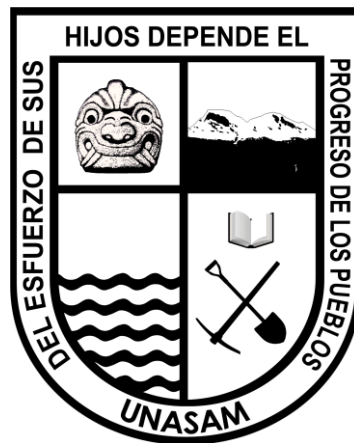


**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS
VULVOPERINEALES DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO
EN EL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2016
- 2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADOS EN OBSTETRICIA

Bach. GONZALES SAL Y ROSAS, Jerson Jhonnatan

Bach. LOPEZ JARA, Ayley Izamar

Asesora: Dra. VALENCIA VERA, Consuelo Teresa

HUARAZ – PERÚ

2018

Mag. Marcelo Ido Arotoma Ore
(Presidente)

Med. Margarita Amelia Pajuelo Vera
(Secretaria)

Dra. Yuliana Mercedes De La Cruz Ramírez
(Vocal)

Dra. Consuelo Teresa Valencia Vera
(Asesora)

DEDICATORIA

A Dios por permitirnos continuar con nuestros objetivos, por brindarnos salud, fortaleza y perseverancia, por la bendición que nos brinda en cada paso que damos y guiarnos hasta este momento.

A nuestros padres, hermanos, familiares y a todas las personas que contribuyeron a lo largo de nuestra formación pre profesional para poder llegar a este momento importante de nuestras vidas, gracias por sus consejos, ayuda incondicional, paciencia y sobre todo por confiar siempre en nosotros.

AGRADECIMIENTO

A la carrera profesional de Obstetricia por enseñarnos el valor de la vida y convertirnos en el pilar esencial en la atención y salud de la mujer.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional, por la lucha constante junto a nosotros para poder lograr nuestros ideales.

A nuestros docentes por todas las enseñanzas que nos brindaron dentro y fuera de las aulas, por la paciencia, confianza, perseverancia y motivación para hacer de nosotros buenos profesionales.

A la doctora Tereza Valencia Vera por aceptar ser nuestra guía en este proceso, por cada uno de sus consejos, recomendaciones y su ayuda constante.

INDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPÓTESIS	13
3. BASES TEÓRICAS	17
4. MATERIALES Y MÉTODOS	45
5. RESULTADOS	53
6. DISCUSIÓN	76
7. CONCLUSIONES	81
8. RECOMENDACIONES	82
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 - 2017?, objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados a los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017, hipótesis: Los factores sociodemográficos, neonatales y obstétricos se asocian significativamente al desgarro vulvoperineal en el periodo expulsivo. Investigación retrospectiva, transversal y correlacional, muestra, 156 historias clínicas (52 con diagnóstico de desgarro vulvoperineal y 104 sin diagnóstico de desgarro vulvoperineal). Instrumento: Ficha de recolección de datos, información procesada mediante el programa SPSS V 25.0, realizándose la contrastación de la hipótesis mediante la prueba estadística Odds Ratio (OR) y regresión logística. Resultados: Los factores de riesgo más significativos de forma individual asociados a los desgarros vulvoperineales fueron: Perímetro torácico (OR: 5.6), talla materna (OR: 4.4), periodo intergenésico (OR: 2.2), anemia (OR: 2.9). Conclusiones: Los factores neonatales tales como peso de recién nacido, perímetro cefálico, perímetro torácico y factores maternos tales como talla materna, periodo intergenésico y anemia, aumentan en conjunto la probabilidad de presentar desgarros vulvoperineales en el periodo del expulsivo, los factores sociodemográficos no tienen significancia estadística para los desgarros vulvoperineales.

Palabras clave: Factores de riesgo, desgarros vulvoperineales y periodo expulsivo.

ABSTRACT

The following problem was posed: What are the risk factors associated with vulvoperineal tears during the expulsive period in the Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2016-2017? Overall objective: Determine the risk factors associated with vulvoperineal tears during the expulsive period in the Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2016 - 2017, hypothesis: The sociodemographic, neonatal and obstetric factors are significantly associated with the vulvoperineal tear in the expulsive period. Retrospective, cross-sectional and correlational investigation, sample, 156 clinical histories (52 with diagnosis of vulvoperineal tear and 104 without diagnosis of vulvoperineal tear). Instrument: Data collection card, information processed through the SPSS V 25.0 program, the hypothesis was tested using the Odds Ratio (OR) statistical test and logistic regression. Results: The most significant risk factors individually associated with vulvoperineal tears were: Thoracic perimeter (OR: 5.6), maternal size (OR: 4.4), intergenesic period (OR: 2.2), anemia (OR: 2.9). Conclusions: Neonatal factors such as newborn weight, cephalic perimeter, thoracic perimeter and maternal factors such as maternal height, intergenesic period and anemia, together increase the probability of presenting vulvoperineal tears in the period of the expulsive, sociodemographic factors do not have statistical significance for vulvoperineal tears

Keywords: Risk factors, vulvoperineal tears and expulsive period.

1. INTRODUCCIÓN.

El desgarro vulvoperineal es un problema común en las pacientes que se encuentren en trabajo de parto, para la mujer enfrentar este proceso es un momento de sensibilidad, temor y angustia, esto puede originar consecuencias poniendo en riesgo su salud y trayendo consigo efectos negativos en el área psicológica , física y aumentando la probabilidad de morbilidad materna perinatal por lo que el personal encargado de la atención debe estar capacitado y trabajar de manera conjunta para la disminución, prevención de lesiones o traumatismos perineales que afectan tanto a la madre como al recién nacido ⁽¹⁾.

Los desgarros vulvoperineales constituyen una lesión frecuente de la piel y los músculos que se encuentran en la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa. En la mayoría de los casos se producen en el perineo, región que se encuentra entre el ano y el orificio de la vagina, este se clasifica en: primer grado (laceración superficial que incluye a la mucosa vaginal, la piel del perineo o ambos); el segundo grado (se extiende para afectar la fascia y los músculos de la vagina); el tercer grado (daña o atraviesa el musculo del esfínter externo del ano) y el cuarto grado (se extiende a la luz ano rectar e implica por lo tanto la rotura de los esfínteres externo e interno del ano) ⁽²⁾.

La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que el de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto ⁽³⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el traumatismo perineal no es poco común luego de un parto vaginal espontáneo o asistido, algunos desgarros son pequeños y no requieren una intervención activa como la sutura,

pero aquellos que se producen por una episiotomía o que son desgarros perineales significativos necesitan reparación, dando a conocer que del 1% al 8% de las mujeres sufren un desgarro perineal de tercer grado (lesión en el esfínter anal) o un desgarro perineal de cuarto grado (lesión en la mucosa rectal) durante el parto vaginal, estos desgarros son más frecuentes después del parto con fórceps (28%) y la episiotomía media⁽⁴⁾.

En Australia Occidental en el año 2014 se encontró una incidencia del 3% de traumatismo perineal severo de los cuales el 5.4% fue en primíparas y el 1.4% fue en multíparas en un estudio aplicado a 10 408 partos vaginales únicos a partir de las 28 semanas de gestación, también se reportaron incidencias de trauma perineal severo de 2.9% a 10.2% en Estados Unidos y 1.58% en el Reino unido ⁽⁵⁾.

En un artículo publicado por la revista Ginecología y Obstetricia de México en el año 2017 se encontró que de 97 pacientes: 48 casos presentaron desgarro del esfínter anal y 49 controles sin éste. La incidencia de desgarros fue de 1.6% (1.3% en primíparas y 0.3% en multíparas) donde se concluyó que el desgarro del esfínter es multifactorial y difícil de predecir ⁽⁶⁾.

Según el boletín epidemiológico del ministerio de salud (MINSA) el porcentaje de la muerte materna en el año 2017 fue del 23.4% y de 36.5% el año 2015 correspondientes a hemorragias obstétricas, dentro de los cuales encontramos los desgarros vulvoperineales con un 0.6% equivalente a una muerte sucedida en dicho año lo que nos lleva a concluir que un desgarro vulvoperineal también puede terminar en una muerte materna si no actuamos a tiempo ⁽⁷⁾.

En un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año

2010 se encontró 420 casos de los cuales se concluyó que el grupo de adolescentes y pacientes mayores de 35 años aumentan el riesgo de desgarro perineal, las pacientes con anemia tienen un riesgo de 1,9 veces más de presentar un desgarro perineal, la presencia o ausencia de psicoprofilaxis no se relaciona con el desgarro perineal, las primíparas tienen 1.5% más riesgo que las multíparas de presentar desgarro perineal, en el segundo periodo de parto menor o igual 10 minutos es relacionado a la presencia de desgarro; dentro de los neonatales se encontró que los macrosómicos tienen 23 veces más riesgo de producir desgarro perineal frente a un recién nacido con peso adecuado considerando estos de mayor riesgo en comparación a los factores maternos y obstétricos ⁽⁸⁾.

En el Hospital San José del Callao durante el año 2014, se presentó la mayor frecuencia de desgarros perineales de primer grado encontrándose 79.23% aplicado a 130 historias clínicas; estos problemas ponen en riesgo la salud materna trayendo consigo un efecto negativo en el área psicológica y física de la parturienta aumentando la probabilidad de morbilidad materna perinatal ⁽⁹⁾.

En un estudio realizado a 122 gestantes con desgarro perineal en la ciudad de Loreto en el año 2015, se encontró que el 96.7% no le realizaron episiotomía y el 78,7% tuvieron desgarro de primer grado en relación al peso del recién nacido, entre las características maternas de las gestantes se encontró que el 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años ⁽¹⁰⁾.

Según el informe de evaluación de atención de emergencias obstétricas y neonatales en la región Ancash (estudio Antamina) realizado en el 2009 se reportan las atenciones de desgarros vulvoperineales en establecimiento FONB

(Funciones obstétricas neonatales básicas), fueron de 58.7% de atenciones de desgarros vulvoperineales de I° - II° grado, un 57.1% de III° - IV° grado y en un establecimiento FONE (Funciones obstétricas neonatales esenciales), del 91.7% de desgarros vulvoperineales de III° - IV° grado, también se reportó que los profesionales con mayor atención en casos de desgarros en un FONB fueron médicos generales y obstetras en su totalidad, en caso del FONE el ginecólogo 72.7%, médico general 63.6% y el obstetra 18.2%⁽¹¹⁾.

En una investigación realizada en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz en el año 2013 sobre la relación entre la inadecuada ganancia de peso de las gestantes a término y complicaciones maternas, se encontró que de 388 pacientes 47 presentaron desgarros vulvoperineales como resultado de la excesiva ganancia de peso⁽¹²⁾.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión; diferentes estudios han sido realizados para identificar factores de riesgo asociados a la presencia de desgarros vulvoperineales durante el parto vaginal, con el fin de minimizar su ocurrencia. Existen factores neonatales, maternos y obstétricos por ende si no son atendidos a tiempo conllevan a complicaciones tanto para la madre como para el neonato es por ello que se debe llevar a cabo un seguimiento teniendo en cuenta los siguientes: el peso del recién nacido, edad materna, la paridad, tiempo de duración del periodo del expulsivo, la variedad de posición (occípito-posterior), la distocia de hombros, presencia de infecciones recurrentes, asistencia a psicoprofilaxis entre otras⁽¹³⁾.

La presencia de los desgarros vulvoperineales pueden ocasionar reducción de la

movilidad, dolor o malestar durante las relaciones sexuales, incomodidad a la micción y el paso de las heces, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer para realizar actividades cotidianas y atender al recién nacido.⁽¹⁴⁾

Por las consideraciones mencionadas anteriormente se consideró necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema** ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 - 2017?. Teniendo como **objetivo general**: determinar los factores de riesgo asociados a los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 - 2017. Los **objetivos específicos**: identificar los factores sociodemográficos asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo, describir los factores neonatales asociados a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo y analizar los factores obstétricos asociados a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Conclusiones: los factores neonatales tales como el peso de recién nacido, perímetro cefálico, perímetro torácico y los factores maternos tales como talla materna, periodo intergenésico y anemia, pueden aumentar en conjunto la probabilidad de presentar desgarros vulvoperineales en el periodo del expulsivo; los factores sociodemográficos no tienen significancia estadística para los desgarros vulvoperineales.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en un contexto

internacional, nacional y local, de la misma manera en la tercera parte se describe los materiales y los 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 presente proceso de investigación.

En la sexta parte se encontraran las conclusiones del trabajo y recomendaciones correspondientes; en el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de datos, así como información relevante para la investigación.

Finalmente, es importante indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en la comparación de sus resultados con otros estudios nacionales e internacionales llevados a cabo en realidades diferentes a la nuestra a la vez que enriquece y orienta los conocimientos de los profesionales en obstetricia, ya que el desgarro perineal es la complicación más frecuente durante el trabajo de parto y nacimiento cuya incidencia va en aumento trayendo consecuencias desfavorables a la salud de la madre, por lo que se requiere realizar estudios con el fin de determinar los factores asociados a dicho problema, concientizar a la gestante con intervención de la pareja, familia y sociedad con el fin de prevenir y disminuir la presencia de desgarros vulvoperineales.

2. HIPOTESIS

Los factores sociodemográficos, neonatales y obstétricos se asocian significativamente al desgarro vulvoperineal en el periodo expulsivo.

2.1. VARIABLES:

- Variable Independiente:
Factores de riesgo
- Variable Dependiente:
Desgarros vulvoperineales

2.2. OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO	Es una característica o atributo que cuando está presente, expone a la gestante a una posibilidad mayor de presentar un daño.	FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Edad	< 15 años	Ordinal
				15 – 35 años	
				> 35 años	
			Procedencia	Área urbana	Nominal
				Área rural	
			Estado Civil	Soltera	Nominal
				Casada	
				Viuda	
				Divorciada	
		Grado de instrucción	Analfabeta	Nominal	
			Primaria		
			Secundaria		
			Superior		
		FACTORES NEONATALES	Peso	<2500 g	Ordinal
				2500 – 4000 g	
> 4000 g					
Talla	<48,5 cm		Ordinal		
	48,5-51 cm				
	> 51cm				
Perímetro cefálico	<33,5 cm		Ordinal		
	33,5-36 cm				
	> 36 cm				
Perímetro torácico	<30 cm	Ordinal			
	30-33 cm				
	>33 cm				

		FACTORES OBSTETRICOS	Talla materna	≤ 145 cm	Ordinal
				> 145 cm	
			Paridad	Primípara	Nominal
				Múltipara	
				Gran múltipara	
			Periodo ínter genésico	Corto	Nominal
				Adecuado	
				Prolongado	
			Anemia	>11g/dl	Ordinal
				10.1 – 10.9 g/dl	
				7.1 – 10 g/dl	
				< 7 g/dl	
			Periodo del expulsivo	< 20 min	Ordinal
				20 – 50 min	
				> 50 min	
			Psicoprofilaxis obstétrica	Sin sesiones	Ordinal
				<6 sesiones	
				6 sesiones	

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE: DESGARROS VULVOPERINEALES	Pérdida de la continuidad del periné, puede ser superficial, que incluye piel o profunda, cuando involucra planos musculares y mucosa rectal.	TIPOS DE DESGARROS VULVOPERINEALES	I grado	Sí	Nominal
				No	
			II grado	Sí	Nominal
				No	
			III grado	Sí	Nominal
				No	
			IV grado	Sí	Nominal
				No	

3. BASES TEORICAS

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.

MOSQUERA, Pato. (2016). **El desgarro intraparto del esfínter anal.** España. Artículo. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados con el desgarro intraparto del esfínter anal. Tipo de estudio, análisis retrospectivo, de casos y controles con desgarro del esfínter anal, muestra, incluyo 97 pacientes entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de julio de 2015 en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, instrumento, se utilizó una ficha de recolección de datos mediante la revisión de las historias clínicas, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Se incluyeron 97 pacientes: 48 casos de mujeres con desgarros del esfínter anal y 49 controles sin éste seleccionadas al azar. En 2,848 partos vaginales la incidencia de desgarros fue de 1.6% (1.3% en primíparas y 0.3% en multíparas). El tipo de desgarro más frecuente fue el I grado, que representó 54.1%, seguido del II grado con 33.3%, III grado con 16.6% y el grado IV grado con 16.6%. De las mujeres con desgarro del esfínter anal, 2% tenían incontinencia anal y 91.6% incontinencia urinaria a las seis semanas postparto. Los resultados del análisis muestran diferencias estadísticamente significativas en la primiparidad ($p=0.003$), partos inducidos ($p<0.001$), duración de la dilatación ($p=0.023$), duración del periodo de expulsión ($p=0.007$), peso del recién nacido ($p=0.006$) e incontinencia urinaria ($p=0.002$). Conclusiones: El desgarro del esfínter anal intraparto es una complicación multifactorial y difícil de predecir, la mayor parte de los factores de riesgo no pueden modificarse y se encuentran íntimamente

relacionados entre sí. Es importante restringir la práctica de episiotomías, porque no existe evidencia que respalde su efecto protector en el periné ⁽⁶⁾.

MALLA, Andrea. (2016). Dolor perineal que afecta las actividades diarias de mujeres sometidas a trauma obstétrico episiotomía o desgarros perineales, después de su parto céfalo vaginal en el centro de salud tipo c agosto egas en la provincia de santo domingo de los tsáchilas en el periodo septiembre 2015 a febrero 2016. Quito-Ecuador. Tesis post grado.

Objetivo: Determinar como el dolor perineal afecta a la mujer en sus actividades diarias después de haber sido sometida a episiotomía, un desgarro o trauma perineal. Tipo de estudio, estudio epidemiológico, observacional, de corte transversal y analítico, muestra, 240 pacientes que tuvieron su parto céfalo vaginal, se obtuvo información de las historias clínicas y del formulario perinatal, instrumento, se utilizó una hoja de recolección de datos que reúne las variables a investigar, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Al analizar esta investigación encontramos que existe variada presencia de mujeres en periodo de post parto con diferentes rangos de edad notándose que hubo una mayoría en el grupo de edad de 20 a 30 años adultas jóvenes con un 55% del total de la muestra, en relación al grado de instrucción se encontró que el nivel secundario es de 49%, seguido de la Primaria con un 34%, 50 mujeres fueron sometidas a episiotomía con un 63% y 30 de estas mujeres sufrieron desgarro perineal en su parto céfalo vaginal lo que equivale a un 37%, la edad de 20 a 30 años de Adultas jóvenes fueron sometidas a episiotomía con un 64%, de 30 madres que sufrieron desgarro en su parto céfalo vaginal 40%

sufrió desgarro de I grado, y un 26% sufrió desgarro de II grado. Conclusiones: Entre los factores socioculturales de mayor relevancia están, la edad, se puede destacar que no existe problema con respecto a la educación ya que un 48.8% tiene educación secundaria, tanto episiotomía con un 63% como desgarro con un 37%; no existe en las historias clínicas el por qué se realizó, dejando en clara evidencia que se realiza de manera rutinaria, arrojando resultados alarmantes, encontramos que el 67% de las mujeres que sufren desgarro, no tienen afectación por lo que se concluye que el parto es un proceso fisiológico, recalcando que un parto no debe causar incapacidad y dolor⁽¹⁵⁾.

CONGO, Evelin. (2015). **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.** Quito – Ecuador. Tesis de maestría. Objetivo: Comparar la frecuencia de desgarros perineales ocurridos durante el parto en posición vertical, en relación a los partos en posición horizontal en mujeres cuyo parto fue atendido en la Maternidad de Corta Estancia de Guamaní, tipo de estudio, comparativa, retrospectiva y transversal, muestra, fue de 222 pacientes, instrumento, formulario para la recolección de la información que consta en las historias clínicas de los pacientes, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Se incluyeron 222 pacientes, en cuanto a paridad encontramos un 37% con desgarro durante la segunda gesta, los porcentajes decrecen mientras aumenta la gesta, 80.6% en pacientes con

talla promedio (>140 cm), en cuanto a la etnia el 25,4% de mujeres mestizas presentaron mayor cantidad de desgarro, cabe recalcar que el 32,4% de mujeres que se auto identifican como indígenas tienen preferencia por la atención de parto en posiciones verticales, mientras que el 93,7% de mujeres que se auto identifican como mestizas prefieren el parto en posición horizontal. Conclusión: El parto precipitado es un factor de riesgo para que se produzca desgarro perineal. Por el contrario ni la edad, paridad, y etnia fueron factores de riesgo estadísticamente significativos. No se pudo demostrar que existe mayor número de desgarros en la posición horizontal comparada con las posiciones verticales ya que los valores no son estadísticamente significativos, se concluye que las mujeres deben de elegir la posición más placentera para ellas, con esto contribuimos a la reducción de la morbi mortalidad materna y neonatal ⁽¹⁶⁾.

BROHI, Zahida. (2012). La frecuencia y gravedad de los desgarros perineales en el Hospital Fund Duffrin, Hyderabad. Pakistán. Artículo. Objetivo: Observar la frecuencia y severidad de los desgarros perineales durante el parto vaginal. Tipo de estudio, observacional prospectivo, muestra, fue de 147 mujeres con embarazo único a término, instrumento, se utilizó un formato estructurado prediseñado después del consentimiento verbal informado del paciente, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: La frecuencia de desgarros perineales en el estudio fue de 147/1488 (9.8%). La edad media fue entre 17-42 años. El 68% dieron a luz espontáneamente, el 30.6% fueron entregados con la ayuda de los fórceps, y solo 1.4% tuvieron entrega de

vacío. El peso de los bebés $> 3,600\text{g}$ se asociaron significativamente con desgarros perineales. Conclusiones: Los desgarros perineales causan una considerable morbilidad postnatal. Se recomienda la identificación de los factores de riesgo y el monitoreo vigilante para minimizar el riesgo de trauma perineal y la morbilidad ⁽¹⁷⁾.

SÁNCHEZ, María. (2012). **Episiotomía versus desgarro**. Málaga – España. Artículo. Objetivo: Examinar la bibliografía disponible, basándonos en la Evidencia Científica contrastada, para conocer las ventajas e inconvenientes de los desgarros frente a la episiotomía en la asistencia al parto vaginal. Tipo de estudio, estudio descriptivo - comparativo, revisión de artículos académicos, muestra, fue 32 artículos analizados, instrumento, se utilizó la búsqueda sistemática en diferentes buscadores y base de datos, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Se analizaron 32 artículos referentes a las complicaciones de la episiotomía y los desgarros durante el parto vaginal, no hay evidencia de que la episiotomía sistemática o rutinaria disminuya la incidencia de desgarros de III y IV grado. La episiotomía no previene los desgarros, sino que puede añadir hasta 3 cm. al corte, el desgarro perineal por otra parte requiere menor sutura y causa poca morbilidad a la mujer. Los factores que influyen en el trauma perineal son el trabajo de parto prolongado, pujos forzados largos, nuliparidad, elevado peso del bebé al nacer, relacionados con mayor número de desgarros. Conclusiones: La episiotomía sistemática no previene los desgarros perineales posteriores, sino que puede agravarlos, mientras que con el uso restrictivo, lo que aumentan son los

desgarros anteriores, si bien éstos no parecen tener consecuencias clínicas importantes. La morbilidad postnatal es directamente proporcional a la extensión y a la complejidad del trauma perineal ⁽¹⁸⁾.

DÍAZ, Lethy. (2017). **Características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016**. Perú. Tesis de pre grado. Objetivo: Determinar las características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016. Tipo de estudio, tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, muestra, fue de 144 historias clínicas que cumplieron con el criterio de inclusión y exclusión con diagnóstico de desgarro perineal durante el año 2016, instrumento, se utilizó una ficha de recolección de datos, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Se encontró que 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 un 82.64%, tenían estado civil conviviente un 89.58%, pacientes con anemia leve presentaron un 52.78% de desgarros perineales. En cuanto a características obstétricas se halló que las multíparas tuvieron un 63.49%, el periodo expulsivo ≤ 10 min tuvo un 56.25% y las pacientes que no realizaron sesiones de Psicoprofilaxis tuvieron desgarros perineales en un 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 desgarros fue 79.17% de desgarros 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, tiempo de expulsivo y las sesiones de psicoprofilaxis influyen en los desgarros perineales ⁽¹⁹⁾.

AVILA, Adela. (2015). **Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos La Franco La Hoz. Enero – junio. 2015.** Perú. Tesis de post grado. Objetivo: Determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos La Franco La Hoz Enero-junio 2015. Tipo de estudio, descriptivo simple, retrospectivo y de corte transversal, muestra, fue de 81 primíparas que culminaron su parto por vía vaginal, instrumento, se utilizó la ficha de recolección de datos, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Las primíparas con episiotomía representaron el 65.4% y las que sufrieron desgarros representaron el 34.6%, predominando los desgarros de I grado con 23.5%. En el grupo primíparas con desgarros se encontró que el 64.3% de mujeres son de edades entre 25 a 29 años, el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de Psicoprofilaxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min. El 35.8% tuvieron recién nacidos de 3500 a 3999 g. con perímetro cefálico mayor a 33cm un 78.6%. Conclusiones: La mayoría de

primíparas son sometidas a episiotomías. En las primíparas que sufrieron desgarros predominaron los desgarros de primer grado, seguido de los desgarros de segundo grado. No se presentaron desgarros de tercer y cuarto grado ⁽²⁰⁾.

NIMA, Nilda. (2014). **Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales. 2014.** Perú.

Tesis de pre grado. 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. Tipo de estudio, no experimental – retrospectivo- transversal, muestra, estuvo constituida por todas las pacientes puérperas con factores de riesgo y desgarro perineal en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, durante el periodo mayo y junio 2014, instrumento, que se utilizó fue una ficha de recolección de datos, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultado: Se obtuvo que la edad promedio de las gestantes es de 18 a 27 años con un 13%, mientras que el 84,32% tienen un nivel de instrucción secundario, el 77,61% es conviviente, el 44,67% son primíparas, el 20,67% con periodo intergenésico corto mientras que el 30% fue largo, el tiempo del expulsivo es de 58,67% que fue de 11 a 30 minutos, en los resultados de los tipos de anemia el 83,33% tuvo anemia leve, el 40,67% no realizaron sesiones de psicoprofilaxis, mientras que el peso del recién nacido fue de 3300-3900g con un 23,9% y el 64% fue desgarro de primer grado. Conclusiones: La anemia es un factor de riesgo para que las gestantes presenten un desgarro perineal, así como también el peso del recién

nacido, estos factores son estadísticamente significativos a diferencia de los factores de riesgo obstétricos, ya que no se encontró relación estadísticamente significativa en ninguno de los riesgos estudiados ⁽²¹⁾.

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 pre grado. 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. Tipo de estudio, estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, muestra, fue de 215 historias clínicas revisadas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, instrumento, que se utilizó fueron las fichas de recolección de datos, técnica de análisis, por las características de la información se utilizó la estadística descriptiva. Resultados: Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de I grado con 83,7% seguido de los de II grado con 15,8% y por último el de III grado con 0,5%. La edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años con 73,5% seguido de las mayores de 34 años con 18,6%. El 25,1% de desgarros fue 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 con un 86%. Conclusiones: La mayor frecuencia de desgarro perineal fue el de primer grado y el de menor frecuencia el de tercer grado, las gestantes de 20 a 34 años presentan con mayor frecuencia desgarro perineal. Se concluye que el peso del recién

nacido no es un factor de riesgo que influye en el desarrollo de desgarros perineales, la mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas siendo las de segunda paridad las que presentaron el mayor número de desgarros en el Hospital Vitarte en el año 2014 ⁽¹²⁾.

HUAMÁN T, SIMONA C. (2011). **Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre - diciembre 2010**. Perú. Tesis de pre grado. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de desgarro perineal, en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Tipo de estudio, estudio analítico retrospectivo de casos y controles no pareados, muestra, fue de 420 casos, instrumento, que utilizamos fueron las fichas de recolección de datos, técnica de análisis, se realizó a través del chi cuadrado. Resultados: Se puede observar que del total de casos de pacientes con desgarro (130) el 79.2% presentó desgarro de I grado, el 20% desgarro de II grado y solo el 0.8% que representa un solo caso de desgarro de III grado, no hubo ningún caso de desgarro de IV grado. Conclusiones: Las pacientes con anemia tienen 1.9 veces más riesgo de presentar desgarro perineal. La presencia o ausencia de Psicoprofilaxis no se relaciona con el desgarro perineal, en relación a la paridad se concluye que las primíparas tienen 1.5 veces más riesgo que las multíparas y las gran multíparas de presentar desgarro perineal. Presentar tiempo de expulsivo menor o igual a 10 minutos se relaciona con la presencia de desgarro perineal. Aquellas con un periodo intergenésico corto o largo tienen más riesgo de presentar desgarro perineal (1.5 y 1.9) respectivamente. En cuanto al peso del recién nacido, se obtuvo que los macrosómicos tienen

23 veces más riesgo de hacer desgarro perineal frente a los de peso adecuado y a los de peso menor de 2500 g. En general de los tres factores mencionados, se obtuvo que los neonatales son considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y obstétricos ⁽²²⁾.

3.2. MARCO TEORICO

A. DESGARROS VULVOPERINEALES

a) Definición

Los desgarros vulvoperineales son rasgaduras de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor. En la mayoría de los casos, los desgarros se producen en el perineo. El perineo es la región que se encuentra entre el ano y el orificio de la vagina.

En el momento de la expulsión del feto se pueden ocasionar lesiones a nivel de la mucosa, horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y Continencia ⁽²³⁾.

b) Tipos de desgarros vulvoperineales:

Williams distingue 4 tipos de desgarros de acuerdo con el grado de extensión:

- **Desgarros de I grado:** afecta la horquilla, la piel perineal y la mucosa vaginal, pero no aponeurosis y músculos subyacentes.
- **Desgarros de II grado:** afectan además de la piel y las membranas mucosas, la aponeurosis y los músculos del cuerpo perineal, pero no el esfínter anal.

- **Desgarros de III grado:** se extienden a través de la piel, la membrana mucosa y el cuerpo perineal y afectan al esfínter anal.
- **Desgarros de IV grado:** se extiende y expone a través de la mucosa rectal⁽¹⁾.

c) Etiopatogenia:

Es la distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetal, además de otros factores condicionantes; en los tejidos fibrosos de las primíparas con edad avanzada ocurren con mayor frecuencia ya que complican la salida del feto por presentar rigidez en los tejidos, cicatrices operatorias previas generadas por un parto precipitado, macrosomía fetal o algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo que facilitan los desgarros; también se presentan en mujeres con pelvis estrechas, ángulo púbico agudo, edema, hipoplasia, periné alto u otras complicaciones que generan mayor distensión del periné⁽²⁴⁾.

d) Diagnóstico:

Los desgarros perineales suelen ser diagnosticados a través de una exploración minuciosa, colocando a la paciente en posición de litotomía, una adecuada fuente de luz, una asepsia correcta con el fin de prevenir infecciones, con buena analgesia para así realizar una adecuada exploración. Podemos observar diferentes pronósticos de acuerdo a la gravedad de los desgarros vulvoperineales: para el primero y/o segundo grado el pronóstico es bueno, la reconstrucción y recuperación son

favorables; en el tercer y cuarto grado el pronóstico es reservado ⁽⁷⁾.

e) Tratamiento:

Consiste en la reparación quirúrgica de los desgarros, siendo necesario iniciar la sutura por encima del ángulo de desgarro con el fin de controlar el sangrado de vasos. Aunque las complicaciones de estos desgarros suelen tener habitualmente poca significación clínica, se impone un buen juicio clínico antes de realizar cualquier maniobra para evitar complicaciones mayores ⁽²⁵⁾.

Reparación de lesiones perineales:

❖ **Primer y segundo grado:** En los desgarros de primero y segundo grado se utiliza anestesia local. Se realizan puntos separados que afronten y tomen todo el espesor del desgarro: el primer plano que corresponde a la mucosa vaginal, la piel y el segundo que es el musculo para no dejar espacios muertos. En la sutura es importante una buena iluminación y visualización del campo, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

❖ **Sutura de mucosa vaginal y piel:** La sutura debe quedar correctamente aproximada, sin tensión, ya que la sutura de un desgarro de primer grado mal realizado puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto, para ello necesitaremos:

1. Vicryl 2/0.
2. Identificación del ángulo del desgarro.
3. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este

ángulo.

4. Realizar una sutura de puntos separados desde el ángulo hasta anillo himeneal.

❖ **Sutura de músculos perineales:** Debemos identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continúa utilizando:

✓ Vicryl 2/0.

✓ La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos.

✓ Es importante la identificación de los músculos bulbo cavernoso y el músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y el signo que mejor identifica su rotura.

❖ **Tercer y cuarto grado:** En el desgarró de tercer y cuarto grado se utiliza anestesia general. Se procede de forma similar al de segundo grado, es decir, plano por plano, teniendo especial cuidado en reparar previamente los cabos del esfínter externo o interno que se hayan en la región marginal del ano. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar un tacto rectal de forma sistemática. Deben observarse muy especialmente las reglas de asepsia. En todas estas intervenciones se prescribirán antibióticos y control estricto posterior.

Sutura mucosa rectal: La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 2/0, 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.

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 hilos monofilamentos parecen tener menor riesgo de infección. Cuando se identifica la lesión del esfínter interno se suturará con puntos sueltos o Vicryl 2/0 convencional ⁽²⁵⁾.

f) Complicaciones de los desgarros perineales:

Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica y física de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como:

- prolapso.
- Hematomas.
- Infecciones.
- Incontinencia fecal.
- Disuria
- Fistula recto vaginal
- Dehiscencia ⁽²⁾.

B. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS VULVOPERINEALES.

Según la OMS factor es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión⁽²⁶⁾.

1. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

1.1.Edad:

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna perinatal. El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por presentar mayor probabilidad de patologías perinatales.

En el embarazo adolescente la probabilidad de morbimortalidad es alta, ya que las complicaciones obstétricas son más frecuentes debido a que la futura madre no ha completado el desarrollo de su cuerpo.

Según la mayoría de los autores, existe una edad materna ideal para la reproducción, la que está comprometida entre los 15y 35años.

La gestación en las mujeres con edad igual o mayor de los 35 años debe ser considerada como riesgo, porque encontramos una elevada incidencia de gemelaridad, fetos macrosómico y grandes para la edad gestacional, recién nacidos de bajo peso, RPM, hemorragia posparto, entre otras⁽²⁷⁾.

1.2.Procedencia:

El Convenio de París fue el primer tratado internacional multilateral que incluyó disposiciones relativas a las indicaciones de origen geográfico el

cual reconoce las “indicaciones de procedencia” y las “denominaciones de origen”, el lenguaje que utiliza permite inferir la siguiente definición de procedencia: “una indicación referida a un lugar situado dentro del país” ⁽²⁸⁾. Según el instituto nacional de estadística e informática divide a la población mediante la ubicación de su vivienda en dos áreas:

Área urbana: Es el territorio integrado por los centros poblados urbanos, por ejemplo, ciudad, pueblo joven, urbanización, conjunto habitacional, asociación de vivienda, cooperativa de vivienda y barrio o cuartel.

Área rural: Es el territorio integrado por los centros poblados rurales y que se extienden desde los linderos de los centros poblados urbanos hasta los límites del distrito, por ejemplo: Pueblo, caserío, anexo, comunidad indígena, unidad agropecuaria, cooperativa agraria de producción, comunidad campesina y campamento minero ⁽²⁹⁾.

1.3.Estado civil:

Es la calidad o posición permanente, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en conjunto a sus relaciones de familia lo que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles. No siempre el estado civil será permanente, según el código civil se tiene en cuenta el estado de:

- Soltero/a: aquella persona que no se ha casado.
- Casado/a: El matrimonio es la unión voluntariamente concertada por un varón y una mujer legalmente aptos para ella y formalizada con sujeción a las disposiciones del Código Penal, a fin de hacer vida común, donde tienen en el hogar: autoridad, consideraciones, derechos, deberes y responsabilidades iguales.

- Viudo/a: aquella persona que ha perdido a su cónyuge por haber muerto y este no se ha vuelto a casar.
- Divorciado/a: Juicio de invalidez del matrimonio, las peticiones sobre separación de los cónyuges, asignación para alimentos y gastos judiciales, medidas de seguridad del patrimonio común y guarda de los hijos menores, se sujetarán a las normas pertinentes al juicio ⁽³⁰⁾.

1.4.Grado de instrucción:

El grado de instrucción de la madre es un factor muy importante en relación a la presencia de los desgarros vulvoperineales ya que contribuyen a reducir o aumentar la probabilidad de riesgo. El Ministerio de Educación es el encargado de gestionar la educación y garantizar el acceso a la educación de todos los peruanos, este sistema se divide en cuatro etapas:

- ✓ Analfabeta: Persona que no sabe leer ni escribir
- ✓ Primaria: Persona que tiene conocimientos generales de ciencias, matemáticas y lenguaje, cuenta con una duración de seis años.
- ✓ Secundaria. Educación que se divide en dos ciclos, cuenta con una duración de 5 años de formación científico-humanista y técnica.
- ✓ Superior. La educación superior se imparte en escuelas, institutos superiores, centros superiores de post-grado y en universidades. Con una duración de 3 a 5 años ⁽³¹⁾.

2. FACTORES NEONATALES

2.1.Peso:

Se define como peso del recién nacido, al peso en gramos con el que nace

un individuo. Es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo y de complicaciones obstétricas⁽³²⁾.

El feto de volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a la del feto normal en una pelvis estrecha; en los fetos con alto peso no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades si no que el mayor escollo está en el parto de hombros. El pronóstico materno se ve afectado por la rotura uterina, los desgarros, las hemorragias en el alumbramiento y la infección. La mortalidad materna y perinatal aumenta por la sola causa de tratarse de un feto con alto peso al nacer por vía vaginal⁽³²⁾.

Sin embargo, existen varios factores que favorecen la posibilidad de definir a un feto grande de acuerdo a la altura de los padres, multiparidad, gestación prolongada, edad materna aumentada, feto varón, lactante previo que peso más de 4000 g⁽³³⁾.

El peso al nacer de 4000 g a más, el cual representa el 5% de todos los nacimientos, es considerado por la mayoría de los estudios como el sinónimo de macrosomía fetal⁽³³⁾. La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) define la macrosomía fetal como el aumento del peso del feto que sobrepasa los 4000 g o 4500 g, independientemente de la edad gestacional fetal⁽³⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014 expresa que en las regiones de Sudamérica (2006-2012) el 7.6% de los recién nacidos en el mundo nacieron con sobrepeso y en el Perú fue el 6.9% de recién nacidos. El crecimiento fetal es considerado como un fenómeno multifactorial:

herencia, nutrición materna, estado intrauterino, interacciones hormonales, intercambio placentario, entre otros⁽³⁵⁾.

Según Schwarcz un feto se considera de peso excesivo para su edad gestacional cuando sobrepasa el percentil 90⁽¹⁴⁾.

✓ **Clasificación de acuerdo al peso en gramos:**

Clasificación que se usa como medidas de variables en el presente trabajo son⁽³²⁾:

- < 1 000 g.: Extremadamente muy bajo peso (EMBP)
- 1 000 a < 1 500 g.: Muy bajo peso (MBP)
- 1 500 a < 2 500 g.: Bajo peso (BP).
- 2 500 a 4 000 g.: Normal.
- > 4 000gr: Macrosómico

✓ **Relación edad gestacional – peso :**

Según el peso para la edad gestacional se clasifican en⁽³²⁾:

- 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: Grande para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

✓ **De acuerdo a la edad gestacional:**

- Recién nacido Pre termino: Producto de la concepción menor de 37 semanas de gestación.

- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- Recién nacido pos término: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación ⁽³⁶⁾.

2.2.Talla:

La medida de la talla se realiza de manera sistematizada con un tallímetro horizontal con el bebé bien estirado, con la cabeza paralela al suelo y con los talones, las nalgas y la espalda tocando el tallímetro. Se mide la distancia entre el talón y el vértice de la cabeza. La longitud media de un recién nacido es de unos 50 cm. La talla fluctúa entre 48,5 y 51 centímetros ⁽³²⁾.

2.3.Perímetro cefálico (PC):

Según Andrés Rubio Jorge. 2002-2003.política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario Colombia menciona que el perímetro cefálico mayor de 34 cm incrementa significativamente el riesgo de desgarros perineales. El promedio normal del perímetro cefálico es de 33,5-36 cm. Para medirlo se utiliza una cinta métrica flexible, con divisiones de cada 1 milímetro. Se pasa la cinta métrica alrededor de la cabeza sobre el máximo perímetro frontooccipital. La cinta es entonces ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo ⁽³²⁾.

2.4.Perímetro torácico (PT):

En el feto se debe de considerar el perímetro torácico normal de 30-33 cm y mayor a este como un factor de riesgo para la presencia de desgarros

vulvoperineales, ya que el volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a la del feto normal en una pelvis estrecha. Los fetos con alto peso no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades si no que el mayor escollo está en el parto de hombros⁽³⁷⁾.

3. FACTORES OBSTETRICOS

3.1.Talla:

La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo para la madre y el feto durante el parto; sabemos que en personas con una talla < 145 cm el riesgo de poder presentar complicaciones obstétricas como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional es mayor; la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico.

En un trabajo realizado en el Hospital Belén de Trujillo se encontró que la talla materna baja (<145 cm) está asociada a una mayor incidencia de parto disfuncional, tanto en nulípara como en multíparas. En países en vías de desarrollo, la atención del embarazo y parto en áreas rurales es realizada en gran porcentaje por parteras; por ello es importante determinar la talla baja como factor de riesgo de parto natural, lo que permitirá adoptar acciones adecuadas⁽³⁸⁾.

3.2.Paridad:

Es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos. Es un factor de riesgo para desgarros vulvoperineales siendo las primíparas las de mayor riesgo debido a que el tejido perineal aún no ha sufrido distensión por un parto anterior. El riesgo de morbilidad materna aumenta con el número de embarazos, puede iniciarse ya desde la

tercera gestación, aunque las estadísticas señalan la elevación de las tasas de mortalidad a partir del quinto o sexto embarazo con el doble de riesgo que en las primeras gestaciones⁽³⁹⁾.

Dependiendo de ello pueden clasificarse:

- Primípara: Aquella que tiene un hijo.
- Multípara: Aquella que tiene 2 a 5 hijos.
- Gran multípara: Aquella que tiene más de 5 hijos

3.3.Periodo intergenésico:

El periodo intergenésico se puede definir como el lapso de tiempo transcurrido entre el término de un embarazo y la concepción del siguiente, o aquel intervalo en meses tomándose en cuenta la fecha en la que terminó la gestación previa y la de la última menstruación; se recomienda según estudios que el mínimo de tiempo a considerar para un factor de riesgo 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 estado de la mujer vuelva a la normalidad, a través del puerperio y sus cambios anatomofisiológicos mediante el transcurso del tiempo⁽⁴⁰⁾.

- Periodo intergenésico corto: el periodo se reduce a igual o menor a los 2 años.
- Periodo intergenésico adecuado: el periodo de tiempo se limita a entre 2 y 5 años.
- Periodo intergenésico prolongado: Cuando es mayor a 5 años.

3.4. Anemia:

La Organización Mundial de la Salud define la anemia como a la presencia de un nivel de hemoglobina (Hb) menor a 11.0 g/dl o un hematocrito (Hto) < 33%) desde el primer hasta el tercer trimestre del embarazo o menor a 10.0 g/dl durante el periodo post parto. El Center of Disease Control (CDC) desde 1989 recomienda tener en cuenta las variaciones fisiológicas de la hemoglobina durante el embarazo. Se considera que la anemia está presente si el nivel de hemoglobina es menor a 11 g/dl durante las semanas 1-12 (primer trimestre) y 29-40 (tercer trimestre) del embarazo y menor a 10.5 g/dl durante las semanas 13-28 (segundo trimestre). La anemia materna es uno de los factores de riesgo por lo que los tejidos vulvoperineales son friables⁽²¹⁾.

La anemia materna por deficiencia de hierro es la más frecuente en la gestante, lo importante es la administración de sulfato ferroso durante el embarazo ya que este factor puede ser controlable. Muchas veces la anemia durante el embarazo está asociada con un pronóstico materno desfavorable aumentando la probabilidad de desgarros vulvoperineales clasificándose según la OMS de la siguiente manera⁽⁴¹⁾.

Tabla 2. Clasificación de la anemia según la severidad clínica⁴⁻⁶

Clasificación por severidad	Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia severa	< 7,0 g/dL
Anemia moderada	7,1 –10,0 g/dL
Anemia leve	10,1- 10,9 g/dL

3.5.Periodo del expulsivo

El periodo expulsivo es el segundo periodo del parto que se inicia cuando el cuello del útero está totalmente dilatado (10cm). Este inicio anatómico puede coincidir o no con la necesidad urgente de pujar de la mujer. Se divide en dos fases:

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

Según la ACOG su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas. En la Clínica Maternidad Rafael Calvo ubicado en el país de Colombia, como en otras maternidades del mundo, se ha tomado como límite de tiempo mayor a 1 hora para considerar el expulsivo como prolongado independientemente de la paridad de la paciente. Es considerado también como factor de riesgo la duración del segundo periodo del parto, es decir el tiempo de duración del periodo expulsivo, pues como se entiende, un parto precipitado y uno prolongado traerán consigo muchas complicaciones, entre ellas el desgarro perineal, la exposición muy rápida o por mucho tiempo de la cabeza fetal sobre el periné según sea el caso, influye en la presencia de desgarro ⁽⁴²⁾.

3.6.Psicoprofilaxis obstétrica:

Es un conjunto de actividades para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables,

así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio para lograr un recién nacido con potencial de desarrollo físico, mental y sensorial, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar. En este proceso se realiza gimnasia obstétrica que permite tonificar, fortalecer, dar flexibilidad y elasticidad a los tejidos, articulaciones y ligamentos que intervienen en el parto, contribuyendo a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin dolor.

Se considera gestante preparada a aquella que ha recibido 6 sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo. Dentro de los beneficios encontramos menor riesgo de presentar complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto, la menor incidencia de partos por cesárea, partos instrumentados, buena actitud y colaboración de la madre en el momento del expulsivo ⁽⁴³⁾.

3.7.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

a) Desgarro vulvoperineal:

Constituye la lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa ⁽⁴⁴⁾.

b) Traumatismo:

Estado físico psíquico resultante de una lesión traumática o de una herida ⁽³⁹⁾.

c) Parto:

Es la expulsión fuera del útero del producto de la concepción de 20 semanas

o más de edad gestacional, con un peso fetal de 500g o más ⁽²⁶⁾.

Es definido como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal ⁽⁴⁵⁾.

d) Trabajo de parto:

Consiste en contracciones uterinas regulares que incrementen gradualmente su intensidad y duración del trabajo de parto, produciendo incorporación y dilatación cervical progresivas ⁽²⁾.

e) Neonato:

Comprende desde el nacimiento hasta los primeros 27 días 23 horas, 59 minutos de vida ⁽⁴⁶⁾.

f) Hemorragia:

Salida de sangre de las arterias, venas o capilares, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes ⁽²⁶⁾.

g) Cesárea:

Operación quirúrgica para extraer a un feto del útero materno mediante incisión en la pared abdominal y del útero ⁽²⁾.

h) Episiotomía:

Consiste en la sección perineo vaginal, realizado en el sentido medio lateral o en la línea media. Se realiza para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal esta coronando y distiende excesivamente el periné ⁽²⁾.

i) Dispareunia:

Coito difícil o doloroso ⁽⁴⁷⁾.

j) Paridad:

Estado de una mujer con respecto a los descendientes o hijos nacidos vivos

o muertos que tiene ⁽⁷⁾.

k) Parto inducido:

Consiste en la provocación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto ⁽²⁶⁾.

l) Primípara:

Mujer que ha dado a luz por primera vez ⁽²⁶⁾.

m) Gran multípara:

Mujer con 6 o más partos ⁽²⁶⁾.

4. MATERIALES Y METODOS.

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo RETROSPECTIVO, debido a que los datos que se obtuvieron fueron de las historias clínicas de pacientes con desgarro vulvoperineal (casos) y pacientes sin desgarro vulvoperineal (controles) atendidas durante el periodo 2016 – 2017 en el Hospital Víctor Ramos Guardia, así mismo el estudio es TRANSVERSAL ya que los datos recolectados se recopilaron en un determinado momento es decir que las variables se midieron una sola vez. Finalmente, el estudio es CORRELACIONAL ya que se limitó a observar, medir y analizar la relación entre ambas variables ⁽⁴⁸⁾.

4.2.DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño empleado en el presente proyecto de tesis, fue NO EXPERIMENTAL de corte TRANSVERSAL CORRELACIONAL.

Casos: pacientes que presentan la enfermedad o efecto (pacientes con diagnóstico de desgarro vulvoperineal)

Controles: pacientes con riesgo de sufrir la enfermedad o efecto (pacientes sin diagnóstico de desgarro perineal).

4.3.UNIVERSO Y POBLACION

El estudio se realizó en el Hospital Víctor Ramos Guardia, establecimiento de salud de nivel II -2 ubicado en el distrito de Huaraz, provincia de Huaraz, departamento de Ancash.

La población estuvo integrada por todas las historias clínicas con diagnóstico de desgarro vulvoperineal (casos) y sin diagnóstico de desgarro vulvoperineal (controles), cuya atención se llevó a cabo en el periodo de 2016 - 2017 en el servicio de centro obstétrico del Hospital Víctor Ramos Guardia con un total de 5000 historias clínicas de pacientes con parto eutócico atendidas durante este periodo de los cuales 1800 tuvieron el diagnóstico de desgarros vulvoperineales información proporcionada a través del servicio de estadística del Hospital Víctor Ramos Guardia.

1. Casos:

a) Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes de parto eutócico con diagnóstico de desgarro vulvoperineal atendidas durante el periodo expulsivo correspondientes al periodo 2016 – 2017 en el Hospital Víctor Ramos Guardia.
- Historias clínicas de pacientes con control prenatal en el Hospital Víctor Ramos Guardia.
- Historias clínicas de pacientes sin distinción de paridad.
- Historias clínicas con datos completos de pacientes que

presentaron parto eutócico.

- Historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a acentuación y/o inducción.

b) Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes con episiotomía profiláctica previa.
- Historias clínicas con los datos incompletos.
- Historias clínicas de pacientes que presentaron patologías que no permitieron culminar su embarazo por vía vaginal (cesárea).
- Historias clínicas de pacientes con atención de parto en otro establecimiento de salud con diagnóstico de desgarro perineal y o complicaciones post parto

2. Controles:

c) Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes de parto eutócico que no presentaron desgarro vulvoperineal durante el periodo del expulsivo correspondiente al periodo 2016 – 2017 atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.
- Historias clínicas de pacientes con control prenatal en el Hospital Víctor Ramos Guardia.
- Historias clínicas de pacientes sin distinción de paridad.
- Historias clínicas con diagnóstico de parto eutócico accesibles y con datos completos para el estudio.

- Historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a inducción y/o acentuación.

d) Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes con episiotomía profiláctica previa.
- Historias clínicas de pacientes que finalizaron el proceso del embarazo mediante una cesárea.
- Historias clínicas con los datos incompletos.
- Historias clínicas de pacientes con atención de parto en otro establecimiento de salud.

4.4.UNIDAD DE ANALISIS Y MUESTRA

4.4.1. UNIDAD DE ANALISIS

Cada una de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de desgarro vulvoperineal (caso) y sin desgarro vulvoperineal (control) atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

4.4.2. MUESTRA

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y las contribuciones que se pretendió alcanzar con el presente estudio, se usó el muestreo probabilístico para el estudio de casos y controles lo cual determinó el tamaño de la muestra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

Se aplicó la fórmula para muestra de casos y controles con grupos independientes:

$$n_1 = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1-\varphi)\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{\varphi P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{\varphi(P_1 - P_2)^2}$$

$$n_2 = \varphi n_1$$

P_2 : información obtenida según Mosquera. 2016 desgarro intraparto del esfínter anal. España.

Donde:

$Z_{1-\alpha/2}$: Nivel de confianza 95% $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

$Z_{1-\beta}$: Potencia 80% $Z_{1-\beta} = 0.84$

n_1 : Es el número de casos en la muestra

n_2 : Es el número de controles en la muestra

φ : Es el número de controles por caso (2)

P_1 : Es la proporción de casos expuestos

P_2 : Es la proporción de controles expuestos (16.35%)

P_1 y P_2 : Se relacionan con OR del modo siguiente:

OR: Odds Ratio (3.0)

$$P_2 = \frac{P_1}{OR(1 - P_1) + P_1} = 0.1635$$

$$P_1 = \frac{OR P_2}{(1 - P_2) + OR P_2} = 0.3696$$

$$\bar{P} = \frac{P_1 + \varphi P_2}{1 + \varphi} = 0.2322$$

Reemplazando en la fórmula tenemos:

$$n_1 = \frac{\left(1.96 \sqrt{(1-2)0.2322(1-0.2322)} + 0.84 \sqrt{2 * 0.3696(1-0.3696) + 0.1635(1-0.1635)} \right)^2}{2(0.3696 - 0.1635)^2}$$

Entonces desarrollando la fórmula se tiene que:

$$n_1 = 52 \text{ y } n_2 = 104$$

El grupo control (104 pacientes) fue 2 veces la cantidad del grupo de casos (52 pacientes) (historias clínicas de pacientes que tuvieron el diagnóstico de desgarro vulvoperineal, seleccionado de manera aleatoria) y control (historia

clínica de pacientes que tuvieron parto eutócico sin desgarro vulvoperineal) atendidas el mismo día ya sea la misma hora, antes o después que el caso.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

En este estudio se utilizó un formulario impreso llamado ficha de recolección de datos (Anexo 01), en el cual se registró los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia (2016 – 2017), según los objetivos planteados. El instrumento está compuesto por cuatro partes redactadas de acuerdo al problema y los objetivos de la investigación según se detalla a continuación:

- Primera parte: Factores sociodemográficos: contiene 4 ítems en total.
- Segunda parte: Factores neonatales: comprende 4 ítems en total.
- Tercera parte: Factores obstétricos: abarca 6 ítems en total
- Cuarta parte: Presencia de desgarros: abarca 1 ítem.

Validez: El instrumento de recolección de datos de la investigación fue evaluado y calificado mediante una ficha que cuenta con ocho aspectos, la validación se dio a través de jueces o expertos; un médico ginecólogo, dos obstetras y un estadístico (Anexo 02).

4.6. ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

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 con el instrumento de recolección de datos se

analizó haciendo el uso del programa estadístico SPSS versión 25.0; Con una confianza del 95% para lo cual una vez confeccionada la base de datos se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en tablas de frecuencia, tabla de contingencia y gráficos bidimensionales.

b) Análisis inferencial:

Se utilizó el análisis inferencial para contrastar la hipótesis se utilizó la prueba estadística Odds Ratio (OR) y la regresión logística.

4.7.ETICA DE INTESTIGACION

La recolección de datos, se realizó a través de una ficha, en la cual se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la paciente que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal, no se expuso la privacidad de las pacientes, se respetó todos los acuerdos de ética internacional encontrados en la declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial. Se incluyó datos de los factores sociodemográficos, neonatales y obstétricos; no se tomó en cuenta ningún dato que pueda perjudicar la integridad de la población.

No se usó la declaración de consentimiento informado porque no se trabajó directamente con las pacientes, sólo se extrajo datos relevantes para el estudio de las historias clínicas previo permiso del Director General del Hospital Víctor Ramos Guardia, Doctor Edgar De Paz Salazar, para la recolección de datos.

Asimismo, es importante aclarar que desde el principio la investigación fue vista desde un punto ético, se considera seguir como principio general, el respeto de los pacientes, sus derechos e integridad personal ⁽⁴⁸⁾.

5. RESULTADOS

5.1.FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A

DESGARROS VULVOPERINEALES DURANTE EL PERIODO

EXPULSIVO:

Tabla 1. Edad materna asociado a desgarros vulvoperineales, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Edad Materna	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
<15 años	1	1,9	1	1,0	2	1,3
15-35 años	45	86,5	92	88,5	137	87,8
>35 años	6	11,5	11	10,6	17	10,9
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=0,994$ gl=2 P-Valor=0,863 OR=1,2 IC95%: 0.4 – 3,2

Se observa que el 86.5% de los casos de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo se presenta en mujeres en edades comprendidas entre 15 y 35 años, seguido de un 11.5% en mujeres > 35 años y por últimos un 1.9% en mujeres < de 15 años.

Mientras que en los controles el 88.5% son mujeres entre 15 y 35 años, 10.6 % mujeres > 35 años y 1.0% en mujeres <15 años.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en los diferentes grupos de edad y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones se da similarmente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el $OR=1.2$ teniendo como factor expuesto (madres con edades <15 años y > 35 años) y como no expuesto (madres con edades de 15-35 años), que es mayor a 1, pero con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que la edad materna no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 2. Procedencia materna asociado a desgarros vulvoperineales, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Procedencia	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Área urbana	30	57,7	59	56,7	89	57,1
Área rural	22	42,3	45	43,3	67	42,9
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=0,013$ $gl=1$ $P\text{-Valor}=0,909$ $OR=1,0$ $IC95\%: 0.5 - 2,0$

Se evidencia que las mujeres que provienen de la zona urbana representan el 57.7% de los casos, seguido de un 42.3% de mujeres pertenecientes a la zona rural. Por otro lado encontramos que el 56.7% de los controles pertenecen a mujeres del área urbana y 43.3% al área rural.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en los diferentes zonas de procedencia y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones se da similarmente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el $OR=1.0$ teniendo como factor expuesto (madres del área urbana) y como no expuesto (madres del área rural), que es mayor o igual a 1, pero con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que la procedencia no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 3. Estado civil de la madre asociado a los desgarros vulvoperineales, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Estado civil	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Soltera	41	78,8	87	83,7	128	82,1
Casada	11	21,2	17	16,3	28	17,9
Viuda	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Divorciada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$$X^2=0,544 \quad gl=1 \quad P\text{-Valor}=0,461 \quad OR=0,7 \quad IC95\%: 0,3 - 1,7$$

Los resultados evidencian que las mujeres de estados civil soltera son de 78.8% de los casos, seguido de un 21.2% en mujeres casadas. Por otro lado se observa que en 83.7% de los controles son en mujeres solteras y un 16.3% en mujeres casadas.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en las diferentes categorías de estado civil y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones se da similarmente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el $OR=0.7$ teniendo como factor expuesto (madres con estado civil solteras) y como no expuesto (madres casadas), que es menor a 1, pero con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que el estado civil no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 4. Grado de instrucción materna asociado a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Grado de instrucción	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Analfabeta	3	5,8	6	5,8	9	5,8
Primaria	17	32,7	28	26,9	45	28,8
Secundaria	27	51,9	63	60,6	90	57,7
Superior	5	9,6	7	6,7	12	7,7
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$$X^2=1,225 \quad gl=3 \quad P\text{-Valor}=0,747 \quad OR=0,7 \quad IC95\%: 0,2 - 2,3$$

Se observa que el 51.9% de casos se presentó en mujeres con un grado de instrucción de nivel secundario, un 32.7% con educación primaria, 9.6% con educación superior y un 5.8% es analfabeta. Por otro lado el 60.6% de los controles son en mujeres de educación secundaria, un 26.9% con educación primaria, 6.7% en mujeres con educación superior y por ultimo un 5.8% con mujeres analfabetas.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en las diferentes categorías del grado de instrucción de la madre y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones se da similarmente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el $OR=0.7$ teniendo como factor expuesto (madres analfabetas, con educación primaria y secundaria) y como no expuesto (madres con educación superior), que es menor a 1, pero con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que el grado de instrucción no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

5.2.FACTORES NEONATALES ASOCIADOS A DESGARROS VULVOPERINEALES DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO:

Tabla 5. Peso del recién nacido (RN) asociado a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Peso del RN	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
<2500 g	1	1,9	2	1,9	3	1,9
2500-4000 g	48	92,3	101	97,1	149	95,5
>4000 g	3	5,8	1	1,0	4	2,6
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=3,209$ gl=2 P-Valor=0,201 OR=6,3 IC95%: 0,6 – 62,2

Se evidenció que el 92.3% de los casos son en recién nacidos de un peso de 2500 – 4000 g. seguido de un 5.8% con pesos de > 4000g y 1.9% con recién nacidos con peso <2500g. Por otro el 97,1% de los controles se encuentran los recién nacidos de 2500 – 4000 g, seguido de un 1.9% de recién nacidos < 2500 g y 1.0% de recién nacidos >4000 g.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en las diferentes categorías de los pesos de los recién nacidos y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones se da similarmente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el OR=6.2 como factor expuesto (los pesos de los recién nacidos mayores de 4000 gramos) y como no expuesto (pesos de los recién nacidos menores de 4000 gramos), que es mayor a 1, pero con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que el peso del recién nacido no es factor de riesgo.

Tabla 6. Talla del recién nacido (RN) asociado a desgarros vulvoperineales, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Talla del RN	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 48.5 cm	18	34,6	26	25,0	44	28,2
48.5 - 51 cm	27	51,9	66	63,5	93	59,6
>51 cm	7	13,5	12	11,5	19	12,2
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$$X^2=2,016 \quad gl=2 \quad P\text{-Valor}=0,365 \quad OR=1,2 \quad IC95\%: 0,4 - 3,2$$

Se observa que el 51.9% de los casos se presentan en recién nacidos en tallas comprendidas entre 48.5 – 51 cm, seguido de un 43.6% con tallas < 48.5 y 13.5% en recién nacidos con tallas >51 cm, así mismo encontramos que el 63.5% de los controles se presenta en recién nacidos de tallas 48.5 – 51 cm, 25% con talla < 48.5% y 11.5% en recién nacidos con talla >51 cm.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales (Casos) en las diferentes categorías de las tallas de los recién nacidos y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales (Controles), es decir el comportamiento de las proporciones se da similarmente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el OR=1.2 teniendo como factor expuesto (las tallas >51 cm de los recién nacidos) y como no expuesto (las tallas de los recién nacidos menores de 51 cm), que es mayor a 1, pero con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que la talla del recién nacido no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 7. Perímetro cefálico del recién nacido (RN) asociados a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Perímetro cefálico	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
<33.5 cm	9	17,3	17	16,3	26	16,7
33.5 – 36 cm	41	78,8	77	74,0	118	75,6
> 36 cm	2	3,8	10	9,6	12	7,7
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=1,625$ gl=2 P-Valor=0,444 OR=2,7 IC95%: 0,6 – 12,6

Se evidencia que el 78.8% de casos de recién nacidos presenta un perímetro cefálico de 33.5-36 cm, 17.3% < 33.5 cm y un 3.8% de recién nacidos con perímetros cefálicos > 36 cm. Por otro lado encontramos que el 74.0% de controles se presenta en recién nacidos con un perímetro cefálico de 33.5-36 cm, seguido 16.3% < 33.5 cm y 9.6% de recién nacidos con un perímetro cefálico > 36 cm.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales (Casos) en las diferentes categorías de los perímetros cefálicos de los recién nacidos y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones se da similarmente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el OR=2.7 teniendo como factor expuesto (los perímetros cefálicos >36 cm de los recién nacidos) y como no expuesto (los perímetros cefálicos de los recién nacidos < 36 cm), que es mayor a 1, pero con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que el perímetro cefálico del recién nacido no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 8. Perímetro torácico del recién nacido (RN) asociado a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Perímetro torácico	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 30 cm	1	1,9	1	1,0	2	1,3
30 - 33 cm	13	25,0	69	66,3	82	52,6
> 33 cm	38	73,1	34	32,7	72	46,2
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=23,774$ gl=2 P-Valor=0,000 OR=5,6 IC95%: 2,7 – 11,7
 Se evidencia que 73.1% de casos se presenta en recién nacidos con perímetro torácico > 33 cm, 25.0% entre 30 – 33 cm y 1.9% de recién nacidos con perímetro torácico <30 cm. Por otro lado encontramos el 66.3% de controles se presenta en recién nacidos con perímetros torácico entre 30 – 33 cm, 32.7% >33 cm y 1.0% de recién nacidos con perímetro torácico <30 cm.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor menor al 5%, con lo cual podemos manifestar que existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales (Casos) en las diferentes categorías de los perímetros torácicos de los recién nacidos y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones es diferente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el OR=5.6 teniendo como factor expuesto (los perímetros torácicos >33 cm de los recién nacidos) y como no expuesto (los perímetros torácicos de los recién nacidos < 33 cm), que es mayor a 1, con un intervalo de confianza que no contiene a la unidad, podemos afirmar que el perímetro torácico del recién nacido es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

5.3.FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADOS A DESGARROS VULVOPERINEALES DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO:

Tabla 9. Talla materna asociado a desgarros vulvoperineales, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Talla materna	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
≤ 145 cm	6	11,5	3	2,9	9	5,8
> 145 cm	46	88,5	101	97,1	147	94,2
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=4,776$ gl=1 P-Valor=0,029 OR=4,4 IC95%: 1.1 – 18,3
Se observa que el 88.5% de casos se presenta en mujeres con una talla > a 145 cm y

11.5% en mujeres con una talla ≤ 145 cm. Por otro lado el 97.1% de controles se presenta en mujeres con una talla > 145cm y 2.9% en ≤ 145 cm.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor menor al 5%, con lo cual podemos manifestar que existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en las diferentes categorías de las tallas maternas y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones es diferente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el OR=4.4 teniendo como factor expuesto (las tallas maternas menores de 145 cm) y como no expuesto (las tallas maternas mayores de 145 cm), que es mayor a 1, con un intervalo de confianza que no contiene a la unidad, podemos afirmar que la talla materna es factor de riesgo obstétrico para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 10. Paridad materna asociado a desgarros vulvoperineales, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Paridad	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primípara	19	36,5	28	26,9	47	30,1
Múltipara	29	55,8	71	68,3	100	64,1
Gran múltipara	4	7,7	5	4,8	9	5,8
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$$X^2=2,409 \quad gl=2 \quad P\text{-Valor}=0,300 \quad OR=1,6 \quad IC95\%: 0,8 - 3,2$$

Se encontró que del total de los casos el 55,8% son mujeres múltiparas, el 36.5% mujeres primíparas y el 7.7% mujeres gran múltiparas. Por otro lado se evidencio que del total de controles el 68.3% son mujeres múltiparas, 26.9% mujeres primíparas y el 4.8% mujeres gran múltiparas.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en las diferentes categorías de la paridad y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones es similar tanto en los casos como en los controles.

Calculando el OR=1.6 teniendo como factor expuesto (madres primíparas) y como no expuesto (madres múltiparas y gran múltiparas), que es mayor a 1, con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que la paridad no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 11. Periodo intergenésico materno asociado a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Periodo ínter genésico	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Corto	10	30,3	16	21,0	26	23,8
Adecuado	14	42,4	47	61,8	61	55,9
Prolongado	9	27,3	13	17,2	22	20,3
Total	33	100,0	76	100,0	109	100,0

$X^2=3,554$ $gl=2$ $P\text{-Valor}=0,169$ $OR=2,2$ $IC95\%: 1,1 - 5,1$

Se observó que del total de casos el 42.4% de mujeres tiene un periodo intergenésico adecuado, 30.3% periodo intergenésico corto y el 27.3% un periodo intergenésico prolongado. Por otra parte se observa que del total de controles el 61.8% de mujeres tienen un periodo intergenésico adecuado, el 21.0% periodo intergenésico corto y el 17.2% mujeres que tiene periodo intergenésico prolongado.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor menor al 5%, con lo cual podemos manifestar que existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales (Casos) en las diferentes categorías del periodo intergenésico y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones es diferente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el $OR=2.2$ teniendo como factor expuesto (el periodo intergenésico corto, largo) y como no expuesto (el periodo intergenésico adecuado), que es mayor a 1, con un intervalo de confianza que no contiene a la unidad, podemos afirmar que el periodo intergenésico es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 12. Anemia materna asociado a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Anemia	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
No	34	65,4	88	84,6	122	78,2
10.1 – 10.9 g/dl	15	28,8	16	15,4	31	19,9
7.1 – 10 g/dl	3	5,8	0	0,0	3	1,9
< 7 g/dl	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=10,801$ $gl=2$ $P\text{-Valor}=0,005$ $OR=2,9$ $IC95\%: 1,3 - 6,4$
 Se evidencia que el 65.4% de casos son mujeres que no presentaron anemia, el 28.8% presento anemia entre 10.1 – 10.9 g/dl y el 5.8% presento anemia entre 7.1 – 10 g/dl. Por otro lado se encontró que el 84.6% de controles no presento anemia y el 15.4% presentaron anemia entre 10.1 – 10.9 g/dl.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor menor al 5%, con lo cual podemos manifestar que existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en las diferentes categorías de la anemia y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones es diferente tanto en los casos como en los controles.

Calculando el $OR=2.9$ teniendo como factor expuesto (madres con anemia) y como no expuesto (madres sin anemia), que es mayor a 1, con un intervalo de confianza que no contiene a la unidad, podemos afirmar que la anemia es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 13. Tiempo de expulsivo asociado a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Tiempo de expulsivo	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 20 minutos	38	73,1	71	68,3	109	69,9
20 – 50 minutos	12	23,1	31	29,8	43	27,6
> 50 min	2	3,8	2	1,9	4	2,6
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$$X^2=1,184 \quad gl=2 \quad P\text{-Valor}=0,553 \quad OR=0,8 \quad IC95\%: 0,4 - 1,7$$

Encontramos que del total de casos el 73.1% de las mujeres presento un tiempo de expulsivo < a 20 minutos, 23.1% de 20 - 50 minutos y un 3.8% mujeres con tiempo de expulsivo > a 50 minutos, por otro lado encontramos que del total de controles el 68.3% presentaron un tiempo de expulsivo < a 20 minutos, 29.8% de 20 – 50 minutos y el 1.9% mujeres que presentaron un tiempo de expulsivo > a 50 minutos.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Casos) en las diferentes categorías del tiempo de expulsivo y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones es similar tanto en los casos como en los controles.

Calculando el $OR=0.8$ teniendo como factor expuesto (madres con tiempo de expulsivo mayores de 20 minutos) y como no expuesto (madres con tiempo de expulsivo menores de 20 minutos), que es menor a 1, con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que el tiempo de expulsivo no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

Tabla 14. Psicoprofilaxis asociado a desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Psicoprofilaxis	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
No	47	90,4	89	85,6	136	87,2
< 6 sesiones	4	7,7	11	10,6	15	9,6
6 sesiones	1	1,9	4	3,8	5	3,2
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$X^2=0,792$ gl=2 P-Valor=0,673 OR=2,0 IC95%: 0,2 – 18,7

Se evidencia que el 90.4% de controles las mujeres no realizaron psicoprofilaxis, 7.7% realizaron < a 6 sesiones y el 1.9% realizaron 6 sesiones de psicoprofilaxis. Por otro se observó que el 85.6% de controles las mujeres no realizaron psicoprofilaxis, 10.6% realizaron < a 6 sesiones y 3.8% realizaron 6 sesiones de psicoprofilaxis.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que no existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales (Casos) en las diferentes categorías de psicoprofilaxis y las proporciones de madres que no tuvieron desgarros vulvoperineales (Controles); es decir el comportamiento de las proporciones es similar tanto en los casos como en los controles.

Calculando el OR=2.0 teniendo como factor expuesto (madres que no tienen psicoprofilaxis y madres con menos de 6 sesiones de psicoprofilaxis) y como no expuesto (madres con 6 sesiones de psicoprofilaxis), que es mayor a 1, con un intervalo de confianza que contiene a la unidad, podemos afirmar que las sesiones de psicoprofilaxis no es factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo.

5.4.DESGARROS VULVOPERINEALES

Tabla 15. : Desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Desgarros vulvoperineales	Casos		Controles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primer grado	36	69,2	0	0,0	36	23,1
Segundo grado	11	21,2	0	0,0	11	7,1
Tercer grado	3	5,8	0	0,0	3	1,9
Cuarto grado	2	3,8	0	0,0	2	1,3
Sin desgarro	0	0,0	104	100,0	104	66,7
Total	52	100,0	104	100,0	156	100,0

$$X^2=156,000 \quad gl=4 \quad P\text{-Valor}=0,000$$

En la tabla se observa que del total de casos el 69.2% son mujeres que presentaron desgarros vulvoperineales de primer grado, el 21.2% desgarro de segundo grado, seguido del 5.8% con desgarro de tercer grado y 3.8% de mujeres que presentaron desgarros de cuarto grado.

Realizando la prueba estadística chi cuadrada de homogeneidad encontramos un P-valor mayor al 5%, con lo cual podemos manifestar que existe diferencia significativa entre las proporciones de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

5.5.REGRESION LOGISTICA:

Tabla 16. Resumen de los factores relacionados a los desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

Factores	Variables	OR	Límite del OR a 95%	
			L. Inf	L.Sup
SOCIO DEMOGRAFICOS	Edad materna	1.2	0.4	3.2
	Procedencia	1.0	0.5	2.0
	Estado civil	0.7	0.3	1.7
	Grado de instrucción	0.7	0.2	2.3
NEONATALES	Peso del RN	6.3	0.6	62.2
	Talla del RN	1.2	0.4	3.2
	Perímetro cefálico	2.7	0.6	12.6
	Perímetro torácico	5.6	2.7	11.7
OBSTETRICOS	Talla materna	4.4	1.1	18.3
	Paridad	1.6	0.8	3.2
	Periodo intergenésico	2.2	1.1	5.1
	Anemia	2.9	1.3	6.4
	Tiempo de expulsivo	0.8	0.4	1.7
	Psicoprofilaxis	2.0	0.2	18.7

Finalmente, se procedió a realizar un modelo multivariante de regresión logística múltiple teniendo en cuenta todas las variables de la tabla 16.

Realizando el modelo de regresión logística múltiple usando el método pasos sucesivos hacia atrás (Wald) con el software estadístico IBM SPSS 25, teniendo en cuenta todos los factores considerados en el estudio tenemos el siguiente esquema.

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	P-valor	OR
Edad materna	0.008	0.632	0.000	1	0.990	1.008
Procedencia	0.026	0.444	0.004	1	0.953	1.027
Estado civil	-0.052	0.543	0.009	1	0.924	0.949
Grado de instrucción	-0.685	0.840	0.666	1	0.414	0.504
Peso del RN	3.653	1.723	4.493	1	0.034	38.578
Talla del RN	-1.004	0.716	1.966	1	0.161	0.366
Perímetro cefálico	2.368	1.152	4.226	1	0.040	10.679
Perímetro torácico	2.408	0.473	25.947	1	0.000	11.111
Talla materna	2.045	0.891	5.271	1	0.022	7.730
Paridad	0.033	0.570	0.003	1	0.953	1.034
Periodo ínter genésico	0.828	0.519	2.544	1	0.111	2.289
Anemia	0.840	0.502	2.797	1	0.094	2.316
Tiempo de expulsivo	-0.193	0.510	0.143	1	0.706	0.825
Psicoprofilaxis	1.212	1.430	0.719	1	0.397	3.361
Constante	-5.496	1.962	7.852	1	0.005	0.004

En la siguiente tabla obtenemos como resultado los siguientes factores de riesgo según la regresión logística:

Variables	B	Error estándar	Wald	gl	P-valor	OR
Peso del RN	2.600	1.528	2.894	1	0.089	13.459
Perímetro cefálico	2.241	1.104	4.122	1	0.042	9.399
Perímetro torácico	2.266	0.445	25.947	1	0.000	9.645
Talla materna	1.946	0.822	5.608	1	0.018	7.003
Periodo ínter genésico	0.832	0.442	3.555	1	0.059	2.299
Anemia	0.945	0.480	3.875	1	0.049	2.572
Constante	-4.960	1.183	17.568	1	0.000	0.007

En la interpretación de la regresión logística podemos decir que los factores neonatales como: Peso del recién nacido, perímetro cefálico y perímetro torácico. Los factores maternos como: la talla materna, el periodo intergenésico y la anemia, son factores que en conjunto aumentan la probabilidad de presentar desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia.

6. DISCUSION.

Los resultados de la presente tesis, con respecto al primer objetivo específico orientado a identificar los factores sociodemográficos asociados a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo, fueron dados a conocer en las tablas 1, 2, 3 y 4 en los cuales se observó que el mayor porcentaje en relación a la edad materna es de 68.5% del total del desgarros perineales en mujeres de 15 – 35 años, 57.7% en mujeres que provienen de la zona urbana, 78.8% en mujeres solteras y 51.9% en mujeres con grado de instrucción de nivel secundario.

Resultados parecidos fueron reportados por Malla⁽¹⁵⁾ en su investigación llevada a cabo en Ecuador donde se encontró que el grupo de mujeres de 20 a 30 años fueron un 55% del total de la muestra, en relación al grado de instrucción se encontró que el nivel secundario es de 49%.

También se encontró que Díaz⁽¹⁹⁾ en su investigación realizada en Perú encontró que dentro de las características maternas en mayor porcentaje con respecto a la edad fue de 56.25% en mujeres entre 20 – 34 años, teniendo grado de instrucción secundaria con 82.64% y con un 59.58% de mujeres convivientes.

En el segundo objetivo específico orientado a describir los factores neonatales asociados a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo, se dan a conocer en las tablas 5, 6, 7 y 8 se encontró que el 92.3% de recién nacidos presentaron un peso comprendido entre 2500 y 4000 gramos, de la misma manera el 51.9% presentaron una talla entre 48.5-51 centímetros, también se encontró que el 78.8% presentaron un perímetro cefálico entre 33.5-36 centímetros y un 73.1% con perímetro torácico mayor de 33 centímetros del total de casos.

Avila⁽²⁰⁾ en un estudio realizado en Perú evidencio que el 69.8% de recién nacidos

tuvieron un peso de 2500 a 3500 gramos, 54.7% con perímetro cefálico mayor a 33 centímetros.

Díaz ⁽¹⁹⁾ por otro lado en su investigación realizada en Perú, encontró que dentro de los factores neonatales el mayor porcentaje de desgarros ocurrió en aquellos que nacieron con un peso entre 3500 y 4000 gramos con 58.3% y no se encontró ninguna diferencia entre el porcentaje del perímetro cefálico y el sexo del recién nacido.

Huamán⁽²²⁾ de la misma manera en su investigación realizada en Perú refiere que los recién nacidos macrosómico tienen 23 veces más riesgo de producir desgarros frente a los recién nacidos de peso adecuado y a los de peso menor de 2500g.

Dentro de los resultados encontrados con respecto al tercer objetivo específico destinados a analizar los factores obstétricos asociados a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo se encuentran en las tablas 9, 10, 11, 12, 13 y 14, el mayor porcentaje con respecto a la talla materna fue de 88.5% en mujeres con una talla mayor a 145 centímetros, 55.8% en mujeres multíparas, seguido de 36.5% en primíparas, de la misma manera un 42.4% en mujeres con periodo intergenésico adecuado, 65.4% de mujeres no presentaron anemia seguido de 28.8% con anemia leve, 73.1% de mujeres presentaron un tiempo expulsivo menor a 20 minutos y 90.4% no tuvieron sesiones de psicoprofilaxis.

Según Díaz ⁽¹⁹⁾ en una investigación realizada en Perú encontró un 52.78% de pacientes con anemia leve, 63.49% de mujeres multíparas, el periodo de expulsivo menos o igual a 10 minutos tuvo un 56.25% y las pacientes que no realizaron sesiones de psicoprofilaxis tuvieron desgarros perineales con un 70.83%.

A diferencia de Nima ⁽²¹⁾ en un estudio realizado en Perú encontró que el 44.67% de mujeres que presentan desgarro son primíparas, el 20.67% resulto del periodo

intergenésico corto mientras que el 30% fue largo, en los resultados de los tipos de anemia el 83.3% tuvo anemia leve; en concordancia con la investigación refiere que el tiempo de expulsivo es de 11 a 30 minutos con un 58.67% y el 40.67% de las mujeres no realizaron sesiones de psicoprofilaxis.

De la misma manera Huamán ⁽²²⁾ en una investigación realizada en Perú indica que las primíparas tienen 1.5 veces más riesgo que las multíparas o gran multíparas de presentar desgarros, las personas con periodo intergenésico corto o largo tienen más riesgo 1.5 y 1.9 veces respectivamente de presentar desgarros perineales; en concordancia con nuestra investigación indica que los pacientes con anemia tienen 1.9 veces más riesgo de presentar desgarros y que el segundo periodo de parto menor o igual a 10 minutos se relaciona con la presencia de desgarros perineales.

De la misma manera Congo ⁽¹⁶⁾ en su investigación realizada en Ecuador refiere que el 37% de las mujeres presentan desgarro en su segunda gestación, el 80.6% presentan una talla promedio (>140 cm).

Dentro de los resultados con respecto a los desgarros vulvoperineales dados en la tabla número 15 se observa que el 69,2% corresponde a desgarros de primer grado, seguido de 21.2% en desgarros de segundo grado, 5.8% en desgarro de tercer grado y 3.8% en desgarros de cuarto grado correspondientes al total de casos.

Datos similares fueron encontrados por Mosquera ⁽⁶⁾ en su investigación hecha en España, donde el tipo más frecuente de desgarros fue de primer grado que representó el 54.1%, seguido de 33.3% que representa los desgarros de segundo grado, tercer grado con 16.6% y el cuarto grado con 16.6% del total de casos.

Al respecto Santos ⁽¹²⁾ en su estudio realizado en Perú encontró que los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado representando un

83.7%, seguido los desgarros de segundo grado con 15.8% y por último los desgarros de tercer grado con 0.5%.

Por otro lado Huamán ⁽²²⁾ en su estudio realizado en Perú observo que del total de casos, el 79.2% presento desgarrro de primer grado, el 20% desgarrro de segundo grado y solo el 0.8% que representa un solo caso de desgarrro de tercer grado sin haberse presentado ningún caso de desgarrro de cuarto grado.

7. CONCLUSION.

1. Como contrastación final podemos decir que los factores sociodemográficos no tienen significancia estadística para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.
2. El perímetro torácico es el único factor de riesgo neonatal que de forma individual es un factor de riesgo para los desgarros vulvoperineales de la misma manera según la regresión logística se encontró que en conjunto el peso del recién nacido, perímetro cefálico y perímetro torácico son factores de riesgo para los desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.
3. La talla materna, el periodo inter genésico y la anemia son factores obstétricos de forma individual y en conjunto para la presencia de desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.
4. Concluyendo con la investigación podemos afirmar que los factores neonatales y obstétricos representan un factor de riesgo para la presencia de desgarros vulvoperineales durante el periodo del expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

8. RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere a las autoridades del Ministerio de Salud (MINSA) promover acciones orientadas a la implementación de estrategias para la prevención de los factores de riesgo, así mismo realizar investigaciones en el mismo ámbito donde se pueda evaluar la incidencia de desgarros a nivel nacional y la adecuada intervención.
2. Se sugiere a las autoridades del Hospital Víctor Ramos Guardia, mayor prevención y promoción a través de capacitaciones al personal en obstetricia para que ellos a su vez trabajen mediante charlas educativas, talleres para lograr una buena atención y seguimiento para la prevención de factores de riesgo en los controles prenatales durante el embarazo.
3. Se sugiere a los profesionales de obstetricia enfatizar en la consejería y control de los factores de riesgo como son la alimentación, planificación familiar y anemia antes, durante y después del embarazo a su vez trabajar con el programa de psicoprofilaxis obstétrica para poder lograr una participación eficaz en el momento del parto, además de la adecuada utilización de la maniobra de Ritgen modificada para la expulsión de la cabeza fetal y evitar la presencia de desgarros.
4. Se sugiere a los profesiones de la salud y personas dedicadas a la investigación realizar trabajos de tipo prospectivos, experimentales en el área de Obstetricia especialmente en la atención de parto (momento del expulsivo), con énfasis en equipamiento, evaluación de la fisiología y anatomía materna.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Neira F. 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 pre grado]. Ecuador: Universidad Católica De Cuenca; 2017.
2. Cunningham FG, Leven KJ. Williams Obstetricia. edición 23. México. McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A; 2006. p401 - 401.
3. Ávila F. Los desgarros vulvoperineal y sus factores de riesgo en gestantes [tesis de pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
4. Buppasiri P. Profilaxis antibiótica para el desgarro perineal de tercer y cuarto grado durante el parto vaginal. Organización mundial de la salud. 17 de febrero 2015; 10(4): 103 - 23.
5. Hauck Y. Lewis L. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. Women And Birth 2015; 28(1): 16 -20.
6. Mosquera P. El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse?; ginecología y obstetricia 2017; 85(1): 20 – 13.
7. Boletín epidemiológico [en línea]. Lima: 1991-2013 DGE; 2016 [fecha de acceso 11 de abril del 2018]. Disponible en: URL: www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf
8. Huamán T, Simona C. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre-diciembre 2010. [tesis de pre grado]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

9. Oviedo M. 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 pre grado]. Lima – Callao: Universidad Ricardo Palma; 2016.
10. Rios G. 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 pre grado]. Loreto : Universidad Científica del Perú; 2016
11. Prisma A. Área de Investigación y Desarrollo. En: Informe de la evaluación del proyecto de fortalecimiento de la atención de emergencias obstétricas y neonatales en los servicios de salud, y promoviendo el trabajo concertado con la sociedad civil. Ancash: Estudio Antamina; 2009.
12. Cruz C. Asociación entre la inadecuada ganancia de peso de las gestantes a término y complicaciones maternas en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo julio- diciembre 2013. [tesis de pre grado]. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
13. Santos K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en púérperas atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. [tesis de pre grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
14. Córdova I. Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. [tesis de pre grado]. Lima - Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
15. Malla A. Dolor perineal que afecta las actividades diarias de mujeres sometidas a trauma obstétrico episiotomía o desgarros perineales, después de

su parto céfalo vaginal en el centro de salud tipo c agosto egas en la provincia de santo domingo de los tsáchilas en el periodo septiembre 2015 a febrero 2016 [tesis de pre grado]. Quito - Ecuador: Universidad Central Del Ecuador; 2016.

16. Congo E. Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la maternidad de corta estancia del distrito 17d07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013[tesis de maestría]. Quito – Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2015
17. Brohi Z. Frequency and severity of perineal tears in Countess Lady Duffrin Fund Hospital, Hyderabad journal ok Pakistan medical association. 2012; 62 (8): 803 – 806.
18. Sánchez M. Episiotomía versus desgarro revisión de las evidencias científicas. Hospital universitario Virgen de la Victoria. 2012; 201 (97): 27-32.
19. Díaz L. Características maternas, obstétricas y neonatales en púerperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 [tesis de pre grado]. Lima - Perú: Universidad Hipólito Unanue Durante; 2016.
20. Ávila A. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos La Franco La Hoz. Enero – junio. [tesis de pre grado]. Lima - Perú: Universidad Nacional San Martín de Porres; 2015.
21. Nima V. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014 [tesis de pre grado]. Lima - Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2014.

22. Huamán T, Simona C. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre-diciembre 2010. [tesis de pre grado]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
23. Fandiño MD. Desgarros Perineales De tercer Grado. Fístulas recto-Vaginales: Tratamiento. Univadis World Map.2014; 1(1). 34- 45.
24. Schwarz R, Fescina R. Obstetricia 6ta edición. Buenos Aires: El ateneo. 2014.
25. Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. [en línea]. Barcelona: protocols medicina materno fetal; 2014 [fecha de acceso 11 de marzo del 2018]. Disponible en: URL://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf
26. Coacalla C, Cotacallapa C. Perlas de Obstetricia y Ginecología. Perú: Talleres Gráficos de Ediciones del Sur S.R.L; 2001.
27. Guzmán V, García P. Talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. Ginecología y Obstetricia. 2001; 47(2): 117 - 120.
28. Las indicaciones geográficas. [en línea]. Suiza: CH-1211 Ginebra; 2012 [fecha de acceso 15 de marzo del 2018]. Disponible en: URL://www.wipo.int/edocs/pubdocs/es/geographical/952/wipo_pub_952.pdf
29. Censos nacionales 2017 [base de datos en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. [fecha de acceso 2 de abril del 2018]. Disponible en: URL:www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1437/libro.pdf

30. Código civil Perú libro III derecho de familia, [en línea]. Perú: Depósito legal en la biblioteca nacional del Perú; 2015. [fecha de acceso 2 de abril del 2018] Disponible en: URL: <http://spij.minjus.gob.pe/notificacion/guias/CODIGO-CIVIL.pdf>
31. Estructura del sistema educativo [en línea]. Perú: Universidad España; 2016 [fecha de acceso 2 de abril del 2018] Disponible en URL:<http://www.universia.es/estudiarextranjero/peru/sistema.educativo/estructura-sistema-ucativo/2778>.
32. Hermoza S. De procedimientos servicio de neonatología. hospital maría auxiliadora. [en línea]. Lima: Hospital María Auxiliadora; [fecha de acceso 10 de enero del 2018] Disponible en: URL: <http://www.hma.gob.pe/calidad/GUIAS-PRAC/GUIAS-15/GUIAS-14/GUIA-DE-PROCEDIM-NEO77-2014.pdf>.
33. Ticona M. Macrosomía fetal en el Perú prevalencia, factores de riesgo y resultados perinatales. *Ciencia y Desarrollo*. 2008; 32(8): 59-62.
34. ACOG Directrices Problemas en macrosomía fetal. *Am Fam Physician*. 2001; 64 (1): 169-170.
35. Chávez K. Factores maternos asociados a macrosomía en recién nacidos de púerperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo-octubre 2014. [tesis de pre grado]. Lima: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería.2015.

36. Gómez G. Clasificación de los niños recién nacidos. revista mexicana de pediatría. 2012; 79(1): 32-39.
37. Auchtere M. El recién nacido normal características físicas y fisiológicas [en línea] España: Enfermería Materno infantil; 2011 [fecha de acceso 29 de marzo del 2018] Disponible en: URL: <https://docobook.com/el-recien-nacido-normal-medunneeduar.html>
38. Guzmán V, García P. Talla Materna Baja Como Factor De Riesgo De Cesárea [tesis]. Trujillo - Perú: Hops. Docente de Trujillo; 2010.
39. Carvajal J. Ralph C. Parto Natural., Ciencias Médicas ARS Médicas.2017;42(1): 1-58
40. Barahona A. Marín M. Características Del Periodo Intergenésico Corto En Pacientes Atendidas En El Hospital Luis F. Martínez, Durante El Año 2014. [tesis de pre grado]. Cuenca – Ecuador: Universidad De Cuenca; 2016.
41. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo [en línea]. Quito – Ecuador: La Caracola Editores; 2014. [fecha de acceso 25 de marzo del 2018] Disponible en URL:<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Anemia-en-el-embarazo.pdf>
42. El periodo expulsivo. [en línea]. África. Challenges of care in South Africa; 2012 [fecha de acceso 14 de marzo del 2018] Disponible en: URL: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/issue/current/showToc>
43. Morales S. Guibovich A. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz Med 2014; 14(4): 53 – 57.
44. Chisholm A. Desgarros Vaginales. Wellmont. 2012; 1(1). 34 – 10.
45. Pacheco R. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Lima - Perú: Rep SAC; 2007.

46. Bendez G. Gestación en edad avanzada. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia 2001; 47 (3):169.
47. Biber G, Burgos C. Dorland diccionario médico. 27 ed. Madrid: S.A. Elsevier España; 2012.
48. Vera G. Oliveros R. Tipos, métodos y estrategias de investigación científica 2013; 5(143):142.
49. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, [en línea]. Brasil: 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. [fecha de acceso 28 de mayo del 2018] Disponible en URL:<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fdevaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01
UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTUNEZ DE
MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS “FACTORES
DE RIESGO SOCIADOS A DESGARROS VULVOPERINEALES DURANTE
EL PERIODO EXPULSIVO EN EL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA
2016 -2017”



HCL: _____

CASO:

CONTROL

I. FACTORES

SOCIODEMOGRAFICOS:

1.1. Edad Materna:

- a. <15
- b. 15 – 35
- c. >35

1.2. Procedencia:

- a. Área urbana
- b. Área rural

1.3. Estado civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Viuda
- d. Divorciada

1.4. Grado de instrucción

- a. Analfabeta
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

II. FACTORES

NEONATALES:

2.1. Peso:

- a. < 2500
- b. 2500 – 4000
- c. > 4000

2.2. Talla:

- a. < 48.5 cm
- b. 48.5 - 51 cm
- c. >51 cm

2.3. Perímetro Cefálico:

- a. <33.5 cm
- b. 33.5 – 36 cm
- c. > 36 cm

2.4. Perímetro Torácico:

- a. < 30 cm
- b. 30 - 33 cm
- c. > 33 cm

**III. FACTORES
OBSTETRICOS:**

- 3.1.Talla:
- a. ≤ 145 cm
 - b. > 145 cm

- 3.2.Paridad:
- a. Primípara
 - b. Multípara
 - c. Gran multípara

- 3.3.Periodo Ínter genésico:
- a. Corto
 - b. Adecuado
 - c. Prolongado

- 3.4.Anemia:
- a. No
 - b. $10.1 - 10.9$ g/dl
 - c. $7.1 - 10$ g/dl
 - d. < 7 g/dl

- 3.5.Tiempo de expulsivo:
- a. < 20 minutos
 - b. $20 - 50$ minutos
 - c. > 50 min

- 3.6.Psicoprofilaxis
obstétrica:
- a. No
 - b. < 6 sesiones
 - c. 6 sesiones

**IV. DESGARROS
VULVOPERINEALES: :**

- 4.1.Primer Grado
- 4.2.Segundo Grado
- 4.3.Tercer Grado
- 4.4.Cuarto Grado
- 4.5.Sin desgarros

ANEXO 02
FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificara 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

PUNTUACIÓN

DA: De Acuerdo

1

ED: En Desacuerdo

0

RESULTADOS:

JUEZ	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	0	1	1	7
II	1	1	1	1	1	0	1	1	7
III	1	1	1	1	1	0	1	1	7
IV	1	1	1	1	1	0	1	1	7
TOTAL	4	4	4	4	4	0	4	4	28

ANEXO 03

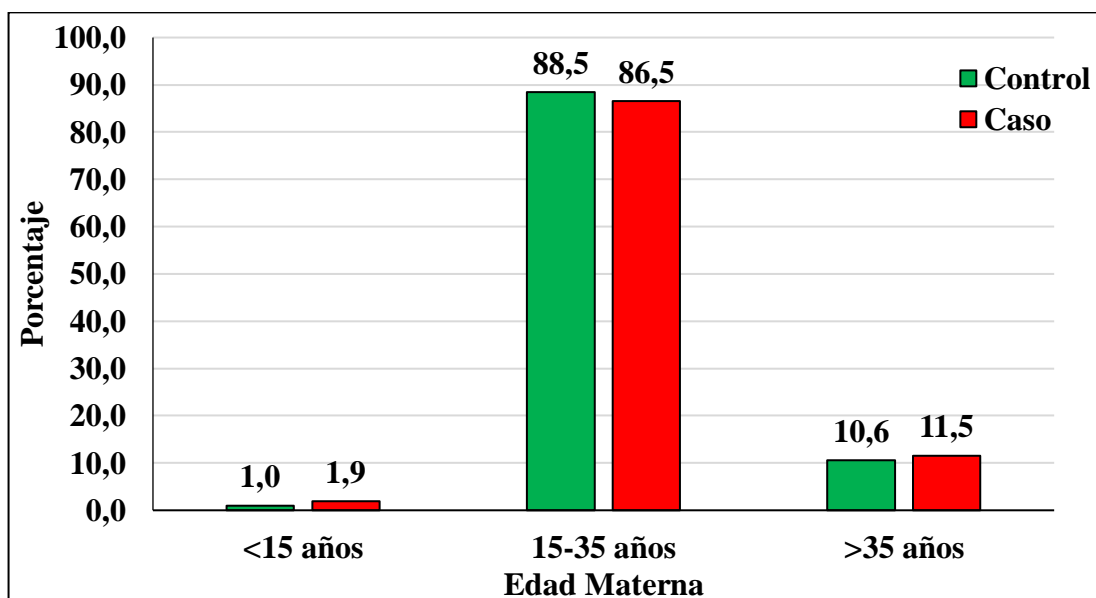


Figura 1. Edad materna asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

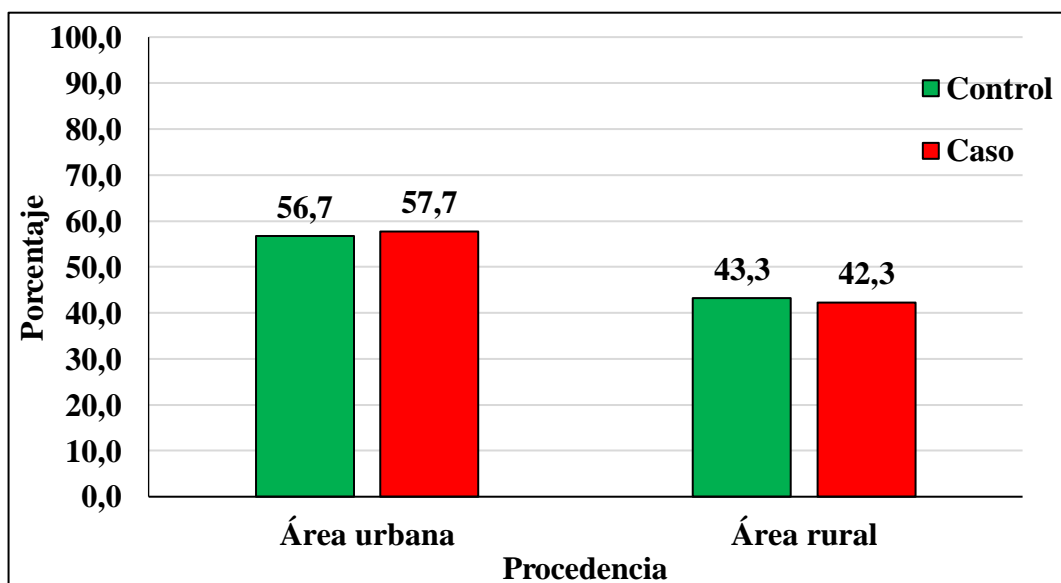


Figura 2. Procedencia asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

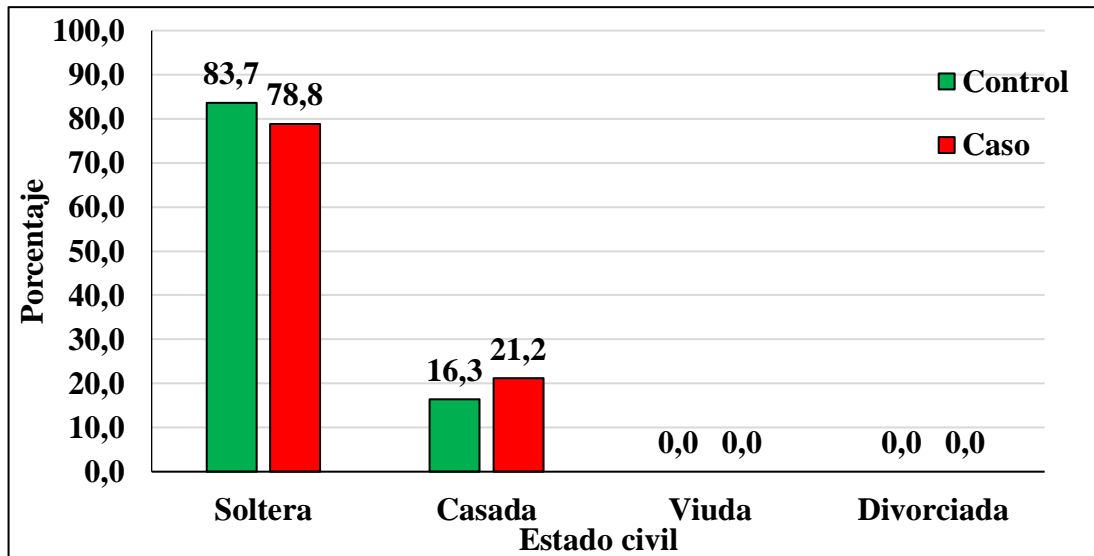


Figura 3. Estado civil asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

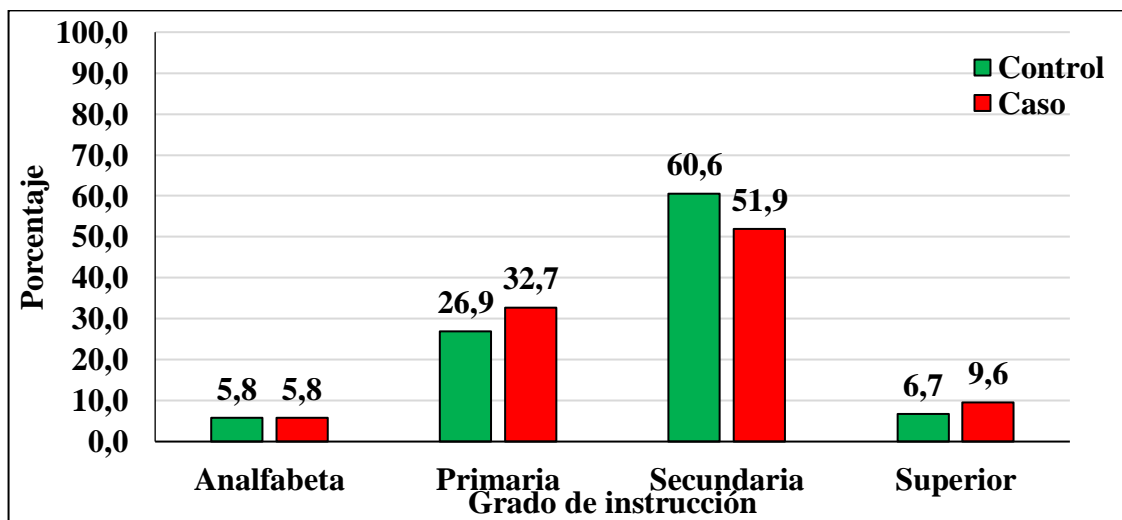


Figura 4. Grado de instrucción asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

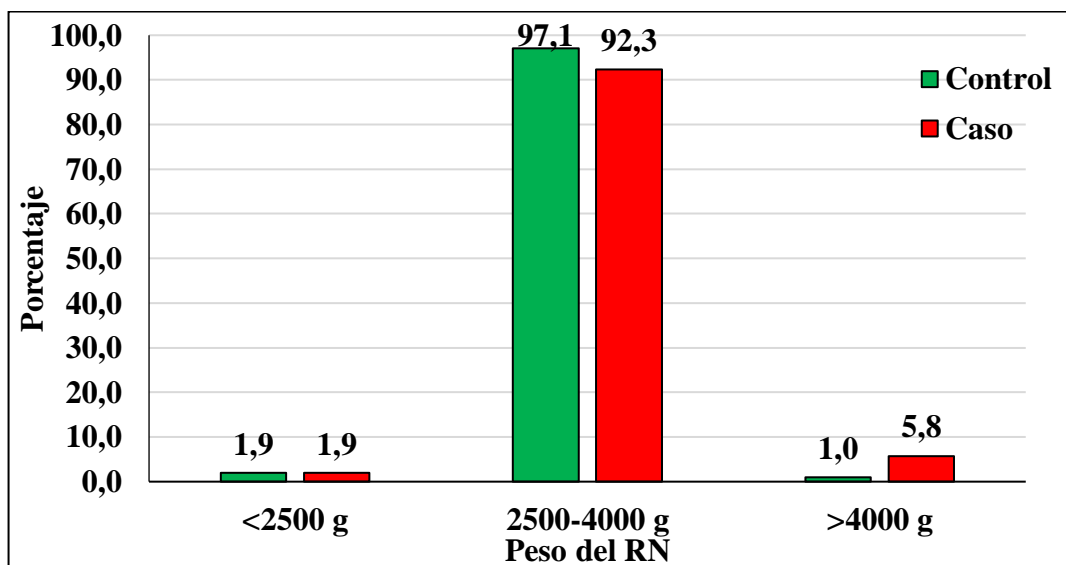


Figura 5. Peso del recién nacido asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

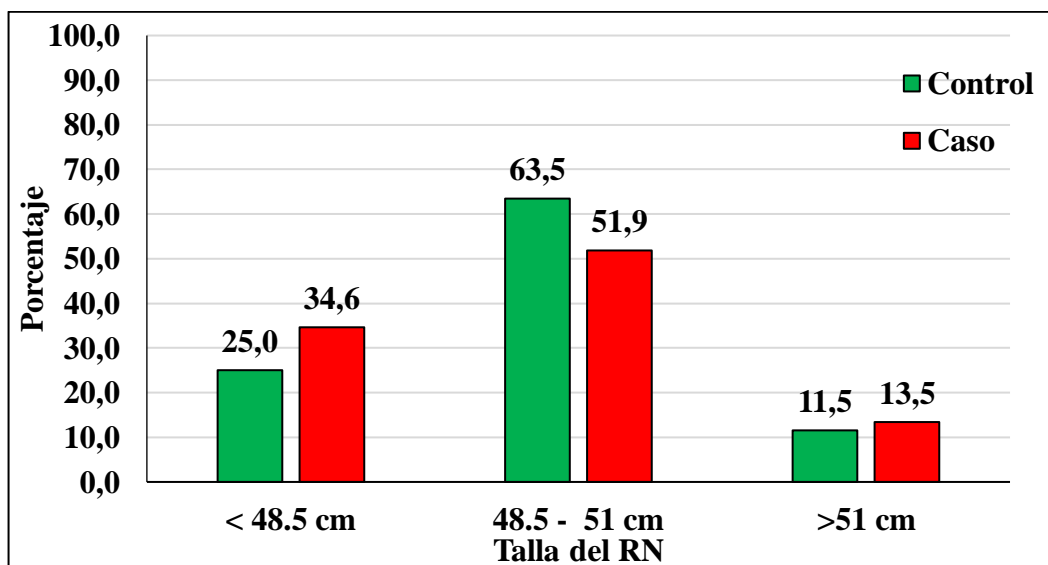


Figura 6. Talla del recién nacido asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

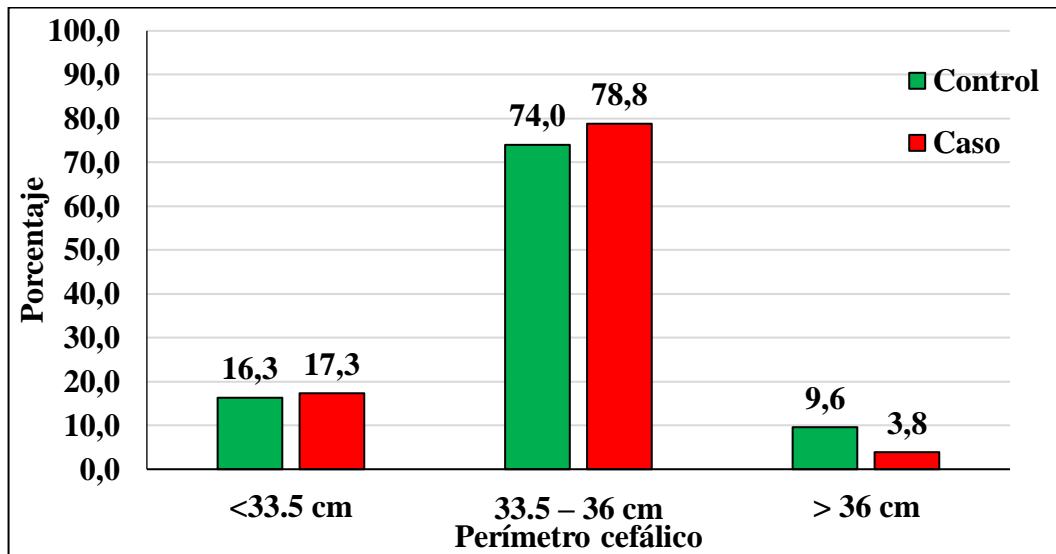


Figura 7. Perímetro cefálico del recién nacido asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

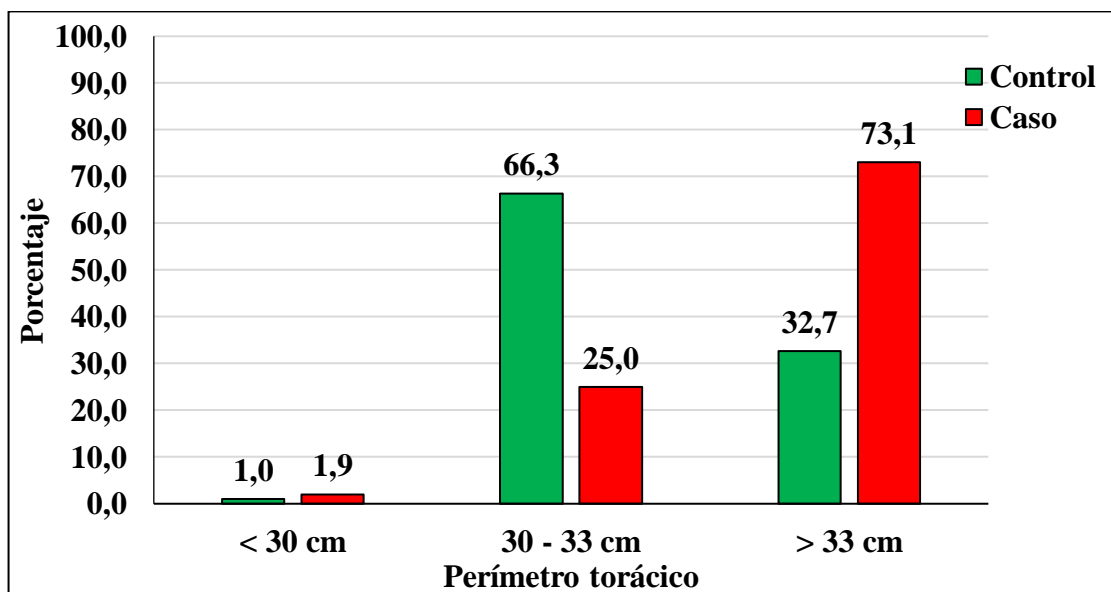


Figura 8. Perímetro torácico del recién nacido asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

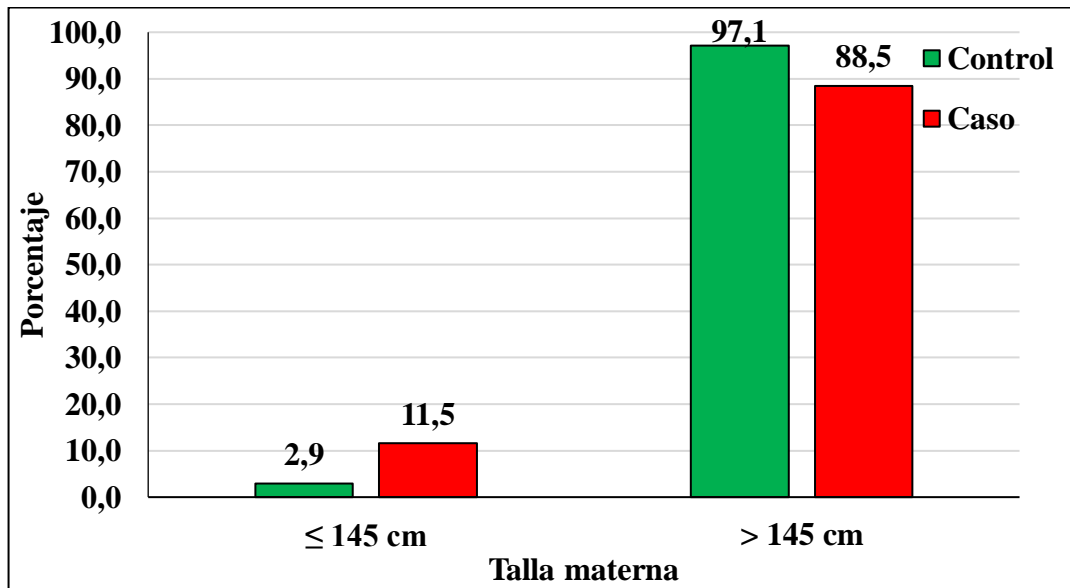


Figura 9. Talla materna asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

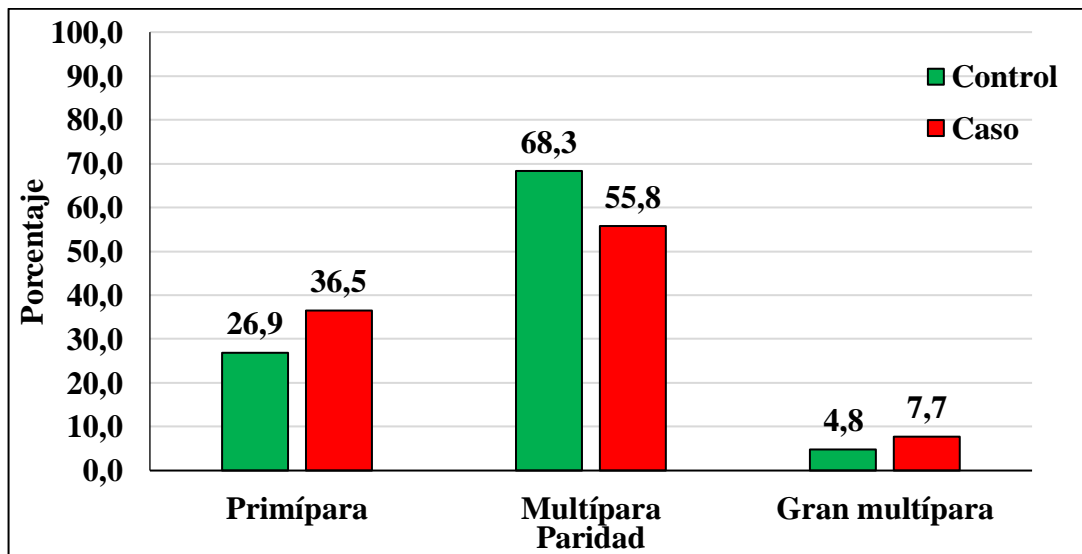


Figura 10. Talla materna asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

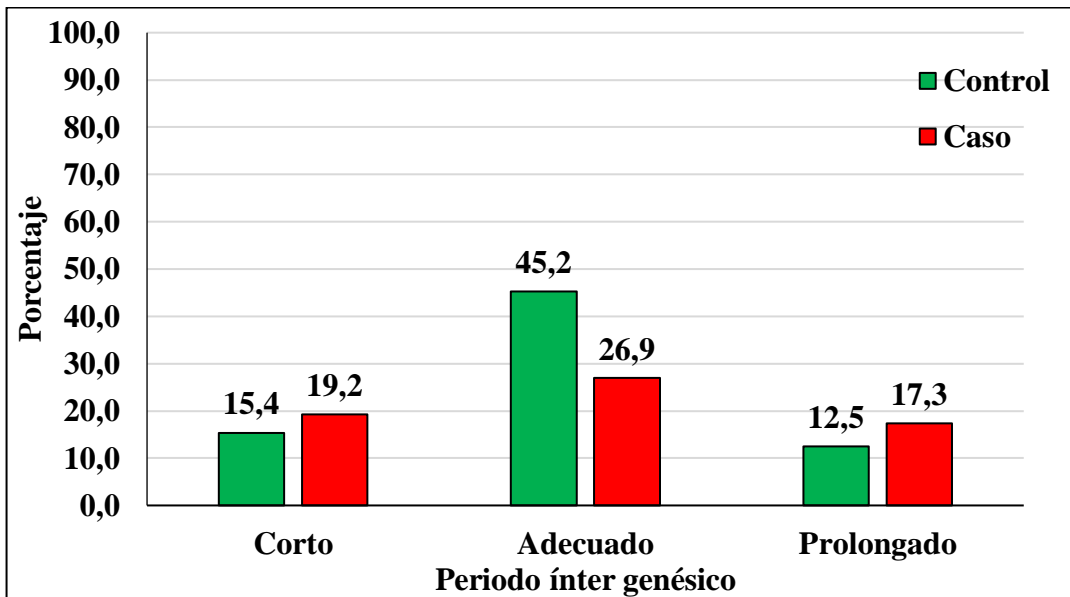


Figura 11. Talla materna asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

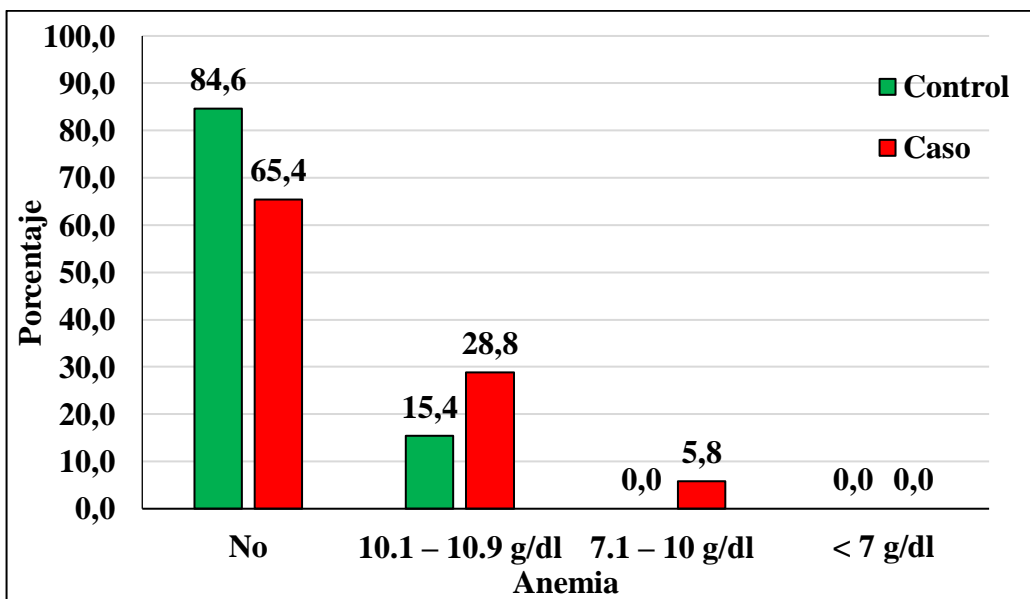


Figura 12. Anemia materna asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

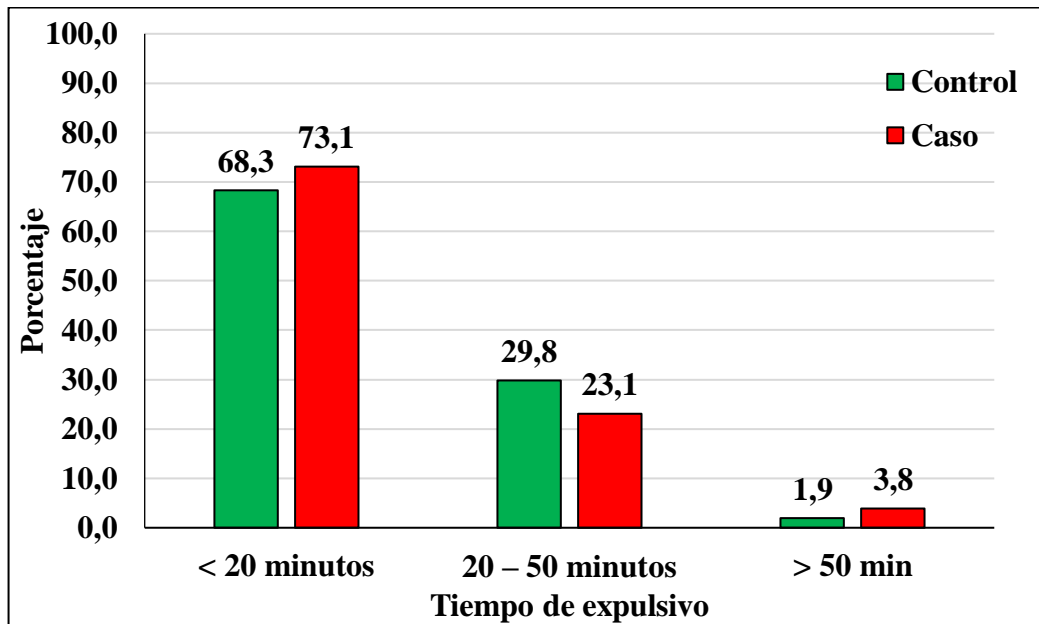


Figura 13. Tiempo de expulsivo asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

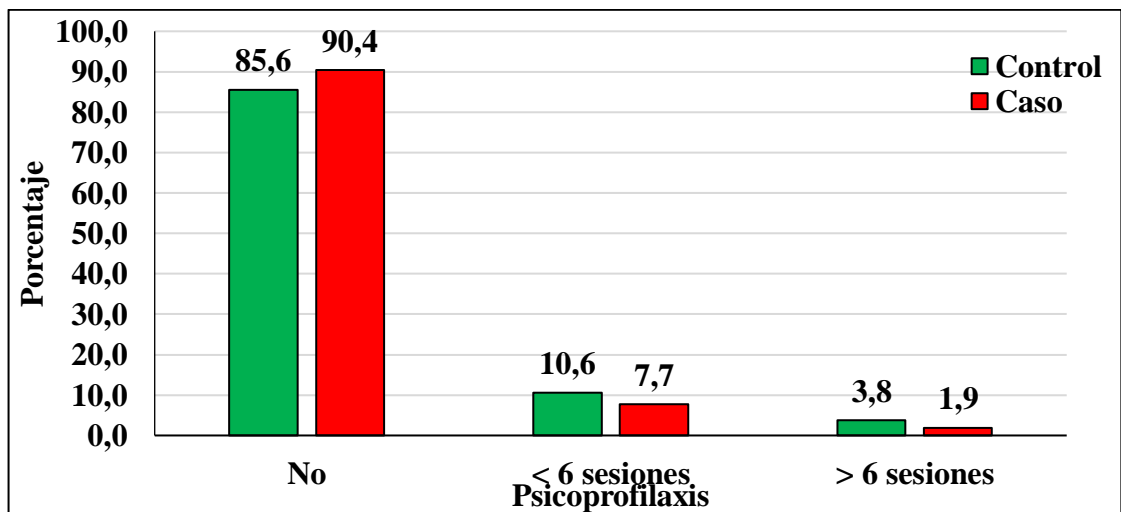


Figura 14. Psicoprofilaxis asociado a desgarros vulvoperineales durante el periodo expulsivo en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.

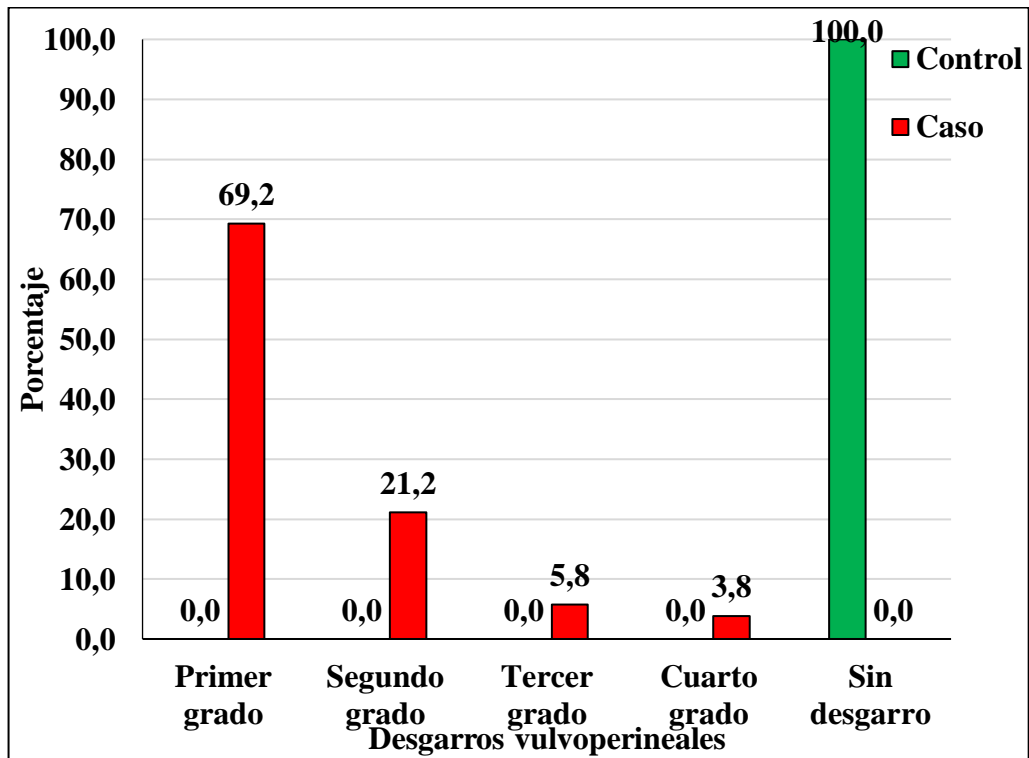


Figura 15. Desgarros vulvoperineales en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016 – 2017.