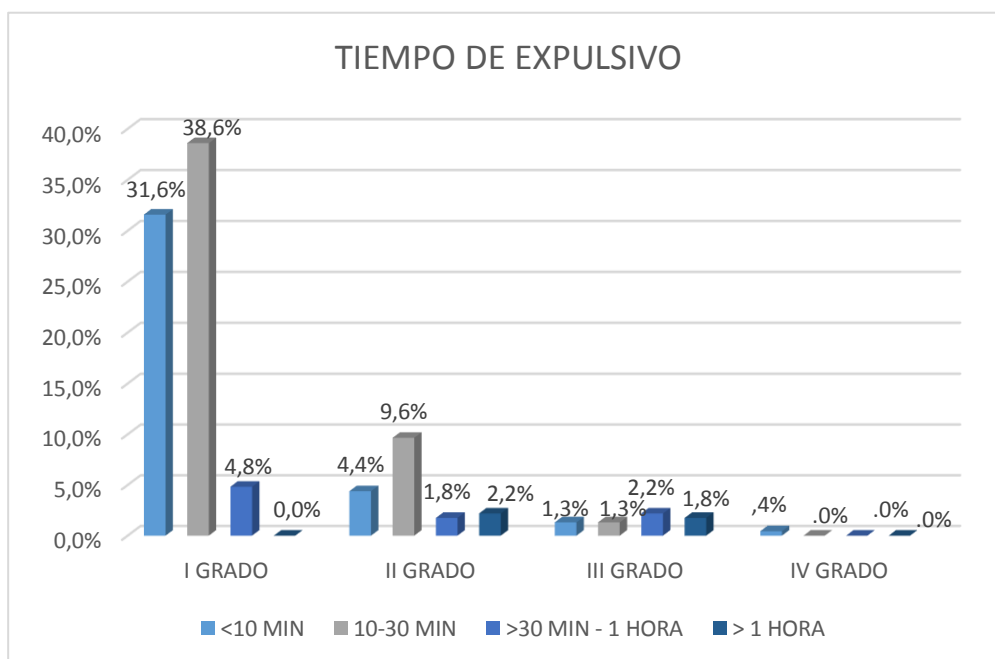


GRAFICO 8:

INTERPRETACION: En el gráfico al evaluar a las gestantes con desgarro perineal según periodo expulsivo, se encontró que el mayor porcentaje ocurrió en aquellas que el tiempo de duración fue 10 min a 30 min con 56.25%, con una incidencia mayor de 38.6% en desgarros de primer grado; mientras que las que presentaron menor porcentaje de desgarro fue las que su tiempo de expulsivo fue > 1hr con 3.9%.

Las gestantes que presentaron desgarros en un periodo expulsivo > 10min, presentaron un porcentaje de 37.7%, con una incidencia de desgarros de

primer grado de 31.6%; por lo tanto estas son más propensas a sufrir desgarros perineales que las que tuvieron un periodo expulsivo > 1hr.

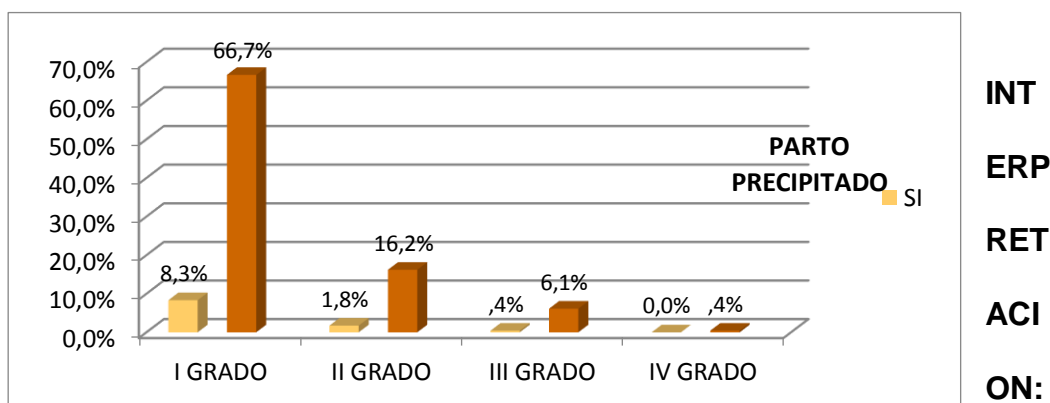
TABLA 9: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILI, SEGÚN PARTO PRECIPITADO. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017.

FACTORES OBSTETRICOS		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
PARTO	SI	19	4	1	0	24

PRECIPITADO		8.3%	1.8%	.4%	0.0%	10.5%
	NO	152	37	14	0	204
		66.7%	16.2%	6.1%	.4%	89.5%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

GRAFICO 9



En el grafico se muestra mayor incidencia de desgarros perineales en las gestantes que no tuvieron parto precipitado con un porcentaje total de 89.5%; con mayor presencia de desgarro de primer grado con un porcentaje de 66.7%; mientras las gestantes que tuvieron un parto precipitado presentaron una incidencia menor de desgarro perineal con un porcentaje total de 10.5%, con incidencia de 8.3% en desgarros de primer grado. Cabe mencionar que las no tuvieron parto precipitado presentaron un caso de desgarro perineal de cuarto grado.

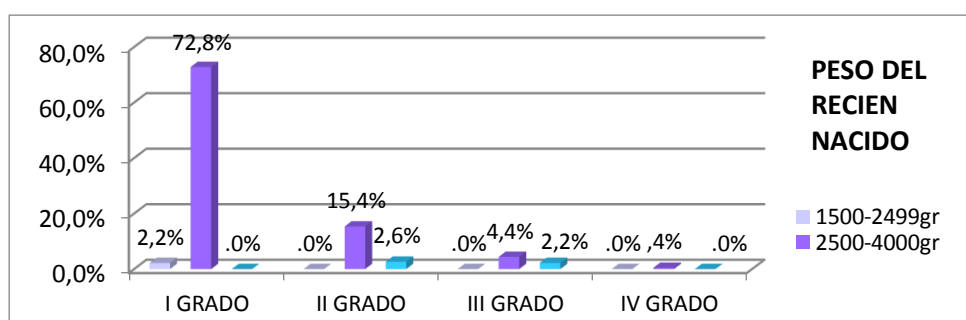
TABLA 10: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILII, SEGÚN PESO DE RECIEN NACIDO. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017_

FACTORES	FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO	TOTAL
----------	---------------------------------	-------

NEONATALES		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
PESO RN	1500-2499gr	5	0	0	0	5
		2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%
	2500-4000gr	166	35	10	1	212
		72.8%	15.4%	4.4%	.4%	93.0%
	>4000gr	0	6	5	0	11
		0.0%	2.6%	2.2%	0.0%	4.8%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

GRAFICO 10



INTERPRETACION: Se muestra la relación del peso y su influencia en la presentación de desgarros perineales, donde se observó que en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 2500-4000g que son del peso adecuado se presentó el 93,0% de lesiones siendo el de primer grado el de mayor frecuencia (72,8%). Mientras que el grupo de los recién nacidos con peso > 4000gr presentó 4,8% de lesiones siendo el 2,6% de segundo grado, 2,2% de tercer grado y 0,5%.

TABLA 11: INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS, SEGÚN PERÍMETRO CEFÁLICO RECIEN NACIDO. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017.

FACTORES NEONATALES		FRECUENCIA DE GRADO DE DESGARRO				TOTAL
		I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	
PERIMETRO CEFALICO	≤ 35cm	146	25	7	1	179
		64.0%	11.0%	3.1%	.4%	78.5%
	>35cm	25	16	8	0	49
		11.0%	7.0%	3.5%	0.0%	21.5%
TOTAL		171	41	15	1	228
		75.0%	18.0%	6.6%	.4%	100.0%

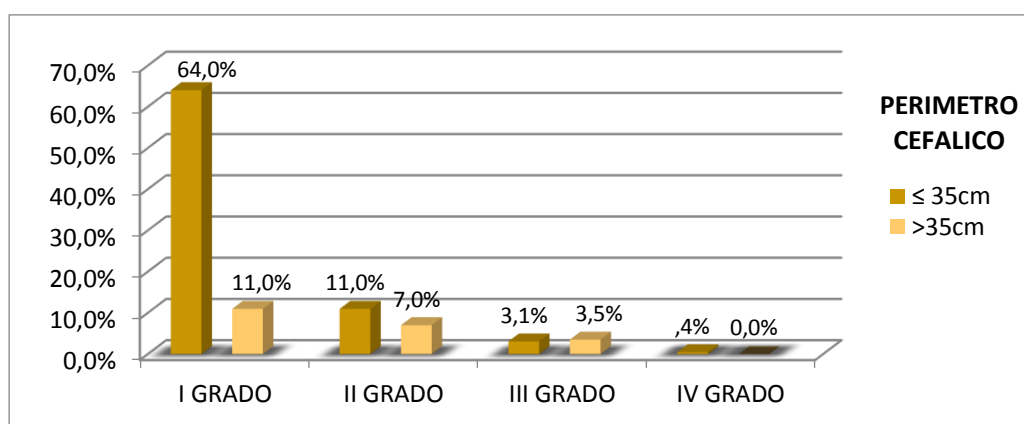


GRAFICO 11

INTERPRETACION: En el gráfico al evaluar a las gestantes con desgarro perineal según perímetro cefálico, se observa que el 78.5% ocurrió en neonatos nacidos con el rango de ≤ 35 cm, con mayor incidencia en desgarros perineales de primer grado con un 64.0%; mientras que el 21.5% ocurrió en neonatos con perímetro cefálico de $\text{cm.} > 35$ cm, con porcentajes de 11.0% en desgarros de primer grado; 7.0% en desgarros de segundo grado, 3.5% en desgarros de tercer grado y un 4% en desgarros de cuarto grado.

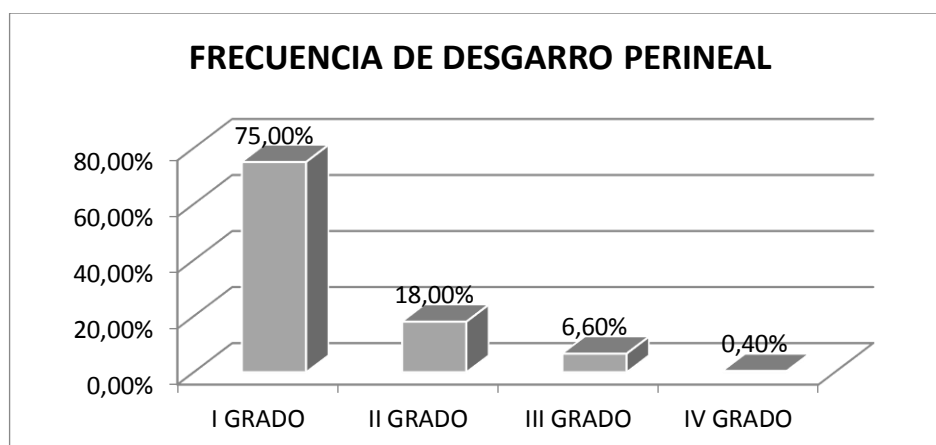
TABLA 12: GRADO DE DESGARRO PERINEAL QUE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN GESTANTES DURANTE EL PARTO EN EL

HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO
2017.

FRECUENCIA DE DESGARRO PERINEAL		
TIPOS DE DESGARROS	Frecuencia	Porcentaje
I GRADO	171	75.0%
II GRADO	41	18.0%
III GRADO	15	6.6%
IV GRADO	1	0.4%
Total	228	100.0%

Fuente: Historias Clínicas del HMICSF

GRAFICO 12



INTERPRETACION: En el gráfico se observa que el 75,00% hizo desgarro perineal de I grado, el 18,00% hizo desgarro perineal de II grado, el 6,60% hizo desgarro perineal de III grado y el 0,40% hizo desgarro perineal de IV grado.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

La hipótesis a probar consiste en determinar si existe relación significativa entre factores de riesgo maternos, obstétricos, neonatales y desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari de Amarilis.

Para este efecto podemos analizar los datos obtenidos como datos discretos y relacionarlos mediante tablas de contingencia en una prueba estadística no paramétrica de dos muestras independientes Para la cual se hará uso de la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado de Pearson (χ^2), el cual se consideró significativo cuando el valor de p es <0.05 .

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

f_o = Frecuencia observada
 f_e = Frecuencia teórica

Los grados de libertad están dados por:

$$gl = (r - 1)(k - 1)$$

Dónde:
 r = Número de filas
 k = Número de columnas

$$\chi^2 < \chi^2_{\alpha} \rightarrow \text{Aceptamos } H_0$$

$$\chi^2 > \chi^2_{\alpha} \rightarrow \text{No aceptamos } H_0$$

Dónde:
 χ^2 = Chi cuadrado calculado
 χ^2_{α} = Chi cuadrado según tabla

TABLA13: CHI-CUADRADO EN EDAD MATERNA Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL

HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,813 ^a	6	,004
Razón de verosimilitud	15,884	6	,014
Asociación lineal por lineal	2,760	1	,097
N de casos válidos	228		

INTERPRETACION: Se evidencia que el valor de $p= 0,004 < 0,050$; El Chi cuadrado resultó significativo, por lo que uno de los factores maternos que es la edad materna determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza hipótesis nula.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor materno en cuanto a edad, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre los factores maternos en cuanto a edad y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 14: CHI CUADRADO EN PROCEDENCIA DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN HGESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING

Estadísticos de prueba

	PROCEDENCIA
Chi-cuadrado	24,018 ^a
Gl	1
Sig. Asintótica	,000

FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017.

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p= 0,000 < 0,050$; El Chi cuadrado resultó significativo, por lo que la procedencia de la gestante es una variable significativa para esta investigación. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor materno en cuanto a procedencia, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre los factores maternos en cuanto a procedencia y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 15: CHI CUADRADO EN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017.

Estadísticos de prueba

	GRADO DE INSTRUCCION
Chi-cuadrado	42,105 ^a
Gl	5
Sig. Asintótica	,000

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p = 0,000 < 0,050$; El Chi cuadrado resultó significativo, por lo que el grado de instrucción de la gestante es una variable significativa para esta investigación. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor materno, en cuanto a grado de instrucción, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

H₀ No existe relación entre los factores maternos, en cuanto a grado de instrucción y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 16: CHI CUADRADO EN ANEMIA Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,285 ^a	6	,158
Razón de verosimilitud	6,515	6	,368
Asociación lineal por lineal	1,151	1	,283
N de casos válidos	228		

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p = 0,158 > 0,050$; El Chi cuadrado resultó no significativo, por lo que uno de los factores maternos que es la anemia no determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. En el presente estudio realizado la hipótesis fue nula porque no se encontró relación entre las variables. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor materno en cuanto a anemia, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre los factores maternos en cuanto a anemia y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 17: CHI CUADRADO EN PARIDAD Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,634 ^a	6	.007
Razón de verosimilitud	18,515	6	,005
Asociación lineal por lineal	15,328	1	,000
N de casos válidos	228		

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p = 0,007 < 0,050$; El Chi cuadrado resultó no significativo, por lo que uno de los factores obstétricos que es la paridad no determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. En el presente estudio realizado la hipótesis fue nula, porque no se encontró relación entre las variables. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a paridad, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a paridad y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 18: CHI CUADRADO EN PERIODO INTERGENESICO Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,628 ^a	6	,357
Razón de verosimilitud	7,408	6	,285
Asociación lineal por lineal	,575	1	,448
N de casos válidos	228		

Se evidencia que el valor de $p = 0,357 > 0,050$; El Chi cuadrado resultó no significativo, por lo que uno de los factores obstétricos que es el periodo intergenesico no determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. En el presente estudio realizado la hipótesis fue nula, porque no se encontró relación entre las variables. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a periodo intergenesico, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a periodo intergenesico y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 19: CHI CUADRADO EN EPISIOTOMIA Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	228,000 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	115,866	3	,000
Asociación lineal por lineal	137,216	1	,000
N de casos válidos	228		

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p= 0,000 < 0,050$; El Chi cuadrado resultó significativo, por lo que uno de los factores obstétricos que es la episiotomía determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a la episiotomía, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a episiotomía y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 20: CHI CUADRADO EN TIEMPO DE PERIODO EXPULSIVO Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,469 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	43,877	9	,000
Asociación lineal por lineal	26,782	1	,000
N de casos válidos	228		

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p = 0,000 < 0,050$; El Chi cuadrado resultó significativo, por lo que uno de los factores obstétricos que es el tiempo de periodo expulsivo determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a tiempo del periodo expulsivo, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a tiempo del periodo expulsivo y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 21: CHI CUADRADO EN PARTO PRECIPITADO Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,443 ^a	3	,931
Razón de verosimilitud	,579	3	,901
Asociación lineal por lineal	,394	1	,530
N de casos válidos	228		

INTERPRETACION: Se evidencia que el valor de $p = 0,931 > 0,050$; el chi cuadrado resulto no significativo, por lo que uno de los factores obstétricos que es el parto precipitado no determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

En el presente estudio realizado la hipótesis fue nula porque no se encontró relación entre las variables. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a parto precipitado, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre el factor obstétrico en cuanto a parto precipitado y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 22: CHI CUADRADO EN PESO DEL RECIEN NACIDO Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,098 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	37,333	6	,000
Asociación lineal por lineal	32,909	1	,000
N de casos válidos	228		

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p= 0,000 < 0,050$; El Chi cuadrado resultó significativo, por lo que uno de los factores neonatales, que es el peso del recién nacido determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor neonatal en cuanto a peso del recién nacido y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre los factor neonatal en cuanto a peso del recién nacido y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

TABLA 23: CHI CUADRADO EN PERIMETRO CEFALICO Y DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-AMARILIS. NOVIEMBRE 2016- AGOSTO 2017.

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,543 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	19,433	3	,000
Asociación lineal por lineal	17,781	1	,000
N de casos válidos	228		

INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el valor de $p = 0,000 < 0,050$; el chi cuadrado resulto significativo, por lo que uno de los factores neonatales que es el perímetro cefálico del recién nacido determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha Existe relación entre el factor neonatal en cuanto a perímetro cefálico, y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho No existe relación entre el factor neonatal en cuanto a perímetro cefálico y desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

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 la vagina. El desgarro 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. ⁽¹¹⁾

Los hallazgos más importantes de este estudio realizado son:

En el presente estudio de los 228 historias, se encontró que dentro de los factores de riesgo maternas, en cuanto a edad, el grupo que presenta mayor porcentaje de desgarro perineal fluctúa entre los 20 – 34 años con un 61.4 % (140) quienes son consideradas como el grupo de edad adecuada para un embarazo con bajo riesgo y el grupo de menos porcentaje fue las > 35 años de edad con un 16.2% (37) quienes son consideradas como añosas con riesgo obstétrico , esto concuerda con el estudio realizado por **Díaz Silva, Lethy** ²⁰ se encontró que dentro de las características maternas el grupo que presenta mayor porcentaje de desgarro perineal fluctúa entre los

20 – 34 años con un 56.25 % (81) y el grupo de menos porcentaje fue las > 35 años de edad con un 25.69% (26). Datos similares se hallaron en el estudio de **Pérez A. Y Linares C** ⁽²¹⁾, en el Hospital Regional de Loreto en el año 2013 ,tuvieron como resultado que la mayor frecuencia de desgarros se presentan en puérperas con edades de 21 – 30 años , a través de cuadros estadísticos , en su estudio concluyen que la edad está asociada al desarrollo de desgarros perineales durante el parto.

En cuanto a **procedencia** se muestra que las que presentaron desgarros perineales durante el parto, el 62.2%(151) son procedentes de zonas urbanas y solo el 33.8% (77) provienen de zonas rurales.

En cuanto a **grado de instrucción** se encuentra que las que presentaron desgarros perineales tuvieron estudios primarios completos 26.8 % y solo el 6.1 % tuvieron secundaria completa; en relación al estudio se encontró mayor porcentaje de desgarros en gestante con estudios primarios completos. Datos similares se hallaron en el estudio de **Pérez A. Y Linares C** ⁽²¹⁾, afirmó que en Hospital Regional de Loreto la población de estudio se caracterizó por ser de educación primaria completa (43) 37.3% e incompleta (27) 23.4% %.

En cuanto a los factores de **riesgo maternos; anemia**, se observó que el 82.9% de desgarros se produjo en gestantes que no presentaron anemia antes del parto siendo el 63.2% desgarros de primer grado y el 14.5%% desgarros de segundo grado. El 13.6% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve presentando desgarros de primer grado, segundo, tercero y cuarto grado con 10.1%, 2.2%, 9% y 4% respectivamente. El 3.5% de desgarros se encontraron en el grupo de

gestantes con anemia severa presentando 1,9% desgarros de primer grado y 1 desgarro de tercer grado. Se puede notar a su vez que el mayor número de desgarros (82.9%) se produjo en gestantes que no presentaron anemia antes del parto.

En mis resultados la anemia no guarda relación con la desgarros perineales y entro en discordancia con el trabajo de **Nima M.** ⁽²⁴⁾ en el año 2014 en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales quien encontró en su estudio resultados de los tipos de anemia que el 83.33% tuvo anemia leve, Concluye a través de pruebas estadísticas en su estudio que el tener anemia aumenta el riesgo de presentar desgarro perineal en 1.9 veces más.

Dentro de las factores de riesgo obstétricas según paridad, se observó que el mayor número de desgarros perineales ocurrieron en las multíparas, con mayor incidencia en los desgarros de primer grado (51.3%). Las primíparas presentaron el 32.9% del total de desgarros, siendo los desgarros de primer grado 20,6%, siguiendo los desgarros de segundo grado con 7.0 % , el de tercer grado 4.8% y el de cuarto grado 4.9%. Las gran multíparas presentaron una incidencia menor de desgarros 3.1 %. Es preciso mencionar que no existieron desgarros de cuarto grado en gran multíparas. Se presentó sólo un desgarro de cuarto grado en primíparas, **esto concuerda con el estudio de Santos K.** ⁽²³⁾ en el Hospital de Vitarte en el año 2014, quien en su estudio obtuvo resultados donde el mayor número de desgarros ocurrieron en multíparas con 83.3%, siguiendo los desgarros de las de segunda paridad con mayor frecuencia.

Dentro de las factores de riesgo obstétricas según periodo intergenesico se observó que el grupo con desgarro perineal, el 53.5% %

presentó un PIG largo, con mayor incidencia 37.7% en desgarro de primer grado; el 35.1% un PIG adecuado y el 11.4% un PIG corto. Las gestantes con PIG adecuado y largo son más propensas de sufrir desgarros perineales que las gestantes con PIG corto.

Sin embargo discrepo con el estudio realizado por **Nima M.** ⁽²⁴⁾ donde se observó que el periodo Intergenésico asociado a desgarros perineales fue el 49,33% en periodo adecuado, mayor incidencia, sin embargo el, 20,67% fue corto, mientras que el, 30,00%, fue largo.

Dentro de las factores de riesgo obstétricas según periodo episiotomía, en el estudio realizado se observó que el 93.0% de las gestantes sin episiotomía durante el parto presentaron desgarro perineal con mayor incidencia 75.0 % en desgarro de primer grado. Las gestantes a las que se les practico la episiotomía presentaron una incidencia menor de desgarro de 7.0%; con desgarros de tercer grado con el 6.6% y cuarto grado con el 0.4%. El Chi cuadrado resultó significativo, por lo que uno de los factores obstétricos que es la episiotomía determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Dentro de las factores de riesgo obstétricas según tiempo de expulsivo, en el estudio realizado se observó que el mayor porcentaje ocurrió en aquellas que el tiempo de duración fue 10 min a 30 min con 56.25%, con una incidencia mayor de 38.6% en desgarros de primer grado; mientras que las que presentaron menor porcentaje de desgarro fue las que su tiempo de expulsivo fue > 1hr con 3.9%.

Las gestantes que presentaron desgarros en un periodo expulsivo > 10min, presentaron un porcentaje de 37.7%, con una incidencia de

desgarros de primer grado de 31.6%; por lo tanto estas son más propensas a sufrir desgarros perineales que las que tuvieron un periodo expulsivo > 1hr. Estos datos pueden estar relacionados con el mecanismo de un parto precipitado o realización de algún tipo de maniobras que son empleados para avanzar el período de expulsivo (Kristeller, Hamilton, Furguson) ya que el tiempo promedio de expulsivo en una primigesta según la guía Clínica del Hospital Nacional Hipólito Unanue es de 1 hora y el de una multigesta promedio de 30 minutos. **Este resultado concuerda con el estudio realizado por Danae Atunca y Cynthia Huamán en el Instituto Materno Perinatal** ⁽²²⁾ encontró que 191 (73.5%) presentó un segundo periodo de parto menor o igual a 10 minutos, el 26.5% entre 11 y 30 minutos.

Dentro de los factores de riesgo obstétricos según parto precipitado en el estudio realizado se observó una mayor incidencia de desgarros perineales en las gestantes que no tuvieron parto precipitado con un porcentaje total de 89.5%; con mayor presencia de desgarro de primer grado con un porcentaje de 66.7%; mientras las gestantes que tuvieron un parto precipitado presentaron una incidencia menor de desgarro perineal con un porcentaje total de 10.5%, con incidencia de 8.3% en desgarros de primer grado. Cabe mencionar que las no tuvieron parto precipitado presentaron un caso de desgarro perineal de cuarto grado. El chi cuadrado resultó no significativo, por lo que uno de los factores obstétricos que es el parto precipitado no determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Dentro de los factores de riesgo neonatales, según peso del recién nacido, en el estudio realizado se observó se muestra la relación del peso y

su influencia en la presentación de desgarros perineales, donde se observó que en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 2500-4000g que son del peso adecuado se presentó el 93,0% de lesiones siendo el de primer grado el de mayor frecuencia (72,8%). Mientras que el grupo de los recién nacidos con peso > 4000gr que son considerados macrosómicos presentó 4,8% de lesiones siendo el 2,6% de segundo grado, 2,2% de tercer grado y 0,5%. El grupo de recién nacidos menor de 2499gr, que son del grupo de bajo peso presentó 2,2% de lesiones siendo solo desgarros de primer grado. **Esto concuerda con el estudio de Santos K.** ⁽²³⁾ en el Hospital de Vitarte en el año 2014, mencionó que se presentó el 86.0% de lesiones en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 2500-4000g. Siendo el de primer grado el de mayor frecuencia (72.1%). Mientras que el grupo de los recién nacidos macrosómicos presentó el 13.0% de lesiones, siendo el 10.7% de primer grado, 1.9% de segundo grado y 0.5% de tercer grado. El grupo de recién nacidos menor de 2500g, presentó el 0.9% de lesiones siendo solo desgarros de primer grado.

Dentro de los factores de riesgo neonatales, según perímetro cefálico, en el estudio realizado se observó que el 78.5% ocurrió en neonatos nacidos con el rango de ≤ 35 cm, con mayor incidencia en desgarros perineales de primer grado con un 64.0%; mientras que el 21.5% ocurrió en neonatos con perímetro cefálico de cm.>35 cm, con porcentajes de 11.0% en desgarros de primer grado; 7.0% en desgarros de segundo grado, 3.5% en desgarros de tercer grado y un 4% en desgarros de cuarto grado. El chi cuadrado resulto significativo, por lo que uno de los factores neonatales que es el perímetro

cefálico del recién nacido determina la frecuencia de desgarro perineal en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

En cuanto al grado de desgarro perineal que se presentó con mayor frecuencia en gestantes durante el parto en el hospital carlos showing ferrari. Noviembre 2016_ agosto 2017, fue el desgarro perineal de I grado con el 75% de casos, el 18,00% hizo desgarro perineal de II grado, el 6,60% hizo desgarro perineal de III grado y el 0,40% hizo desgarro perineal de IV grado. Esto concuerda con el trabajo realizado **por Santos. K** ⁽²³⁾ en el 2014 en el Hospital de Vitarte, obtuvo como resultados que 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%). **Danae Atunca y Cynthia Huamán** ⁽²²⁾ también encontraron en su estudio que el primer grupo el grado más frecuente de desgarro perineal fue el de primer grado con 103 casos (79.2 %). Así mismo Nima N. en su estudio en el Hospital Sergio Enrique Bernales encontró a nivel de desgarro que 64% fue desgarro de primer grado.

CONCLUSIONES

De la investigación realizada, se concluye:

1. Del total de pacientes con desgarro perineal dentro de las características maternas en cuanto a la edad, las gestantes de 20-34 años tienen mayor frecuencia de presentar desgarro perineal. Se encontró que la mayoría de gestantes tenían grado de instrucción primaria completa y de procedencia urbana. De la misma manera se concluye según este estudio que las gestantes con anemia antes del parto tienen menor frecuencia de presentar desgarros perineales que las que no presentaron anemia; por lo tanto no es factor condicionante para desarrollar desgarros perineales durante el parto, en nuestra investigación este factor es estadísticamente no significativo.
2. Del total de pacientes con desgarro perineal dentro de los factores de riesgo obstétricos; la paridad, periodo intergenesico y parto precipitado son estadísticamente no significativos, por lo tanto no son factores condicionantes para desarrollar desgarros perineales. Sin embargo la episiotomía y el tiempo de periodo expulsivo, son estadísticamente significativos; por lo tanto son factores condicionantes a desarrollar desgarros perineales. En cuanto al tiempo de periodo expulsivo las que

tuvieron un periodo ≤ 10 min presentaron mayor frecuencia de desgarro perineal durante el parto, con mayor incidencia en desgarros de primer grado.

3. Del total de pacientes con desgarro perineal dentro de los factores de riesgo neonatales, se concluye que si hay relación estadísticamente significativa en el peso del recién nacido y el perímetro cefálico con el desgarro perineal. En lo que respecta al peso del recién nacido, se concluye que los que presentaron mayor frecuencia de desgarros son los que nacieron con un peso de 3500- 4000 gr, con mayor incidencia en desgarros de primer grado.

4. En cuanto a los grados de desgarros perineales que se presentaron con mayor frecuencia en este estudio fue los de primer grado con el 75% de casos.

5. Los factores de riesgo; paridad, periodo intergenesico y parto precipitado no condiciona al desgarro perineal en este estudio. Los factores de riesgo; edad, episiotomía, tiempo de periodo expulsivo, perímetro cefálico y peso del recién nacido si condicionan al desgarro perineal en este estudio.

RECOMENDACIONES

- ❖ Según la investigación realizada, se recomienda realizar una adecuada técnica de atención de parto, con la finalidad de evitar desgarros y complicaciones a corto y a largo plazo. Es necesario una mejor capacitación en la atención de partos sin episiotomía protegiendo adecuadamente el periné, logrando así disminuir notablemente la frecuencia de desgarros perineales.
- ❖ El profesional en Obstetricia es responsable de la atención prenatal, debe identificar características y morbilidades en las gestantes (adolescente, añosa, paridad y anemia) para tomar las medidas adecuadas y evitar complicaciones futuras.
- ❖ La atención de parto debe ser monitoreado y realizado por el profesional de obstetricia, para disminuir desgarro perineal durante el parto. Educar y concientizar a las gestantes acerca de la importancia del control prenatal y Psicoprofilaxis.
- ❖ Realizar adecuadamente el tacto vaginal durante el parto para evitar posibles desgarros en gestantes que presentan condiciones anatómicas favorables.

- ❖ Se deber realizar nuevos estudios sobre la intervención de la psicoprofilaxis como preparación beneficiosa para las gestantes, en el presente estudio resultó independiente para el desgarro perineal. Sin embargo 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 operador 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 mucha veces no tienen una preparación o capacitación eficiente previamente ocasionando desgarros perineales.
- ❖ Se recomienda que en estudios posteriores se considera otros tipos de variables, para que el trabajo o futuros estudios se enriquezca de forma más completa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Blandine Calais, Germain El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía.1998.
2. Keith Moore, Anne M.R.Agur. Fundamentos de la anatomía con orientación clínica.2003. Pág. 252.
3. Hamilton EF, Smith S, yang I, Warrick P Laceraciones perineales de tercer y cuarto grado. 2011; Pag.204:309.
4. Kettle C. Perineal care. Clin Evid. 1999.
5. Vitoria-Gasteiz .Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. 1ª Ed. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
6. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública– DGE – MINSA. 2015.
7. Marques Salge AK, Fleury Lôbo S, Machado Siqueira K, Rossie Silva RC, Valadares Guimarães J. Práctica de episiotomía y factores maternos y neonatales relacionados. 2012.
8. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. Uruguay. Novedades del CLAP N°17; 2011.
9. Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos, Elizabeth Guadalupe Panduro Moore. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales.2012.
10. Francis Paulina Abril-González. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No. 2.2009. (143- 151).

11. Militza Angelina Lorenzo-Pliego, Luis Alberto Villanueva-Egan. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. México. Rev CONAMED 2013; 111-116.
12. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud en el Perú. Lima: MINSA; 2010
13. Ávila, Fabián. Desgarros vulvoperineales y factores de riesgos en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa. Perú. 2009.
14. LvanDriel SME. Reparación Quirúrgica de desgarros Perineales Espontáneos que ocurren durante el Parto Versus Ninguna Intervención.2011.
15. Jones, k. Incidencia de desgarros perineales en partos instrumentados. Revista Informática de la Jornada Internacional de Obstetricia y Ginecología. Valencia - España. 2010.
16. Congo Chalá E. 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. Quito: mayo 2015.
17. Marcia Judith Guamán Gusqui. 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.
18. Lorenzo Pliego M., Villanueva Egan L. "Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias", Mexico ,2013.

19. Mora y Col. 2011; España; “Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas”.
20. Lethy Díaz Silva, Lima; “características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito”.
21. Atunca D. en su trabajo de investigación titulada Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010.
22. Pérez Torres M., Linares Guerrero C. “Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el hospital regional de loreto, enero – abril del 2013”, Tarapoto, Perú, 2014.
23. Santos Malasquez K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte. Perú: Universidad Ricardo Palma, 2014.
24. Nima Valverde N. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales. Universidad Privada Arzobispo Loayza, 2014.
25. Ríos Linares U. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. San Juan Iquitos, 2016.
26. Juliana Oviedo. 2016; Lima. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao. 2014.

27. José Francisco, Flores Hernández; Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesárea anterior con periodo Intergenésico corto; Hospital Regional de Loreto. Enero 2013 - Diciembre 2014.
28. Oriol Porta, Montserrat Espuña. Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico..2010. Pág. 17.
29. Schwarz, Ricardo. Desgarros perineales – tratado de obstetricia 5ta edición.
30. Royal College de Obstetricia y Ginecología (RCOG). Clasificación de desgarros perineales.
31. Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal: Ministerio de Salud, 2012.
32. López M. Palacio M., Pino M.,España M. Protocolo. Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
33. Marques Salge AK, Fleury Lôbo S, Machado Siqueira K, Rossie Silva RC, Valadares Guimarães J. Desgarros perineales: factores maternos y neonatales relacionados.2012; 14(4):779-85.
34. Espuña, P. Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas. Congreso nacional, S.E.G.O Sevilla. España. 2013.
35. Anemia y hemocromatosis. Dieta controlada en hierro. Diego Álvarez Ballano.2012. pág. 355-361.
36. Organización Mundial de la salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad.2011.
37. Lorenzo M, Villanueva L. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. 2013

38. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García CB, Priego PI, Gómez CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol. Obstet. Mex.
39. Dirección Nacional de Maternidad e infancia control Preconcepcional, Prenatal y puerperal. Edición Argentina. 2013.
40. O'Connell MP, Hussain J, Maclennan FA, Lindow SW. Factores asociados con una prolongada segunda etapa del parto. 2003.
41. Carroli G, Belizan J. Episiotomía en el parto vaginal. 2008.
42. .McCandllich R. Cuidado del perineo durante el periodo expulsivo del parto. 2001.
43. Belizan JM, Carroli G. La episiotomía de rutina debe abandonarse.1998.
44. Obispo Polanco. Teruel. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Asistencia urgente al parto precipitado, España-2009.
45. SEGO. Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto, Madrid, 2008.
46. Blanca Envid Lázaro, Enrique Alonso Formento. Asistencia urgente al parto precipitado. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel, España. Emergencias 2010; 22:
47. Williams obstetricia. Trabajo de parto anormal. 24 edición.
48. Puffer R, Serrano C. Características del peso al nacer. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Pub N° 504. Washington DC EEUU,
48. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Protocolo de asistencia al parto y al Puerperio y de atención al recién nacido. Barcelona. 2003.
49. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. Minsa-Peru.
50. Auchter Monica. Guia Infantil. Cátedra Enfermería Materno infantil, 2014.

51. Métodos para prevenir una episiotomía. ¿Cuál es la prevención para la episiotomía? Usa 2009.
52. Romero Martín J, Prado Amián M. Episiotomía: ventajas e inconvenientes de su uso.2002.
53. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. Perú. 2010
54. Asociación Catalana de Llevadores. El masaje perineal. España: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2013.
55. Beckmann MM, Stock OM. Masaje perineal prenatal para reducir el trauma perineal. 2013.
56. Gómez de Enterría Cuesta M. Masaje perineal durante el embarazo. Revista enfermería. 2009.

A. Si

B. No

a. EMLD ()

b. MEDIA ()

c. LATERAL ()

8. Tiempo del expulsivo

A. <10 min

B. 10-30 min.

C. 30-1 hr

D. > 1 hr.

9. Parto precipitado

A. SI

B. NO

III. FACTORES DE RIESGO NEONATALES:

10. Peso del Recién Nacido:

A. \leq 2500 gr

B. 2501 gr-3999 gr.

C. 4000 gr

11. Perímetro cefálico

A. \geq 34 cm

B. <34 cm

IV. GRADO DE DESGARRO PERINEAL QUE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA

A. Primer Grado ()

B. Segundo Grado ()

C. Tercer Grado ()

D. Cuarto Grado ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES DURANTE EL PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI _ AMARILIS, NOVIEMBRE 2016_ AGOSTO 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ amarilis, noviembre 2016_ agosto 2017?</p> <p>1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS _ ¿Cuáles son los factores maternos asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?</p> <p>_ ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los Factores de riesgo que contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.</p> <p>2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS _Identificar los factores maternos como: edad, Procedencia y grado de instrucción de gestantes con desgarro perineal durante el parto en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.</p> <p>_Identificar las factores obstétricas asociados esgarros perineales durante el parto en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.</p> <p>_Identificar los factores</p>	<p>HIPOTESIS DE INVESTIGACION _Los factores maternos, obstétricos y neonatales son factores que contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_ Amarilis, Noviembre 2016_ Agosto 2017.</p> <p>HIPOTESIS NULA _Los factores maternos, obstétricos y del recién nacido no son factores que</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE _Factores de riesgo.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE _Desgarros perineales</p>	<p>MÉTODO: Analítico</p> <p>TIPO DE INVESTIGACION : Descriptiva Transversal Prospectiva</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACION: Descriptivo Transversal</p>	<p>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: _Autorización de los jefes a cargo</p> <p>- Aplicación de Instrumentos- Creación de una base de datos.</p> <p>INSTRUMENTOS _Cuestionarios _ Historias Clínicas</p>

<p>2016_Agosto 2017?</p> <p>_ ¿Cuáles son los factores neonatales asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017?</p> <p>_ ¿Cuál es la relación que existe entre las características maternos, obstétricos y de recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017?</p> <p>¿Cuál es el grado de desgarro perineal que se presenta con mayor frecuencia durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017?</p>	<p>neonatales asociados a desgarros perineales durante el parto en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017.</p> <p>_Establecer la relación que existe entre las características maternos, obstétricos y de recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017.</p> <p>_¿Cuál es el grado de desgarro perineal que se presenta con mayor frecuencia durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017?</p>	<p>contribuyen al desgarro Perineal durante el parto en gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_Amarilis, Noviembre 2016_Agosto 2017.</p>		<p>POBLACION: La población está constituida por 568 gestantes con parto vaginal espontáneo atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari_Amarilis.</p> <p>MUESTRA: Está conformada por 228 casos de gestantes que tuvieron desgarro perineal durante el parto en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Amarilis.</p>	
---	---	--	--	---	--