



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal
en puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORES:

Carmenes Tavera, Diana Alessandra (orcid.org/0000-0002-1347-0429)
Zapata Luna, Miguel Angel (orcid.org/0000-0002-9243-9170)

ASESOR:

Dr. Alzamora de los Godos Urcia, Luis Alex (orcid.org/0000-0003-1315-102X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

Dedicatoria

A Dios por siempre habernos protegido, por habernos dado la vida y permitirnos llegar hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestros padres, porque son la base más importante de nuestra vida y por demostrarnos siempre su amor y apoyo incondicional a lo largo de esta carrera, siendo nuestro ejemplo y motivo por el cual cumplir nuestras metas.

A nuestros queridos hermanos, que son lo más sagrado de nuestra vida y estar a nuestro lado siendo nuestros principales motivadores que, sin sus consejos, su amor y su cariño no habríamos llegado hasta donde estamos dándonos fuerza y animándonos en todo.

Agradecimiento

A Dios, por su presencia en nuestra vida,
Por darnos la sabiduría necesaria para
poder culminar con esta hermosa carrera.

A nuestra familia por la confianza depositada en
nosotros y estar en cada minuto de nuestra vida.

A nuestro asesor por el apoyo desinteresado,
su motivación y orientación para llevar a
cabo este proyecto.

Índice de contenidos

Carátula

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA	18
3.1. Tipo y diseño de investigación	18
3.2. Variables y operacionalización:	19
3.3. Población, muestra y muestreo:	19
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos	20
3.5. Método de análisis de datos:	20
3.6. Aspectos éticos:.....	21
IV. RESULTADOS.....	22
V. DISCUSIÓN.....	37
VI. CONCLUSIONES.....	43
VII. RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS:	45
ANEXOS	

Índice de tablas

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES	15
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD DE DESGARRO PERINEAL. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022...	22
TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL DEL HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.....	23
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y PARIDAD. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.	24
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y PERIODO INTERGENÉSICO. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.	25
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.	26
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y DIABETES MELLITUS. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.....	27
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y PREECLAMPSIA. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.....	28
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y CORIOAMNIONITIS. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.....	29
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y PERSONAL QUE ATIENDE EL PARTO. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.	30
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL USO DE OXITOCINA. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.....	31
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y PERIODO EXPULSIVO. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.....	32
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y PRESENTACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.	33
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y PERÍMETRO CEFÁLICO. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.....	34
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE MUESTRA SEGÚN PESO DEL RECIÉN Y DESGARRO PERINEAL NACIDO. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.	35
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DESGARRO PERINEAL Y DATOS CUANTITATIVOS COMO EDAD MATERNA, PESO DEL RN Y PERÍMETRO CEFÁLICO. HOSPITAL NUESTRAL SEÑORAL DE LAS MERCEDES DE PAITA 2021 – 2022.	36

Resumen

El desgarro perineal es una lesión relativamente común que puede tener complicaciones inmediatas y no inmediatas de diferente severidad, el objetivo fue determinar los factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en puérperas de parto vaginal

Metodología: Investigación básica, diseño no experimental, retrospectiva, analítica de casos y controles. Población de estudio conformada por 154 historias clínicas de pacientes puérperas de parto vaginal en el Hospital II-1 NSLMP 2021 y 2022.

Resultados: Se obtuvo como resultado que del total de pacientes que tuvieron desgarro perineal, solo un 26% tenían sobrepeso y 7.8% obesidad, solo un 9.1% tuvo como antecedente DM, 49.4% presentó preeclampsia, y 20.8% corioamnionitis, un 37.7% tuvo como personal que atiende el parto a internos de medicina, 53.2% usó oxitocina durante el trabajo de parto, 24.7% tuvo perímetro cefálico del RN >35cm, y 5.2% tuvo un peso del RN >4000 gr.

Conclusiones: No se encontraron factores maternos asociados; sin embargo, los factores obstétricos asociados al desgarro perineal en la presente investigación fueron: la atención del parto por un interno de medicina, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, perímetro cefálico de RN>35cm y peso de RN >4000 gr.

Palabras clave:

Perineo, Laceraciones, Factores de riesgo, Desgarro.

Abstract

Perineal tear is a relatively common injury that can have immediate and non-mediate complications of different severity. The objective was to determine the maternal and obstetric factors associated with perineal tear in postpartum women with vaginal delivery.

Methodology: Basic research, non-experimental design, retrospective, case-control analysis. Study population made up of 154 medical records of postpartum patients with vaginal delivery at Hospital II-1 NSLMP 2021 and 2022.

Results: The result was that of the total number of patients who had a perineal tear, only 26% were overweight and 7.8% obese, only 9.1% had DM as a history, 49.4% had preeclampsia, and 20.8% had chorioamnionitis, 37.7% had As personnel who attend birth to medical interns, 53.2% used oxytocin during labor, 24.7% had a newborn's head circumference >35cm, and 5.2% had a newborn's weight >4000 g.

Conclusions: No associated maternal factors were found; However, the obstetric factors associated with perineal tear in the present investigation were: delivery care by a medical intern, the use of oxytocin during labor, newborn head circumference >35cm and newborn weight >4000 g.

Keywords:

Perineum, Lacerations, Risk factors, Tears.

I. INTRODUCCIÓN

El proceso del parto es un evento fisiológico complejo en el cual el cuerpo de la madre experimenta cambios significativos para dar paso al nacimiento de un nuevo ser. Durante esta etapa, el nacimiento del bebé requiere de la interacción entre las fuerzas contráctiles del útero y la resistencia de los tejidos que conforman el canal del parto, sin embargo, en algunos casos esta secuencia de eventos puede producir lesiones perineales de diferente severidad que acarrear consecuencias negativas en la salud materna (1).

El perineo, la región anatómica que tiene ubicación entre la vagina y el ano, está sometido a una gran tensión durante el parto vaginal (2). Algunas pacientes por condición anatómica tienen tejidos con mayor resistencia a la distensión del canal vaginal durante el parto, lo cual incrementa el riesgo desgarro perineal (DP), por lo que se hace imperativo realizar maniobras que permitan incrementar el diámetro de la salida vaginal (3).

El Desgarro Perineal es una lesión relativamente común que puede tener complicaciones inmediatas y no mediatas de diferente severidad. Las estructuras de tejido blando que conforman el la vía genital y los órganos colindantes pueden sufrir algún traumatismo mientras acontece el nacimiento del bebé o por realizar una episiotomía (4). La complicaciones que se relacionan con el sufrimiento de un Desgarro Perineal se encuentran entre los prioritarios problemas de salud que sufren miles de pacientes durante el parto. Se estima que en alrededor de 60 de 100 partos acontece algún Desgarro Perineal después del parto por vía vaginal (5). Estudios europeos reportan que hasta un 85% de mujeres británicas y el 91% de mujeres españolas han experimentado algún grado de Desgarro Perineal en el parto (6).

Se ha reportado que alrededor del 65.6% de los Desgarros Perineales no provocarán complicaciones de larga data, no obstante, los desgarros más severos predisponen al desarrollo de disfunción del piso pélvico, dolor, dispareunia e incontinencia fecal con mayor frecuencia (7). Otros estudios reportan que entre las pacientes con Desgarro Perineal mayores de tercer grado los factores maternos como nuliparidad, origen étnico asiático, parto vaginal post cesárea, ser menor de 20 años y tener una corta longitud perineal incrementan el riesgo del Desgarro

Perineal. Además, un peso mayor a 4 kilogramos, distocia de hombros, posición occipucio-posterior, uso de equipo médico durante el parto como fórceps y vacío, tener un periodo expulsivo prolongado, uso de oxitocina, episiotomía en la línea media y posición en cuclillas también incrementan el riesgo de Desgarro Perineal (8,9).

A pesar de la importancia clínica y las posibles consecuencias del Desgarro Perineal, existe una falta de consenso en la literatura científica sobre factores de riesgo posibles en su aparición, algunos estudios sugieren que la primiparidad, el sobrepeso/obesidad o tener periodo expulsivo prolongado aumenta significativamente el riesgo de Desgarro Perineal, mientras que otros no encuentran una asociación clara. Esta controversia resalta la necesidad de realizar más estudios adicionales para entender mejor esta relación y proporcionar pautas clínicas adecuadas para la prevención del desgarro perineal, más aún considerando que en nuestro medio no existen estudios al respecto.

Frente a la situación descrita se esboza la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita? En tal sentido, la actual investigación plantea como objetivo general: Determinar los factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita. Además, se esbozan como objetivos específicos: 1) Describir las características sociodemográficas de las puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita, 2) Describir los grados de desgarro perineal de las puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita, 3) Determinar los factores maternos asociados al desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita y 4) Determinar los factores obstétricos asociados al desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita.

Para alcanzar los objetivos se planteó como hipótesis alterna (H1): La obesidad, diabetes mellitus, preeclampsia, corioamnionitis, la primiparidad, el periodo intergenésico corto, un periodo expulsivo prolongado, el uso de oxitocina, la macrosomía, perímetro cefálico > 35 cm son factores de riesgo para desgarro perineal.

La información obtenida permitirá comprender mejor los factores que contribuyen a la ocurrencia de Desgarro Perineal durante el parto vaginal y

proporcionará una base para el planteamiento de estrategias de prevención y manejo adecuadas.

II. MARCO TEÓRICO

En el año 2023 Gobiuff y col, publicaron un estudio que evaluó los factores de riesgo potenciales al Desgarro Perineal de 3° y 4° grado en base a una base de datos de población de EE. UU. completa y actualizada. Trabajaron con análisis retrospectivo de cohortes basado en la población de una base de datos en EE. UU. entre 2016 y 2020. Las características basales se compararon entre mujeres con Desgarro Perineal de 3° y 4° grado y Desgarro Perineal de 1° y 2° grado a través del estadístico Chi-cuadrado con significancia estadística establecida en $p < 0,05$. Se utilizó la corrección de Bonferroni para tener en cuenta las comparativas de tipo múltiple. Mediante regresión logística multivariable se evaluó la asociación entre una variedad de factores de riesgo potenciales y el riesgo de Desgarro Perineal de 3° y 4° grado. Los resultados mostraron que los asiáticos/isleños del Pacífico tenían el mayor riesgo de Desgarro Perineal (2.6%, ORa 1.74). La hipertensión gestacional y la preeclampsia (ORa 1.28 y 1.34, respectivamente), de manera similar la diabetes pregestacional y gestacional (ORa 1.28 y 1.46, respectivamente). La corioamnionitis se asoció con casi el doble de riesgo (ORa 1.86). El peso al nacer fue un factor de riesgo importante (ORa 7.42 para mayores de 4.000 g), al igual que la nuliparidad (ORa 9.89) (10).

En 2023, Laurita y col. publicaron un estudio para evaluar nuevos casos de desgarro perineal con lesión del esfínter anal ocurridos en una institución durante un período de 10 años para identificar a las gestantes con mayor riesgo mediante la evaluación de asociación de factores de riesgo de desgarro perineal y factores prenatales e intraparto. El diseño fue de cohorte retrospectivo observacional aplicado en un Hospital Docente Universitario en Italia. El estudio se realizó entre 2009 - 2019 utilizando una base de datos de forma prospectiva. Se incluyeron en la cohorte todas las mujeres con gestaciones únicas de parto vaginal con presentación cefálica. Los hallazgos indican que las pacientes con lesiones obstétricas del esfínter anal tienen un mayor riesgo de desarrollar incontinencia fecal a largo plazo. Este resultado subraya la importancia de prevenir este tipo de lesiones durante el parto y proporcionar tratamiento adecuado a aquellas mujeres afectadas por ellas. Se realizó un análisis secundario para evaluar más a fondo el efecto de la paridad, la anestesia epidural y el tiempo del segundo periodo del

trabajo de parto ajustando los posibles factores de confusión. De 41440 pacientes evaluados para elegibilidad, 22156 cumplieron con los parámetros de inclusión y 15992 se equilibraron después del emparejamiento por puntaje de propensión. Las lesiones del esfínter anal de tipo obstétricas acontecieron en 81 casos (0,4%), 14 casos (0,8%) posteriores al parto que utilizaron ventosa ($p = 0,002$) y 67 casos (0,3%) posterior al parto. Hubo un aumento de casi el doble de probabilidades de laceraciones graves en mujeres nulíparas que dieron a luz con ventosa (ORa 2.85; IC95% 1.19-6.81; $p=0.019$), con una reducción recíproca en mujeres con parto espontáneo parto vaginal (ORa 0.35; IC95% 0.15-0.84; $P= 0.019$) y al menos 1 parto anterior (ORa 0.51; IC95% 0.31-0.85; $p=0,005$). El riesgo de laceraciones graves se redujo cuando se realizó una episiotomía medio lateral (Ora 0.20; IC95% 0.11-0.36; $p<0.001$). Los factores de riesgo en los recién nacidos incluyeron presentación anormal de vértice (OR 2,71; IC 95% 1,08–6,78; $p=0,033$) y circunferencia de la cabeza (OR 1,50; IC 95% 1,18–1,90; $p=0,001$). Examen obstétrico periódico (OR 1,17; IC 95% 0,72-1,90). Encontramos que las primíparas que dieron a luz sin anestesia epidural tenían una mayor probabilidad de Desgarro Perineal con afectación del esfínter anal (ORa 2.53; IC95% 1.46-4.39; $p=0.001$) (11).

En el año 2022 Barreno P, realizó una tesis enfocada en identificar los características que se asociaban a la presencia de Desgarro Perineal entre las puérperas que recibieron atención en un hospital estatal de Sullana. Incluyó a 144 puérperas con Desgarro de periné y 144 controles. Los factores de riesgo para Desgarro de periné fueron tener un corto y súbito tiempo de dilatación activo (OR=1.35, IC95%=1.09-1.67, $p=0.008$) recién nacido con perímetro de cabeza superior a 35cm (OR=1.44, IC95%=1.18-1.83, $p<0.05$), por otro lado, el hacer episiotomía (OR=0.70, IC95%=0.53-0.93, $p<0.05$) y la atención de parto por personal de obstetricia (OR=0.72, IC95%=0.61-0.98, $p<0.05$) se comportan como factores de protección (12).

En el año 2022 Bączek y col, culminaron un estudio que planteó como objetivo identificar los factores de riesgo de lesiones espontáneas de los tejidos que conforman el canal de parto durante el parto no operatorio. El estudio analizó dos grupos: un grupo principal de 7.238 pacientes con desgarros perineales espontáneos (desgarros de cualquier grado) y un grupo de control de 7.879

pacientes sin desgarros perineales. El análisis de regresión logística de factor único reveló que los factores relacionados con el Desgarro Perineal durante el parto son la edad de las pacientes que dieron a luz ($p=0.000$), el IMC antes del parto ($p=0.000$), el número de embarazos ($p=0.000$) y partos ($p=0.000$), diabetes gestacional diagnosticada ($p=0,046$), parto domiciliario ($p=0.000$), parto vaginal posterior a parto abdominal ($p=0.001$), el uso de oxitocina en el SPTP ($p=0.041$), la duración del segundo tiempo del periodo del trabajo de parto ($p=0.000$), el peso corporal ($p=0.000$) y la longitud circunferencial de la cabeza del neonato ($p=0.000$). Concluyeron que los factores independientes que aumentan el riesgo de Desgarro Perineal durante el parto son una mayor edad de la mujer que da a luz, antecedentes de cesárea, un mayor peso al nacimiento del bebé y factores que reducen el riesgo de traumatismo perineal espontáneo son un mayor número de partos y partos domiciliarios (13).

En el año 2022 Karaca y col, desarrollaron un estudio que buscó describir la incidencia de Desgarro Perineal en adolescentes y factores de riesgo obstétricos y maternos asociados a esta condición en un Hospital de Educación e Investigación de Tepecik, Izmir, Turquía. Esto incluyó a 3.441 adolescentes que dieron a luz por vía vaginal. Del desgarro perineal grave la tasa fue del 5,8%. En el análisis multivariado, los factores asociados con desgarros perineales en mujeres adolescentes fueron nulíparas (OR = 1,72; IC 95 %, 1,14–2,41; $p = 0,007$) alto peso al nacer (OR = 4,1; IC 95 %), 2,71). -6,21; $b < 0,001$) e inducción del trabajo de parto (OR = 1,36; IC 95 %, 1,01–1,85; $P = 0,02$). El parto espontáneo y el parto previo redujeron el riesgo (OR=0,68; IC 95%, 0,51-0,94; $P=0,02$ y OR=0,51; IC 95%, 0,33-0,79; $P=0,007$). Concluimos que el riesgo de desgarros perineales graves en adolescentes está asociado con el peso al nacer, la inducción del parto y la nuliparidad. El único factor potencialmente modificable de riesgo fue el parto inducido. (14).

En el año 2022 Saucedo y col, hicieron un estudio con la intención de determinar qué factores en el intraparto se asocian con mayor riesgo de Desgarro Perineal. Se utilizó regresión logística multivariable para refinar las estimaciones de riesgo mientras se ajustaba el grupo de aleatorización, el peso al momento del nacimiento y la edad de la madre. Entre las 941 mujeres que participaron en el seguimiento, el 40.6% experimentó Desgarro Perineal. Ninguna característica

relacionada con la primera etapa del trabajo de parto presentó relación con la lesión, incluido el tipo de trabajo de parto (ORa 0.94, IC del 95 % 0.71-1.23) o la duración de la primera etapa (ORa 1.00, IC del 95 % 0.98-1.03). De manera similar, el tiempo de duración del periodo expulsivo tampoco mostró relación (ORa 0.95, IC del 95 % 0.85-1.06). La posición occipital anterior de la cabeza se asoció con una mayor probabilidad de Desgarro Perineal (ORa 1.36, IC del 95 %: 1.03-1.80) (15).

Durante el año 2022 Gonzalez y col, culminaron una investigación que planteó como objetivo identificar los factores de riesgo con desgarro Perineal. Diseño de casos y controles en mujeres que dieron a luz en nuestra institución entre mayo de 2008 y diciembre de 2012. Se compararon las pacientes que presentaban Desgarro Perineal de 3° y 4° grado con las que no. Se compararon entre los grupos la paridad, las estrías, la edad, el IMC, el consumo de tabaco, el peso fetal, el parto operatorio, el trabajo de parto y el tiempo que dura la segunda etapa. Se realizó una regresión logística directa multivariante en todos los pacientes que tenían datos completos para calcular la razón de probabilidad ajustada. Se encontró a 299 pacientes con Desgarro Perineal de tercer o cuarto grado y 8459 pacientes sin laceraciones de 3° y 4° grado durante el período de tiempo. Duración de la segunda etapa entre 1 hora y 2 horas ($P < 0,0001$), duración de la segunda etapa mayor a 2 horas ($P < 0,0001$), episiotomía de línea media o de tipo desconocido ($P < 0,0001$), episiotomía medio lateral ($P < 0,0001$), el parto con fórceps ($P < 0,0001$), el peso fetal superior a 4000 g ($P < 0,0001$) y la incontinencia urinaria de esfuerzo antes del parto ($P < 0,006$) se asociaron con un aumento significativo de Desgarro Perineal de alto grado. Este estudio no halló asociación entre la paridad y los Desgarros Perineales (16).

En el año 2022 Naqvi y col, culminaron una investigación que buscó evaluar si un Segundo tiempo del periodo de trabajo de parto prolongado es un predictor independiente del Desgarro Perineal con afectación del esfínter anal en una cohorte contemporánea de nulíparas y parturientas a término. Se realizó un estudio de casos y controles en una cohorte de parturientas nulíparas a término consecutivos en embarazos únicos controlados por vía vaginal entre enero de 2014 y enero de 2015. Los casos se definieron como mujeres con Desgarro Perineal con afectación del esfínter anal durante el parto, y los controles eran mujeres sin Desgarro Perineal de 3° y 4° grado. Se encontró que un segundo periodo prolongado de trabajo de

parto, definido como ≥ 3 horas, está relacionado con una mayor incidencia de Desgarro Perineal (DP) de tercer y cuarto grado. De los 1.197 nacimientos analizados, el 5,3% presentaron DP grave. Con cada hora adicional del segundo periodo del trabajo de parto aumenta la tasa OASI en un porcentaje creciente: desde el 2,9 % para mujeres con una segunda etapa <1 hora hasta alcanzar alrededor del 28% para aquellas cuya segunda etapa superaba las cinco horas ($p < 0.001$). La evaluación de regresión multivariable una segunda etapa prolongada ($ORa = 1,92$, IC del 95 %: 1,06-3,51) fue un predictor independiente de Desgarro Perineal de 3° y 4° grado (17).

En el año 2021 Barca y col, publicaron un estudio que planteó como objetivo identificar los Factores de riesgo asociados a los Desgarros Perineales posparto de 3° y 4° grado en puérperas del servicio de obstetricia de un hospital público de Madrid. El estudio fue de cohorte hospitalaria en puérperas cuyos partos se atendieron durante enero de 2010 y abril de 2017. En total 33026 registros clínicos fueron incorporados. Entre los factores de riesgo materno el ser nulípara ($OR = 3.48$), trabajo de parto inducido ($OR = 1.29$) y parto instrumentado con uso de fórceps ($OR = 4.52$) o espátulas ($OR = 4.35$) incrementan el peligro de Desgarro Perineal ; Entre los Factores de riesgo obstétricos la episiotomía ($OR = 3.41$) incrementa el riesgo de Desgarro de periné. Entre los Factores de riesgo neonatales, el peso del recién nacido se relaciona de manera directa y proporcional con el peligro de Desgarro Perineal de tipo severo ($p < 0.05$) (18).

En el año 2021 Matei y col, culminaron un estudio enfocado en valorar el Desgarro del periné después del parto vaginal en madres adolescentes en comparación con sus contrapartes adultas. Ejecutaron una investigación de casos y controles durante un año en dos centros hospitalarios de Rumania. Se observó que el grupo II (laceraciones vaginales y perineales) presentaba la mayor frecuencia de desgarros, seguido por el grupo III (laceraciones cervicales) y luego por el grupo I (laceraciones labiales y peri uretrales). Además, se encontró una asociación significativa entre los desgarros del grupo II con partos instrumentados. Incluyéndose 1498 mujeres en el estudio: 1200 adultas y 298 jóvenes. Las adolescentes tenían más probabilidades de sufrir una episiotomía mientras se producía el parto vaginal en comparación con las mujeres adultas: 56% versus 26.7 % ($p = 0.001$) y un riesgo 1.89 veces mayor de desarrollar laceraciones del grupo II

($p = 0.01$) OR = 1.89, IC 95%: 1.18-3.02. Además, se encontró que los bebés con un peso fetal mayor a 4000 g tienen el doble de riesgo de sufrir Desgarro Perineal si no se tiene en cuenta la edad (OR = 1.98, IC95 %: 1.13-3.47, $p = 0.01$). Asimismo, se observó que la incidencia de laceraciones del grupo I y II aumenta conforme avanza la edad materna: pasando del 0% y el 9.1% entre las edades de 10 y 14 años al 6% y 26.2%, respectivamente, en adolescentes de 18 y 19 años. Por último, cabe destacar que la práctica de la episiotomía en adolescentes no resultó ser efectiva para prevenir la laceración del grupo II del periné durante el parto vaginal. (19).

En el año 2021 Chill y col, realizaron una investigación que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo de OASI en mujeres. El diseño fue una cohorte retrospectiva de 2003 a 2019. El grupo incluyó a mujeres solteras que tuvieron un parto vaginal a término, de vértice, único y tuvieron al menos un parto vaginal. El grupo de control estuvo formado por mujeres que tuvieron al menos un parto vaginal sin OASI. Tras la aplicación de los parámetros de selección, se incluyeron 79176 mujeres. Los grupo de estudio se basó en la aparición de OASI. 135 pacientes (0,2%) tuvieron desgarras perineales de tercer o cuarto grado y 79.041 pacientes no tuvieron desgarras(99,8%).. El análisis multivariado reveló que un parto vaginal anterior, peso al nacer ≥ 3900 g (percentil 90) y episiotomía se asociaron con un mayor riesgo de OASI (20).

La investigación de Kim y sus col en el año 2021 reveló que el estado del parto natural en mujeres coreanas es preocupante, ya que se encontraron altos niveles de lesiones perineales durante este proceso. Se analizaron los registros médicos de 358 madres con partos cefálicos después de las 37 semanas gestacionales en un hospital de Seúl en 2018. Los resultados mostraron una edad media para estas mujeres fue de $33,18 \pm 3,68$ años y casi la mitad eran primíparas (49,2%). Además, se observó una alta frecuencia tanto episiotomías como desgarras espontáneos del periné durante el trabajo obstétrico. Los resultados del estudio indican que los tratamientos terapéuticos tienen un efecto significativo en la recuperación de los pacientes. Específicamente, se encontró una disminución estadísticamente significativa en el tiempo de recuperación con la administración de fluidos ($t = -2,72$, $p = 0,007$), aporte de oxígeno ($t = -2,76$, $p = 0,006$) y anestesia epidural ($t = -2,77$). Estos hallazgos sugieren que estos tratamientos pueden ser

beneficiosos para mejorar el pronóstico y acelerar la recuperación después de ciertas intervenciones médicas o quirúrgicas, existiendo una necesidad urgente por mejorar la atención al momento del nacimiento a fin reducir estos daños físicos innecesarios e indeseables para las nuevas mamás. Sin embargo, no hubo diferencias por período gestacional, circunferencia de la cabeza del bebé o peso al nacer (21).

En el año 2021 Mboua y col, publicaron una investigación que permitió valorar la relación entre longitud perineal y los Desgarros Perineales. Se realizó un estudio prospectivo de mujeres primíparas con embarazos únicos de al menos 36 semanas de duración. El médico de admisión tomó medida del cuerpo perineal (CP) durante la primera fase del trabajo de parto y este valor se ocultó al personal de parto hasta que se produjo el parto. Se registró la presencia de trauma perineal y otras características del parto. Los datos se analizaron mediante análisis univariados y regresión logística múltiple. La longitud promedio del Cuerpo perineal fue de 3.2 ± 0.7 cm (rango 1.5-5.5 cm). En 34 (33.0%) mujeres primíparas se presentaron Desgarro Perineal espontáneos y 20 (19.4%) tuvieron episiotomías. No se observaron Desgarro Perineal de 3° y 4° grado. La medida del Cuerpo Perineal por debajo de los 2.5 cm fue un parámetro predictor ($p < 0.04$) de Desgarro Perineal espontáneos (OR 0.59). Concluyendo que la longitud del Cuerpo Perineal menor de 2.5 cm predispone significativamente a los Desgarros Perineales espontáneos (22).

En 2020, Jansson et al. completaron un estudio para evaluar la incidencia de laceraciones perineales de segundo grado, lesiones obstétricas del esfínter anal (OASI) y laceraciones vaginales superiores en mujeres nulíparas e investigar si las características sociodemográficas, el embarazo y la genética estaban asociadas con la frecuencia de desgarros. Se invitó a participar en una investigación de cohorte prospectiva a la totalidad de mujeres nulíparas que se registraron en la atención médica de maternidad en la región del condado de Örebro, Suecia, al principio del embarazo entre el 1 de octubre de 2014 y el 1 de octubre de 2017. Los datos sobre las características maternas y obstétricas se obtuvieron a través de cuestionarios cumplimentados al inicio y al final del embarazo, protocolos de parto reales, exámenes y sistemas de registro obstétrico. Se analizaron con modelos no ajustados ni multinomiales. La muestra incluyó a 644 mujeres. El peso fetal mayor

a 4000 g y la extracción con ventosa son factores independientes para desgarros perineales grado dos (ORa 2.22 (IC 95%:1.17-4.22) y 2.41 (IC95%:1.24,4.68))y OASI (ORa 6.02 (IC95%:2.32-15.6) y 3.91 (IC 95%:1.32-11.6)). El parto postérmino aumentó significativamente el riesgo de Desgarro Perineal de segundo grado (ORa 2.44 (IC95%: 1.03-5.7), mientras que las posiciones maternas para el parto con flexibilidad sacra reducida redujeron significativamente el riesgo de Desgarro Perineal de segundo grado (ORa 0.53 (IC95%: 0.32-0.87) (23).

En el año 2020 Von Theobald y col, culminaron un estudio sobre factores de riesgo con posible asociación a Desgarro Perineal complejo en 39227 partos vaginales que ocurrieron entre 2013 y 2017 en un solo hospital universitario francés. Se utilizó un análisis multivariado para identificar combinaciones de Factores de riesgo asociados con la lesión perineal. La edad gestacional mayor de 39 semanas (ORa 1.18, IC del 95% [1.02; 1.35]), peso al nacer mayor de 3500 g (ORa 1.62, IC del 95% [1.05; 2.49]) y la diabetes (ORa 1.73, IC 95 % [1.15; 2.61]) se asociaron con desgarro perineal de 3 y 4 grado (24).

En el año 2019 Reis y col, culminaron un estudio que planteó el objetivo de valorar la asociación entre la erguida y supina que adopta la gestante para el parto y la frecuencia de Desgarro Perineal con lesión del esfínter anal. . En un estudio de cohorte retrospectivo, analizaron datos de 1728 gestantes que tuvieron parto vaginal a recién nacidos de presentación cefálica con un peso al nacimiento de 2500 g. Se utilizó un análisis de regresión para examinar el impacto de la posición vertical y supina en la incidencia de OASI después del ajuste por los factores de riesgo e intervenciones obstétricas. En total, nacieron 239 (13,8%) en forma vertical y 1.489 (86,2%) de forma supina. Se produjeron lesiones de grado III en 43 pacientes (2,5%) y lesiones de grado IV en 3 mujeres. (0,2%). Las posiciones supinas tuvieron un efecto protector significativo contra las laceraciones graves (O.R = 0.48; IC del 95% 0.23 - 0.98, ajustado por uso de fórceps 4.81 [2.16-10.71], nuliparidad 2.87 [1.45-5.68] y peso al nacer 3.31 [1.57-7.01]. La episiotomía ($p < 0,559$), la distocia de hombros ($p < 0,670$), el aumento de oxitocina ($p < 0,228$) y anestesia ($p < 0,070$) la no se asociaron con la aparición de laceraciones graves. Se concluyó que la posición erguida al nacer no se asoció con el número de desgarros. (25).

En el año 2019 Loarte W, realizó una tesis con la intención de identificar los Factores de Riesgo asociados a Desgarro Perineal posterior a parto vaginal en puérperas que recibieron atención en un hospital nacional ubicado en Cusco. Se registraron 460 puérperas durante el año 2018. De la totalidad de puérperas con Desgarro Perineal, el 49 % presentó Desgarro Perineal de 1° grado y el 31% presentó Desgarro Perineal de 2° grado. Entre la población con Desgarro Perineal un 68.2% tenía entre 20 y 34 años, el 72.3% ya eran multíparas, al 36.3% les practicaron episiotomía, el 73.5% presentó un expulsivo ≤ 10 min y el 66.2% de las pacientes recibió atención de obstetricia. Realizar episiotomía (OR=0.18), no haber tenido partos (OR = 0.5) y expulsivo con duración ≤ 10 minutos (OR= 0.3) demostraron ser factores protectores para Desgarro Perineal (26).

En el año 2019 Abedzadeh y col, realizaron un estudio para identificar los casos nuevos de Desgarro Perineal y sus factores relacionados. Este estudio transversal examinó datos maternos, neonatales, obstétricos y de parto de todas las mujeres que dieron a luz en el Hospital Kashan. La data se analizó a través de Chi-cuadrado, prueba t y regresión logística. La frecuencia de desgarros perineales fue de 84,3%. El 95% de las primíparas y el 43.9% de las multíparas se sometieron a una episiotomía ($p < 0.001$, ORa 24.4). La rotura perineal puede ocurrir cuando la madre es joven, el período de embarazo es largo, parto inducido, compresión uterina, dosis de radiación o infertilidad. Hubo una alta incidencia de rotura perineal en este estudio, que debe minimizarse mediante el uso limitado de la episiotomía (5).

Durante el año 2019 Yamasato y col, realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar las asociaciones entre el índice de masa corporal (IMC) materno, la raza y la lesión obstétrica del esfínter anal (OASI). Se incluyeron los partos vaginales realizados en el Centro Médico Kapi'olani para Mujeres y Niños entre 2008 y 2015. Se utilizó el IMC materno al momento del parto y se identificaron los OASI a través de los códigos del CIE10. Las variables demográficas/clínicas se resumieron mediante estadística descriptiva. Los ORa se calcularon mediante regresión logística múltiple. De los 25594 partos incluidos, 1.198 (4,7%) presentaron un OASI. La prevalencia de OASI difirió según el IMC ($p < 0.0001$). La prevalencia fue más alta en mujeres con $IMC < 30$ kg/m² (5.3%) y luego descendió a medida que aumentaba el IMC, siendo las mujeres con $IMC \geq 50$ las que

presentaban la prevalencia más baja (1.7 %). En comparación con mujeres con IMC<30 kg/m², mujeres con IMC>50 kg/m² tenían una probabilidad más baja de OASI (OR 0.31, IC95% 0.11-0.83), que persistió después del ajuste (ORa 0.28, IC95% 0.08-0.96)]. OASI también difirió por raza (p<0.0001). Concluyeron que las mujeres obesas, incluidas aquellas con IMC≥50kg/m², tienen menor prevalencia de OASI (27).

En el año 2019 Lins y col, publicaron un estudio que planteó el objetivo determinar los factores de riesgo asociados a Desgarro Perineal espontáneo en puérperas de bajo riesgo que parieron por vía vaginal sin episiotomía en una institución universitaria de Recife, Pernambuco, Brasil a través de una cohorte prospectivo con 222 mujeres embarazadas a término de bajo riesgo ingresadas en trabajo de parto con un feto único en presentación cefálica. . Se excluyeron del estudio las mujeres con desarrollo fetal anormal. Variables analizadas: gravedad y frecuencia de laceraciones, características obstétricas, clínicas, sociodemográficas y biológicas de la mujer, neonatales, datos y procedimientos de parto. Se registraron desgarros perineal de primer grado en el 47%, desgarros perineal de segundo grado en 31% y desgarros perineal de tercer grado en el 1,8%. No se observó casos de Desgarro Perineal de 4° grado. El parto previo fue un factor protector contra los desgarros perineales (OR=0,46; IC 95% 0,23-0,91; p=0,027). Concluyendo que el factor protector más importante contra la laceración perineal era un parto normal previo. (28).

En el año 2018 García y col, publicaron un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a desgarros perineales post parto vaginal. En un estudio observacional, analítico de cass y controles, retrospectivo; en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao. Perú. En donde se usaron 135 historias clínicas tanto para casos y controles. Se obtuvo como resultado que del total de casos 90.37% presento desgarro tipo 1; como factores de riesgo se encontró a la anemia materna (OR: 3.995), paridad (OR: 2.385), periodo intergenésico (OR: 3.452), inicio de parto (OR: 5.347), ponderado fetal (OR: 8.941), tiempo de periodo expulsivo (OR: 9.571), antecedente de trauma perineal (OR: 4.58) y profesional que atiende el parto (OR: 2.378). concluyen que como factores de riesgo tuvieron a la anemia materna, paridad, periodo intergenésico, inicio de parto, ponderado fetal, tiempo de periodo expulsivo y antecedente de trauma perineal (43).

El perineo es la región anatómica que se ubica entre la estructura coxígea y la sínfisis pubiana, y que engloba a las estructuras incluidas entre la parte inferior pelviana hasta el ano. Esta área contiene una variedad de músculos, tejidos y nervios importantes. A continuación, se brinda una descripción con mayor detalle de los componentes relevantes del perineo (29):

Músculos del perineo:

a) Músculos del suelo pélvico: Los músculos del piso pélvico son un grupo de músculos en forma de hamaca que soportan los órganos pélvicos. Incluyen el músculo pubococcígeo, el músculo iliococcígeo y el músculo puborrectal. Estos músculos cumplen una función fundamental en el manejo de la continencia urinaria y fecal, así como en la función sexual.

b) Músculos constrictores de la vagina y del ano: Estos grupos musculares rodean la abertura vaginal y el ano. Incluyen el músculo bulbocavernoso, el músculo transverso superficial del perineo y el músculo esfínter externo del ano. Estos músculos están involucrados en el cierre y la apertura de la vagina y el ano, respectivamente.

Tejidos del perineo:

a) Piel: La piel del perineo es delgada y altamente vascularizada. Cubre toda la región y es susceptible a desgarros durante el parto vaginal.

b) Tejido conectivo: El tejido conectivo del perineo proporciona soporte estructural a los órganos pélvicos y ayuda a sostener la integridad de la región perineal. Está compuesto por fibras de colágeno y elastina.

c) Fascias: Las fascias son tejidos conectivos fibrosos que rodean y envuelven los músculos del perineo. La fascia superficial del perineo se encuentra justo debajo de la piel, mientras que la fascia profunda del perineo se encuentra debajo de los grupos musculares del piso pélvico.

La anatomía y estructura del perineo son de vital importancia durante el parto vaginal, ya que los músculos y tejidos perineales son los que se estiran y pueden desgarrarse durante el proceso de parto.

El desgarro perineal es la solución o alteración de la continuidad que acontece sobre las estructuras blandas que conforman el canal del parto, pudiendo afectar al periné (rafe medio y musculatura del periné) así como vagina, y que puede ocurrir de forma espontánea o iatrogénica. El Desgarro Perineal de ubicación

anterior puede comprometer la pared anterior de la vagina, un segmento uretral, el órgano del clítoris y los labios vaginales. El trauma perineal de ubicación posterior tiene la posibilidad de alterar la pared posterior de la vagina, el grupo muscular perineal, el cuerpo perineal, los esfínteres internos y externos del ano así como el canal anal. Durante el trabajo de parto, una gran cantidad de Desgarro Perineal ocurren a lo largo de la pared posterior de la vagina y se puede extender hasta el ano. Estos se describen con más detalle en la tabla 01 (30).

Tabla 1. Clasificación de los desgarros perineales

Grado	Clasificación
1	Solo laceración de la mucosa vaginal o de la piel perineal.
2	Laceración que involucra los músculos perineales.
3	Laceración que afecta a los músculos del esfínter anal, que se subdivide en:
3a	Donde <50% del esfínter anal externo está desgarrado
3b	Donde >50% del esfínter anal externo está desgarrado
3c	Donde los esfínteres anales externo e interno están desgarrados
4	Laceración que se extiende a través del epitelio anal (que da como resultado una comunicación del epitelio de la vagina y el epitelio anal)

Se estima que cerca del 85% de las gestantes que tienen atención de parto por vía vaginal sufrirán Desgarro Perineal de algún nivel de severidad y entre el 0,6 y el 11% de todas las atenciones de partos vaginales tendrán como resultado un Desgarro Perineal de 3° y 4° grado. Afortunadamente, la frecuencia de Desgarro Perineal va disminuyendo con el acontecimiento de partos ulteriores, de un 90.5% en púerperas sin parto previo al 68,8% en púerperas con varios partos vaginales previos (31). Si bien hay una alta posibilidad de Desgarro Perineal posterior a cualquier parto vaginal, es de su importancia tener en consideración los factores de riesgo que contribuyen a los Desgarro Perineales graves. Los factores de riesgo se pueden agrupar teniendo en cuenta los siguientes subgrupos: maternos, neonatales e intraparto (32).

La edad de la madre representa a la cantidad de años de vida que tiene cada persona, en el área obstétrica se debe tener en cuenta a dos categorías de riesgo:

adolescentes, aquellas que tienen menos de 19 años, y en la cual se obtiene la capacidad de reproducirse. Una adolescente con embarazo se considera de riesgo ya que aún no se ha logrado la maduración física ni psicológica, lo cual predispone a determinadas complicaciones de tipo obstétrico como la toxemia de la gestación y desproporción céfalo pélvica cuando la estructura ósea pelviana no ha desarrollado de manera completa y tiene mayores probabilidades de tener un Desgarro Perineal. La mayor frecuencia de Desgarro Perineal con afectación cervical en este grupo etario se ha considerado una consecuencia característica de la edad, además se han reportado otro tipo de lesiones con mayor frecuencia en este grupo de edad que en edades mayores (33).

En contraparte, las gestante de mayor edad, donde se agrupan aquellas gestantes con edad mayor a 35 años, también se consideran como alto riesgo obstétrico ya que un elevado grupo de morbilidades suelen ubicarse dentro de este grupo: hipertensión arterial, diabetes, malformaciones de origen congénito, alteraciones de la placenta, etc. Si para la paciente va a ser su primer parto se tiende a presentar un parto con dificultad y riesgo de complicaciones como los DP, rotura uterina, atonía, etc. Por otro lado, es las gestantes diabéticas se ha observado que los productos de la concepción tienden a ser de mayor tamaño lo cual genera obstrucción del conducto del parto y predispone a un probable Desgarro de periné (34).

Primiparidad: Las mujeres que experimentan su primer parto vaginal tienen un mayor riesgo de DP en comparación con aquellas que han tenido partos vaginales previos. Esto se debe a que los tejidos del perineo no han sido previamente estirados y pueden ser menos flexibles. La elasticidad del área perineal por la cantidad de partos difiere de manera significativa en una mujer sin partos que en una mujer con al menos un parto, por tal motivo, podría considerarse como factor de riesgo para desarrollar DP. No obstante, se debe considerar que el expulsivo precipitado tiene mayor frecuencia en multíparas por la cantidad de veces que ha tenido distensión del periné (35).

Tamaño fetal y macrosomía: Los bebés con un tamaño fetal mayor de lo habitual o macrosomía (peso al nacer superior a 4 kg) aumentan el riesgo de desgarro perineal. Un tamaño fetal mayor puede ejercer una mayor presión en los tejidos perineales durante el parto (36).

Episiotomía: La episiotomía es una incisión quirúrgica realizada en el perineo para ampliar la abertura vaginal durante el parto. Aunque la episiotomía puede facilitar el parto en ciertos casos, también está asociada con un mayor riesgo de desgarro perineal, especialmente cuando se extiende más allá de la incisión inicial. Este procedimiento lesiona y altera a varias de las estructuras que conforman el canal vaginal; desde piel, tejido mucoso vaginal, tejido conectivo subcutáneo, grupos musculares superficiales y profundos y la posible amputación de las fibras del nervio pudendo (en especial la rama perineal). A partir de este suceso se presenta asociación a la episiotomía como base de múltiples problemas del piso pélvico y región perineal que aquejan a mujeres postparto (37).

El periodo expulsivo prolongado durante el parto se refiere a una fase en la cual el tiempo transcurrido desde que el cuello uterino está completamente dilatado hasta el momento del nacimiento del feto es mayor de lo esperado. Es importante tener en cuenta que la duración considerada como prolongada puede variar según los protocolos y las prácticas médicas (38).

En mujeres primíparas (que están teniendo su primer parto vaginal), se considera que el periodo expulsivo es prolongado si dura más de 2 horas. Por otro lado, en mujeres multíparas (que han tenido partos vaginales previos), se considera prolongado si supera 1 hora de duración (39).

La anemia materna es una condición patológica en la cual la cantidad de glóbulos rojos o eritrocitos en circulación plasmática se ha reducido y no es suficiente para mantener los requerimientos que tiene un organismo. Para salud pública, esta condición se valorar como una baja de dos desviaciones estándar de la concentración de hemoglobina según el género, grupo etario y altura en relación con el mar. Además, esta proteína se encarga del transporte de moléculas de oxígeno a las células que integran los tejidos de todo el cuerpo, por lo que se considera indispensable para una adecuada oxigenación celular, la baja concentración de esta se puede relacionar con friabilidad y baja capacidad de recuperación al Desgarro Perineal(40).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

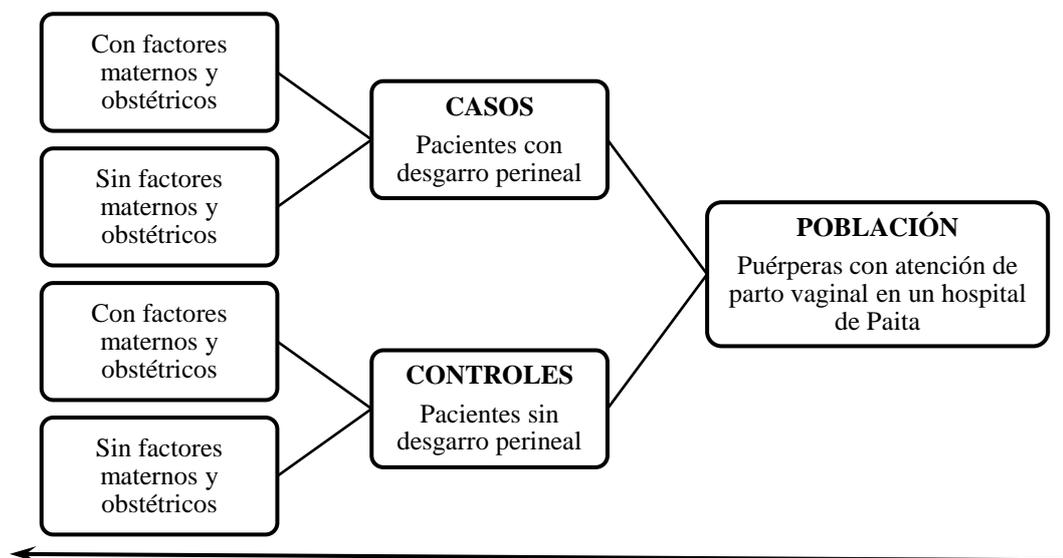
Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básica, porque buscó incrementar la información o base de datos existente en relación con los posibles factores que repercuten sobre la probabilidad de que acontezca un desgarro perineal en una paciente de parto vaginal.

Diseño de investigación

La presente investigación fue de diseño no experimental, partiendo de que no hubo manipulación de variables y estuvo solo limitada a la recolección de información ya acontecida. Fue de corte retrospectivo, ya que la información que se analizó fue de un tiempo anterior donde se evaluó la presencia o ausencia de los factores entre los grupos de estudio.

Fue analítica de casos y controles, porque se evaluó la proporción de cada factor de investigación entre un grupo de pacientes con desgarro perineal y en un grupo de pacientes sin desgarro perineal (41).



3.2. Variables y operacionalización:

V1: Variable Dependiente (ver anexo 1): Desgarro perineal

V2: Variable Independiente (ver anexo 1): Factores maternos y obstétricos

3.3. Población, muestra y muestreo:

La población estudiada estuvo compuesta por las historias clínicas de las pacientes puérperas de parto vaginal que se hayan atendido en el Hospital II -1 Nuestra señora de las Mercedes de Paita entre los años 2021 y 2022.

Criterios de inclusión para casos y controles:

- Historia clínica de puérpera entre 18 y 35 años.
- Historia clínica de puérpera que tuvo desgarro perineal durante el parto.
- Historia clínica de puérpera con desgarro perineal en diferentes grados.
- Historia clínica de puérpera con información y datos completos.
- Historia clínica de puérpera con parto vaginal.
- Historia clínica de puérpera que han tenido embarazo a término.

Criterios de exclusión para casos y controles:

- Historia clínica de puérpera con parto vía cesárea.
- Historia clínica de puérpera con antecedente de desnutrición crónica
- Historia clínica de puérpera con episiotomía.
-

Muestra

Corresponde a una muestra de casos y controles, se consideró 1 control por cada caso.

Figura 1. Tamaño de la muestra para casos y controles

Tamaño de la muestra para estudios de casos-contróles no pareados			
Para:	Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95	
	Potencia (% de probabilidad de detección)	80	
	Razón de controles por caso	1	
	Proporción hipotética de controles con exposición	41.3	
	Proporción hipotética de casos con exposición:	65	
	Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	2.64	
	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Casos	70	69	77
Tamaño de la muestra - Controles	70	69	77
Tamaño total de la muestra	140	138	154
Referencias			
Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15			
Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18& 3.19			

Fuente: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCC.htm>

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 154 historias clínicas: 77 con desgarro de periné y 77 sin desgarro de periné.

Muestreo

No probabilístico, de casos y controles.

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos

La técnica empleada en el desarrollo del estudio se basó en el análisis documental, bajo este supuesto se revisaron los registros clínicos de las pacientes con y sin desgarro perineal que cumplieron los parámetros de selección.

El instrumento fue un formulario de recolección de datos (ver anexo 1), en esta ficha se registró la data pertinente sobre las características sociodemográficas, así como, la presencia o ausencia de desgarro perineal. En el tercer apartado se registró la presencia o ausencia de los factores de estudio en relación con el desgarro perineal.

Procedimientos:

Con la aceptación del comité de ética de la universidad César Vallejo se realizó un documento al director del Hospital II-1 Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, solicitando las facilidades para llevar a cabo la revisión de historias clínicas.

Luego se acudió a la oficina de archivos e historias clínicas para recabar la información, también se acudió a la oficina de estadística para complementar información.

Para el recojo de datos se usó la ficha previamente elaborada, esta información luego fue tabulada en Excel 2019® que permitió su posterior procesamiento de análisis.

Finalmente se presentaron los resultados en tablas de doble entrada con sus respectivos estadísticos descriptivos e inferenciales.

3.5. Método de análisis de datos:

La información recopilada se procesó en el software SPSS® versión 27.0. Para el contraste de hipótesis y evaluación de la existencia de relación entre las variables de estudio y teniendo en cuenta que estas son nominales y dicotómicas,

se aplicó el chi cuadrado. Con un nivel de confianza del 95% y el de significancia menor al 5% ($\alpha < 0.05$).

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizaron tablas y gráficos cuya interpretación fue colocada en la parte inferior de las mismas.

3.6. Aspectos éticos:

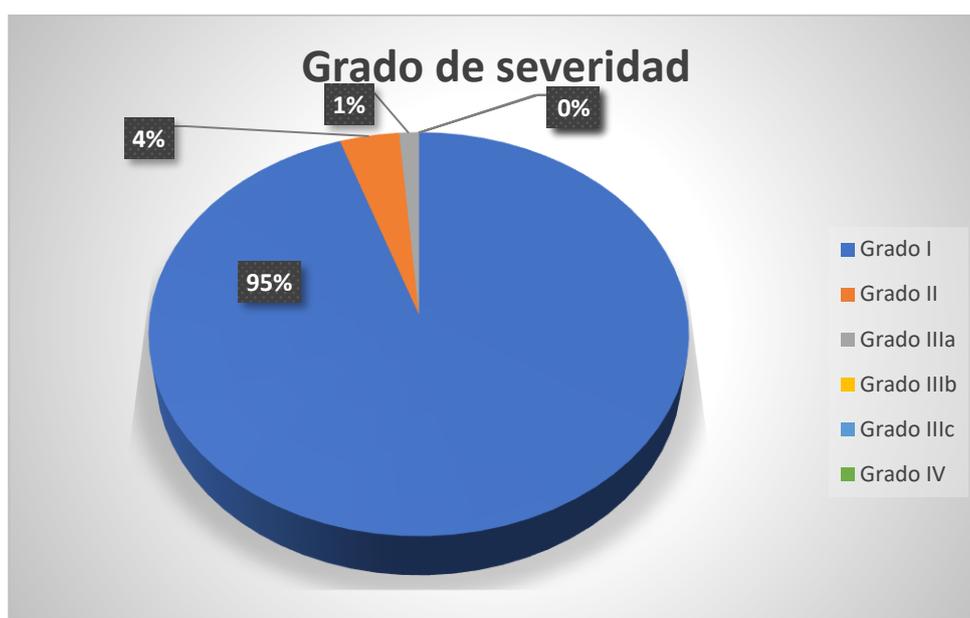
Durante todo el proceso de ejecución de la tesis se tuvieron en cuenta las recomendaciones que enuncia el Colegio Médico del Perú en su del capítulo sobre los trabajos de investigación, de tal manera que se respetó la veracidad de la data obtenida en la investigación. Del mismo modo, en base a la Declaración de Singapur no se incurrió en la alteración de resultados. También se tuvo en cuenta el informe de Belmont en el cual se plantean los principios y guías éticas a fin de impedir la violación y vulneración de datos recogidos para la ejecución de esta investigación. No fue necesaria la firma del consentimiento informado ya que la información fue recopilada a partir de los registros clínicos y no a través de una entrevista.

IV. RESULTADOS

Con relación al grado de severidad del desgarro perineal de las pacientes que conformaron la muestra se observó que: predominó el desgarro perineal de Grado I con 94.8%, y solo el 3.9% y 1.3% presentaron desgarros perineales de Grado II y Grado IIIa respectivamente; sin embargo, no se encontró casos de desgarro perineal de grado IIIb, IIIc, y IV. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de las puérperas de parto vaginal según grado de severidad de desgarro perineal. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

	N	%
Grado I	73	94.8%
Grado II	3	3.9%
Grado IIIa	1	1.3%
Grado IIIb	0	0.0%
Grado IIIc	0	0.0%
Grado IV	0	0.0%



Entre las características sociodemográficas de los partos que conformaron la muestra se observó que: la edad materna tuvo una media de 25.12 ± 6.42 años, el 54.5% tenía al menos estudios de nivel secundario, 61.7% tenían relación de conviviente. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las puérperas de parto vaginal del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		N	%
EDAD MATERNA (media \pm DE, años)		25.12 \pm 6.42 años	
NIVEL EDUCATIVO	Illetrada	8	5.2%
	Primaria	33	21.4%
	Secundaria	84	54.5%
	Superior	29	18.8%
ESTADO CIVIL	Soltera	18	11.7%
	Casada	41	26.6%
	Conviviente	95	61.7%
	Divorciada	0	0.0%

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y paridad se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal, el 29.9% eran nulíparas, mientras que del total de pacientes que no presentaron desgarro perineal, el 37.7% también fueron nulíparas. 70.1% de las pacientes que presentaron desgarro de periné eran múltiparas. No obstante, en el grupo sin desgarro perineal también se observó un porcentaje similar de multiparidad con 62.3% de frecuencia. Al aplicar el análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado da un valor de 1.045, $p = 0.307$ ($p > 0.05$) lo que permite concluir que no existe asociación entre el desgarro perineal y paridad. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 4.

Tabla 3. Relación de la muestra según desgarro perineal y paridad. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL			
		No presenta desgarro	Presenta desgarro	Total	
PARIDAD	Nulípara	Recuento	29	23	52
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	37.7%	29.9%	33.8%
	Múltipara	Recuento	48	54	102
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	62.3%	70.1%	66.2%
Total		Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson = 1.045

Significancia (p)=0.307 ($p > 0.05$)

OR=0.705 (Nulípara)

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y periodo intergenésico se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal, el 35.2% tuvo un periodo intergenésico corto, mientras que del total de pacientes sin desgarro perineal 25% también tuvieron periodo intergenésico corto. 61.1% de las pacientes que presentaron desgarro de periné tenían periodo intergenésico adecuado. No obstante, en el grupo sin desgarro perineal también se observó un porcentaje similar de periodo intergenésico adecuado con 70.8% de frecuencia. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 1.247, $p = 0.706$ ($p > 0.05$) lo que permite concluir que no existe asociación entre el desgarro perineal y el periodo intergenésico. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 5.

Tabla 4. Relación de la muestra según desgarro perineal y periodo intergenésico. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL		Total	
		No presenta desgarro	Presenta desgarro		
PERIODO INTERGENÉSICO	Corto (<18m)	Recuento	12	19	31
		% dentro de	25.0%	35.2%	30.4%
	DESGARRO PERINEAL				
	Adecuado (18-59m)	Recuento	34	33	67
		% dentro de	70.8%	61.1%	65.7%
	DESGARRO PERINEAL				
	Prolongado (>59m)	Recuento	2	2	4
		% dentro de	4.2%	3.7%	3.9%
	DESGARRO PERINEAL				
Total		Recuento	48	54	102
		% dentro de	100.0%	100.0%	100.0%
	DESGARRO PERINEAL				

ChiCuadrado de Pearson = 1.247

Significancia (p)=0.706 ($p > 0.05$)

Al evaluar la relación entre índice de masa corporal y desgarro perineal se observó que: el 64.9% de las pacientes con desgarro perineal tuvo IMC normal, 26.0% tenían sobrepeso y solo 7.8% tenían obesidad. No obstante, en el grupo sin desgarro perineal también predominó el IMC normal con 64.9%. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 1.400, $p = 0.706$ ($p > 0.05$) lo que permite concluir que no existe asociación entre el desgarro perineal y el índice de masa corporal. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 6.

Tabla 5. Relación de la muestra según desgarro perineal e índice de masa corporal. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL		Total	
		No presenta desgarro	Presenta desgarro		
INDICE DE MASA CORPORAL	Delgadez	Recuento	3	1	4
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	3.9%	1.3%	2.6%
	Normal	Recuento	50	50	100
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	64.9%	64.9%	64.9%
	Sobrepeso	Recuento	20	20	40
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	26.0%	26.0%	26.0%
	Obesidad	Recuento	4	6	10
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	5.2%	7.8%	6.5%
	Total	Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson = 1.400

Significancia (p)=0.706 ($p > 0.05$)

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y diabetes mellitus se observó que: Del total de pacientes que presentó desgarro perineal 9.1% también tenían diabetes mellitus. Mientras que del total de las pacientes que no presentó desgarro perineal también se observó un porcentaje bajo de enfermedad con 5.2% de frecuencia. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 0.881, $p = 0.348$ ($p > 0.05$) lo que demuestra que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que presentaron desgarro y las que no, por lo tanto, podemos establecer que la diabetes mellitus no se relaciona con el desgarro perineal. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 7.

Tabla 6. Relación de la muestra según desgarro perineal y diabetes mellitus. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

			DESGARRO PERINEAL		Total
			No presenta desgarro	Presenta desgarro	
DIABETES MELLITUS	No presenta	Recuento	73	70	143
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	94.8%	90.9%	92.9%
	Presenta	Recuento	4	7	11
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	5.2%	9.1%	7.1%
Total		Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson =0.881

Significancia(p)=0.348 ($p > 0.05$)

OR = 1.825

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y preeclampsia se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal 49.4% también presentó preeclampsia, mientras que de las pacientes que no tuvieron desgarro de periné 48.1% también presentó preeclampsia. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 0.026, $p = 0.872$ ($p > 0.05$); lo cual demuestra que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que presentan desgarro perineal y las que no. Por lo cual nos permite concluir que no existe asociación entre el desgarro perineal y preeclampsia. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 8.

Tabla 7. Relación de la muestra según desgarro perineal y preeclampsia. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL		Total
		No presenta desgarro	Presenta desgarro	
PREECLAMPSIA No presenta	Recuento	40	39	79
	% dentro de DESGARRO PERINEAL	51.9%	50.6%	51.3%
Presenta	Recuento	37	38	75
	% dentro de DESGARRO PERINEAL	48.1%	49.4%	48.7%
Total	Recuento	77	77	154
	% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson = 0.026

Significancia (p)=0.872 ($p > 0.05$)

OR=1.053

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y corioamnionitis se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal 20.8% también presentó corioamnionitis, mientras que de las pacientes que no tuvieron desgarro de periné 10.4% también presentó corioamnionitis. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 3.159, $p = 0.076$ ($p > 0.05$); lo cual demuestra que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que presentan desgarro perineal y las que no. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 9.

Tabla 8. Relación de la muestra según desgarro perineal y corioamnionitis. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL			
		No presenta desgarro	Presenta desgarro	Total	
CORIOAMNIONITIS	No presenta	Recuento	69	61	130
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	89.6%	79.2%	84.4%
	Presenta	Recuento	8	16	24
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	10.4%	20.8%	15.6%
Total	Recuento	77	77	154	
	% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%	

ChiCuadrado de Pearson = 3.159

Significancia (p)=0.076 ($p > 0.05$)

OR= 2.26

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y personal que atiende el parto se observó que: 37.7% de las pacientes con desgarro perineal fueron atendidas por internos de medicina. Por el contrario, en el grupo sin desgarro perineal las atenciones por obstetra tuvieron 51.9% de frecuencia. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 18.441, $p = 0.001$ ($p < 0.05$); lo cual demuestra que si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que presentan desgarro perineal y las que no. Por lo cual nos permite concluir que si existe asociación entre el personal que atiende el parto y el desgarro perineal. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 10.

Tabla 9. Relación de la muestra según desgarro perineal y personal que atiende el parto. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL			
		No presenta desgarro	Presenta desgarro	Total	
PERSONAL QUE ATIENDE EL PARTO	Médico	Recuento	29	25	54
	Ginecoobstetra	% dentro de DESGARRO PERINEAL	37.7%	32.5%	35.1%
		Médico residente	Recuento	0	1
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	0.0%	1.3%	0.6%
	Obstetra	Recuento	40	22	62
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	51.9%	28.6%	40.3%
	Interno de medicina	Recuento	8	29	37
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	10.4%	37.7%	24.0%
	Total	Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson = 18.441

Significancia (P)<0.001 ($p < 0.05$)

OR=5.211 (Interno de medicina)

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y uso de oxitocina se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal, en 53.2% se usó oxitocina durante el trabajo de parto, mientras que en el grupo de pacientes que no presentaron desgarro perineal 26% se usó oxitocina. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 11.971, $p = 0.001$ ($p < 0.05$); lo cual demuestra que si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que presentan desgarro perineal y las que no. Por lo cual nos permite concluir que si existe asociación entre el desgarro perineal y el uso de oxitocina. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 11.

Tabla 10. Relación de la muestra según desgarro perineal uso de oxitocina. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL		Total	
		No presenta desgarro	Presenta desgarro		
USO DE OXITOCINA	NO	Recuento	57	36	93
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	74.0%	46.8%	60.4%
	SI	Recuento	20	41	61
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	26.0%	53.2%	39.6%
Total		Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson =11.971

Significancia (p)<0.001 (p<0.05)

OR=3.246

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y periodo expulsivo se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal 96.1% tuvieron un periodo expulsivo menor a 60 minutos. Mientras que, en el grupo sin desgarro perineal 100% tuvo un periodo expulsivo menor a 60 minutos. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor 3.060, $p = 0.080$ ($p > 0.05$), lo que nos permite concluir que no existe asociación entre el periodo expulsivo y el desgarro perineal. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 12.

Tabla 11. Relación de la muestra según desgarro perineal y periodo expulsivo. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

			DESGARRO PERINEAL		Total
			No presenta desgarro	Presenta desgarro	
PERIODO EXPULSIVO	< 60min	Recuento	77	74	151
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	96.1%	98.1%
	60 - 90 min	Recuento	0	3	3
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	0.0%	3.9%	1.9%
Total	Recuento		77	77	154
	% dentro de DESGARRO PERINEAL		100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson = 3.060

Significancia (p)=0.080 ($p > 0.05$)

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y presentación del parto se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal 97.4% de las pacientes con desgarro perineal tuvieron una presentación cefálica de vértice. No obstante, en el grupo sin desgarro perineal se observó que la presentación cefálica de vértice se presentó en la totalidad del grupo con 100.0% de frecuencia. Por otro lado, 2.6% de las pacientes con desgarro perineal tuvieron presentación de bregma El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor 2.026, $p = 0.155$ ($p > 0.05$); lo cual demuestra que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que presentan desgarro perineal y las que no. Por lo cual nos permite concluir que no existe relación entre el desgarro de periné y la presentación de parto cefálica. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 13.

Tabla 12. Relación de la muestra según desgarro perineal y presentación del parto. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL			
			No presenta desgarro	Presenta desgarro	Total
PRESENTACION DEL PARTO	Cefálica de vértice (suboccipito - bregmático)	Recuento	77	75	152
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	97.4%	98.7%
	Cefálica de bregma (sincipucio)	Recuento	0	2	2
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	0.0%	2.6%	1.3%
Total		Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson =2.026

Significancia (p)=0.155 ($p > 0.05$)

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y perímetro cefálico se observó que: Del total de pacientes que presentaron desgarro perineal 24.7% tuvieron un recién nacido con perímetro cefálico >35 cm, mientras que en el grupo de pacientes que no presentaron desgarro perineal 6.5% también tuvieron un recién nacido con perímetro cefálico >35 cm. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor 9.674, $p = 0.002$ ($p < 0.05$); lo cual demuestra que si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que presentan desgarro perineal y las que no. Por lo cual nos permite concluir que si existe asociación entre el desgarro perineal y el perímetro cefálico del recién nacido. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 14.

Tabla 13. Relación de la muestra según desgarro perineal y perímetro cefálico. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

			DESGARRO PERINEAL		
			No presenta desgarro	Presenta desgarro	Total
PERIMETRO	≤	Recuento	72	58	130
CEFÁLICO	35cm	% dentro de DESGARRO PERINEAL	93.5%	75.3%	84.4%
	>	Recuento	5	19	24
	35cm	% dentro de DESGARRO PERINEAL	6.5%	24.7%	15.6%
Total		Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson = 9.674

Significancia (p)=0.002 ($p < 0.05$)

OR=4.717

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y peso del recién nacido se observó que: 94.8% de las pacientes con desgarro perineal tuvieron un recién nacido con peso entre los 2500 y 4000 gramos. No obstante, en el grupo sin desgarro perineal también se observó un porcentaje similar de recién nacidos con peso entre los 2500 y 4000 gramos con 90.9% de frecuencia. Sin embargo del total de pacientes que tuvieron recién nacidos >4000 gr, 4 presentaron desgarro perineal, y solo una no tuvo desgarro perineal. El análisis inferencial mediante el estadístico Chi cuadrado mostró un valor de 7.863, $p = 0.020$ ($p < 0.05$); lo cual demuestra que si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes que presentan desgarro perineal y las que no. Por lo cual nos permite concluir que si existe asociación entre el peso del recién nacido y el desgarro perineal. El detalle de las frecuencias se encuentra en la Tabla 14.

Tabla 14. Relación de muestra según peso del recién y desgarro perineal nacido. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

		DESGARRO PERINEAL			
		No presenta desgarro	Presenta desgarro	Total	
PESO DEL RECIÉN NACIDO	<2500g	Recuento	6	0	6
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	7.8%	0.0%	3.9%
	2500 - 4000g	Recuento	70	73	143
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	90.9%	94.8%	92.9%
	> 4000g	Recuento	1	4	5
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	1.3%	5.2%	3.2%
Total		Recuento	77	77	154
		% dentro de DESGARRO PERINEAL	100.0%	100.0%	100.0%

ChiCuadrado de Pearson = 7.863

Significancia (p)=0.020 ($p < 0.05$)

OR=4.164 (>4000gr)

Al evaluar la relación entre desgarro perineal y algunos datos cuantitativos como por ejemplo la edad materna, perímetro cefálico y peso del recién nacido se observó que: la media de la edad de pacientes que presentaron desgarro perineal fue de 25.75 años, mientras las que no presentaron desgarro perineal fue de 24.48 años; el análisis mediante la prueba de Levene de igualdad de varianzas, muestras independientes, mostró un valor de $F=0.545$ y $P=0.461$, demostrando que no hay una relación entre el desgarro perineal y la edad materna. La media del peso de los recién nacidos de pacientes que presentaron desgarro perineal fue de 3354.82 gr, mientras que de las pacientes que no tuvieron desgarro de periné fue de 2968.92 gr; el análisis mediante la prueba de Levene de igualdad de varianzas, muestras independientes, mostró un valor de $F=14.324$ y $P<0.001$, demostrando que si hay una relación entre el peso del recién nacido y el desgarro perineal. La media del perímetro cefálico de los recién nacidos de pacientes que presentaron desgarro perineal fue de 33.6 cm, mientras que de las pacientes que no tuvieron desgarro de periné fue de 32.4 cm; el análisis mediante la prueba de Levene de igualdad de varianzas, muestras independientes, mostró un valor de $F=13.886$ y $P<0.001$, demostrando que si hay una relación entre el desgarro perineal y perímetro cefálico del recién nacido. El detalle se encuentra en la Tabla 16.

Tabla 15. Relación de la muestra según desgarro perineal y datos cuantitativos como edad materna, peso del RN y perímetro cefálico. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita 2021 – 2022.

	DESGARRO PERINEAL	N	Media	Desv. Estándar	Media de error estándar
EDAD MATERNA	No presenta desgarro	77	25.75	6.837	.779
	Presenta desgarro	77	24.48	5.955	.679
PESO DEL RECIÉN NACIDO (gramos)	No presenta desgarro	77	2968.92	359.004	40.912
	Presenta desgarro	77	3354.82	475.671	54.208
PERÍMETRO CEFÁLICO (centímetros)	No presenta desgarro	77	32.456	2.0445	.2330
	Presenta desgarro	77	33.584	3.0927	.3524

Edad materna: $F=0.545$ $p=0.461$

Peso del RN: $F=14.324$ $p<0.001$

Perímetro cefálico del RN: $F=13.886$ $p<0.001$

V. DISCUSIÓN

El desgarro perineal es una complicación relativamente frecuente del parto vaginal que puede conllevar a distintas complicaciones tanto inmediatas como mediatas con distintos grados de severidad. Durante el proceso de parto, los tejidos y estructuras que conforman el piso pélvico o cuerpo perineal puede sufrir lesiones debido a distintas causas y/o factores (4). La identificación de las distintas causas y/o factores que contribuyen a que esto suceda, es sumamente importante ya que de esta manera se podrán optar medidas preventivas y así reducir la incidencia de este tipo de complicaciones.

En la presente investigación correlacionamos al desgarro perineal con algunos de los factores asociados estudiados en investigaciones previas como por ejemplo: La obesidad, diabetes mellitus, preeclampsia, corioamnionitis, la primiparidad, el periodo intergenésico corto, un periodo expulsivo prolongado, el uso de oxitocina, la macrosomía, perímetro cefálico > 35 cm. Específicamente buscamos determinar los factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en un hospital de Paita.

Se puede observar el porcentaje de pacientes con desgarro perineal en sus distintos grados de severidad, en donde se determina que del total de las pacientes que presentaron desgarro perineal, la gran mayoría (94.8%) fue de grado I, seguido de grado II (3.9%) y IIIa (1.3%). No hubo incidencia de casos de desgarro perineal tipo IIIb, IIIc y IV. Similar a la investigación de Lins y Col. En el año 2019 (28), en donde también se halló una mayor incidencia de casos de desgarro perineal de grado I (47%), seguido por grado II (31%) y grado III (1.8%), y al igual que en nuestra investigación, no se encontraron casos de desgarro perineal de grado IV; al igual que en la investigación de Mboua y col. En el año 2021 (22), en donde tampoco se encontró casos de desgarro grado 3 y 4. Esto puede estar relacionado a que los grados más severos de desgarro perineal son menos frecuentes, siendo los de mayor incidencia los de primer y segundo grado.

Así mismo se describe las características sociodemográficas de toda la población estudiada, teniendo como edad media 25.12 ± 6.42 años de edad. El nivel educativo de toda esta población fue en su mayoría el nivel secundario con un 54.5%, seguido por nivel primario (21.4%) y superior (18.8%). La mayor cantidad de pacientes

estudiadas tuvo como estado civil conviviente (61.7%), seguido de las casadas (26.6%).

Observamos la relación que hay entre el desgarró perineal y la paridad, en donde encontramos que de todas las pacientes que presentaron desgarró, el 70.1% era múltipara; sin embargo, de las que no presentaron desgarró, 65.3% también era múltipara. Y con respecto a la nuliparidad no hubo mucha diferencia estadística, ya que 29.9% de las pacientes con desgarró era múltipara, y 37.7% de las que no presento desgarró también fue nulípara. Con un $p=0.307$ (>0.05), OR (nulípara)=0.705, se concluye que no hay una relación significativa estadísticamente entre la nuliparidad y la incidencia de desgarró perineal. Se encuentra similitud con la investigación de Chill y col. En el año 2021 (20), en donde menciona que el tener parto vaginal anterior, o sea ser múltipara, encuentra un mayor riesgo de que ocurra un tipo de desgarró, sobre todo de los que afecta el esfínter anal. Sin embargo, esto se contrapone a lo que dice Barca y col (18). En su investigación del año 2021, en donde muestra como resultado que la nuliparidad es un factor de riesgo para desgarró con un OR=3.48. Al igual que en la investigación de Karaca y col. En 2022 (14), que considera a la nuliparidad como un factor que se asocia a desgarró perineal (OR=1.72, P=0.007). Esta diferencia de resultados puede deberse a que en nuestra investigación consideramos dos distribuciones, las que no tuvieron ningún parto (nulíparas) y las que ya habían tenido previamente algún parto (múltiparas), en el contexto de pacientes tanto adolescentes, jóvenes y adultas; sin embargo en otras investigaciones aparte de la nuliparidad como factor de riesgo, su población fue de pacientes adolescentes, en donde como se sabe, la mayoría de ellas no cuenta con una estructura pélvica totalmente desarrollada, lo cual podría contribuir a que haya esa diferencia de resultados.

Se evalúa también la relación que hay entre el desgarró perineal y el periodo intergenésico, para poder saber si un factor de riesgo es el periodo intergenésico corto; sin embargo, del total de pacientes con desgarró perineal solo el 35.2% había tenido un periodo intergenésico corto ($<18m$), y de las que no presentaron desgarró perineal 25% también tuvieron un periodo intergenésico corto. Con un resultado de chi cuadrado de 1.247 y $p=0.706$ (>0.05), se concluye que no hay una relación estadísticamente significativa entre el periodo intergenésico y el desgarró perineal.

Esto discrepa con el trabajo de García c. en su trabajo de 2018 (43), en donde refiere que en sus resultados encontró como factor de riesgo el periodo intergenésico, con un $OR=3.452$.

La relación entre el desgarro perineal y el IMC, para evaluar si es un factor de riesgo la obesidad. Los resultados muestran que solo el 7.8% de las pacientes con desgarro sufrían de obesidad, mientras que de las que no presentaron desgarro, 5.2% también sufrirán de obesidad. Con un $p=0.106$ (>0.05), concluyéndose que no había una relación significativa entre el IMC y el desgarro perineal, por lo cual se puede decir que la obesidad no es un factor que apoye al desgarro. Esto coincide con la investigación de Yamasato y col. Durante el año 2019 (27), en donde concluyen que las mujeres obesas tienen menor prevalencia de desgarros, por otro lado, mencionan que las pacientes con $IMC<30$ tuvieron mayor prevalencia de desgarro perineal. Esto puede deberse a que una paciente obesa tiene mayor cantidad de tejido adiposo que cubra el periné y pueda funcionar como protección ante un desgarro.

Se observa la relación que encontramos entre el desgarro perineal y la diabetes mellitus como factor de riesgo. Los resultados muestran que solo el 9.1% de las pacientes con desgarro presentaban también diabetes mellitus, mientras que de las que no presentaron desgarro 5.2% también presentaron diabetes mellitus. Con un resultado de $p=0.348$ (>0.05) y $OR=1.825$, demuestra que no hay una relación estadísticamente significativa entre la diabetes mellitus y el desgarro perineal. Estos resultados difieren al de la investigación de Von Theobald y col. En el año 2020, en donde demuestran que en su población de estudio la diabetes mellitus tenía relación con el desgarro perineal de tercer y cuarto grado ($OR=1.73$). Al igual que en la investigación de Bączek y col. En el año 2022, que encuentran una relación significativa entre diabetes y el desgarro perineal ($p=0.046$). Esta discrepancia probablemente se deba a que solo se ha considerado la presencia o no del antecedente de diabetes mellitus en la madre, y no si la diabetes era controlada o no controlada con fármacos, o si estaba compensada o descompensada.

Se investigó también los factores que se relacionan con el desgarro perineal como Preeclampsia, donde encontramos que de las pacientes que tuvieron desgarro el 49.4% presentó preeclampsia; sin embargo, las que no tuvieron desgarro perineal el 48.1% presentó preeclampsia con un $p=0.872$ ($p>0.05$) $OR=1.053$, por lo tanto si

bien las pacientes con preeclampsia tuvieron mayor incidencia de desgarro perineal la diferencia no fue estadísticamente significativa, esto difiere del estudio de Gobiuff (11) en el año 2023 donde muestra como resultado que la preeclampsia es un factor de riesgo para desgarro perineal (OR=1.34), esta diferencia entre nuestro estudio puede deberse a que la mayoría de madres de nuestro estudio son jóvenes y tienen menor riesgo de preeclampsia; así mismo no se tuvo como factor previo preeclampsia.

Entre los factores maternos tenemos la Corioamnionitis en donde el 20.8% tuvo corioamnionitis y presentaron desgarro perineal; los que no presentaron desgarro perineal 10.4% presentaron corioamnionitis. Con un resultado de Chi cuadrado de 3.159, $p=0.076$ ($p>0.05$) con un OR= 2.26 concluyendo que no hay relación estadísticamente significativa, esto discrepa del estudio de Gobiuff (11) en el año 2023 donde muestra que la corioamnionitis se asoció con casi el doble de riesgo (OR=1.86)

En relación al desgarro perineal y la persona que atiende el parto vemos en nuestro estudio el 37.7% con desgarro perineal fueron atendidas por internos de medicina y 28.6% por obstetras en cambio en el grupo sin desgarro perineal las atenciones por obstetra tuvieron 51.9% de frecuencia. $p = 0.001$ ($p<0.05$); Por lo cual nos permite concluir que si existe asociación entre el personal que atiende el parto y el desgarro perineal, esto coincide con el estudio de Barreno(12) (OR=0.72, $p<0.05$) que considera la atención de parto por un obstetra como factor de protección, esto debido a que si ocurre una interurrencia al momento de la expulsión son quienes toman medidas rápidamente para minimizar las complicaciones y/o consecuencias a largo plazo.

Respecto al uso de oxitocina se observó que las pacientes con desgarro perineal el 53.2% usaron oxitocina, en las pacientes sin desgarro perineal se observó un porcentaje menor de uso de oxitocina 26%, teniendo un valor $p = 0.0001$ concluyendo que si existe asociación entre el desgarro perineal y el uso de oxitocina, es por ello que los hallazgos del estudio se asemejan a los encontrados por Bączek (13) quien concluyó que si hay asociación del desgarro con oxitocina ($p=0.041$), esto debido a que en ambos hospitales de estudios se usa la oxitocina como estimulación con el fin de mejorar la dinámica del útero para que el parto sea vaginal.

En cuanto al periodo expulsivo en nuestro estudio encontramos que el 96.1% de las pacientes con desgarro perineal tuvieron un periodo expulsivo menor a 60 minutos, así mismo en el grupo sin desgarro perineal se observó que el periodo expulsivo menor a 60 minutos se presentó en la totalidad del grupo con 100.0%, llegando a tener un $p=0.080$ por lo que no encontramos significancia estadística, de esta manera similar se evidenció en el estudio Saucedo(15) que el tiempo de duración del periodo expulsivo tampoco mostró relación con el desgarro perineal $p=0.85$ esto debido a que en ambos estudios el periodo expulsivo es menor a 60 minutos, siendo importante tener en cuenta el tiempo dedicado a cada período para evitar provocar sufrimiento fetal al exponer al niño demasiado tiempo al pasar por el canal de parto.

Se observa también la relación entre el desgarro perineal y la presentación del parto en donde encontramos que el 97.4% tuvieron una presentación cefálica de vértice mientras el grupo sin desgarro perineal se observó que la presentación cefálica de vértice se presentó en la totalidad del grupo con 100%, y de la presentación de bregma 2.6% fueron de las pacientes con desgarro perineal donde hay una significancia estadística ($p=0.155$ ($p>0.05$)) donde nos permite concluir que no existe asociación entre el desgarro perineal y la presentación de parto cefálica ya que es la posición deseable en los bebés dentro del útero durante el momento del parto, siendo la posición más fácil y segura.

Al relacionar el desgarro perineal y perímetro cefálico encontramos que el grupo con desgarro un 24.7% tuvieron un recién nacido con perímetro cefálico >35 cm, y 6.5% tuvieron un perímetro cefálico >35 cm, mostrado un valor 9.674, $p=0.002$ ($p<0.05$); concluyendo que si existe asociación entre el desgarro perineal y el perímetro cefálico, siendo estos resultados similar al estudio de Laurita y col¹¹ en el 2023 donde concluye que el perímetro cefálico es un factores de riesgo neonatal (OR 1.50; $p=0.001$) esto debido a que constituyen un factor condicionante para alguna lesión del canal pélvico por el aumento del diámetro cefálico haciendo que el periné tenga mayor distensión y mayor amplitud originando desgarros.

La relación que hay entre el desgarro perineal y el peso del recién nacido donde el 94.8% tuvieron un recién nacido con peso dentro de los límites normales, (2500 y 4000 gr); un 5.2% tuvieron un peso >4000 gr, donde se encontró significancia estadística, ($p=0.020$ ($p<0.05$)) esto también se evidencia en el estudio de Gobiuff¹⁰

junto a diversos estudios donde nos indican un factor de riesgo importante de desgarro perineal al tener recién nacidos mayores de 4.000 g c, esto se debe a q que se han determinado que un peso fetal superior a 4000 g se asocia con mayor riesgo de desgarros perineales, explicándose por la mayor circunferencia cefálica, en nuestro estudio se encontró 5 recién nacidos con más de 4.000 gr, esto pudiendo deberse a los factores demográficos de la población atendida.

En general, tenemos, el perímetro cefálico, el peso del recién nacido y el personal que atiende el parto como factores relacionados al desgarro perineal posparto en el Hospital las Mercedes de Paita. Por lo tanto, se justifican estudios con tamaños de muestra más grande que nuestro estudio para determinar la magnitud de riesgo de desgarro perineal que este asociado con la falta de experiencia o capacitación en la atención del parto e identificar otros factores asociados. Asimismo, requiere personal calificado para evaluar prácticas y técnicas durante la atención del parto con mejor evidencia basándose en recomendaciones nacionales e internacionales. Este estudio debería contribuir a futuras investigaciones en esta área, ya que los desgarros perineales pueden provocar complicaciones y también así investigar intervenciones que puedan prevenir esta afección.

VI. CONCLUSIONES

1. En la presente investigación la media de la edad materna fue de 25.12 ± 6.42 años, además de presentar en la mayoría de las pacientes un nivel educativo de solo hasta educación secundaria, con un estado civil de conviviente en la mayor parte de la muestra estudiada.
2. Los grados de severidad del desgarro perineal que presentaron las pacientes estudiadas como casos, fue principalmente de grado I, seguido de grado II y IIIa; en la presente investigación no se encontraron casos de desgarro perineal de grado IIIb, IIIc y IV.
3. No se encontraron factores maternos asociados al desgarro perineal que fueran estadísticamente significativos, ya que el IMC, diabetes mellitus, preeclampsia y corioamnionitis, todos tuvieron un valor de significancia $p > 0.05$, con lo cual se demuestra que no existe asociación entre estos factores maternos con el desgarro perineal.
4. Los factores obstétricos que se asociaron al desgarro perineal en la presente investigación fueron: la atención del parto por un interno de medicina, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, tener un recién nacido con perímetro cefálico > 35 cm y el peso del recién nacido > 4000 gr.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar capacitaciones al personal encargado de atender partos vaginales, enfocándose en las diversas técnicas de protección del tejido perineal con el objetivo de disminuir el riesgo e incidencia de desgarro perineal durante el proceso del parto.
- Realizar seguimiento estricto a las pacientes gestantes, tratando de que puedan llevar la cantidad de controles prenatales adecuada, y de esa forma poder identificar a tiempo algún factor que pueda aumentar el riesgo de desgarro perineal y así poder evitarlo.
- Informar a las pacientes gestantes durante los controles prenatales sobre los distintos factores de riesgo que pueden contribuir a que ocurra un desgarro perineal durante el parto, para que de esta manera todos juntos en equipo, tanto el personal de salud como la misma paciente, colaboren a disminuir la incidencia de desgarro perineal.

REFERENCIAS:

1. Gimovsky AC. Defining arrest in the first and second stages of labor. *Minerva Obstet Gynecol.* 2021 Feb;73(1):6-18.
2. Goh R, Goh D, Ellepola H. Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract.* 2018 Jan-Feb;47(1-2):35-38.
3. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 247: 94-100.
4. Meister MR, Cahill AG, Conner SN, Woolfolk CL, Lowder JL. Predicting obstetric anal sphincter injuries in a modern obstetric population. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(3): 310.
5. Abedzadeh M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *J Obstet Gynaecol.* 2019; 39(2): 206-211.
6. Mora I, Sánchez E, Carmona F, España M. Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: episiotomy or second degree perineal tear?. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences.* 2015; 3(2): 84–88
7. Smith L, Price N, Simonite V, Burns E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013; 13: 1–9.
8. Bączek G, Rzońca E, Sys D, Rychlewicz S, Durka A, Rzońca P, Bień A. Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth-Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(13): 7653.
9. De Jesús A, Paredes S, Valtierra G, Los Santos F, Sánchez B, Ledogar R, et al. Associations with perineal trauma during childbirth at home and in health facilities in indigenous municipalities in southern Mexico: a cross-sectional cluster survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1): 198.
10. Gbioff S, Lenchner E, Gulersen M, Bar-El L, Grünebaum A, Chervenak F, Bornstein E. Risk factors associated with third- and fourth-degree perineal

- lacerations in singleton vaginal deliveries: a comprehensive United States population analysis 2016-2020. *J Perinat Med*. 2023 Jun 1.
11. Laurita L, Odjidja E, Zanfini B, Catarci S, Carducci B, Draisci G, Lanzone A, Bevilacqua E. Risk factors associated with severe perineal lacerations during vaginal delivery: a 10-year propensity score-matched observational study. *AJOG Glob Rep*. 2023; 3(2): 100174.
 12. Barreno P. Factores de riesgo asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana en el 2021. Piura. Universidad Nacional de Piura. 2022.
 13. Bączek G, Rzońca E, Sys D, Rychlewicz S, Durka A, Rzońca P, Bień A. Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth-Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(13): 7653.
 14. Karaca S, Adıyeke M, İleri A, Vural T, Şenkaya A, İleri H, et al. Desgarros perineales obstétricos en adolescentes embarazadas y los factores que influyen. *Revista de ginecología pediátrica y adolescente*. 2022; 35(3): 323–8.
 15. Saucedo A, Tuuli M, Gregory T, Arya L, Lowder J, Woolfolk C, et al. Are There Modifiable First and Second Stage Risk Factors for Perineal Lacerations? *American journal of obstetrics and gynecology*. 2022; 226(1): S676–S677.
 16. Gonzalez A, Zigelboim I, Anasti J, Merola J, Stoltzfus J, Lucente V. A Search for Novel Risk Factors for Obstetric Anal Sphincter Injury. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2022; 28(2): 104-108.
 17. Naqvi M, Jaffe E, Goldfarb I, Bryant A, Wylie B, Kaimal A. Prolonged Second Stage of Labor and Anal Sphincter Injury in a Contemporary Cohort of Term Nulliparas. *Am J Perinatol*. 2022; 39(9): 937-943.
 18. Barca J, Bravo C, Pintado M, Cueto I, Ruiz J, Cuñarro Y, Buján J, Alvarez M, et al. Risk Factors in Third and Fourth Degree Perineal Tears in Women in a Tertiary Centre: An Observational Ambispective Cohort Study. *J Pers Med*. 2021; 11(8): 685.
 19. Matei A, Poenaru E, Dimitriu M, Zaharia C, Ionescu C, Navolan D, et al. Trauma obstétrico de tejidos blandos durante el parto vaginal espontáneo en la población adolescente rumana: estudio comparativo multicéntrico con población

- adulta. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*. 2021; 18(21): 11491.
20. Chill H, Karavani G, Lipschuetz M, Berenstein T, Atias E, Amsalem H, Shveiky D. Obstetric anal sphincter injury following previous vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2021; 32(9): 2483-2489.
21. Kim KW, Lee S. Childbirth outcomes and perineal damage in women with natural childbirth in Korea: a retrospective chart review. *Korean J Women Health Nurs*. 2021; 27(4): 379-387.
22. Mboua Batoum V, Ngo Um Meka E, Essiben F, Robinson ME. Perineal body length and prevention of perineal lacerations during delivery in cameronian primigravid patients. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Sep;154(3):481-484.
23. Jansson M, Franzén K, Hiyoshi A, Tegerstedt G, Dahlgren H, Nilsson K. Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women - the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1): 749.
24. von Theobald P, Bohrer M, Lorrain S, Iacobelli S. Risk factors associated with severe perineal tears: A five-year study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020 Sep;49(7):101820.
25. Reis Z, Pereira G, Vianini A, Monteiro M, Aguiar R. ¿Sabemos cómo evitar las OASI en posiciones de parto no supinas? Un análisis de cohorte retrospectivo. *Revista Brasileña de Ginecología y Obstetricia*. 2019; 41(10): 581–7.
26. Loarte W. Factores asociados a desgarro perineal post parto vaginal en madres atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018. Cusco. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2019.
27. Yamasato K, Kimata C, Burlingame J. Associations Between Maternal Obesity and Race, with Obstetric Anal Sphincter Injury: A Retrospective Cohort Study. *Hawaii J Med Public Health*. 2019; 78(1): 8-12.
28. Lins V, Katz L, Vasconcelos F, Coutinho I, Amorim M. Factors associated with spontaneous perineal lacerations in deliveries without episiotomy in a university maternity hospital in the city of Recife, Brazil: a cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019; 32(18): 3062-3067.
29. Papoutsis D, Antonakou A, Gornall A, Tzavara C. The Incidence of and Predictors for Severe Perineal Trauma and Intact Perineum in Women Having a

- Waterbirth in England: A Hospital-Based Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021; 30(5): 681-688.
30. Palomino L. Desgarro perineal y su relación con los factores de riesgo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega marzo a junio 2017. Abancay. Universidad Alas Peruanas. 2017.
31. Schive Ø, Frich L. Reconstruction of wound defects in the perineum. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2021;141.
32. Gibbs CM, Ginsburg AD, Wilson TJ, Lachman N, Hevesi M, Spinner RJ, Krych AJ. The anatomy of the perineal branch of the sciatic nerve. *Clin Anat*. 2018 Apr;31(3):357-363.
33. Hartinah A, Usman AN, Sartini, Jafar N, Arsyad MA, Yulianty R, Sirenden H, Nurung J. Care for perineal tears in vaginal delivery: An update for midwife. *Gac Sanit*. 2021; 35(2); 216-220.
34. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2020; 60(2): 175-182.
35. Jansson M, Franzén K, Hiyoshi A, Tegerstedt G, Dahlgren H, Nilsson K. Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women - the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1): 749
36. Khamseh FK, Zagami SE, Ghavami V. The Relationship between Perineal Trauma and Striae Gravidarum: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022; 27(5): 363-369.
37. Lincová M, Neumannová H, Mikysková I, Zikán M. Obstetric anal sphincter injuries - review of our data between 2015-2017. *Ceska Gynekol*. 2019; 84(1): 18-22.
38. De Freitas S, Cabral A, De Melo R, Resende A, Pereira V. Effects of perineal preparation techniques on tissue extensibility and muscle strength: a pilot study. *Int Urogynecol J*. 2019; 30(6): 951-957
39. Said A, Manji K. Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16(1): 243.

40. Gossett D, Gilchrist D, Wayne D, Gerber S. Simulation Training for Forceps-Assisted Vaginal Delivery and Rates of Maternal Perineal Trauma. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(3): 429-435.
41. Esteban N. Tipos de investigación. [Internet]. 2018. [Citado 02 junio 2023]. Disponible en: <http://repositorio.usdq.edu.pe/bitstream/USDG/34/1/Tipos-de-Investigacion.pdf>.
42. Zare R. Factores asociados a desgarro perineal durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Trujillo. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2020.
43. García F. Factores de riesgo asociados a desgarros perineales post parto vaginal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2017. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Myor de San Marcos; 2018.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores				Escala de medición
Desgarro perineal Pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina), que puede ocurrir de forma espontánea o iatrogénica.	Pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina), que puede ocurrir de forma espontánea o iatrogénica. Según lo registrado en historia clínica	Severidad	G1: laceración de la mucosa vaginal o de la piel perineal. G2: laceración que involucra los músculos perineales. G3: laceración que afecta a los músculos del esfínter anal: G3a, donde <50% del esfínter anal externo está desgarrado G3b: donde >50% del esfínter anal externo está desgarrado G3c donde los esfínteres anales externo e interno están desgarrados G4: laceración que se extiende a través del epitelio anal (comunicación del epitelio vaginal y anal)				Ordinal
Factores maternos Condiciones innatas o adquiridas de la madre que incrementan o disminuyen la probabilidad de tener	Condiciones innatas o adquiridas de la madre que incrementan o disminuyen la probabilidad de tener	IMC	<18.5 Delgadez	18.5 – 24.9 Normal	25 – 29.9 Sobrepeso	≥30 Obesidad	Nominal
		Diabetes mellitus	No		Si		
		Preeclampsia	No		Con signos de severidad	Sin signos de severidad	

disminuyen la probabilidad de un suceso.	DP. Según lo registrado en la historia clínica.	Corioamnionitis	Presenta		No presenta			
		Paridad	Primípara		Multípara			
Factores obstétricos Condiciones innatas o adquiridas en relación con la historia obstétrica que incrementan o disminuyen la probabilidad de un suceso.	Condiciones innatas o adquiridas en relación con la historia obstétrica que incrementan o disminuyen la probabilidad de tener un DP. Según lo registrado en la historia clínica.	Periodo intergenésico	< 18 m Corto	18 – 59 m Adecuado	> 59 m Prolongado		Nominal	
		Periodo expulsivo	< 60 min	61 – 90 min	> 90 min			
		Uso de oxitocina	No	< 10 Ud	> 10 Ud			
		Peso de RN	< 2500 gr	2500 – 3999 gr	≥ 4000 gr			
		Perímetro cefálico	<35cm		> 35cm			
		Personal que atiende el parto	Médico ginecoobstetra Médico general Obstetra Interno de medicina Interno de obstetricia					
		Presentación del parto	Cefálica de vértice u occipucio Cefálica de bregma De frente De cara					

ANEXO 3: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

25 OCT 2023

10:24 ~

"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

25 OCT 2023

Solicito: Permiso para realizar trabajo de investigación.

UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HORR. para realizar

DR.

Victor Marquezado Coronado

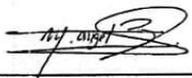
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES PAITA

Yo Zapata Luna Miguel Angel, identificado con DNI 4035506, domiciliado en Urb. nueva esperanza mz E lote 20-sullana; y yo Cármenes Tavera Diana Alessandra, identificada con DNI 72320282, domiciliada en Urb. Santa Margarita Ei 21 VII etapa; estudiantes de XIII ciclo de la facultad de Medicina de la Universidad César Vallejo ante usted con respeto nos presentamos y exponemos.

Que es de especial interés para nosotros y como parte de nuestra formación profesional realizar un proyecto de investigación previo a la obtención del título profesional, para lo cual hemos creído conveniente realizar un estudio titulado: Factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en púérperas de parto vaginal en un hospital de Paita, esto bajo el asesoramiento y con autorización de la universidad a la cual pertenezco; no obstante solicitamos su autorización para desarrollar el estudio en mención, esperando contar con las facilidades y acceso a las historias clínicas de la población para dicho estudio, así mismo designar a quien corresponda se nos brinden las facilidades de la información solicitada, comprometiéndonos en todo momento a salvaguardar la identidad de las personas en estudio.

Así mismo nos comprometemos a dejar copia de los resultados obtenidos con la finalidad de contribuir en la mejora de los servicios de salud.

Piura 28 julio del 2023.



Zapata Luna Miguel Angel
Estudiante UCV
DNI: 74035506



Cármenes Tavera Diana Alessandra
Estudiante UCV
DNI: 72320282

ANEXO 4: APROBACIÓN DE SOLICITUD



GOBIERNO REGIONAL
PIURA

"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"
"Decenio de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres"
"Año de la igualdad, respeto y la no violencia contra la mujer en la Región Piura"

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

02 NOV 2023

INFORME N°057 -2023-HNSLMP-43002014268

Ing. Hugo Luis Yamunaqué Nima
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Apoyo II-1 Nuestra Señora de las Mercedes
Paíta.

ASUNTO: Proyecto de investigación
"Factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en púérperas de parto vaginal en un hospital de Paíta".
Zapata Luna Miguel Ángel y Cármenes Távora Diana
Alessandra
Universidad César vallejo - Piura

REF. : Solicitud de fecha 28 julio 2023.
Recepcionada por dirección 25 octubre 2023

ATT. : Ing. Estrellita de los Ángeles Villnueva Santos
Jefe de admisión HNSLMP

Por el presente me dirijo a usted para expresar el cordial saludo y en esta oportunidad presentar a los estudiantes de medicina de la Universidad Cesar Vallejo – UCV PIURA, de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Académica Profesional de Medicina, a quien recibimos con enorme satisfacción y responsabilidad el Proyecto de Investigación.

Que, Zapata Luna Miguel Ángel y Cármenes Távora Diana Alessandra, estudiante del XIII ciclo de la Universidad Cesar Vallejo – Piura, realizará un proyecto de investigación denominado: "FACTORES MATERNOS Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL DESGARRO PERINEAL EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL EN UN HOSPITAL DE PAITA".

El proyecto es de interés y de beneficio para la institución, considerando que busca determinar los factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en púérperas de parto vaginal en el Hospital Apoyo II-1 Nuestra Señora de las Mercedes – Paíta, y servirá como documento de consulta para la investigación, así también, describir los grados de desgarro perineal de las púérperas y factores asociados a la primiparidad, el sobrepeso/obesidad.

Así mismo, ha sido aprobado con Resolución Directoral N° 0012A-2023-UCV-VA-P23-S/DE y viene con proveído de la Dirección General, y ha sido aceptado por la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, en consecuencia, para su estudio y desarrollo requiere de información de la Unidad de Estadística e Informática, Oficina de Admisión del Hospital Apoyo II-1 Nuestra Señora de las Mercedes – Paíta.

Agradezco la atención que brinde al presente, así como también otorgar las facilidades en beneficio de la investigación, desarrollo académico y científico de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital II-1 Nuestra Señora de las Mercedes de Paíta.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterar el saludo institucional y estima personal.

Atentamente,

C.C. Arch
Tesis
UADI/GUCE

GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA
Med VÍCTOR E. MONTES PESANTES
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Av. República de Chile N° 324
Of. 201-202
Jesús María – Lima 11
Teléfono (01) 240069

Zona Industrial II
Mz. "H" Lote – 01 Paíta
Teléfono (073) 283860
www.hospitallasmercedespaíta.gob.pe



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, ALZAMORA DE LOS GODOS URCIA LUIS ALEX, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "Factores maternos y obstétricos asociados al desgarro perineal en púerperas de parto vaginal en un hospital de Paita", cuyos autores son CARMENES TAVARA DIANA ALESSANDRA, ZAPATA LUNA MIGUEL ANGEL, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 10 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
ALZAMORA DE LOS GODOS URCIA LUIS ALEX DNI: 18133490 ORCID: 0000-0003-1315-102X	Firmado electrónicamente por: LAALZAMORADELA el 28-12-2023 23:58:14

Código documento Trilce: TRI - 0691041