

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN CON  
EL DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN EL,  
HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**Bach. ROSAS SOTELO, Katharine Lizzet  
Bach. TARAZONA BLAS, Erlinda Flavia**

**Asesora: Dra. Rodríguez Figueroa Ada Eudocia**

**HUARAZ – PERÚ**

**2018**



**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN,  
PARA OPTAR GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL - UNASAM**

Conforme al Reglamento del Repositorio Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI.  
Resolución del Consejo Directivo de SUNEDU N° 033-2016-SUNEDU/CD

**1. Datos del Autor:**

Apellidos y Nombres:.....

Código de alumno:.....Teléfono:.....

Correo electrónico:.....DNI o Extranjería:.....

**2. Modalidad de trabajo de investigación:**

Trabajo de investigación

Trabajo académico

Trabajo de suficiencia profesional

Tesis

**3. Título profesional o grado académico:**

Bachiller

Título

Segunda especialidad

Licenciado

Magister

Doctor

**4. Título del trabajo de investigación:**

**5. Facultad de:**.....

**6. Escuela, Carrera o Programa:**.....

**7. Asesor:**

Apellidos y Nombres:.....Teléfono:.....

Correo electrónico:.....DNI o Extranjería:.....

A través de este medio autorizo a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, publicar el trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, Repositorio Nacional Digital de Acceso Libre (ALICIA) y el Registro Nacional de Trabajos de Investigación (RENATI).

Asimismo, por la presente dejo constancia que los documentos entregados a la UNASAM, versión impresa y digital, son las versiones finales del trabajo sustentado y aprobado por el jurado y son de autoría del suscrito en estricto respeto de la legislación en materia de propiedad intelectual.

**Firma:** .....

**D.N.I.:**

**FECHA:**

## **DEDICATORIA**

A dios por guiar siempre mis pasos y a mis padres, por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un privilegio ser su hija son los mejores padres.

**Katharine**

Dedicado al forjador de mi camino, a mi padre celestial, el que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo tropiezo al creador, a mis padres y a las personas que más amo, con mi más sincero amor.

**Flavia**

## AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

**Katharine**

Primeramente, gracias a Dios por ser nuestra guía, a Jesús por ser nuestra inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo y nuestros padres por darnos el ejemplo de vida a seguir.

**Flavia**

**ÍNDICE**

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. HIPÓTESIS.....	14
3. BASES TEÓRICAS.....	20
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	52
5. RESULTADOS.....	61
6. DISCUSIÓN.....	72
7. CONCLUSIONES.....	76
8. RECOMENDACIONES.....	77
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

## RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017?, con el objetivo general de determinar la relación entre los factores de riesgo con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017; hipótesis: Los factores maternos, obstétricos y neonatales están relacionados significativamente con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017. Investigación retrospectiva, descriptiva y correlacional, con una muestra de 192 gestantes que tuvieron desgarro perineal. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V22.0. Realizándose la contrastación de la hipótesis mediante el chi cuadrado. Resultados: El 68.1% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes con anemia leve. El 72.9% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que no tuvieron episiotomía, seguido de un 12.5% del total de desgarros perineales de primer grado que se dan en gestantes que tuvieron episiotomía. El 46.4% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que no tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 32 a 34 cm. Se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre los factores maternos, obstétricos y neonatales con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017, con una confianza de 95%.

Palabras clave: factores de riesgo, desgarro perineal.

## ABSTRACT

The following problem was posed: What is the relationship between the risk factors with the perineal tear during delivery in the Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017 ?, with the general objective of determining the relationship between the risk factors with the perineal tear during childbirth at the Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017; hypothesis: The maternal, obstetric and neonatal factors are significantly related to the perineal tear during delivery in the Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017 Hospital. Retrospective, descriptive and correlational research, with a sample of 192 pregnant women who had a perineal tear. A data collection card was used as an instrument, the information was processed through the SPSS V22.0 program. Hiring the hypothesis using the chi square. Results: 68.1% of the perineal tears are of the first degree and occur in pregnant women with mild anemia. 72.9% of the perineal tears are of the first degree and occur in pregnant women who did not have an episiotomy, followed by 12.5% of the total perineal tears of the I degree that occur in pregnant women who had an episiotomy. 46.4% of the perineal tears are of the first degree and occur in pregnant women who did not have newborns with head circumference between 32 and 34 cm. It was concluded that there is a statistically significant relationship between maternal, obstetric and neonatal factors with the perineal tear during delivery in the Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017, at a confidence level of 95%.

Key words: risk factors, perineal tear.

## 1. INTRODUCCIÓN

Uno de los factores que más preocupan tanto a las embarazadas como a los profesionales de salud que asisten el parto, es la manera de evitar que ocurran desgarros perineales, además de reducir las episiotomías; debido a que generan una alta morbilidad. 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 y posteriormente ocasionar dolor, reducción de la movilidad de la mujer, disuria y dispareunia o el paso de las heces, infección por prolapso, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer para dar de lactar y atender al recién nacido <sup>(1)</sup>.

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 largo plazo <sup>(2)</sup>.

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 <sup>(3)</sup>.

Entre los múltiples parámetros demográficos, clínicos y obstétricos que se han estudiado, las características que en distintas poblaciones se han relacionado en forma consistente con laceraciones del esfínter incluyen la primiparidad, el período expulsivo mayor de una hora, el peso al nacimiento, del recién nacido macrosómico, la episiotomía y el parto instrumentado con fórceps <sup>(3)</sup>. Por ello, es importante remarcar que el riesgo de desgarro perineal posterior cuando no se realiza episiotomía va del 0 hasta al 2.3%, cuando se realiza episiotomía medio lateral el riesgo va del 0,2 al 9% y cuando se realiza episiotomía mediana, el riesgo va del 3 al 24% <sup>(4)</sup>.

El trauma perineal ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. La incidencia de trauma perineal severo reportado internacionalmente varía, 2.9% a 10.2% en Estados Unidos, 2.0% en Australia y 1.58% en el Reino Unido <sup>(5)</sup>.

Por otro lado, en un estudio realizado por Lorenzo en México (2014), reporto, de los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarro perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarro de cuarto grado. El uso de oxitocina, la duración del período expulsivo de más de 60 minutos, la episiotomía y el parto instrumentado con fórceps 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 <sup>(6)</sup>.

Por lo demás, un estudio ejecutado por Huamán en el Instituto Materno Perinatal (Peru-2015) en gestantes mayores de 35 años, se observó que el mayor número de desgarros perineales fueron más frecuentes en las mayores de 35 años presentándose

desgarros de primer grado (52.4%), desgarrros de segundo grado (12.4%) y desgarrros de tercer grado (2.9%) <sup>(7)</sup>.

Asimismo, en un estudio realizado por Casanova, en pacientes nulíparas en el Hospital San Bartolomé en el año 2013, encontró, en el grupo de episiotomía con indicación, el 9.6% de las pacientes, sufrió un desgarro perineal. En el de episiotomía sistemática el 8% y en el de no episiotomía el 51.5%, siendo estos en su mayoría de primer grado (41.7%). Además, se encontró que la mayor cantidad de gestantes oscilan entre las edades de 20 a 34 años (66%), seguidos por el grupo de 25 a 29 años (23.1%) y por el de 30 a 34 años (10.9%) <sup>(8)</sup>.

La incidencia anual promedio de desgarro perineal en el Hospital San Bartolomé es 0.58% <sup>(8)</sup>. 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 desgarrros requerirán sutura para su manejo. La morbilidad asociada a los desgarrros 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 <sup>(8)</sup>.

Los desgarrros perineales ocasionan consecuencias a largo, corto y mediano plazo, como son las fistulas, infecciones, prolapsos, incontinencia urinaria y fecal. 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.

Sin embargo, partiendo de la identificación y el impacto de los factores de riesgo es susceptible de variación dependiendo de las características de la población y del tipo de hospital, y que la mayoría de los estudios sobre trauma perineal obstétrico han sido efectuados en países distintos al nuestro, se decidió realizar esta investigación con el objetivo de aportar insumos locales para, con un enfoque preventivo de seguridad del paciente, identificar oportunamente a las mujeres o las prácticas con mayor riesgo de desarrollar un desgarro perineal grave, en el contexto de un hospital público.

Por otro lado, a nivel local, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, anualmente se presentan 730 casos de desgarro perineal de diferentes grados, mensualmente, se presentan entre 60 a 80 casos de desgarro perineal; el más frecuente, el desgarro perineal de I grado, por presentación compuesta, circular de cordón umbilical, infección del tracto urinario (ITU), presentación occipito sacra, que son reparados por el profesional del Servicio de Centro Obstétrico que atendió el parto.

En tal sentido, por lo manifestado, se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema**: ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017? teniendo como **objetivo general** determinar la relación entre los factores de riesgo con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017. Los **objetivos específicos** fueron: Identificar si los factores maternos como: la edad, procedencia, anemia y grado de instrucción están relacionados al desgarro perineal durante el parto; determinar si los factores obstétricos como: la paridad, periodo intergenésico, atención prenatal,

psicoprofilaxis y episiotomía están relacionados al desgarro perineal durante el parto; identificar si los factores neonatales como: el peso, perímetro cefálico o perímetro craneal, que contribuyen al desgarro perineal durante el parto.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de estas. En la segunda parte se expone los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. en la tercera parte, se describe los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información; en la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones, así como información relevante para la investigación.

Finalmente es importante indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en el traumatismo perineal que constituye la forma más frecuente de lesión obstétrica. El perineo es el área entre la vagina y el recto que puede desgarrarse durante el parto. En la práctica clínica, estos desgarros a menudo se suturan. Sin embargo, los desgarros pequeños también pueden cicatrizar bien sin interferencia quirúrgica. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal. La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, ligamentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia.

Frente a esta problemática, el presente trabajo de investigación se justifica por su relevancia social, pues tendrá trascendencia para la sociedad, especialmente las gestantes, quienes se beneficiarán durante la atención del parto, de igual modo los profesionales que asisten esta población, ya que contarán con los resultados de la investigación. De igual modo tiene implicancias prácticas, con la propuesta que se haga en esta investigación se ayudara a resolver problemas con la prevención de los desgarros que debe empezar en el embarazo a través del masaje perineal durante la gestación ayuda a reducir el traumatismo perineal en el parto, principalmente las episiotomías, y también el dolor posterior. Esta labor de prevención es más importante en mujeres que tienen su primer hijo.

Por otro lado, el profesional que atiende el parto es el que valora la capacidad de distensión de estos músculos, y la posibilidad de que aparezcan desgarros en los músculos del suelo pélvico. La sensación de pujo ayudará a que empujes en el expulsivo, y el obstetra o el ginecólogo ayudarán a realizar los pujos para que el bebé vaya descendiendo. En algún momento al final del expulsivo es posible que recomienden a la gestante que no empuje, a pesar de que la sensación de pujo pueda ser fuerte. Esto se pide para dar tiempo a los músculos del periné para que se distiendan y evitar el traumatismo perineal. Para evitar empujar, es útil jadear, o soplar al exhalar el aire.

Así mismo, la investigación realizada contribuye a generar nuevos conocimientos y más amplios, a la vez, la información que se obtuvo sirve para revisar, desarrollar o apoyar una teoría respecto al problema planteado. Por otro lado, mediante la investigación se desarrollará un método para medir las variables en el contexto

regional y local, pero con aplicaciones a otros ambientes a nivel nacional, a la vez puede ayudar a crear un nuevo instrumento para recolectar o analizar datos.

Además de los elementos anteriores, es necesario considerar la viabilidad o factibilidad del estudio, ya que se dispondrá de recursos indispensables que determinaran el estudio y se tendrá acceso para la obtención de datos.

## 2. HIPÓTESIS

Los factores maternos, obstétricos y neonatales están relacionados significativamente con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-2017

### 2.1. Variables:

- **Variable Independiente:**  
Factor de riesgo.
- **Variable Dependiente:**  
Desgarro perineal.

## 2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALAS DE MEDICION
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b>  <b>FACTORES DE RIESGO</b>	Son aquellos rasgos, característica o exposición de una gestante que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	<b>FACTORES MATERNOS</b>	<b>Edad:</b> Edad en años cumplidos en el momento del estudio	1. < 19 años 2. 20 a 34 años 3. $\geq$ 35 años	Razón
			<b>Procedencia:</b> Lugar de donde procede la gestante	1. Urbano 2. Urbano marginal 3. Rural	Nominal
			<b>Grado de instrucción:</b> Nivel educativo de la gestante	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior.	Nominal



			<b>Anemia:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leve (&gt;9 a &lt; 11g/dl)</li> <li>2. Moderada (de 7 a 9g/dl)</li> <li>3. Severa (de 7 a 9g/dl)</li> </ol>	Ordinal
		<b>FACTORES OBSTETRICOS</b>	<b>Paridad:</b> Gestante que ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nulípara</li> <li>2. Primípara</li> <li>3. Multípara</li> </ol>	Ordinal
			<b>Periodo Intergenésico:</b> Tiempo transcurrido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; 3 años</li> <li>2. 3-5 años</li> <li>3. &gt; 5 años</li> </ol>	De intervalo

			entre el último embarazo y el actual.		
			<p><b>Atención Prenatal:</b></p> <p>Adecuado: Tiene 6 a más atenciones.</p> <p>Inadecuado: Tiene menos de 6 atenciones o no tiene ninguna atención</p>	<p>1. &lt; 6 APN</p> <p>2. &gt; 6 APN</p>	Ordinal
			<p><b>Psicoprofilaxis:</b></p> <p>Preparación de la gestante en el programa de psicoprofilaxis.</p>	<p>1. Completa</p> <p>2. Incompleta</p> <p>3. No recibió</p>	Nominal

			<b>Episiotomía:</b> Incisión quirúrgica del periné para aumentar la apertura vaginal.	1. Si 2. No	Nominal
		<b>FACTORES NEONATALES</b>	<b>Peso del Recién Nacido:</b> Peso del producto al nacer. Puede ser bajo peso al nacer, peso adecuado y macrosómico.	1. 2500 gr-< 2500 gr. 2. > 2500 gr. 3. > 4000 gr.	Razón
			<b>Perímetro Cefálico o</b> <b>Perímetro Craneal:</b>	1. 31-32 cm 2. 33-34cm	De intervalo

			Medida del contorno de la cabeza en su parte más grande.		
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>  <b>Desgarro perineal</b>	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).	<b>CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS</b>	Desgarros Perineales Según Grados	1. Primer Grado. 2. Segundo Grado. 3. Tercer Grado. 4. Cuarto Grado	Ordinal

### **3. BASES TEÓRICAS**

#### **3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

GONZALEZ Francis (2009): **Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007**. Colombia. Artículo de Investigación. Objetivo: Identificar los factores de riesgo para desgarros perineales grado II o superior durante el parto vaginal de pacientes atendidas por personal en entrenamiento en un hospital universitario con política selectiva de episiotomía. Se realizó un estudio analítico de cohorte prospectivo, incluyendo mujeres atendidas por parto vaginal en el Hospital de Engativá ESE nivel II entre noviembre de 2006 y mayo de 2009. Entre ellas, se identificaron aquellas que presentaron desgarros perineales grado II o mayores y se excluyeron las pacientes a quienes se les realizó episiotomía, parto instrumentado o cesárea por cualquier indicación obstétrica. Resultados: Se incluyeron 149 pacientes de las cuales 81 (54,4%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura. Los factores de riesgo significativos para desgarro perineal durante el parto vaginal sin episiotomía fueron la duración de la fase activa del trabajo de parto mayor de 420 minutos (RR=1,45; IC95% 1,10-1,91), peso del neonato mayor de 3.100 g (RR=1,43; IC95% 1,05-1,94) y la inducción del trabajo de parto (RR=1,38; IC95% 1,03-1,86). El nivel de educación del operador, la paridad, el perímetro cefálico y la duración del expulsivo no fueron estadísticamente significativos mientras que el análisis de regresión logística estableció que el peso (RR=2,6; IC95% 1,25-5,49) y la duración de la fase activa (RR=3,0; IC95% 1,33-6,48) fueron los factores de riesgo significativos. Conclusiones: 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 <sup>(9)</sup>.

MORA Hervás (2011) **Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas. Estudio de cohortes.** Artículo de Investigación. España.

Objetivo: Estimar la incidencia y el tipo de lesiones perineales en una cohorte de mujeres primigestas. Estudio de cohortes en gestantes nulíparas sanas y continentales, asistidas en el sistema sanitario público catalán. El reclutamiento tuvo lugar entre junio-2007 y junio-2008, el seguimiento finalizó en enero-2009. Mediante cuestionario se recogieron variables relativas al parto, incluyendo tipo de parto, uso de episiotomía, presencia y tipo de desgarro perineal. Los datos fueron analizados mediante las pruebas chi-cuadrado, T de Student o ANOVA para el análisis bivariable. El riesgo independiente de las variables fue valorado mediante regresión logística. Se estimaron la odds ratio (OR) y el riesgo relativo (RR) con intervalos de confianza del 95%. Resultados: Se 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. En el análisis bivariable, la episiotomía resultó la única variable asociada a desgarro de segundo grado (RR=5.56; IC95%:3.35 - 9.30. Conclusiones: 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 <sup>(10)</sup>.

LORENZO Militza (2013) **Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. el impacto de las prácticas rutinarias.** México. Artículo de investigación. Objetivo del estudio fue 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. 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 desgarro perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarro de cuarto grado. El uso de oxitocina (RM= 1.72 IC 95% 1.09-2.71 p= 0.02), la duración del periodo expulsivo de más de 60 minutos (RM= 5.16 IC 95% 2.33-11.4 p= 0.00), la episiotomía (RM= 12.23 IC95% 5.06- 29.55 p= 0.00) y el parto instrumentado con fórceps (RM= 2.19 IC95% 1.42-3.37 p= 0.00) fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles, sin diferencias en la antropometría de los neonatos o en el tipo de personal que atendió el parto. 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 <sup>(6)</sup>.

NEIRA Franco (2017) **Prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología. Hospital Vicente Corral Moscoso. Período agosto de 2016 a febrero de 2017.** Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociado a los desgarros perineales en gestantes entre 15 y 30 años de edad en área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período de agosto de 2016 a febrero de 2017. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El universo está conformado por 1.320 gestantes en labor de parto, del cual se obtuvo una muestra de 300. Se elaboró una encuesta en base a las variables y factores maternos, fetales y obstétricos, información extraída de historias clínicas. Los datos fueron procesados estadísticamente en el programa SPSS versión 15.00 y el Programa Excel; presentándose en tablas dicotómicas de doble y triple entrada de frecuencia y cruzadas para determinar la relación entre los factores asociados. La cual se comprobó por medio de Chi Cuadrado de Pearson con resultados significativos de  $p \leq 0,005$ ; además, Odds Ratio (OR) con IC del 95% y nivel de Error del 5%. Resultados: La prevalencia es de un 36% en el período entre agosto del 2016 a febrero del 2017 y los factores asociados a los desgarros perineales en la población participante permitió determinar: factor protector entre las variables de desgarro y episiotomía con OR 0,161 (IC 95%: 0,67 – 0,390). Se ha determinado que existe asociación de desgarro perineal con factores maternos como la edad de 20 a 30 años, primigestas; factores obstétricos de episiotomía y factores neonatales del peso del recién nacido entre 2501 a 3999 gramos y perímetro cefálico de 32 a 36 cm, los que causan desgarro de Grado 1 <sup>(11)</sup>.



LONGARAY Alexander (2010) **Factores De Riesgo Asociados A Desgarros Perinatales De III Y IV Grado, Hospital Belén De Trujillo, 2010.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Identificar los Factores de Riesgo asociados a desgarro perineal de III y IV grado. Estudio retrospectivo, analítico de casos y controles, con todas las pacientes afectadas de desgarros perineales de III o IV grado, denominadas casos, y las pacientes que no sufrieron desgarros perineales, denominadas controles, en el Hospital Belén de Trujillo, 2010. Resultados: 45 pacientes presentaron desgarro perineal de III o IV grado (casos) y 135 no presentaron desgarros (controles). El tipo de desgarro con mayor presentación fue III grado, con 43 pacientes (95,5%). Se encontró significancia estadística con las siguientes variables: macrosomía fetal (OR= 8,11; <1,77 – 41,88>) (p = 0,0007) e instrumentación del parto (OR = 16,75; <1,81 – 390,23>) (p = 0,0008); sin embargo, la baja talla materna, la episiotomía y la atención por interno no presentaron significancia estadística (p < 0,05). Según el análisis de regresión logística, el factor de riesgo que más se asoció fue la macrosomía fetal (p = 0,0019; OR = 9,26). Conclusión: Los factores de riesgo asociados al desarrollo de desgarro perineal de III o IV grado fueron: macrosomía fetal e instrumentación del parto <sup>(12)</sup>.

HUAMÁN Cynthia (2010) **Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre-diciembre 2010.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivos: Determinar los factores de riesgo que se relacionan con los diferentes grados de desgarro perineal en el INMP. El tipo de estudio es analítico de casos y controles. La población estuvo integrada por puérperas de parto vaginal con desgarro perineal (independientemente del grado de desgarro) y sin desgarro perineal que cumplan con los criterios de inclusión.

Resultados: Se encontró que el 79.2% presentó desgarro de primer grado, el 74.6% de pacientes se encontraron entre 20 y 34 años de edad, el grado de instrucción más frecuente es el quinto año de secundaria con 57.3%. El distrito de mayor concurrencia al Instituto Nacional Materno Perinatal fue San Juan de Lurigancho con 26.5% de pacientes. La infección de transmisión sexual con más frecuencia fue la candidiasis con 3.1%. Del grupo con desgarro perineal se encontró respecto a la paridad que el 80% fueron multíparas, en cuanto al peso del recién nacido el 84.6% estuvo en el rango de peso adecuado. El 43% de pacientes en este grupo presentó anemia. El tiempo del expulsivo de mayor frecuencia fue menos o igual a 10 minutos con 78.5%. El 73.8% de este grupo no tuvo preparación psicoprofiláctica. En cuanto al periodo intergenésico, el 47.3% presentó un PIG largo, el 36.9% presentó un PIG adecuado. Del grupo sin desgarro perineal resultó que el 79.2% fueron multíparas, el 97.7% tuvo recién nacidos con peso adecuado. El 28.5% tuvo anemia. El 78.5% presentó 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. Conclusiones: Dentro de los factores maternos podemos concluir en cuanto a la edad, que pertenecer al grupo de adolescentes o mayores de 35 años, aumenta el riesgo para la presencia de desgarro perineal. Las pacientes con anemia tienen unas 1.9 veces más riesgo de presentar desgarro perineal que las pacientes sin anemia <sup>(7)</sup>.

MEDRANO Yoselin (2012) **Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay, julio-septiembre del 2012**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes

atendidas en el Hospital de Chancay, en los meses de julio-septiembre del 2012. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, retrospectivo en pacientes atendidas que acudieron para atención de parto y que presentaron factores de riesgo que contribuyeron a desgarro perineal durante el periodo de julio-septiembre del 2012. Resultados: Se encontró que de 48 pacientes que acudieron para atención de parto durante el periodo de Julio-Septiembre del 2012, presentaron que del total de pacientes; las multigestas presentaron desgarros de 1er grado se presenta en el grupo etario de 20 a 35 años con un 66.7%(32), se halló que el 81.3%(39) sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre 2500g a 4000g y 2.1%(1) de tercer grado, y en los macrosómico se encontró un 4.2%(2) en desgarro del primer y segundo grado. Se encontró que el 79.2%(38) con desgarro de primer grado; se puede decir que del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2%(26) tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis. Conclusiones: En general de los tres factores mencionados, obtuvo que los factores obstétricos sean considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y neonatales <sup>(13)</sup>.

**SANTOS Katherine (2014) Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014.** Perú. Tesis de pregrado. 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. Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, donde se revisó 215 historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) siguiendo los de

segundo grado (15,8%) y por último el de tercer grado (0,5%). La edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). El 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa. El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%), el valor de significancia fue 0,129. Conclusiones: Que la mayor frecuencia de desgarro perineal fue el de primer grado y el de menor frecuencia el de tercer grado en el Hospital Vitarte en el año 2014 <sup>(14)</sup>.

**VALVERDE Nima (2014) Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y el desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, mayo y junio 2014. El diseño que se empleó fue no experimental – retrospectivo- transversal. La población estuvo constituida por todas las pacientes púérperas con factores de riesgo y desgarro perineal en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, durante el periodo mayo y junio 2014. Resultados: Se obtuvo que la edad promedio de las gestantes que acudieron al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales es de  $22.65 \pm 5,713\%$ , mientras que el 84,328% tienen un nivel de instrucción secundario, el 77,61% es conviviente, el 44,67% son primíparas, el resultado del periodo intergenésico resultó el, 20,67% fue corto, mientras que el 30,00% fue largo, el 100% fue parto vaginal, el tiempo del expulsivo es el 58,67% fue de 11 a 30 minutos, 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 64,00% fue desgarro de primer grado, mientras que el peso del recién nacido fue de  $3600,62 \pm 353,239$ . Conclusiones: 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.<sup>(15)</sup>.

**OVIEDO Giuliana (2014) Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico del hospital San José del Callao durante el año 2014.** Perú. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014. Estudio observacional, analítico retrospectivo de casos y controles no pareados. Se desarrolla un diseño de casos y controles, 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. Resultado: 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% multíparas; el 78,5% presento un tiempo de expulsivo menor a 10 minutos y el 21.5% fue de 11 a 30 minutos; el 69,2% presento un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el 9,2% un PIG corto; el 61,5% presento un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% con un recién nacido macrosómico y el 0,8% con uno de bajo

peso. Conclusiones: 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 <sup>(16)</sup>.

**RÍOS, Grecia (2016) Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015.** Perú. Tesis de pregrado. **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. Estudio 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 2016. El tamaño de la muestra fue de 122 casos de gestantes con desgarro perineal, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** 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) **Conclusiones:** 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 <sup>(17)</sup>.

CÓRDOVA, Iván (2016). **Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar los factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra está conformada por 144 historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Se encontró que de 144 pacientes que acudieron para atención de parto durante el año 2016, las multigestas presentaron mayor asiduidad de desgarros de primer grado con un 37.5%; con respecto a la edad el más importante porcentaje ocurrió en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7%. También se halló que el 81.3% sufrió desgarro de primer grado en recién nacidos con peso entre 2500 a 4000 gr. y 2.1% de tercer grado. Las pacientes que presentaron anemia antes del parto tuvieron mayor porcentaje de desgarros perineales con un 91.7% y el 8.3% no tuvo anemia. Además del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis. Por último, se observa que los factores obstétricos tienen mayor riesgo de desarrollar desgarro con un 41.7%, mientras que los factores maternos un 39.6%. Conclusiones: Se concluye que las pacientes con paridad de multigesta, edad que fluctúa entre 20- 34 años de edad y presencia de anemia antes del vi parto, aumentan la frecuencia de desgarros perineales. También se concluye tener un recién nacido con un peso entre el rango de 2500 a 4000 gr. y no haber realizado clases de psicoprofilaxis incrementa el riesgo a desarrollar desgarros perineales durante el parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 <sup>(18)</sup>.

DIAZ, Silvia (2016) **Características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. El presente trabajo de investigación es 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. Resultados: 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  $\leq 10$  min tuvo un 56.25% y las pacientes que no realizaron sesiones de psicoprofilaxis tuvieron desgarros perineales con 70.83%. Por último, 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. Conclusiones: En cuanto a características maternas se concluye que tuvieron más frecuencia de desgarros perineales las que tuvieron edad de 20-34 años, las puérperas eran de nivel secundaria con estado civil conviviente, las pacientes con anemia presentan mayor porcentaje de desgarros. De las características obstétricas las multíparas, tener un



periodo expulsivo  $\leq$  10 min, una puérpera no preparada en psicoprofilaxis obstétrica tienen mayor frecuencia de desgarros perineales. En cuanto a las características neonatales el peso del recién nacido los que pesaron de 3500-4000 gr tuvieron mayor frecuencia desgarros perineales durante el parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. En cuanto al perímetro cefálico y sexo del recién nacido no se encontró diferencia de porcentaje. Por último, la mayor frecuencia de desgarros perineales son las del grado uno en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016 <sup>(19)</sup>.

## **3.2. MARCO TEÓRICO**

### **A. DESGARRO PERINEAL**

#### **a. Definición:**

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 <sup>(20)</sup>.

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 <sup>(21)</sup>.

#### **b. 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 <sup>(22)</sup>.

**c. Clasificación de los desgarros:**

Los desgarros perineales se clasifican en 4 grados:

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

Existe una clasificación sobre desgarros perineales según la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (RCOG) <sup>(23)</sup>.

**Tabla 1. Clasificación de desgarros perineales (RCOG)-2016.**

1° grado	Lesión de piel perineal	
2° grado	Lesión de musculos del periné sin afectar esfínter anal	
3° grado	Lesión del esfínter anal	3a lesión del esfínter externo < 50%
		3b lesión del esfínter externo > 50%
		3c lesión del esfínter externo e interno
4° grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal	

**d. Consecuencias de los desgarros perineales:**

Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc <sup>(24)</sup>.

**e. Reparación de lesiones perineales**

**A. Primer y segundo grado:** 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 <sup>(25)</sup>.

**Sutura de mucosa vaginal:**

1. Material de sutura: Vicryl rapid “Safil quick” 2/0, Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo, Realizar una sutura continua del ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.
2. Sutura de músculos perineales: Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos, Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o Vicryl 2/0 convencional, Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar y unirse

mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa.

**Sutura de piel:**

La piel debe quedar correctamente aproximada, pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Por este motivo se aceptan 2 opciones:

- Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel.
- Puntos sueltos en piel de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, evitando la tensión de los mismos.

**B. Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado:** La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar, de forma sistemática, un tacto rectal con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento agudo. Estas fibras son responsables del 75% del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno.

**Preparación:**

- Se consideran lesiones contaminadas, por lo que antes de iniciar su reparación, debe asegurarse un campo quirúrgico limpio y con medidas de asepsia adecuadas, realizando lavados si es necesario.
- Conseguir una buena relajación y analgesia de la zona para poder suturar correctamente.
- Administrar una profilaxis antibiótica: dosis única de cefalosporina de 2ª o 3ª generación EV o IM antes de suturar (cefminox,cefexitina 1g, ceftriaxona 1g, cefuroxima. Las cefalosporinas de 1ª generación (Cefazolina no tienen una cobertura suficiente en estos casos. En pacientes alérgicas a  $\beta$ -lactámicos, administrar una dosis de Gentamicina 240mg EV + Metronidazol 500mg EV. Según el grado de desgarro, esta pauta se completará con un tratamiento antibiótico más prolongado (5-10 días).
- Para la sutura de lesiones de esfínter se dispondrá en sala de partos de un kit específico con todo el instrumental necesario para su reparación.

**Sutura mucosa rectal:**

La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no rapid), sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto- vaginales<sup>(25)</sup>.

**Sutura de esfínter:**

Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una

correcta reconstrucción. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para identificar y aislar los extremos.

- Técnica de reparación: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: overlap o bien end-to-end utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura. Los hilos monofilamentos parecen tener menor riesgo de infección. Cuando se identifica la lesión del esfínter interno se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional.

La sutura de mucosa vaginal, músculos perineales, y piel se realizará según las indicaciones anteriormente descrita <sup>(25)</sup>.

## **B. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL:**

### **1. Factores de riesgo maternos:**

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

Las añosas, 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 como la diabetes, 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 <sup>(26)</sup>.

- **Anemia materna:** La anemia en la gestación se define como un nivel bajo de hemoglobina, en el primer trimestre menor a 11g/dl, en el segundo trimestre menor a 10,5 g/dl, en el tercer trimestre menor a 11 g/dl. La hemoglobina transporta el oxígeno a los tejidos de todo el cuerpo dentro de los glóbulos rojos o hematíes, por lo que es imprescindible para la buena respiración y oxigenación de los tejidos. Su periné, puede ocasionar que los tejidos perineales deficiencia a nivel del sean friables <sup>(27)</sup>.

#### **Clasificación de la anemia:**

- Anemia leve: Presencia de hemoglobina entre: 9 - 11 g/dL
- Anemia moderada: La hemoglobina se encuentra entre: 7-9 g/dL.
- Anemia severa: La hemoglobina se encuentra por debajo de < 7 g/dL <sup>(27)</sup>.



## **2. Factores de riesgo obstétricos:**

- **Psicoprofilaxis materna**

La psicoprofilaxis es considerada 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. El apoyo emocional brindado elimina la ansiedad que suele existir en esta etapa tan importante en la vida de la mujer. La mujer que ha tenido un parto natural 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 <sup>(28)</sup>. 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 (para fortalecer los músculos de la pelvis) a que ayudan a la preparación del periné .

- **Paridad:**

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, aquí se incluyen las primíparas, multíparas y las gran multíparas, esto dependiendo del número de 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. 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. La paridad se clasifica en:

Nulípara: sin partos

Primípara: solo tuvo 1 parto

Multípara: tuvo entre 2 a 4 partos

Gran Multípara: tuvo 5 a más partos <sup>(29)</sup>.

- **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 anatómo-fisiológicos <sup>(30)</sup>.

- **Episiotomía:**

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más común realizado a nivel mundial. Fue propuesta por Ould en 1742 para facilitar las dificultades presentes durante el parto sin tener fuerte evidencia científica de sus beneficios, pero

no se popularizó sino hasta la década de 1920, por De Lee 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. Sin embargo, la episiotomía por sí sola implica un desgarro de segundo grado porque se produce un corte superficial de los músculos del periné<sup>(30)</sup>.

- **Atención prenatal:**

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre"<sup>(31)</sup>.

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

**❖ Precoz:**

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

**❖ Periódico:**

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

- **Completo:** Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

**El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:**

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero sí requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva <sup>(31)</sup>.

- **Tiempo de expulsivo:**

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. Según la Guía de Práctica Clínica del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital

Nacional Hipólito Unanue, el periodo expulsivo dura un promedio de 1 hora en primigestas y en las multigestas es de 30 minutos. Tiempo que transcurre desde dilatación 10 hasta nacimiento del feto expresado en minutos. En el presente estudio se dividirá en los siguientes rangos para la observación de frecuencias de desgarros.

1.  $\leq 10$  min
2. 20-40 min
3. 41-60 min <sup>(32)</sup>.

### **3. Factores de riesgo neonatales:**

- **Peso del recién nacido:**

Es la primera medida del peso del recién nacido hasta después del nacimiento, es un indicador de supervivencia o factor de riesgo, puede deberse al nivel de estiramiento que produce un feto con mayor peso que uno con menos peso <sup>(6)</sup>.

#### **Clasificación según la edad gestacional:**

- RNT (recién nacido a término) aquellos nacidos entre 37 y 41 semanas más 6 días de edad gestacional.
- RNTP (recién nacido pretermino) recién nacidos antes de 37 semanas de gestación.
- RN post T (recién nacidos post termino) aquellos nacidos después de 42 a más semanas de gestación <sup>(38)</sup>.

**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 <sup>(6)</sup>.

**Clasificación de acuerdo al peso en gramos:** Otra clasificación y la que se usa como medidas de variables en el presente trabajo es:

- 2500-4000 gr: peso adecuado
- 4000 gr: recién nacido macrosómico <sup>(38)</sup>.
- **Perímetro cefálico:** Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande. Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza. No existe una definición absoluta de normalidad del perímetro cefálico, por lo que para conocer lo adecuado del tamaño y del crecimiento de la cabeza se precisa comparar las medidas obtenidas en el paciente individual con las obtenidas en una población del mismo sexo y edad gestacional (EG). El Perímetro Cefálico obtenido en un paciente individual debería llevarse a una gráfica específica para la EG, la edad posnatal, el sexo, el número de productos en la gestación, el grupo étnico o nacional del neonato. Si consideramos todos estos factores, no existe una curva de crecimiento cefálico apropiada para todos los neonatos y es

preciso utilizar curvas derivadas de poblaciones lo más similares posible al paciente.

**Determinantes del perímetro craneal:** Varios factores anatómicos determinan el tamaño de la cabeza, entre estos:

1. El grosor de la piel, de los tejidos blandos y de los huesos del cráneo.
2. La capacidad de las suturas para expandirse.
3. El volumen de las diferentes estructuras y elementos intracraneales: espacios subaracnoideos, ventrículos, sangre intravascular y parénquima cerebral.

El perímetro cefálico 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:

1. 31-32 cm
2. 33-34 cm<sup>(33)</sup>.

### C. ANATOMIA DEL PISO PELVICO

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

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 <sup>(34)</sup>.

### **3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:**

#### **a). Factores de riesgo:**

Son aquellos rasgos, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión <sup>(35)</sup>.

#### **b). Desgarro perineal:**

Perdida 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 <sup>(35)</sup>.

#### **c). Anemia:**

Reducción simultanea del número de glóbulos rojos y de la hemoglobina por debajo de los valores considerados normales (<11g/dl) <sup>(36)</sup>.

#### **d). Paridad:**

Cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más y que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, multípara y gran multípara <sup>(36)</sup>.

#### **e). Atención Prenatal:**

Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción, se considera adecuado si tiene 6 a más controles prenatales <sup>(36)</sup>.

#### **f). Periodo intergenésico:**

Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos <sup>(36)</sup>.

**g). Episiotomía:**

La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí <sup>(37)</sup>.

**h). Parto instrumentado:**

Es la aplicación de un recurso instrumental durante el segundo período del trabajo de parto, para favorecer la salida de la cabeza fetal y abreviar la duración del expulsivo, en beneficio del feto, de la madre o de ambos <sup>(38)</sup>.

**i). Macrosomía Fetal:**

Ponderado fetal mayor de 4000 gr o feto grande para la edad gestacional. (mayor percentil 90) <sup>(38)</sup>.

**j). Esfínter:**

Es el nombre que recibe, en anatomía, el músculo anular que se encuentra ubicado en el orificio de una cavidad del cuerpo, cuya función es abrirse y cerrarse, permitiendo o impidiendo el paso de una secreción o sustancia hacia otra cavidad o hacia el exterior <sup>(38)</sup>.

**k). Dehiscencia:**

Se denomina dehiscencia en el ámbito sanitario, a una complicación quirúrgica en el que la herida se separa o se abre repentinamente, por lo regular sobre una línea de sutura. Usualmente el desarrollo deficiente de matriz extracelular y la cantidad inadecuada de colágeno <sup>(39)</sup>.

**l). Fístula:**

Es una conexión anormal entre 2 partes del cuerpo, como un órgano o un vaso sanguíneo y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de una lesión

o cirugía. Las infecciones o inflamaciones también pueden provocar que se forme una fístula <sup>(39)</sup>.

**m). Metzenbaum**

La Tijera Metzenbaum posee unas mandíbulas duras, es una tijera muy dura y larga utilizada en la cirugía cuando se realizan operaciones quirúrgicas. Debido a su función específica, a veces se llaman las tijeras de disección de Metzenbaum <sup>(40)</sup>.

**n). Prolapso genital:**

Es la salida o herniación de un o más órganos pélvicos a través de la pared vaginal y los genitales externos. Los órganos pélvicos que pueden prolapsarse son el útero, la vejiga, el recto y la vagina. El prolapso de los órganos pélvicos ocurre cuando los músculos, ligamentos y fascias que sostienen estos órganos se debilitan <sup>(40)</sup>.

**o). Ligamento:**

Un ligamento es una banda de tejido conjuntivo denso o fibroso muy sólido y elástico que une los huesos entre ellos en el seno de una articulación. El ligamento permite el movimiento, pero evita también mover los huesos de modo excesivo lo que previene las luxaciones en caso de movimientos forzados <sup>(40)</sup>.

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO.**

El presente estudio es RETROSPECTIVO, debido a que se recopila información sobre hechos pasados, referente al desgarro perineal, ocurridos en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el periodo de estudio. Asimismo, el estudio es DESCRIPTIVO, porque se recoge información sobre los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal, los cuales se describirán y se detallarán según los objetivos planteados. Es un estudio CORRELACIONAL, debido a que pretende responder a la pregunta de investigación, a la vez tiene como finalidad de conocer la relación o grado de asociación que existe entre la variable independiente con la variable dependiente, los cuales se sustentan en la hipótesis que se someterá a prueba.

### **4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

El diseño del presente estudio es no experimental transversal-correlacional, porque el interés es la relación entre variables (Correlación), que se expresa en lo siguiente:  $(X_1-Y_1)$ . Se recolectarán datos y se describirán la relación.

### **4.3 POBLACIÓN O UNIVERSO.**

La población estará constituida por las gestantes que tuvieron desgarro perineal (N= 192), durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, entre setiembre a diciembre del 2017, cuyo establecimiento de salud está ubicado en la Avenida Luzuriaga S/N, Distrito de Huaraz, Provincia de Huaraz, del Departamento de Ancash.

Para obtener la muestra se utilizó los siguientes criterios:

**a) Criterios de inclusión:**

- Gestantes que tuvieron desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo de estudio
- Gestantes cuyo parto fueron atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo de estudio
- Gestantes con desgarro perineal en diferentes grados
- Gestantes con información y datos completos en sus Historias Clínicas.
- Gestantes con parto vaginal
- Gestantes que han tenido embarazo a termino

**b) Criterios de exclusión:**

- Gestantes cuyo parto terminaron sin desgarro perineal en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo de estudio
- Gestantes cuyo parto no fueron atendidos en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo de estudio
- Gestantes con información y datos incompletos en sus Historias Clínicas
- Gestantes con parto vía Cesárea
- Gestantes con gestación Pretérmino y Prolongado.

#### **4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA.**

##### **4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS.**

La unidad de análisis estará conformada por historias clínicas de pacientes que tuvieron desgarro perineal durante el parto y que fueron atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, durante el periodo de estudio.

##### **4.4.2 MUESTRA.**

Se utilizará el total de la población es decir  $n= 192$  gestantes que tuvieron desgarro perineal durante el parto entre setiembre a diciembre 2017, el muestreo fue por conveniencia para obtener un análisis significativo.

#### **4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS.**

La técnica de recolección de la información, será la documental, que consistirá en la revisión de las Historias Clínicas, el Libro de Registro de Atención de Partos en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz (setiembre-diciembre 2017). El instrumento de recolección de datos será la Ficha de Recolección de Datos (Anexo N°01), está compuesta de las siguientes partes:

- Factores de Riesgo:
  - Factores Maternos: 4 Ítems
  - Factores Obstétricos: 5 Ítems
  - Factores Neonatales: 2 Ítems
- Desgarro Perineal: 1 Ítem

El instrumento de recolección de datos fue sometido a la prueba de Juicio de Expertos para su validación (Anexo N°02), para lo cual se consultó a dos Obstetras del Hospital Víctor Ramos Guardia. Para contrastar el grado de acuerdo de los expertos se realizó la prueba de coeficiente de concordancia Kendal el cual fue 1 significando una concordancia de acuerdo total. Asimismo, luego de la aplicación de la prueba piloto a 8 pacientes de la muestra, se procedió al cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante la técnica de Confiabilidad de Alfa de Cronbach, teniendo como resultado 8,11.

#### **4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Se ejecutó la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

##### **a). Análisis descriptivo:**

La información obtenida, se analizará haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 22.0, para lo cual se confeccionará la base de datos para proceder a realizar el análisis descriptivo de las variables en tablas bidimensionales.

##### **b). Análisis Inferencial:**

Se propone realizar el análisis inferencial para determinar la relación entre los factores de riesgo con el desgarro perineal, utilizando para ello la prueba de chi cuadrado. Para ello se utilizará las tablas cruzadas para determinar la relación entre variables.



#### **4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.**

Toda la investigación que implica a seres humanos debería ser llevada a cabo de acuerdo con los principios éticos, que son universalmente reconocidos:

- Autonomía,
- Beneficencia y no-maleficencia,
- Justicia.

Estos principios se recogen en las recomendaciones sobre ética biomédica de varias fuentes y en documentos legalmente vinculantes para la protección de los participantes en investigación biomédica, como el Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina y sus Protocolos Adicionales del Consejo de Europa

De acuerdo con este principio, los intereses y el bienestar del ser humano que participa en la investigación, siempre deben prevalecer sobre el mero interés de la ciencia y la sociedad. Siempre se debe dar prioridad al ser humano y ello debe prevalecer sobre el interés de la ciencia y la sociedad en caso de que dichos intereses entren en conflicto.

##### **A. Autonomía**

El respeto a la autonomía reconoce la capacidad de una persona de tomar decisiones personales. En la investigación biomédica, el principio de autonomía es ejercido en particular por el proceso del consentimiento libre e informado, el cual puede ser retirado sin perjuicio en cualquier momento.

Mientras que la práctica médica se orienta a la búsqueda del beneficio de la salud del paciente, la propia naturaleza en investigación biomédica implica incertidumbre acerca de si un individuo se podrá o no beneficiar de su participación en la misma,

dado que proporcionar algún tipo de beneficio al participante no constituye el objetivo principal de la investigación. El posible participante debe disponer de información apropiada, precisa y comprensible sobre el proyecto de investigación antes de solicitarle su decisión de participar o no en el mismo. Para que una persona pueda tomar una decisión informada, la información debe incluir una descripción comprensible de los procedimientos de investigación previstos, su objetivo, y los riesgos y beneficios previsibles.

El consentimiento libre e informado también implica que los posibles participantes de la investigación no deben ser obligados o indebidamente influenciados mediante incentivos o amenazas. Es muy difícil conseguir una ausencia completa de influencia, pero sería considerada como coacción cualquier presión que llevara a los individuos a aceptar un nivel más alto de riesgo de lo que sería, por otra parte, aceptable para ellos. La influencia inadecuada puede ser de naturaleza económica, pero también incluiría, por ejemplo, el intento de influir en parientes cercanos, o las amenazas veladas de negación del acceso a servicios a los cuales los individuos tendrían por otro parte derecho.

Se debe prestar una especial atención a las personas dependientes y vulnerables. En general, los posibles participantes de una investigación deben ser lo menos vulnerables posible para conseguir los objetivos de la investigación. Para garantizar adecuada protección, por medio de autorización legal, para las personas que, según la ley, no sean capaces de dar un consentimiento válido debido a su edad (menores), discapacidad mental, enfermedad u otros motivos.

## **B. Beneficencia y no-maleficencia**

Los principios de beneficencia y no maleficencia se unen en la obligación moral de maximizar los beneficios posibles y minimizar los potenciales perjuicios.

El principio de beneficencia tiene implicaciones adicionales, en particular que el diseño del proyecto de investigación sea sólido y cumpla con los criterios aceptados de calidad científica.

Esto también implica que los investigadores\* sean competentes para realizar la investigación de acuerdo con sus obligaciones y estándares\* profesionales relevantes y que se asegure la protección apropiada de los participantes en la investigación. Sin embargo, el riesgo, incluido algún riesgo de daño a los participantes, es inherente al proceso de investigación. Por ello, la investigación en seres humanos únicamente puede llevarse a cabo en ausencia de método alternativo alguno que pudiera proporcionar resultados comparables.

La investigación también puede conllevar algunos riesgos y beneficios para los familiares de los participantes y la sociedad en general, pero cualquier riesgo de daños, así como las cargas (tales como limitaciones o incomodidades) recaerán principalmente sobre los participantes. Además, y dependiendo de la naturaleza de la investigación, los beneficios directos para los participantes de la investigación pueden ser limitados o estar ausentes por completo.

El equilibrio entre daños y beneficios es, por lo tanto, crítico para la ética en la investigación biomédica. Un proyecto de investigación sólo debería ser llevado a cabo si los riesgos previsibles y cargas no son desproporcionados frente a los beneficios potenciales. En la práctica, esto significa que todos los proyectos de

investigación deben someterse a una cuidadosa ponderación del balance riesgo/beneficio.

La naturaleza del riesgo puede ser no solo física sino también, por ejemplo, psicológica. El riesgo para la vida privada ha de ser también considerado. La investigación también puede implicar riesgos sociales o económicos. Aunque los beneficios totales esperados del proyecto de investigación debieran ser claramente superiores a los riesgos potenciales, la investigación no puede considerarse justificada si hay un riesgo particularmente alto de producir un grave daño; se llega a un punto en el que la naturaleza y el nivel del riesgo serán inaceptables, aunque la persona otorgue el consentimiento para participar en la investigación.

Los riesgos siempre deben ser minimizados. Es más, en investigación que implique a personas incapaces de consentir, en particular si la investigación no presenta algún beneficio directo potencial para ellos, se aplica el principio adicional de riesgo\* y carga\* mínimos-es decir, la investigación no puede implicar nada más allá que un riesgo y unas molestias mínimas para tales participantes.

### **C. Justicia**

El principio de justicia engloba la imparcialidad y la equidad. Este principio ha sido generalmente definido con relación a la biomedicina, pero también tiene importancia particular para la investigación.

La cuestión clave es quién debería beneficiarse de la investigación y soportar los riesgos y cargas que conlleva. En la investigación biomédica con seres humanos, esto significa que la distribución de riesgos y cargas, por una parte, y el beneficio por otro, sea justo-un principio conocido como justicia distributiva.

La justicia distributiva tiene implicaciones sobre todo en la selección de los participantes de la investigación. Los criterios de selección deberían ser acordes con el objetivo de la investigación y no simplemente basados, por ejemplo, en la facilidad con la cual pudiera obtenerse el consentimiento. A la inversa, este principio también requiere que los grupos de individuos que probablemente pudieran beneficiarse de la investigación no sean habitualmente excluidos.

La justicia distributiva presenta especial relevancia práctica en el caso de la investigación realizada en países con recursos muy limitados. Así como en la investigación que implica poblaciones vulnerables (Personas incapaces de consentir y en-Investigación en situaciones específicas). Tal investigación debería ser sensible a las necesidades de salud relevantes para los países/poblaciones involucrados de modo que tengan la posibilidad de beneficiarse de los resultados y de las posibles aplicaciones de la investigación.

Los principios éticos establecidos en la normativa y recomendaciones relativas a la investigación biomédica, pretenden proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes de la investigación. La evaluación independiente de la calidad científica de un proyecto de investigación y la revisión de su adecuación ética es crítica para garantizar el respeto de estos principios <sup>(41)</sup>.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 FACTORES MATERNOS COMO: EDAD, PROCEDENCIA, ANEMIA Y GRADO DE INSTRUCCIÓN QUE CONTRIBUYEN AL DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.

**Tabla 1: Relación de la edad materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Edad	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 19 años	23	12.0	2	1.0	0	0.0	0	0.0	25	13.0
20 a 34 años	120	62.5	21	10.9	1	0.5	2	1.0	144	75.0
35 a más	15	7.8	8	4.2	0	0.0	0	0.0	23	12.0
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0
										0
<b><math>\chi^2=8.313</math></b>		<b>gl=6</b>		<b>Pv=0.216</b>						

En la tabla se observa el 62.5% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes con edades de 20 a 34 años, seguido del 12.0% que han tenido desgarro de primer grado son < de 19 años. Según la chi cuadrado ( $p > 0,05$ ) ( $p=0,216$ ) no hay relación con la edad materna y el desgarro perineal.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, en las gestantes de 20 a 34 años, se dan probablemente por una serie de factores o no hay una buena técnica de técnica de protección de periné durante el periodo expulsivo.

Resultados parecidos fueron reportados por Huamán, quien encontró que el 74.6% de pacientes se encontraron entre 20 y 34 años <sup>(7)</sup>.

**Tabla 2: Relación de la procedencia materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Procedencia	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Urbano	125	65.1	24	12.5	1	0.5	1	0.5	151	78.6
Urbano marginal	4	2.1	1	0.5	0	0.0	0	0.0	5	2.6
Rural	29	15.1	6	3.1	0	0.0	1	0.5	36	18.8
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0

**$\chi^2=1.653$      $gl=6$      $Pv=0.949$**

En la tabla se observa; el 65.1% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que proceden de la zona urbana, seguido de un 15.1% de desgarros perineales de primer grado que son procedentes de la zona rural.

Según la prueba estadística de chi cuadrada, la procedencia no está relacionada con el desgarros perineal, pues el P-valor es igual a  $0.949 > 0.05=5\%$  de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan probablemente por una serie de factores como el control prenatal inadecuado, periodo intergenesico cortó o no hay una buena técnica de protección del periné durante el periodo expulsivo.

Resultados parecidos fueron reportados por Ríos, quien encontró que el 97.5% de pacientes eran procedentes de zonas urbanas <sup>(17)</sup>.

**Tabla 3: Relación de la anemia materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Anemia	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	131	68.2	21	10.9	1	0.5	2	1.0	155	80.7
Moderada	1	0.5	5	2.6	0	0.0	0	0.0	6	3.1
Severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Si anemia	26	13.5	5	2.6	0	0.0	0	0.0	31	16.1
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0

**$\chi^2=21.382$  gl=6 Pv=0.002**

En la tabla se observa el 68.2% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes con anemia leve, seguido de un 13.5% de I grado que se dan en gestantes sin anemia.

Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, el nivel de anemia de las gestantes está relacionada con el desgarro perineal, pues el P-valor que es igual a 0.002 es  $< 0.05=5\%$  de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en las gestantes con anemia leve.

Resultados parecidos fueron reportados por Ríos, quien encontró que el 50.8% de pacientes tuvieron anemia leve<sup>(17)</sup>.



**Tabla 4: Relación del grado de instrucción materna con el grado de desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Grado de instrucción	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin estudios	5	2.6	1	0.5	0	0.0	0	0.0	6	3.1
Primaria	26	13.5	3	1.6	0	0.0	0	0.0	29	15.1
Secundaria	105	54.7	22	11.5	0	0.0	2	1.0	129	67.2
Superior	22	11.5	5	2.6	1	0.5	0	0.0	28	14.6
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0
<b><math>\chi^2=7.808</math>    <b>gl=9</b>    <b>Pv=0.554</b></b>										

En la tabla se observa el 54.7% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes con grado de instrucción secundaria, seguido del 13.5% se dan en gestantes que tienen grado de instrucción primaria.

Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, el grado de instrucción de la madre no está relacionada con el desgarro perineal, pues el P-valor que es igual a 0.554 es mayor  $< 0.05=5\%$  de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en gestantes con grado de instrucción secundaria.

Resultados parecidos fueron reportados por Valverde, quien encontró que el 84.32% tienen grado de instrucción secundario <sup>(15)</sup>.

**5.2 FACTORES OBSTÉTRICOS COMO: PARIDAD, PERIODO INTERGENESICO, ATENCIÓN PRENATAL, PSICOPROFILAXIS, EPISIOTOMÍA, DURACIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DE PARTO QUE CONTRIBUYEN AL DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.**

**Tabla 5: Relación de la paridad materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Paridad	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	1	0.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0	2	1.0
Primípara	38	19.8	10	5.2	1	0.5	2	1.0	51	26.6
Múltipara	109	56.8	18	9.4	0	0.0	0	0.0	127	66.1
Gran múltipara	10	5.2	2	1.0	0	0.0	0	0.0	12	6.3
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0
<b><math>\chi^2=11.224</math> gl=9 Pv=0.261</b>										

En la tabla se observa el 56.8% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes múltiparas, seguido de un 19.8% se dan en gestantes primíparas.

de chi cuadrada, concluimos que la paridad de la madre no está relacionada con los grados de desgarro perineal, pues el P-valor que es igual a 0.261 es  $< 0.05=5\%$  de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en gestantes múltiparas. Resultados parecidos fueron reportados por Medrano, quien encontró que el 66.7% se presentó en pacientes múltiparas<sup>(13)</sup>.

**Tabla 6: Relación del periodo intergenésico materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Periodo intergenésico	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 3 años	51	26.6	8	4.2	0	0.0	0	0.0	59	30.7
3-5 años	55	28.6	7	3.6	0	0.0	0	0.0	62	32.3
> 5 años	13	6.8	5	2.6	0	0.0	0	0.0	18	9.4
No tiene	39	20.3	11	5.7	1	0.5	2	1.0	53	27.6
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0
<b><math>\chi^2=12.367</math>    <math>gl=9</math>    <math>Pv=0.193</math></b>										

En la tabla se observa el 28.6% del desgarro perineal son de primer grado y se dan en gestantes con periodo intergenésico de 3 a 5 años, seguido del 26.6% con desgarro de I grado que se dan en gestantes con periodo intergenésico < de 3 años.

Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, el periodo intergenésico no está relacionada con el desgarro perineal, pues el P-valor que es igual a 0.193 es mayor al 0.05=5% de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en las gestantes con periodo intergenésico de 3 a 5 años.

Resultados parecidos fueron reportados por Oviedo, quien encontró que el 69.2% presento un periodo intergenésico largo<sup>(16)</sup>.

**Tabla 7: Relación de la atención pre natal materna con desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Atención prenatal	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 6 APN	28	14.6	6	3.1	0	0.0	0	0.0	34	17.7
> 6 APN	130	67.7	25	13.0	1	0.5	2	1.0	158	82.3
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0
<b><math>\chi^2=0.703</math>      <math>gl=3</math>      <math>Pv=0.872</math></b>										

En la tabla se observa el 67.7% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que tienen más de 5 atenciones pre natales, seguido de un 14.6 se dan en gestantes con menos de 6 atenciones pre natales.

Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, la atención pre natal no está relacionada con los grados de desgarro perineal , pues el P-valor que es igual a 0.193 es mayor al 0.05=5% de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en gestantes que tienen mas de 5 atenciones pre natales.

Resultados parecidos fueron reportados por Diaz, quien encontró que el 70.83% presentaron 4-5 atenciones prenatales <sup>(19)</sup>.

**Tabla 8: Relación de la psicoprofilaxis materna el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Psicoprofilaxis	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Completa	27	14.1	9	4.7	1	0.5	0	0.0	37	19.3
Incompleta	35	18.2	7	3.6	0	0.0	1	0.5	43	22.4
No recibió	96	50.0	15	7.8	0	0.0	1	0.5	112	58.3
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0
		<b>x<sup>2</sup>=7.892</b>		<b>gl=6</b>		<b>Pv=0.246</b>				

En la tabla se observa el 50.0% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que no tuvieron Psicoprofilaxis, seguido de un 18.1% se dan en gestantes que tuvieron Psicoprofilaxis incompleta.

Realizando la prueba estadística la Psicoprofilaxis no está relacionada con el desgarro perineale, pues el P-valor que es igual a 0.246 es mayor al 0.05=5% de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en gestantes que no tuvieron psicoprofilaxis.

Resultados parecidos fueron reportados por Cordova, quien encontró que el 54.2% tuvieron ausencia de las clases de psicoprofilaxis<sup>(18)</sup>.

**Tabla 9: Relación de la episiotomía materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Episiotomía	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Si	18	9.4	7	3.6	0	0.0	2	1.0	27	14.1
No	140	72.9	24	12.5	1	0.5	0	0.0	165	85.9
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0

**$\chi^2=15.179$       **gl=3**      **Pv=0.002****

En la tabla se observa el 72.9% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que no tuvieron episiotomía, seguido de un 12.5% se dan en gestantes que no tuvieron episiotomía.

Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, cuando no se realiza la episiotomía está relacionada con desgarro perineal, pues el P-valor que es igual a 0.002 es menor al 0.05=5% de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en gestantes que no tuvieron episiotomía.

Resultados parecidos fueron reportados por Mora, quien encontró que el 93% en pacientes que no se realizó episiotomía<sup>(10)</sup>.

### 5.3 FACTORES NEONATALES COMO: EL PESO, PERÍMETRO CEFÁLICO QUE CONTRIBUYEN AL DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO.

**Tabla 10: Relación del peso del recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Peso del recién nacido	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2500 gr-< 2500 gr	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.0
>2500 gr	154	80.2	31	16.1	1	0.5	2	1.0	188	97.9
> 4000 gr	2	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.0
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0

**$\chi^2=0.879$      $gl=6$      $Pv=0.990$**

En la tabla se observa el 80.2% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que tuvieron recién nacidos con pesos >2500 gramos, seguido de un 16.1% que se dan en gestantes que tuvieron recién nacidos con pesos < de 2500 gramos. Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, el peso del recién nacido no está relacionado con el desgarro perineal, pues el P-valor que es igual a 0.990 es mayor al 0.05=5% de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en gestantes, que tuvieron un recién nacido con pesos > a 2500gr.

Resultados parecidos fueron reportados por Santos, quien encontró que el 86.0% el peso del recién nacido entre 2500-4000g<sup>(14)</sup>.

**Tabla 11: Relación del perímetro cefálico del RN con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.**

Perímetro cefálico	Desgarro perineal según grados									
	I grado		II grado		III grado		IV grado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
31-33 cm	11	5.7	0	0.0	0	0.0	1	0.5	12	6.3
32-34cm	89	46.4	22	11.5	0	0.0	0	0.0	111	57.8
35-36cm	58	30.2	9	4.7	1	0.5	1	0.5	69	35.9
Total	158	82.3	31	16.1	1	0.5	2	1.0	192	100.0

**$\chi^2=12.665$      $gl=6$      $Pv=0.049$**

En la tabla se observa el 46.4% de los desgarros perineales son de primer grado y se dan en gestantes que tuvieron recién nacidos con perímetro cefálico entre 32 a 34 cm, seguido de un 30.2 que se dan en gestantes que tuvieron recién nacido con perímetro cefálico entre 35 y 36 cm.

Realizando la prueba estadística de chi cuadrada, el perímetro cefálico del recién nacido está relacionada con el desgarro perineal, pues el P-valor que es igual a 0.049 es menor al 0.05=5% de nivel de significancia, todo esto a una confianza de 95%.

Según estos resultados podemos interpretar, que los desgarros de primer grado, se dan en gestantes que tuvieron recién nacido con perímetro cefálico entre 32 a 34cm.

Resultados parecidos fueron reportados por Diaz, quien encontró que el 70.83% el perímetro cefálico de 32 a 36<sup>(11)</sup>.



## 6. DISCUSIÓN

Los resultados respecto al primer objetivo específico orientado a identificar los factores maternos como: edad, procedencia, anemia y grado de instrucción que contribuyen al desgarro perineal durante el parto fueron dados a conocer en la tabla 1, 2, 3 y 4.

Por otro lado, es importante mencionar luego de realizado el análisis estadístico, se demostró que la edad, procedencia y grado de instrucción no están relacionados con el desgarro perineal. Mientras que la anemia en las gestantes si está relacionada con el desgarro perineal. Resultados parecidos fueron reportados por Huamán, quien encontró que el 74.6% de pacientes se encontraron entre 20 y 34 años, el grado de instrucción más frecuente es el quinto año de secundaria con 57.3%. El 43% de pacientes en este grupo presentó anemia <sup>(7)</sup>. Según Medrano, las multigestas presentaron desgarro de 1er grado, estos se presentan en el grupo etario de 20 a 35 años con un 66.7%<sup>(13)</sup>. Santos, encontró que la edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). El 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa <sup>(14)</sup>. Valverde, nos dice que la edad promedio de las gestantes que acudieron al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales es de  $22.65 \pm 5,713\%$ , mientras que el 84,32% tienen un nivel de instrucción secundario, el 77,61% son convivientes, el 44,67% son primíparas <sup>(15)</sup>. Ríos. El 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas urbanas, el 72.1% tuvieron estudios secundarios, el 50.8% tuvieron anemia leve <sup>(17)</sup>. Córdova, con respecto a la edad, el

mayor porcentaje ocurrió en el grupo etario de 20 a 35 años con un 66.7%. Las pacientes que presentaron anemia antes del parto tuvieron mayor porcentaje de desgarros perineales con un 91.7% y el 8.3% no tuvo anemia<sup>(18)</sup>.

Díaz, menciona que 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<sup>(19)</sup>.

Por otro lado a diferencia de estos resultados fueron los que Neira encontró en su investigación llevada a cabo en Ecuador, donde se encontró que existe asociación de desgarro perineal con factores maternos como la edad de 20 a 30 años<sup>(11)</sup>. Y Oviedo encontró en el grupo que presentó desgarro: el 70.86% son menores 15 años de edad y el 29.2% mayor o igual a 15 años; el 56,9% presentaron anemia y el 43,1% no<sup>(16)</sup>.

Respecto al segundo objetivo específico orientado a determinar los factores obstétricos como: paridad, periodo intergenésico, atención prenatal, psicoprofilaxis y episiotomía que contribuyen al desgarro perineal durante el parto, fue dado a conocer en la tabla 5,6,7,8 y 9.

Por otro lado, es importante mencionar que luego de realizada la prueba estadística, se demostró que la paridad, el periodo intergenésico, la atención prenatal y la psicoprofilaxis materna no está relacionada con el desgarro perineal. por el contrario, la episiotomía de la madre está relacionada con el desgarro perineal.

Resultados parecidos fueron reportados por Mora realizado en España quien encontró que la mayoría (93%) de las primíparas con parto vaginal presentaron algún

grado de trauma perineal. Aquellas primíparas en las que no se realizó la episiotomía presentaron un riesgo significativamente más elevado de desgarro de segundo grado (10).

Al respecto Lorenzo en su estudio realizado en México encontró que la episiotomía (RM= 12.23 IC95% 5.06- 29.55 p= 0.00) fue significativamente más frecuente (6).

Medrano en su investigación realizada en el Perú encontró del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% (26) tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis(13).

Valverde en su investigación realizada en el Perú encontró que la preparación de psicoprofilaxis el 40,67% no realizó sesiones de psicoprofilaxis(15).

Oviedo en su investigación realizada en el Perú encontró que el 73.8% no tuvo clases de psicoprofilaxis y el 26.2% si; el 63,1% son primíparas y el 36,9% multíparas; el 69,2% presento un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el 9,2% un PIG corto (16).

RÍOS en el Perú. El 82.8% realizaron psicoprofilaxis(17).

Córdova, en su investigación en el Perú, encontró que del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis. Por último, se observa que los factores obstétricos tienen mayor riesgo de desarrollar desgarro con un 41.7% (18).

DÍAZ, reporto que las pacientes que no realizaron sesiones de psicoprofilaxis tuvieron desgarros perineales con 70.83%(19).

Respecto al tercer objetivo orientado a identificar los factores neonatales como: peso, perímetro cefálico o perímetro craneal que contribuyen al desgarro perineal durante el parto, fue dado a conocer en las tablas 10 y 11.

Por otro lado, es importante mencionar que luego de realizada la prueba estadística se demostró que el peso del recién nacido no está relacionado con el desgarro perineal y el perímetro cefálico del recién nacido está relacionada con el desgarro perineal. Gonzales en su investigación realizada en Colombia encontró que el peso del neonato fue mayor de 3.100 g (RR=1,43; IC95% 1,05-1,94) <sup>(9)</sup>.

Neira en su investigación realizada en Ecuador encontró que del peso del recién nacido entre 2501 a 3999 gramos y perímetro cefálico de 32 a 36 cm, los que causan desgarro de Grado 1 <sup>(11)</sup>. Longaray en su investigación realizada en el Perú, encontró que el factor de riesgo que más se asoció fue la macrosomía fetal ( $p = 0,0019$ ; OR = 9,26) <sup>(12)</sup>. Santos encontró que el peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%), el valor de significancia fue 0,129 <sup>(14)</sup>. Valverde encontró que si hay relación estadísticamente significativa en el peso del recién nacido con el desgarro perineal <sup>(15)</sup>. Oviedo encontró que existe relación entre el peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal <sup>(16)</sup>. Córdova encontró que un recién nacido con un peso entre el rango de 2500 a 4000 gr. incrementa el riesgo a desarrollar desgarros perineales durante el parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 <sup>(18)</sup>. Diaz encontró 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 <sup>(19)</sup>.

## **7. CONCLUSIONES**

1. Entre los factores maternos, la anemia está relacionado con el desgarro perineal.
2. Entre los factores maternos como la edad, procedencia y grado de instrucción, no están relacionados con el desgarro perineal.
3. Entre los factores obstétricos, cuando no se realiza la episiotomía está relacionado con el desgarro perineal.
4. Entre los factores obstétricos como la paridad, periodo intergenésico, atención prenatal y psicoprofilaxis, no están relacionados con el desgarro perineal.
5. Entre los factores neonatales, el perímetro cefálico está relacionado con el desgarro perineal.
6. Entre los factores neonatales como el peso no está relacionado con el desgarro perineal.

## **8. RECOMENDACIONES**

1. Es recomendable, la realización de futuras investigaciones asociadas con la falta de experiencia o entrenamiento en la atención del parto, así como identificar otros factores relacionados con la presencia de desgarros perineales de primer grado el cual no es severo pero si se da con gran porcentaje.
2. Al encontrar mayor porcentaje de desgarros en pacientes con anemia leve se recomienda que se verifique esta asociación y tomando en cuenta que la anemia es una condición clínica sobre la que se puede intervenir; esta pudiera incorporarse en los protocolos y guías de práctica clínica correspondiente con miras a reducir la prevalencia de desgarros perineales.
3. A los médicos y obstetras que realizan el cuidado prenatal, deben tener en cuenta los factores de riesgo maternos, obstétricos y neonatales en las gestantes, para evitar los desgarros perineales.
4. Se recomienda valorar el uso de la episiotomía en los recién nacidos macrosómicos.
5. Se debe realizar más estudios sobre la intervención de la psicoprofilaxis como preparación beneficiosa, para las gestantes. En el presente estudio, resultó un gran porcentaje de pacientes con desgarro de primer grado sin preparación de psicoprofilaxis. Sin embargo se sabe que con la inclusión de los ejercicios de kegel y el masaje perineal, los resultados pueden variar.
6. Se recomienda a las autoridades del Hospital Víctor Ramos Guardia la atención rápida a solicitud presentada por el caso de investigaciones debido que se encontró dificultad en este ámbito.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Driel I. Reparación Quirúrgica de desgarros Espontáneos que ocurren durante el Parto Versus Ninguna Intervención. 1ª ed. Lima: Palestra Editores; 2011.
2. Villanueva R. Laceraciones en el periné. 6a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2010.
3. Comanducci P. Manual de procedimientos quirúrgicos y laceraciones. Escudero Alday R., editor. Lima: Ara; 2010.
4. Frank A, Sánchez E. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad. Ago. 2010; 1(4); 45-54.
5. Dánae O. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010 [tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2011.
6. Lorenzo M. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. el impacto de las prácticas rutinarias. Revista Conamed. Jul. 2014; 18(3); 34-40.
7. Huamán C. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2010.
8. Casanova Chang Mey. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital

- Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, enero-agosto 2001 [ tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2010.
9. González Francis. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. [en línea]. 2010. [fecha de acceso 5 de julio 2011]; No. 85, disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a04.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a04.pdf).
  10. Mora Hervás. Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas. estudio de cohortes. [en línea]. 2013. [fecha de acceso 10 de agosto 2014]; No. 65, disponible en: [repositorio.upsjb.edu.pe/.../T-TPMIv%20Marco%20C%20C%20C%20Tello](http://repositorio.upsjb.edu.pe/.../T-TPMIv%20Marco%20C%20C%20C%20Tello).
  11. Neira Franco. Prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología. hospital Vicente Corral Moscoso. período agosto de 2016 a febrero de 2017 [tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Medicina; 2017.
  12. Longaray Alexander. Factores De Riesgo Asociados A Desgarros Perinatales De III Y IV Grado, Hospital Belén De Trujillo, 2010 [ tesis de posgrado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina; 2011.
  13. Medrano Yoselin (2012) Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay, julio-septiembre del 2012 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas, Escuela Profesional de Obstetricia; 2012.



14. Santos Katherine. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2014.
15. Valverde Nima. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Escuela Profesional de Obstetricia; 2014.
16. Oviedo Giuliana. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico del hospital San José del Callao durante el año 2014. [en línea]. 2013. [fecha de acceso 10 de agosto 2014]; No. 55, disponible en:  
  
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/572?mode=full>
17. Ríos Grecia. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015 [tesis de pregrado]. San Juan Bautista-Iquitos: Universidad Científica del Perú, Escuela Profesional de Obstetricia; 2016.
18. Córdova Iván. Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Medicina; 2016.
19. Díaz Silvia. Características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue

- durante el año 2016 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Norbert Wiener, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.
20. Loraine Ledón. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. Revista Conamed. Jul. 2014; 18(3); 34-40. Disponible:  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_s](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_s).
21. Bonilla P. Obstetricia. Barcelona: Ariel; 2007.
22. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psico cognoscitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar [revista en Internet]\* 2003 septiembre-diciembre. [acceso 19 de octubre de 2005]; 26(3).  
Disponible en:  
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>
23. Diez Jarillo JC, Desgarro Perineal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Colombia) 2016; 109 (16): 234-238.
24. Guamán Grecia. 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 de pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Escuela Profesional de Obstetricia; 2013.
25. Schwarz Ricardo. Desgarros perineales-tratado de obstetricia 5ta edición. Ateneo Buenos Aires 1995. Pag. 238, 158, 343.
26. Robayo Villafuerte, Washington Marcelo. Complicaciones Obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital provincial general de Latacunga, en el período marzo-junio del 2013 [tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Medicina; 2014.

27. Lorenzana Espinal. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela. Rev. Med. Vol. 6 no. 2. mayo-agosto, 2001 pág. 2.
28. Congo Evelin. 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 17d07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013 [tesis de posgrado]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Facultad de Medicina; 2015.
29. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García CB, Priego PI, Gómez CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol. Obstet. Mex. 2012; 70(6): 270-74.
30. Garay Cunningham, F y col. Hemorragia Obstétrica - Williams Obstetricia. 22ava. edición 2012, editorial Médica. Panamericana Pág. 315-316
31. Clínicas obstetricias y ginecológicas de Norteamérica, manejo del primer y segundo estadios del parto 2005; 32 (2): 201-218.
32. Guía de práctica clínica del departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2011; 22 (2): 112-120.
33. Oviedo Maravi. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro Obstétrico del Hospital San José del Callao durante el año 2014 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina; 2016
34. Carrillo G.K. Anatomía del piso pélvico [en línea]. 2013. [fecha de acceso 27 de abril]; No. 34 APP disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-anatomia-del-piso-pelvico-S0716864013701482>.

35. Francisco José. Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesárea anterior con periodo intergenésico corto; Hospital Regional de Loreto. enero 2013-diciembre 2014 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Loreto-Perú, Facultad de Medicina Humana; 2015.
36. Lorenzana, Espinal. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela. Rev. Med. Vol. 6 no. 2. mayo-agosto, 2001 pág. 2.
37. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA; Disponible en URL: <http://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>.
38. Puffer R, Serrano C. Características del peso al nacer. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Pub Cient. N° 504. Washington DC EEUU, 2010.
39. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Edición 2013 Argentina. Pag. 28-35.
40. Asociación Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica <http://www.asppo.org/>
41. Ferro M. La Bioética y sus principios [en línea]. 2009. [fecha de acceso 22 de febrero 2010]; No 2 disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art-26/>
42. Manual de procedimiento para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño – MINSA.

# **ANEXOS**



## ANEXO 01

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### “Factores de Riesgo que se Relacionan con el Desgarro Perineal Durante el Parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017”

##### A. FACTORES MATERNOS

###### 1. Edad:

1. < 19 años
2. 20 a 34 años
3. 35 a más

###### 2. Procedencia:

1. Urbano
2. Urbano marginal
3. Rural

###### 3. Grado de Instrucción:

1. Sin estudios
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior.

###### 4. Anemia:

1. Leve
2. Moderada

3. Severa

4. Sin anemia

## **B. FACTORES OBSTÉTRICOS**

### **5. Paridad:**

1. Nulípara

2. Primípara

3. Multípara

4. Gran Multipara

### **6. Periodo Intergenésico:**

1. < 3 años

2. 3-5 años

3. > 5 años

### **7. Atención Prenatal:**

1. < 6 APN

2. > 6 APN

### **8. Psicoprofilaxis:**

1. Completa

2. Incompleta

3. No recibió

### **9. Episiotomía:**

1. Si

2. No

## **C. FACTORES NEONATALES:**

### **10. Peso del Recién Nacido:**

1. 2500 gr-< 2500 gr.
2. > 2500 gr.
3. > 4000 gr

### **11. Perímetro Cefálico o Perímetro Craneal:**

1. 31-33 cm
2. 32-34cm
3. 35-36cm

## **D. CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS:**

### **12. Desgarro perineal Según Grados:**

1. Primer Grado.
2. Segundo Grado.
3. Tercer Grado.
4. Cuarto Grado



## ANEXO 02

### FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo a su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (...)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (...)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado (...)
7. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
8. La hipótesis está formulada correctamente (...)

#### LEYENDA

DA: De Acuerdo

ED: En Desacuerdo

#### PUNTUACIÓN

1

0

#### RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	0	1	1	7
II	1	1	1	1	1	0	1	1	7
III									
IV									
V									
TOTAL	2	2	2	2	2	0	2	2	14

### ANEXO 03

#### ANALISIS MEDIANTE KENDALL

Realizada la prueba de juicio de expertos se procedió a analizarlo mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall.

##### Rangos

	Rango promedio
El instrumento persigue los fines del objetivo general	2.00
El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos	2.00
La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados	2.00
El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto	2.00
Los ítems están redactados correctamente	2.00
Los ítems despiertan ambigüedades en el encuestado	2.00
El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis	2.00
La hipótesis está formulada correctamente	2.00

##### Estadísticos de prueba

N	2
W de Kendall <sup>a</sup>	1.000
Chi-cuadrado	14.000
G1	7
Sig. Asintótica	0.000

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

## ANEXO 04

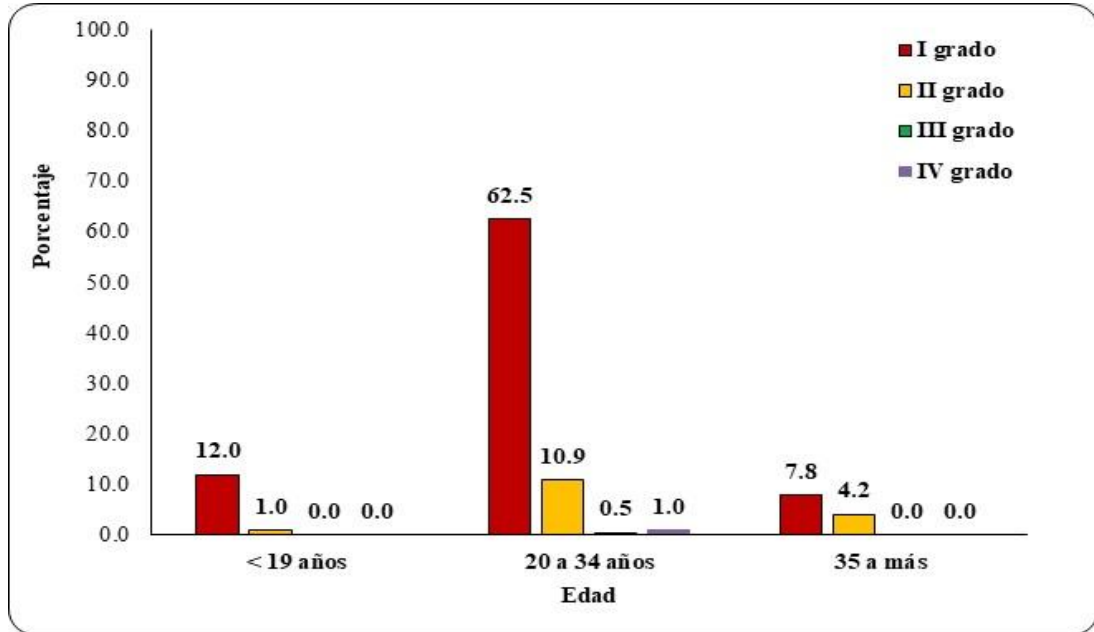
### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Realizado el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según se detalla a continuación.

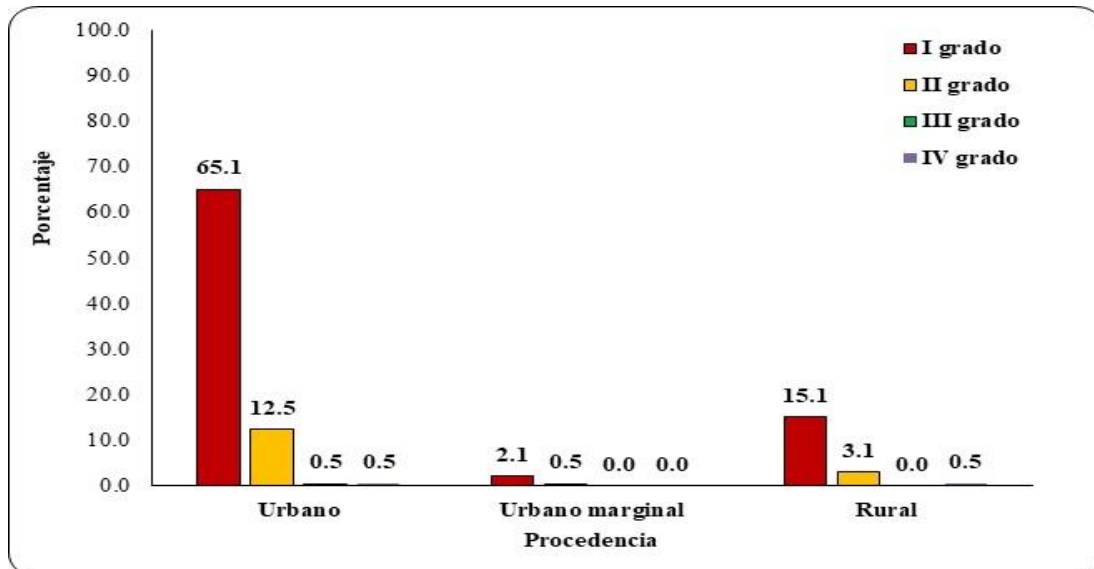
#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Número de elementos
,828	,811	8

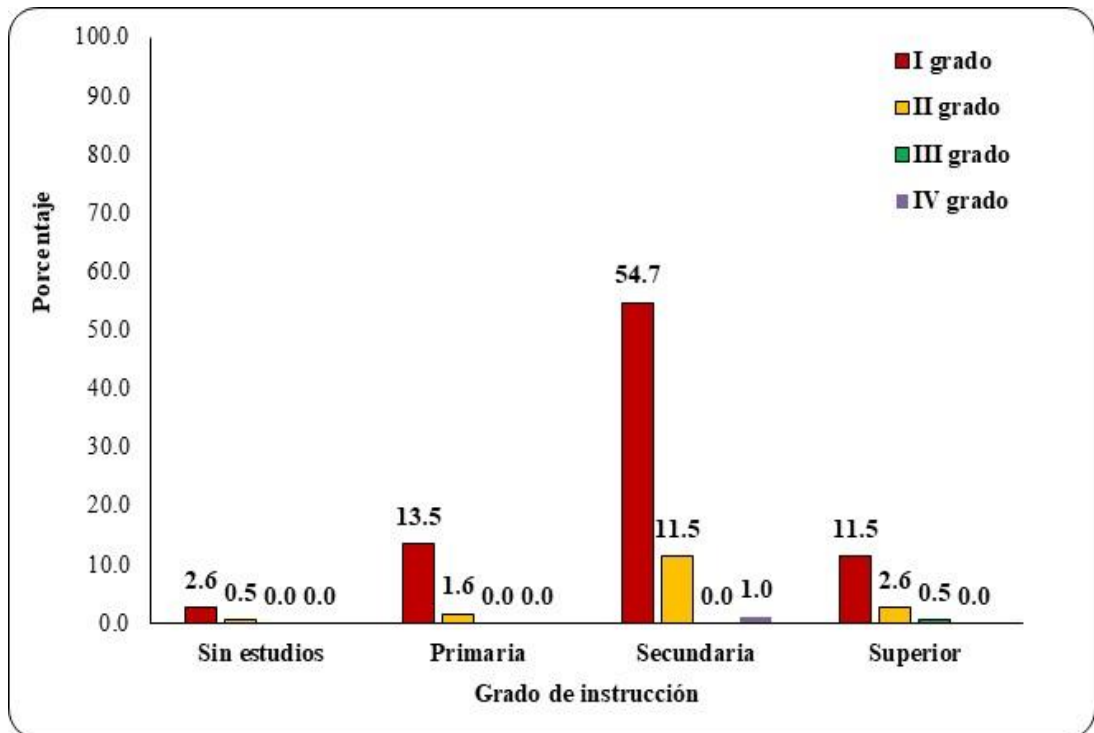
## ANEXO 05



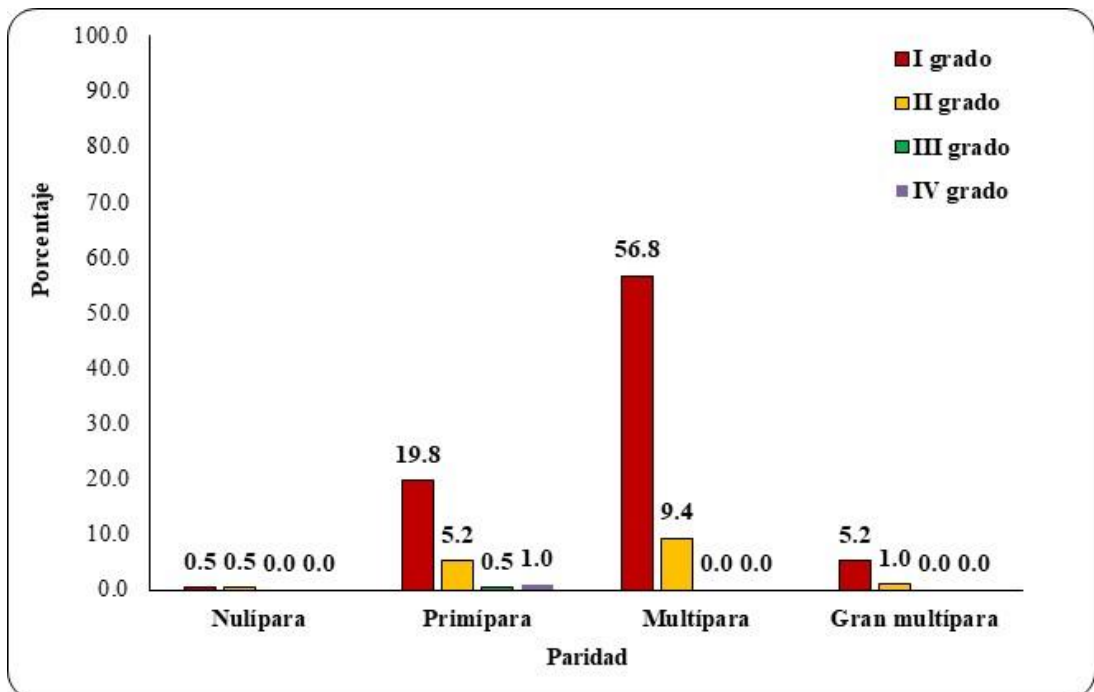
**Figura 1** Relación de la edad materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



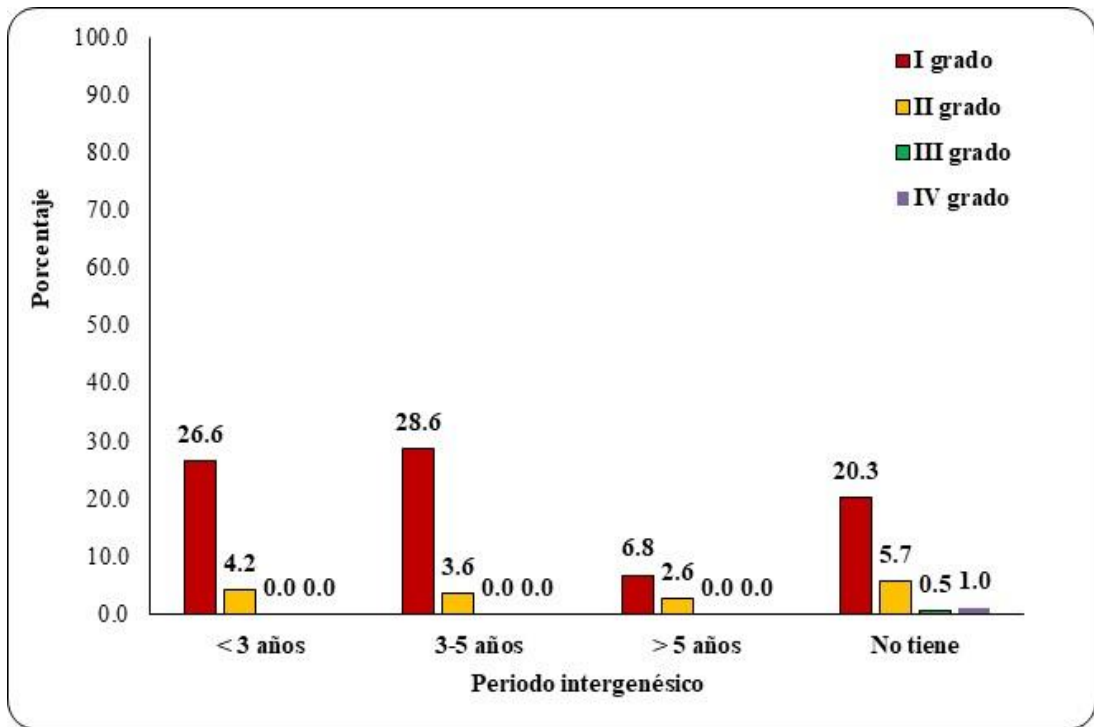
**Figura 2:** Relación de la procedencia materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



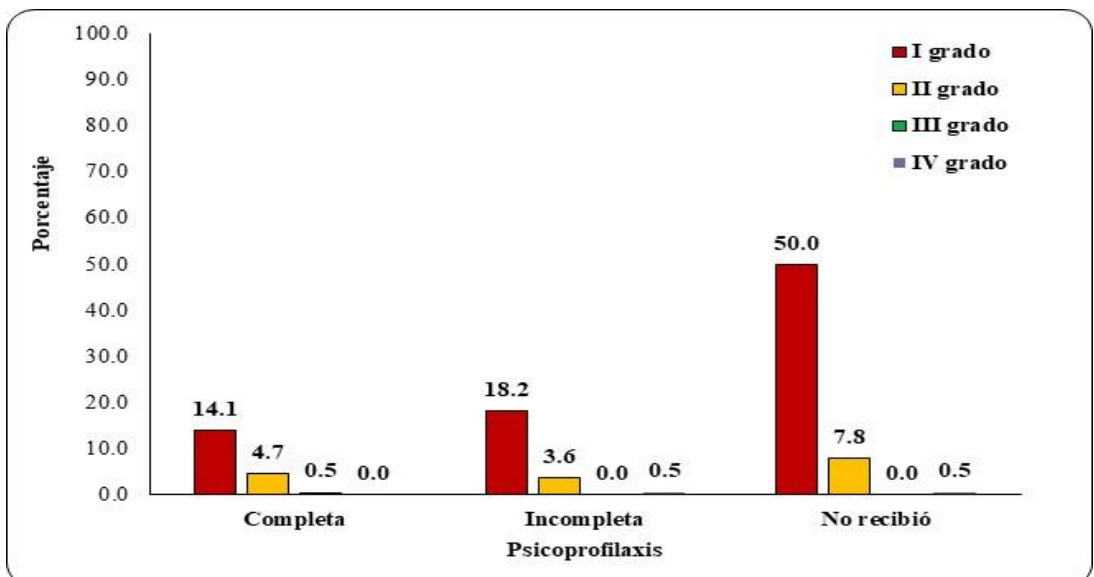
**Figura 3:** Relación del grado de instrucción materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



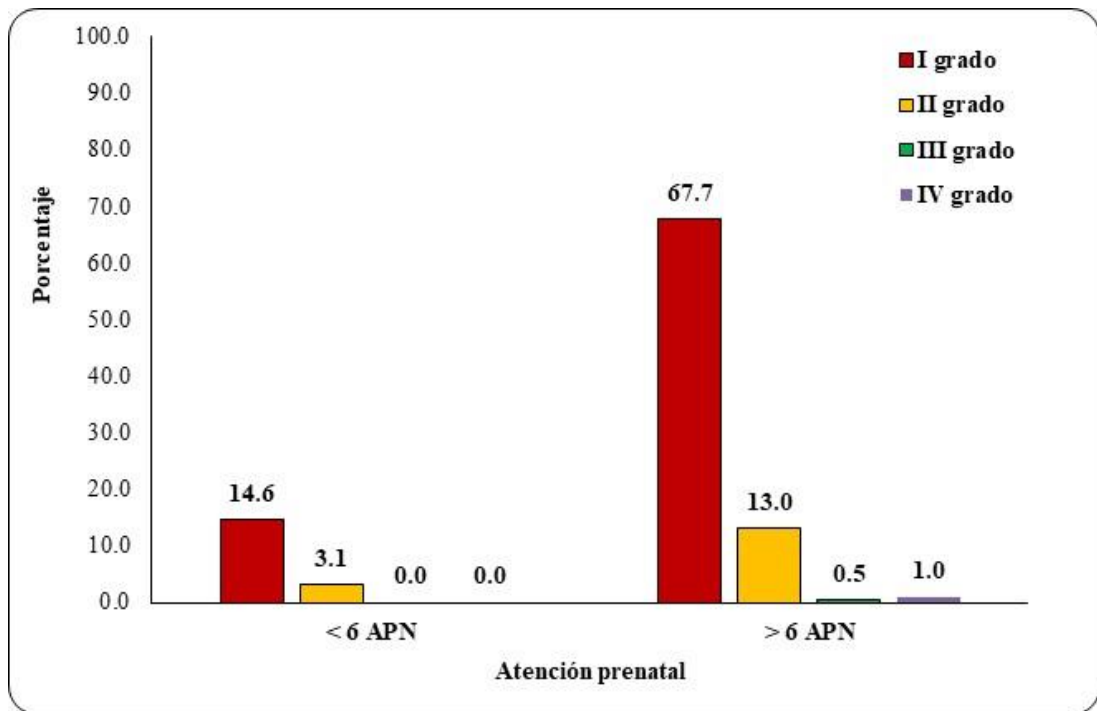
**Figura 4:** Relación de la anemia materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



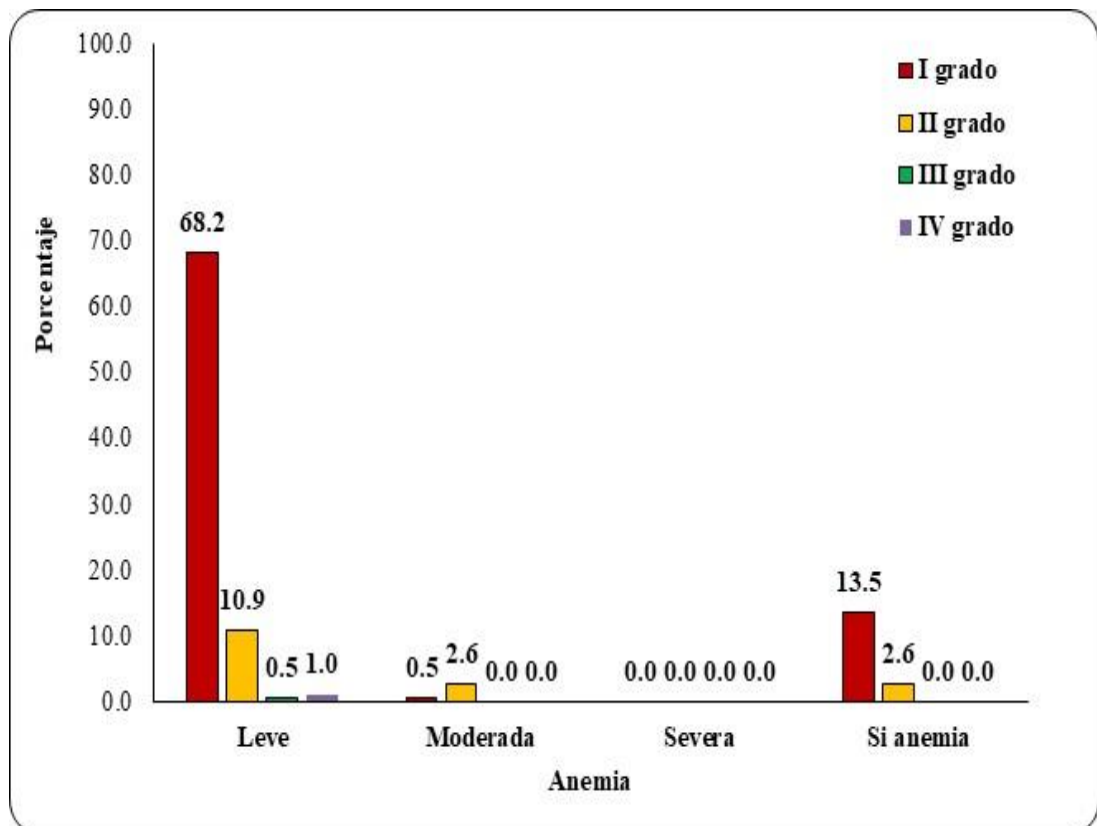
**Figura 5:** Relación de la paridad materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



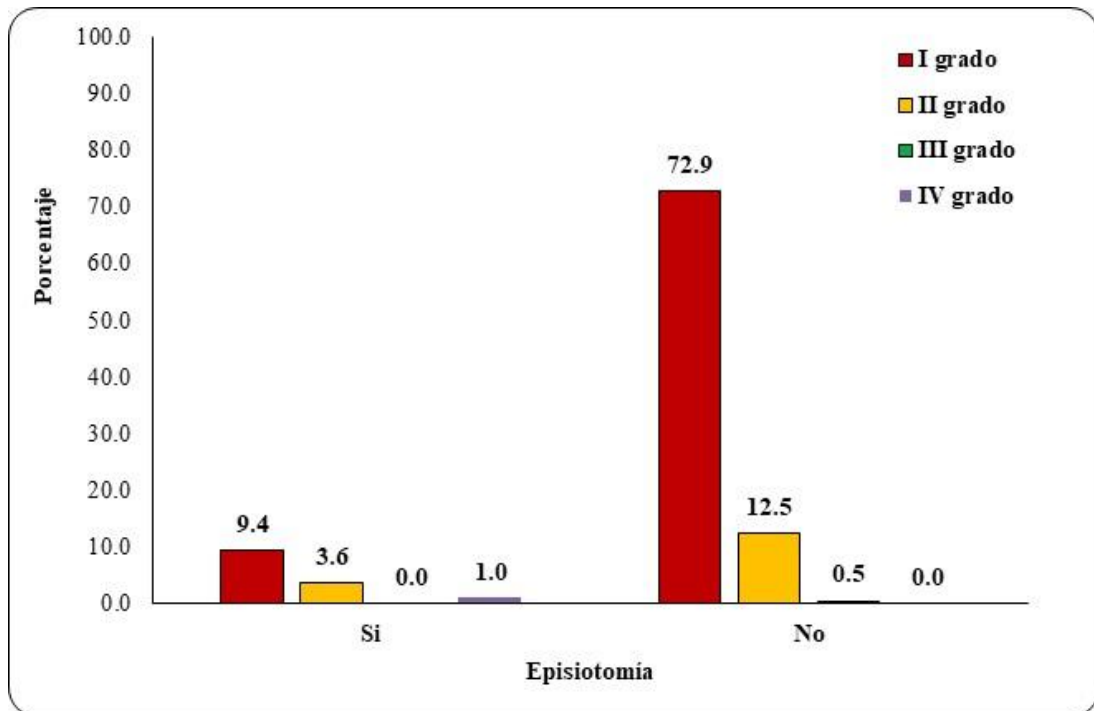
**Figura 6:** Relación del periodo intergenésico materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



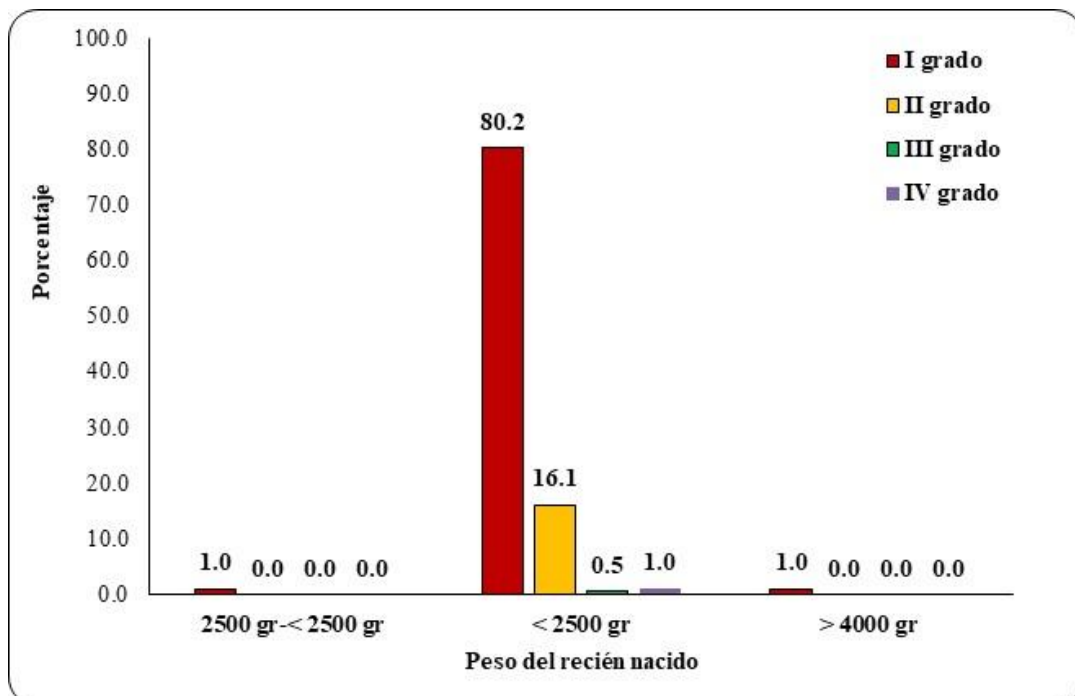
**Figura 7:** Relación de la atención pre natal materna con el desgarros perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



**Figura 8 :** relación de la psicoprofilaxis materna con el desgarro perineal perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz-2017

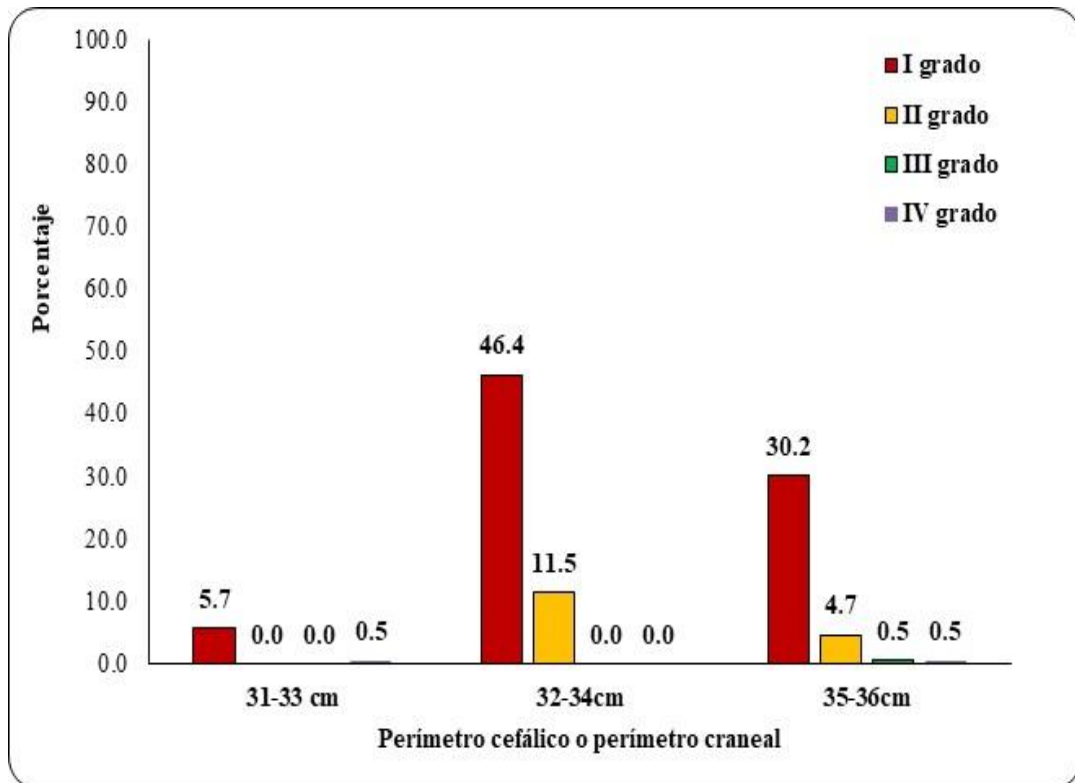


**Figura 9:** Relación de la episiotomía materna con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.



**Figura 10:** Relación del peso del recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.





**Figura 11.** Relación del perímetro cefálico o perímetro craneal del RN con el desgarro perineal durante el parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz-2017.