Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0

N° 013-2022

CONSTANCIA

El que, suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento de **Tesis** cuyo título es:

Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021

Presentado por: **Bach. FRANCCESCA ESTEFANIA PAZ PRADO**

del nivel de Pregrado de la Facultad de Obstetricia. El resultado obtenido es el (Porcentaje similitud es del 7 %) por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según **Reglamento de Evaluación para la Originalidad.**

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Ica, 09 de agosto de 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dra. ROSA ELVIRA RUIZ REYES
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION

Adjunto:

- INFORME N° 013-OPERADOR-UI-F.Obs.-UNICA-2022

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TESIS

Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021

Línea de investigación

Salud pública y conservación del medio ambiente

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA

AUTORA

PAZ PRADO FRANCCESCA ESTEFANIA

ASESOR

Dr. SILVERIO ALEJO HUAMANI

Ica, Perú

2022

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por guiarme y protegerme en este recorrido de aprendizaje.

A mis padres por ser ese ejemplo y empuje para culminar con mis estudios universitarios, estando agradecida con ellos por todo el apoyo que me brindaron desde el principio hasta la culminación de la carrera profesional de obstetricia.

Está dedicado a ellos con todo el cariño que les tengo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional San Luis Gonzaga por la oportunidad de poder llevar a cabo mi formación profesional.

A los docentes y personal administrativo de la facultad de obstetricia por la calidad humana durante mi vida estudiantil, además de brindarme enseñanzas y consejos que me serán útiles en la vida profesional.

También al hospital Santa María del Socorro de Ica por haberme dado el privilegio de poder cumplir con mis prácticas pre profesionales además de otorgarme los datos necesarios para realizar mi investigación.

Por último, a mi asesor, Dr. Silverio Alejo Huamani, por el apoyo y seguimiento para llegar a concluir mi trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada……..... i

Dedicatoria……..... ii

Agradecimiento...……..... iii

Índice de contenidos..…….…….... iv

Índice de tablas……...…….... v

Índice de figuras…….....…… vi

RESUMEN.…… vii

ABSTRACT.…….. viii

I. INTRODUCCIÓN.....9

1.1 Bases teóricas 15

1.2 Justificación e importancia de la investigación.....27

1.3 Objetivos 27

1.4 Hipótesis y variables 28

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA 30

2.1 Tipo, diseño y nivel de la investigación 30

2.2 Población y muestra 30

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....31

2.4 Procesamiento y análisis de los datos 32

III. RESULTADOS.....32

IV. DISCUSIÓN 39

V. CONCLUSIONES.....41

VI. RECOMENDACIONES 42

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 43

VIII. ANEXOS.....46

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 1. Desgarro perineal según la edad materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021……. 33

TABLA Nº 2. Desgarro perineal según la paridad en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021…… 34

TABLA Nº 3. Desgarro perineal según la presencia de anemia materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021…… 35

TABLA Nº 4. Desgarro perineal según el peso del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021…….. 36

TABLA Nº 5. Desgarro perineal según el perímetro cefálico del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021….. 37

TABLA Nº6. Edad materna, paridad y perímetro cefálico del recién nacido como factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021…… 38

ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICO Nº 1. Desgarro perineal según edad materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021……... 60

GRÁFICO Nº 2. Desgarro perineal según la paridad en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021…… 61

GRÁFICO Nº 3. Desgarro perineal según la presencia de anemia materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021……... 62

GRÁFICO Nº 4. Desgarro perineal según peso del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021……... 63

GRÁFICO Nº 5. Desgarro perineal según perímetro cefálico del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021….. 64

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.

Metodología: Es observacional, analítico y retrospectivo, teniendo una muestra total de 186 historias clínicas de puérperas contando con 93 casos (con desgarro) y 93 controles (sin desgarro). Se utilizó IBM SPSS V26 para la prueba estadística Chi cuadrado y OR.

Resultados: Del total de puérperas con desgarro se observó que las adolescentes fueron el 34.4%, primíparas el 46.2%, las que tienen anemia 16.1%, las que tienen un recién nacido macrosómico 18.3%, y las que tienen un producto con perímetro cefálico ≥ 35cm el 63.4%. Mientras que del total de puérperas sin desgarro, las adolescentes fueron el 14%, primíparas el 18.3%, las que tienen anemia 21.5%, las que tienen recién nacido macrosómico 18.3%, y las que tienen producto con perímetro cefálico ≥ 35cm el 22.6%. Encontrándose también que los factores de riesgo asociados al desgarro perineal y que tienen relación significativa son la edad materna (p=0.004; OR= 3.2), la paridad (p=0.000; OR= 3.8), y perímetro cefálico del recién nacido (p=0.000; OR= 5.9). La anemia materna (p=0.348; OR=0.7; IC95%= 0.334-1.474) y el peso del recién nacido no tuvieron asociación significativa con el desgarro perineal (p=0.363; OR= 1).

Conclusión: La edad materna, la paridad y el perímetro cefálico del recién nacido son factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.

Palabras clave: Factores de riesgo, desgarro perineal, puérperas.

ABSTRACT

The Objective: To determine the risk factors associated with perineal tears in postpartum women treated at the obstetric center of the Santa María del Socorro Hospital from January - June 2021.

Methodology: It is observational, analytical and retrospective, having a total sample of 186 clinical records of postpartum women, with 93 cases (with tears) and 93 controls (without tears). IBM SPSS V26 was used for the Chi square and OR statistical test.

Results: Of the total puerperal women with tear, it was observed that adolescents were 34.4%, primiparous 46.2%, those with anemia 16.1%, those with a macrosomic newborn 18.3%, and those with a product with head circumference ≥ 35cm 63.4%. While of the total number of puerperal women without tears, adolescents were 14%, primiparous 18.3%, those with anemia 21.5%, those with macrosomic newborns 18.3%, and those with a product with head circumference ≥ 35cm 22.6%. . It was also found that the risk factors associated with perineal tear and that have a significant relationship are maternal age (p=0.004; OR= 3.2), parity (p=0.000; OR= 3.8), and head circumference of the newborn (p =0.000, OR= 5.9). Maternal anemia (p=0.348; OR=0.7; 95% CI= 0.334-1.474) and newborn weight did not have a significant association with perineal tear (p= 0.363; OR= 1).

Conclusion: Maternal age, parity and head circumference of the newborn are risk factors associated with perineal tears in postpartum women treated at the obstetric center of the Santa María del Socorro Hospital from January to June 2021.

Keywords: Risk factors, perineal tear, postpartum women.

I. INTRODUCCIÓN

Los desgarros perineales son lesiones maternas del parto que le acontecen a una mujer durante el expulsivo y que concurren tanto en piel como en los músculos que se exhiben adyacente a la vagina y perineo. Este último se dispone entre el orificio de la vagina y el ano. El traumatismo del suelo pélvico durante el parto vaginal ocurre en un 10-40% de las puérperas. (1) Este puede producirse de forma espontánea o como expansión de una episiotomía. Parte de estas lesiones son superficiales y desgarran la piel, otras son más profundas pudiendo desgarrar la piel y los músculos, así como también se puede extender desde la vagina al ano.

Dominar los aspectos anatomo-fisiopatológicos por parte de los conocedores de la salud debe ser fundamental, más para aquellos vinculados al trabajo de la conducción del parto y las reparaciones de posibles laceraciones, con el fin de precaver futuros daños para la madre, por lo que el conocimiento y la experiencia serán siempre armas de crucial importancia con la única misión de salvaguardar la vida e integridad de los pacientes.

Se admite dentro de las características de riesgo para desgarros perineales la primiparidad y adolescencia, otro componente que acrecienta el riesgo es la macrosomía, pues la madre se expone a sufrir desgarros perineales mientras mayor sea el peso del bebé al nacimiento, presentando inconvenientes durante su trayecto de salida aquellos con peso mayores 3500 gr. que son a término. También se admite al perímetro cefálico como otro componente de riesgo ya que dicho perímetro cuando es mayor hace más dificultoso los movimientos del feto para poder sobrepasar el canal vaginal, por el contrario cuando este perímetro es menor lo torna menos dificultoso. (2)

El parto adolescente requiere cuidado ya que resulta ser de riesgo para la madre y el recién nacido. En relación al producto se plantea que ocurre parto prematuro con peso inferior al nacimiento y APGAR con puntuación <7. Para la fémina adolescente se acrecienta el peligro de complicaciones obstétricas, haciéndose alusión a las presiones altas durante la gestación (Preeclampsia), sangrado posparto, endometritis puerperal, infecciones generales, rutina de episiotomía y desgarros perineales por el parto, estos postreros constituyen la lesión más usual. (3) Además, en primíparas los desgarros perineales ocurren en el 70% de los casos.

Por tales motivos dichos componentes deben ser tomados en cuenta durante la gestación para prevenir y con ello reducir el número de complicaciones futuras a corto y largo plazo como los desgarros perineales.

En los estados unidos las mujeres con parto eutócico presentan un riesgo de 85% para padecer un tipo de trauma perineal, 1-8% sufrirán un desgarro perineal severo y un 60-70% de los desgarros requerirán una sutura para reparación del mismo. (4) El Perú no es ajeno a esta problemática, pues es una de las lesiones más reconocidas y temidas durante el parto, hace media década se halló una prevalencia de 2.1% correspondiente a los desgarros perineales severos por parte del MINSA (Ministerio de Salud) así mismo un 1.7% correspondiente a ESSALUD (Seguro Social de Salud). (5) Según la OMS, en una publicación del 2015, de cada cien féminas en 1 a 8 se presenta desgarro de tercer o cuarto grado en el periné a causa del parto vaginal. (5)

La expulsión del producto condiciona a la presencia de solución de continuidad, limitándose a piel, tejidos y músculos. El trauma perineal (incluye a la episiotomía y desgarros) es una fuente de hemorragia, siendo la segunda causa de ésta en el postparto (2), por este motivo se debe de comprobar la validez de los sangrados por desgarro perineales para una conducción óptima.

Para el 2015, la DGE del MINSA, acotó que una de las etiologías de la hemorragia posparto dentro de Perú son los desgarros perineales mostrando una cantidad de 0.6%, siendo la hemorragia a su vez es una causa de muerte materna directa. (4)

La morbilidad en mujeres debido a desgarros perineales en el parto forma parte de un problema de salud, reportándose de este modo al menos un síntoma constante por muchas semanas post parto, causando incertidumbre. Esto tiene una base en los efectos desfavorables que se le atribuyen como las infecciones, sangrado, abscesos y hematomas, dolencia perineal, disfunción sexual e incontinencia fecal. (6)

Dentro de las complicaciones que se han mencionado, la dolencia perineal se presenta durante un par de semanas post parto en un 40% de las féminas, en un 20% persiste a las 8 semanas, y por mucho más tiempo en 9%, por otro lado la dispareunia se le atribuye a un 60% de mujeres por tres meses tras el parto, a un 30% en menos de 7 meses, y hasta por 3 años a un 15%. (7)

Una de las recomendaciones de la OMS durante el periodo expulsivo de las féminas es usar recursos para aminorar los daños y mejorar el parto, esto incorpora una serie de medidas conducidas a proteger el perineo. (8)

Diversos estudios se han llevado a cabo para establecer los componentes de riesgos que se vinculan a los desgarros perineales en parto eutócico, cuya finalidad transciende en encoger su incidencia.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Herrera, D. et al. (2018) hicieron en Ecuador su investigación "Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio de Gíneco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín" con el objetivo de determinar esos factores. Obtuvieron como resultado que del total de pacientes estudiados (658) el 24,76% presentaron desgarro perineal, el de grado 1 fue más visto con el 72,26 %, no se presentó caso alguno de desgarro grado 4. El grupo en el que más prevalencia de desgarro se vio fue de las adolescentes (≤18 años) con el 27,3%, también en féminas con recién nacidos de peso elevado (> 3500 g) con el 36% p= 0,029, otros son los recién nacidos con perímetro cefálico alto (>35 cm) con el 27%, los postérmino con un 33,3%, multíparas con el 33%, féminas que ingresan en expulsivo con un 81,8% y cuando el parto lo atendió el interno de medicina un 30,5%. La asociación entre desgarro perineal y los factores obtuvieron los siguientes OR: edad materna un OR=1,09, el peso elevado del recién nacido un OR=1,9, el perímetro cefálico alto un OR=1,09, los recién nacido postérmino un OR=1,35, la primiparidad un OR=2,224. (2)

Sánchez-Ávila M et al. en México el 2018, en su tesis "Prevalencia de desgarro de alto grado en parto de adolescentes mexicanas", tuvieron como objetivo conocer la prevalencia de desgarros de 3er y 4to grado durante el parto en adolescentes y evaluar los factores de riesgo en comparación con partos con laceración de mujeres adultas, hallándose como resultados una prevalencia de desgarros perineales severos del 2.0% en adultas y en madres jóvenes menores de edad del 2.5%, así mismo, ser adolescente fue un factor de riesgo teniendo 1.36 veces más la probabilidad que una mujer adulta, no se encontraron significancia en otras variables. (3)

Neira F. en el 2017, en su tesis "Prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de Ginecología Hospital Vicente Corral Moscoso, Agosto del 2016 a Febrero del 2017, Cuenca – Ecuador", con objetivo de determinar lo dicho en su título, llegó a los resultados que de las 109 pacientes la prevalencia de desgarros al momento de producirse el parto representa el 8% del total. En cuanto a los indicadores maternos, se estableció que las primíparas de 20 a 30 años fueron el grupo más afectado, y ser segunda gestación aumenta el riesgo de sufrir desgarros perineales. En cuanto a los indicadores obstétricos no se halló asociación con desgarro perineal y respecto a los indicadores neonatales pudo determinar influencia con el peso en el rango de 2501 gramos a 3999 gramos, y así mismo con el perímetro cefálico de 32 - 36 cm. Y se apreció con más frecuencia al desgarro grado I. (9)

Riquelme G., en Paraguay 2017, realizó su estudio observacional, descriptivo, de corte transversal titulado "Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017" con el objetivo de Determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el mencionado Hospital en dicho periodo de tiempo del año 2017. Teniendo los siguientes resultados: La prevalencia de desgarros fue del 26,4%. Entre los factores de riesgos: la edad materna en un 77,2%, comprendida en grupo etario de 20 a 34 años, 61,4% de procedencia urbana, controles prenatales insuficientes en 66,7%, en nulíparas fueron un 47,3%, 82,5% no se realizaron episiotomía y el grado de desgarro más frecuente fue de grado I en 77,1%. Un 89,4% de los recién nacidos tuvieron peso al nacer entre 2500 a 4000 gramos y el 87,7% fueron neonatos de término. (6)

ANTECEDENTES NACIONALES

Beretta V, planteó el 2019 un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles titulado "Factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018" cuyos resultados fueron los siguientes: De 228 puérperas (57 casos con desgarro perineal y 117 controles sin desgarro perineal), la edad promedio de la madre fue de 26,2 años, un 89,4% tuvieron una edad mayor o igual a 20 años; en un 98,2% hallo una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, la paridad promedio fueron multíparas en un 84,2%, en un en 71,9% se tuvo a un peso mayor a 3300gr. Los factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal fueron la paridad (p=0.000; OR=4,3; IC95%=2,017-9,464) y el ponderado fetal (OR: 2,3; IC95%=1,2-4,5; p= 0.009). (4)

Quispe M., en su tesis "Asociación entre factores de riesgo y desgarro perineal en pacientes atendidas en el Centro de Salud José Antonio Encinas Puno 2018" se obtuvo como resultados que el desgarro más frecuente fue de grado II con 52,94%; el 70,6% de pacientes con desgarro tuvo entre 20-34 años, siendo menores de 19 años solo el 17,6%, el 51% tuvieron anemia leve, en cuanto al IMC el 58,8% tenía peso normal, seguido de sobrepeso con 31,4% y la obesidad con 3,9%; el 88,2% no tuvieron psicoprofilaxis; el 58,8% fueron multíparas y el 41,2% primíparas, el 37,3% son sin período intergenésico, el 96,1% tuvieron un tiempo de expulsivo menor de 60 min., en cuanto al peso del recién nacido el 88,2% tuvo un recién nacido de 2500 a 3999 gramos y el 7,8% uno de ≥4000 gr, el 68,6% tuvo un recién nacido con perímetro cefálico mayor o igual a 35 cm. Concluyendo que hay una asociación significativa entre anemia materna y perímetro cefálico con el desgarro perineal. (10)

Loarte W, hizo un estudio de casos y controles, analítico, observacional, retrospectivo, titulado "Factores asociados a desgarro perineal post parto vaginal en madres atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018" con objetivo de determinar esos factores asociados a desgarro perineal después del vaginal en madres atendidas, en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018. Resultados encontrados: del total de pacientes con laceraciones perineales el 49% tuvieron desgarro de primer grado. Dentro de los que presentaron desgarro el 68.1% tienen entre 20 - 34 años de edad, el 72.2% fueron multíparas, el 63.5% no llevaron psicoprofilaxis obstétrica, al 36.2% les hicieron episiotomía, el 73.4% tuvieron un expulsivo ≤ 10 minutos y el 66.1% fueron atendidos por una obstetríz. Se concluyó que los factores maternos considerados de riesgo fueron el no recibir psicoprofilaxis (OR= 1.5, IC: 1.18 - 2.06), mientras que la episiotomía (OR= 0.18, IC: 0.12- 0.27) y ser primípara (OR = 0.5, IC= 0.37-0.87) fueron factores protectores para desgarro perineal. Los factores obstétricos resaltantes fueron la episiotomía (OR= 0.18, IC: 0.12- 0.27), duración del periodo expulsivo <= 10 minutos (OR= 0.3, IC: 0.2 - 0.6) y parto vertical (OR= 0.1, IC: 0.05-0.3) que demostraron ser factores protectores. (11)

Rivera S. (2019) realizo en Trujillo una tesis de casos y controles, "Factores maternos y neonatales asociados a los desgarros perineales. Hospital II Chocope, EsSalud. 2017 – 2018" la cual tuvo como objetivo determinar los factores maternos y neonatales asociados a mayor riesgo de desgarros perineales, y dio como resultados que la primiparidad (OR=2.1 IC95% (1.5-2.9)) es un factor materno de riesgo asociado a los desgarros perineales, por otro lado, la edad, talla materna, anemia, duración del trabajo de parto y el uso de oxitocina no lo fueron. Así mismo, no son factores neonatales asociados al desgarro, la talla, el peso, circunferencia cefálica. (12)

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

perineal fue la anemia materna. Los factores de riesgo obstétrico asociados a desgarro perineal fueron la paridad, el periodo intergenésico, inicio de parto, ponderado fetal, tiempo de periodo expulsivo y antecedente de trauma perineal. (13)

ANTECEDENTES LOCALES

Atauje N. en Ica–2017, con su tesis descriptiva, retrospectiva, transversal: "incidencia y factores de riesgo de desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, año 2017", tuvo el objetivo principal de determinar la incidencia y los factores de riesgo de desgarros perineales en el hospital de su estudio, año 2017; la población fue de 401 gestantes con desgarro perineal durante el parto en el hospital y año en estudio; y la muestra de 135 casos. Los resultados vistos fueron: de 1,301 partos vaginales, hubo una incidencia de desgarros perineales del 30.82% (401 casos). Sobre los factores de riesgo de desgarro perineal encontró que del total de la muestra el 95% tuvo desgarro de primer grado, de los cuales el 67% tenían edad cronológica entre 20 a 35 años, el 54% multíparas, el 50% con un recién nacido de peso entre 2500 – 3500 gr, el 93% tuvieron tiempo de periodo expulsivo normal y el 65% presentan periodo intergenésico adecuado. (14)

En el hospital donde se lleva el estudio, he podido contemplar puérperas con desgarros perineales, por lo que inspira a prestar atención y estudiar los distintos componentes de riesgo para prevenir y evitar los problemas a futuro. Por esto lleve a cabo la presente investigación con el siguiente problema general: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?, Y como problemas específicos: 1) ¿Es la edad materna un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?, 2) ¿Es la paridad un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?, 3) ¿Es la anemia materna un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?, 4) ¿Es el peso del recién nacido un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?, 5) ¿Es el perímetro cefálico del recién nacido un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?.

1.1 Bases teóricas

DEFINICIÓN DE DESGARRO

Se nombra como trauma obstétrico aquellas lesiones adyacentes al perineo que se suscitan en el parto. Esto se acontece por la conducción del feto al atravesar el canal de salida como también por el empuje y fuerza ejercida al realizar una manipulación. Se sobreviene con el parto o como expansión de la episiotomía. Este trauma en consecuencia de un desgarro tiene una representación del 65% en partos vía vaginal. (1)

Los desgarros perineales son lesiones que se presentan en partes blandas del canal del parto afectando al periné (tanto rafe medio y musculatura del periné, así como la vagina). (5)

Dichas lesiones guardan relación con la sobredistención mecánica del periné, debido a la presión ejercida por la cabeza u hombros del feto, instrumentos o manos del operador, a parte de algunos factores condicionantes. (15)

Los desgarros en vagina se curan por sí solas en corto intervalo de tiempo, algunos más extensos urgen de tratamiento. (16)

CLASIFICACIÓN

Las laceraciones perineales se integraron a un proceso evolutivo donde Sultán, a partir del año 1999, determino modificar el sistema habitual y conocido, por una subclasificación que englobe a las laceraciones de tercer grado. (17)

- Grado uno: implican aquellas que lesionan piel perteneciente al perineo y mucosa vaginal exclusivamente.
- Grado dos: Integra al conjunto de músculos perineales. Respetando a la musculatura del esfínter anal.
- Grado tres: Se llega a englobar a la musculatura del esfínter anal. Se subclasifican:
  3a: Menor al cincuenta por ciento del esfínter anal externo.
  3b: Una extensión que sobrepasa al cincuenta por ciento del esfínter anal externo.
  3c: Engloba compromiso EAS e IAS.
- Grado cuatro: Abarca lo antes dicho, sumado a la mucosa anal.

Este sistema de clasificación representa una mejora significativa con respecto a los sistemas más antiguos, ya que tiene en cuenta el IAS (esfínter anal interno). La nueva clasificación ha sido adoptada por el *Royal College of Obstetricians and Gynecologists,*

así como por el *American College of Obstetricians and Gynecologists*. También ha sido reconocido por la Agencia de Investigación y Calidad Sanitaria. (17)

El pronóstico para aquellas lesiones de primer y segundo grado es bueno, por el contrario para las de tercer y cuarto grado es reservado por el fracaso de las suturas debido a complicaciones sépticas. (15)

ANATOMÍA

La anatomía del cuerpo humano contribuye a un mejor conocimiento sobre estructuras viscerales, musculo esqueléticas, vasculares y de fibras nerviosas sensitivas y motoras. (5)

Periné

Se puede afirmar que el periné anatómicamente se encuentra organizado y compuesto por tejidos blandos que tienen su posición debajo del diafragma pélvico. (5) Posee un diseño característico romboidal que parte hacia la región púbica por delante y también a la región interglutea por detrás. Acoge el espacio envuelto desde la horquilla vulvar a el ano (18), donde suele con frecuencia producirse los desgarros.

El cuerpo perineal es el punto de reparo para identificar y fijar una separación del triángulo urogenital como también del triángulo anal. En efecto existen fibras musculares que se disponen a unirse y entrelazarse como los músculos perineales transversales superficiales, los músculos bulbocarvernosos, así también las fibras del esfínter anal externo. (19) El cuerpo perineal se ve afectado en los desgarros de segundo, tercero y cuarto grado, y también en episiotomías. (18)

Vulva

La vulva abarca estructuras externas femeninas visualizadas desde la sínfisis del pubis al cuerpo perineal (18), como los labios mayores que son pliegues gruesos cubiertos por piel con vello de adulto que pasan a tener un vínculo delante, sobre la prominencia anterior de la sínfisis pubiana. Dentro del marco anatómico los labios mayores pasan a representar la limitación de la vulva lateral. (19)

Por otra parte, existe una unión anterior de los labios menores con la consecuente formación del prepucio y el frenillo del clítoris; Así mismo, se vincula una segunda unión (posterior) de los labios menores con la consecuente formación de la fosa navicular y la horquilla posterior. (19)

Desde el punto de vista obstétrico definimos al vestíbulo en referencia al área medial a los labios menores donde se encuentra delimita en la parte anterior y posterior por el clítoris y la horquilla respectivamente. (18)

Útero

Se describe al útero con una forma característica de pera, formado por un fondo, cuernos, cuerpo y cuello uterino. A partir de estas afirmaciones puede ser localizado entre la vejiga en la parte anterior, y al recto sigmoideo en la parte posterior.

El endometrio del útero pasa a recubrir cavidad interna y tiene una capa funcional superficial que se desprende durante la menstruación y una capa basal de la que se forma la nueva capa funcional. (19)

La medida de este órgano en una mujer nulípara es de una longitud 6 a 8cm, mientras que en una con parto anterior va de 9 a 10cm, su peso promedio es de 60 g. (18) Durante el parto, por medio de las contracciones, éste ayuda en la expulsión del nuevo ser vivo hacia la salida del canal de parto.

Vagina

Estructura en forma de un tubo fibromuscular que vincula a los genitales internos y externos, no presenta fibras nerviosas sensitivas y se localiza detrás de la vejiga urinaria y la uretra, anterior al recto. En su extremo superior, el cuello uterino se dirige con dirección hacia la vagina y forma unas concavidades denominadas como fondo de saco (19), estos son de importancia por poder palparse los órganos internos pélvicos a través de sus paredes. (18)

La vagina cumple con una función de descarga durante el sangrado de la menstruación y en presencia de otras secreciones. (19) Su longitud va de 6 a 8 cm en su pared anterior y en su pared posterior de 7 a 10 cm. (18) Así mismo se relaciona con la reproducción y satisfacción sexual, siendo también un canal para la salida del feto en el parto.

Vascularización

El riego sanguíneo de la pelvis deriva en gran parte de la arteria hipogástrica, así como de la arteria sacra media que inicia en la bifurcación aórtica. También hay flujo colateral y anastomosis a los vasos pélvicos desde la parte inferior de la arteria mesentérica. La arteria hipogástrica se bifurca en dos ramas anterior y también posterior, estos últimos se encargan de suministrar a las regiones lumbares y glúteas. (1)

La arteria uterina, proveniente de la arteria hipogástrica, se divide en varias ramas siendo la arteria cervicovaginal la que irriga la parte inferior del cérvix y superior de la vagina, mientras que otras ramas forman las arterias arqueadas e irrigan al útero. (18)

Inervación

Los nervios motores fundamentales pasan a ubicarse en la pelvis, son los nervios ciático, obturador y femoral.

Las fibras simpáticas discurren a lo largo de las arterias principales y parasimpáticas formando el plexo pélvico superior e inferior. El nervio pudendo se origina de la formación de S2-S3-S4 y continua su recorrido lateralmente, saliendo del agujero ciático mayor, enganchando alrededor de la espina ciática y el ligamento sacro-espinoso, y retorna por medio del agujero ciático mayor.

Las neuronas motoras cumplen una función importante pues sirven al esfínter uretral y anal de contracción tónica, y las fibras nerviosas de los nervios S2-S4 sirven a los músculos elevadores del ano. Durante el parto y otros esfuerzos excesivos, este nervio anclado está sujeto a lesiones por alongamiento y se encuentra expuesto para el desarrollo de muchos trastornos del piso pélvico femenino. (1)

EVOLUCIÓN GRAVÍDICA DEL PERINÉ

Proceso gestación

Los procesos complejos como la gestación y el parto adquieren una gran influencia a futuro para la salubridad y confort de la madre, así como del producto. En consecuente, los tejidos musculares están expuestos a factores hormonales, microvasculares y también a dichos factores de la mecánica.

La presencia de ejecución hormonal estrógeno/progestágenos, sumado a la incrementación de la presión intraabdominal ejercida por el peso de las diferentes vísceras de la cavidad abdominal y pélvica, conlleva a una elevada elasticidad músculo ligamentario dentro del pubis, el sacrococcígeo y en definitiva al sacroilíaco también.

El resultado final mostrara una pérdida de tono producto del elevado tamaño de fibras musculares y una elasticidad de los músculos que elevan el ano. (1)

Durante el parto

El esfuerzo expulsivo dado por el producto durante su recorrido en el canal del parto concreta una relajación para el musculo iliococcigeo. Al mismo tiempo dentro de todo este marco el musculo isquiococcigeo tiene su acción delante, ejerciendo una fuerza sobre la presentación cercana a la zona de la hendidura urogenital, empujando al

tabique recto-vaginal para seguir con la misma similitud a nivel del cóccix, con la consecuente aplanación final del recto, finalizando en una elongación del periné posterior, surgiendo también una elongación de un ligamento nombrado "anococcigeo", debido a esto pueden presentarse una afinidad de lesiones anales esfinterianas. (1)

La solidez en el periné posterior impide a la cabeza prosperar hacia delante en proporción al eje umbilicoccígeo. Surgiendo como tal una modificación del eje y su posterior desvío. El trayecto anovulvar se amplifica por la extensión del periné anterior con delgadez de este mismo. La actividad de los pujos y contracciones rechaza al fascículo puborrectal. Separándose y constituyéndose al periné superficial. En este lapso el ano es coparticipe con la región anovulvar, concluyendo en una exposición de mucosa anal. (1)

Al término del expulsivo, se mostrará una ampliación considerada del periné, para dar paso a un conducto llamado, infundíbulo perineovulvar de Farabeuf. Conviene mencionar que si existe una elongación a dicho nivel dará origen a lesiones musculares y aponeuróticas complicadas. Es por este motivo que las fibras nerviosas de los nervios pudendos y rectales pueden resultar dañadas por el estiramiento considerado, conllevando a una denervación de algunos músculos de la región perineal. En líneas generales, se evidenciaría incontinencia anal y urinario después del parto, debido al musculo externo del ano. (1)

FISIOLOGÍA DEL TRABAJO DE PARTO

Para que se desencadene el parto se necesita que ocurran cambios funcionales en el útero y el cérvix uterino.

Existen 4 fases del parto que son:

1. Preliminar: Esta es una fase de quiescencia uterina y ablandamiento del cérvix, en la que se producen algunas contracciones de baja intensidad (contracciones de Braxton Hicks).
2. Preparatoria: Es una fase de activación uterina, en la cual se prepara al útero para el trabajo de parto ocurriendo cambios miometriales en él y además la maduración del cuello del útero.
3. Parto: Esta fase es en la cual ocurre el proceso del trabajo de parto.
4. Recuperación: Ésta corresponde al puerperio, aquí se inicia la involución uterina y reparación cervicouterina que devuelven a los órganos a su estado pre gestacional,

restaurándose la capacidad del endometrio a responder a los ciclos hormonales, además de llevarse a cabo el amamantamiento.

Estas fases no deben ser confundidas con las etapas del trabajo de parto que solo son 3 y que son abarcadas en la tercera fase del parto. (18) La primera etapa es en la que ocurre contracciones uterinas intensas, el borramiento y dilatación del cérvix; en la segunda etapa se da el descenso y expulsión fetal; por último la tercera etapa corresponde al alumbramiento en la cual ocurre la expulsión placentaria y de las membranas. (15)

Durante la segunda etapa del trabajo de parto el feto debe vencer el obstáculo de la pelvis mediante un descenso máximo, pasando por el canal vaginal, con ayuda de las contracciones involuntarias del útero y los pujos de la madre. Su duración puede sufrir variaciones o verse alterado por diferentes casos, como de gran multíparas debido a que no necesitan de tantos pujos para conseguir la expulsión, por analgesia o por fetos grandes que prolongan el tiempo. (2)

Se puede reconocer 2 fases dentro de esta etapa:
- La temprana, en la que aún no se da la expulsión, y ya hay una dilatación completa pero la madre no posee deseos de pujar debido a que en ese momento no existe un completo descenso del feto.
- La avanzada, cuando se da el expulsivo, aquí el feto desciende al máximo hasta llegar al piso pélvico, presentándose el deseo de pujar de la fémina. (2)

FACTORES QUE PREDISPONEN AL DESGARRO PERINEAL

Edad materna

Podemos definir la edad de la madre como el número de años que posee en vida la madre. La edad cronológica en las féminas interviene en la presencia de desgarros perineales, los más jóvenes tienen mayor predisposición a tener desproporción cefalopélvica y conllevar a la producción de laceraciones en el canal del parto, debido a la incompleta maduración de sus órganos genitales. (5)

Desde la perspectiva obstétrica, la edad puede nombrarse en tres grupos distintas. (5)
Adolescentes, en este marco nombramos a las féminas que cumplen con un rango de edad inferior a los 19 años que forman parte de las fértiles, en la cual se lleva un proceso de transición de niñez a adultez acompañado de caracteres sexuales, emocionales y sociales. El mayor peligro al que están expuestas las madres, son las gestaciones

adolescentes, por tener la falta de maduración y desarrollo completo, lo cual las hace vulnerable a distintas patologías maternas como el desgarro perineal, la desproporción cefalopélvica si no hay una evolución y desarrollo completo de la pelvis ósea, la toxemia de embarazo, etc. (20)

Periodo de edades desde los 20 – 34 años (adultas), en este marco nombramos como la edad adecuada para una planificación familiar con visión de embarazo. (5) De este modo recomendamos a las mujeres en edad fértil concebir pues los riesgos son reducidos.

Se hace hincapié en las gestantes que superan los 35 años a más, pues en ellas se fundamenta el alto riesgo obstétrico ya que empieza una disminución de sus propiedades fisiológicas como escasa contracción del útero. (7)

Paridad

El número de partos concurre como un indicador de exposición en la producción de desgarros perineales, en este grupo ingresan las pacientes con un solo parto (primíparas), las pacientes con 2 a más y menor a 5 partos (multíparas) y las que tienen mayor a 5 partos. (7)

Es posible que no todos los partos por vía vaginal estén expuestos a la presencia de desgarros perineales, pues pacientes con más de 2 partos presentan una disminución de dichos desgarros en los estudios. Admitiéndose por el momento que el expulsivo precipitado es también un indicador de riesgo para la presentación de laceraciones perineales en las pacientes multíparas atendidas.

Según la literatura el riesgo por laceraciones perineales, acrecienta en pacientes primíparas, por ser las que presentan un perineo más rígido. (5)

Anemia materna

A lo largo del embarazo se produce tres etapas que causan modificaciones del balance de hierro. En una etapa inicial hay un balance positivo porque la menstruación se retira, después sobreviene la expansión de la masa de eritrocitos (siendo máxima entre las 20 y 25 semanas), y ya en el 3er trimestre (pasando las 30 semanas) el feto tiene una captación mayor del hierro. La sumatoria de lo que requiere el feto y la placenta, además de la expansión del volumen sanguíneo de la madre y las pérdidas de sangre en el parto, hacen que en corto tiempo el hierro llegue a cifras máximas, si la gestante no tiene reservas previas terminara anémica su gestación. (20)

La anemia en gestantes es definido como el nivel bajo de hemoglobina, con valores en el primer y tercer trimestre menor a 11g/dL, mientras en el segundo trimestre menor a 10.5g/dL. (21) La hemoglobina es la responsable de la oxigenación de todos los tejidos del cuerpo ya que se encarga de transportar el oxígeno dentro de los hematíes. (20)
No existiendo explicación clara de la relación de la anemia con la ocurrencia de los desgarros perineales se presume que ocasionaría que los tejidos vaginales se debiliten y sean friables. (12)

Peso del recién nacido

Los profesionales de la salud son puestos a prueba durante los partos vaginales pues el peso del nacido recientemente se aplica como señal de peligro en el expulsivo. Concluyendo en un alargamiento perpetrado por el producto con un peso más elevado, contrario a uno de menor peso.

Clasificación de acuerdo al peso en gramos: (22)

✓ 2500-3999 gr: adecuado peso

✓ <2500 gr: bajo peso

✓ 4000 gr: macrosómico

Los estudios que se efectuaron en las últimas décadas manifiestan que a mayor peso por parte del recién nacido, se acrecienta el peligro a conllevar daños de laceraciones perineal. De este modo un control prenatal adecuado durante la gestación permite identificar tales casos y disminuir los partos macrosómicos como indicadores de riesgo para trauma obstétrico. (4)

Perímetro cefálico

Representa la medida craneal en base a la medición del contorno circunferencial de la cabeza. La OMS, cita como componente influyente a la edad, edad gestacional y sexo, otros expresan referente a la raza.
Lo establecido como normal se ubica dentro del percentil 3 y 97. Para nombrar al perímetro cefálico como elevado, debe ser igual o superar los 35 cm aislados al sexo según Gundabattula y Herrera (22), siendo este el perímetro influyente en los desgarros perineales por producir excesivo estiramiento en el periné. (16)

El tamaño del cráneo se ve condicionado al tamaño del cerebro y volumen del líquido cefalorraquídeo; teniendo en cuenta así que cualquier aumento de los dos últimos mencionados se ve reflejado en el tamaño craneal. (20)

Otros

Dentro de los otros componentes que predisponen al desgarro se halla las infecciones de la vagina durante el embarazo que vuelve friable las paredes vaginales, la dieta, la cifra de controles prenatales, el experto de salud con función a la asistencia del parto, la participación de la paciente durante el parto. Etc. de este modo contribuyen con la aparición de desgarro perineal. (5)

DIAGNÓSTICO

La posición obstétrica colabora con el panorama a inspeccionar meticulosamente y de este modo determinar probables lesiones en la paciente, cumpliendo así mismo con asepsia óptima para prever daños, también es adecuado contar con la contribución de un analgésico como apoyo, para facilitar la examinación. Para hallar una probable zona de lesión es correcto apoyar el dedo índice con dirección al cuerpo perineal, examinando meticulosamente el área perineal total. (23)

CONSECUENCIAS DE LOS DESGARROS PERINEALES

Las pacientes con desgarros perineales pueden estar expuesto a un ataque de pánico o estrés, repercutiendo negativamente en las consecuentes gestaciones, esto sucede al iniciar un procedimiento invasivo en la piel (episiotomía) o presentar una torpe sutura en el área de desgarro.

La perdurabilidad en las féminas como referencia a los síntomas presentados toma un tiempo de 8 semanas consecuentes al parto. La diversa sintomatología se suscita por efectos adversos en un tiempo reducido o espaciado. (2)

Efectos en un menor tiempo representado:

- Dolencia perineal,
- Sangrado masivo,
- Hematomas,
- Contaminación,
- Abscesos.

Efectos en un tiempo más espaciado:

- Pérdida involuntaria de la micción y fecal,
- Prolapso genital,
- Dolor durante el coito.

PREVENCIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES

Control del peso:

Se debe tomar acciones ante situaciones potenciales con el objetivo de mantenerse distantes a los peligros y complejidades futuras en el parto, Por consiguiente, se busca el apoyo de los controles prenatales de cada embarazo para frenar el acrecentado número de lesiones contiguas al canal del parto. (24)

Evitar el estreñimiento:

Por lo general el estreñimiento corresponde a un estado de afectación para las embarazadas, considerándolas predispuestas por diversidad de componentes, pues el mantener una presión elevada en el piso pélvico, aumentando el riesgo a presentar desgarros perineales en el parto, debido a la llenura del colon descendente y el recto. (2)

Masaje perineal:

La praxis en el preparto tiene como principio el penúltimo mes en las embarazadas cumpliendo la adaptación de los músculos perineales, para sumar elasticidad en el perineo sin la necesidad de una episiotomía.

El método consiste en introducir los dedos 3-4 centímetros en el introito vaginal, produciendo masaje presionando y haciendo movimientos a ambos lados de la vagina con solo 3 minutos de su tiempo. Así mismo en las 34 semanas es óptima para iniciar con los masajes perineales, puede practicarse por la señora o su acompañante y debe realizarse dentro de los 7 días, en 2 oportunidades, esto sujeto a algunas recomendaciones como asepsia en manos, uñas cortas y un espacio privado con la utilización de aceite o ungüento.

Según el Cochrane, se muestra que la realización de masajes perineales en las primíparas apacigua las probabilidades de sufrir un daño perineal en un 15%. (2) (25)

En el parto también se puede realizar esta técnica, específicamente en el expulsivo, siendo similar la realización a la del preparto, ya sea solo en contracción o en contracción conjuntamente con las pausas. Pero últimamente no se recomienda por el

riesgo de provocar edema en el periné, aunque las evidencias no muestran beneficios ni perjuicios. Debido a ello la OMS no lo recomienda considerándola inefectiva y que la praxis debe ser eliminada. (2)

Realización de pujos:

Fisiológicamente, desde un aspecto obstétrico, la dilatación cervical evoca el consecuente descendimiento de la cabeza fetal. Tenemos dos modelos de pujos: de Valsalva, no beneficioso por elevar la presión intratorácica, menguando el retorno sanguíneo y el oxígeno en las extremidades inferiores, argumentando el peligro de dolencia perineal y episiotomía. Una alternativa relevante es la colaboración de los pujos naturales y voluntarios, los cuales no son extremadamente agresivos para el perineo. (24)

Compresas calientes:

Se practica en la segunda fase del parto para disminuir los riesgos perineales de la clasificación por desgarros de tercer y cuarto grado.

La técnica consiste en usar calor con compresas o toallas calientes o húmedas, esta técnica aminora la dolencia del parto y posterior al día tres del parto, esto gracias a la dilatación presentada en los vasos sanguíneos, incrementando la presión sanguínea, elevando los nutrientes y oxigeno disminuyendo la sensibilidad del dolor, disminuye el edema y la inflamación. Así mismo repercute en el tono muscular, causando una disminución con la única finalidad de distender al periné. (2)

Episiotomía:

Forma parte de las cirugías menores, es común y permanece en auge a pesar de las controversias. Se inicia con un corte quirúrgico en la piel del perineo con el único objetivo de ampliar el introito vaginal y expulsar el producto con sencillez, con todo esto se nombra a la episiotomía medio- lateral como la elegida en las Guías médicas, y para poder disminuir los riesgos por desgarro profundos.

La literatura es enfática al describir a las episiotomías como una repercusión negativa sobre la zona posterior de la vagina, igualmente se hace hincapié para ordenar una paralización de la constancia de episiotomías ejercidas como técnica de principal por la Organización Mundial de la Salud y realizarlos en casos extremos. (26)

Puntos provechosos para una episiotomía son: (1)

- Indicaciones fetales: Macrosómico, pretérmino, expulsivo prolongado, presentación anormal (occipito-posterior o en podálico) e hipoxia fetal en expulsivo.
- Indicaciones maternas: Parto precipitado, periné con cicatriz, rígido, y urgencia materna.
- Prevención: prolapso urogenital e incontinencia urinaria.

Ejercicio De Kegel:

Los músculos que constituyen el piso pélvico cumplen un papel muy fundamental, ellos y múltiples músculos del cuerpo están expuesto a sufrir ciertos daños, la exposición se acrecienta durante el embarazo, la cantidad de partos, el aumento de peso y otras cirugías más.

Los ejercicios están enfocados en el fortalecimiento y tono, su participación es involucrada en la contracción mantenida por espacio de 5 segundos y finalizar relajándolos. Doscientas repeticiones en un día es el rango a cumplir y puede ser dividido por horarios. (4)

El modelo es paralizar la micción en inervarlos pequeños y esto se puede conseguir sencillamente con la práctica y así ubicar el musculo a ejercitar. (4)

REPARACIÓN DE LOS DESGARROS

Esta reparación debe llevarse a cabo inmediatamente post alumbramiento, ya que para ese momento la herida aún no está contaminada. Convenientemente se debe hacer una revisión del cuello y la vagina antes de realizar una sutura. (15)

Para grado I y II

En su mayoría, los de grado I no requieren de sutura cerrándose de forma espontánea. Si se requiere suturar, en primer y segundo grado, entonces se realiza una sutura continua tanto en mucosa como en músculo, ya que esta sutura en musculo causaría poco dolor después a diferencia de los puntos separados, que también pueden ser usados. Para suturar piel hay que afrontar correctamente sin tensión, ya que podría causar dolencia para la fémina en los siguientes meses después del parto. (2) Para suturar se requiere usar anestesia local (15), buena iluminación para poder visualizar bien el campo, además de instrumentos quirúrgicos. (16)

Para grado III y IV

Se usa anestesia general para facilitar la reparación y se procede a realizar de manera análoga a los de segundo grado, guardando precaución al ejecutar la reparación del esfínter externo y/o interno (16), debiendo ser suturados por un médico especializado.

Previamente debe hacerse una exploración realizando un tacto rectal y también una adecuada asepsia por ser una herida contaminada debido a su ubicación. Se prescriben además antibióticos como profilaxis. (2)

Después de la reparación se cuidara la evacuación del intestino, procurando que la paciente evacue regularmente y sin dificultad alguna desde el segundo día. (15)

1.2 Justificación e importancia de la investigación

En el Perú, una situación obstétrica muy registrada y temida por las pacientes durante el parto es el desgarro en la región perineal, que puede repercutir negativamente en el confort y bienestar de la madre. (2) La lesión de los órganos genitales que, en ocasiones, puede tener una estrecha relación con problemas serios para las féminas en un tiempo y espacio determinado, es tema de crucial importancia.

Durante mis prácticas temporales, como interna de Obstetricia en el hospital Santa María del Socorro, considerado también un hospital materno, noté un cuantioso número de casos de desgarros perineales en las usuarias del servicio de centro obstétrico, lo que me motivo a comenzar este estudio.

Mi actual trabajo de investigación me lleva a iniciar una revisión exhaustiva, transparente, ética, destinada a conocer las distintas situaciones de las pacientes para empezar una fuente de datos que sean abordados preventivamente y ayuden a disminuir las lesiones perineales, además de motivar posteriores investigaciones.

1.3 Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si la edad materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.

- Determinar si la paridad es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.
- Determinar si la anemia materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.
- Determinar si el peso del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.
- Determinar si el perímetro cefálico del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.

1.4 Hipótesis y variables

HIPÓTESIS GENERAL

Existe factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- La edad materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.
- La paridad es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.
- La anemia materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.
- El peso del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.
- El perímetro cefálico del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores de riesgo:

- Edad materna
- Paridad
- Anemia materna

- Peso del recién nacido
- Perímetro cefálico del recién nacido

VARIABLE DEPENDIENTE

Desgarro perineal

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo, diseño y nivel de la investigación

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El consecuente estudio es de tipo observacional, analítico y retrospectivo. Esto se debe a que no se manipuló los factores en estudio y solo se observó, midió y analizó tal cual se encontró en su naturaleza. (27)

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio tiene un diseño no experimental, de casos y controles.

NIVEL

Relacional

2.2 Población y muestra

POBLACIÓN:

La población está constituida por 998 historias clínicas de puérperas atendidas en centro obstétrico durante el periodo de enero – junio 2021, en el Hospital Santa María del Socorro.

MUESTRA

Fórmula para estudio de casos y controles

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} * \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\alpha/2}$ =	1.96
$Z_{1-\beta}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\beta}$ =	0.84
P_1 = Exposición en casos	P1=	0.70
P_2 = Exposición en controles	P2=	0.50
Po	P=	0.60
Tamaño de cada grupo	n =	**93**

Para hallar la muestra de los grupos se valió de la página web Fisterra (28), empleando la fórmula de estudio casos y controles que me otorga como resultado n = 93, siendo

así 93 historias clínicas de puérperas para el grupo de casos y 93 para el grupo de controles.

GRUPO DE CASOS

Puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021 que presentaron desgarro perineal durante el parto vaginal.

- Criterios de inclusión
  - Puérpera con desgarro perineal.
  - Que tenga historia clínica legible.
  - Producto vivo

- Criterios de exclusión
  - Parto prematuro.

GRUPO DE CONTROLES

Puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021 que no presentaron desgarro perineal durante el parto vaginal normal.

- Criterios de inclusión
  - Puérperas sin desgarro perineal.
  - Puérperas con historia clínica legible.
  - Producto vivo

- Criterios de exclusión
  - Parto prematuro

MUESTREO

Por conveniencia.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

La técnica de recolección escogida para este estudio es la Documental pues se recogió información basada en las historias clínicas y libro de partos.

El instrumento utilizado como ayuda para obtener la información es la ficha de recolección de datos, en el cual se consignó los indicadores de cada variable en estudio, asimismo dicha ficha fue validada por la opinión de expertos.

2.4 Procesamiento y análisis de los datos

Una vez obtenido los datos de interés mediante el instrumento, se procedió a tabular la información en el programa Excel, luego se trasladó la tabulación al programa IBM SPSS Statistics 26 para su posterior análisis.

Es fundamental para determinar sí existe una probable relación entre nuestras variables, dependiente e independiente, examinar los datos presuntuosos cuyas diferencias se contrastaron por medio del chi cuadrado debido a que son variables categóricas nominales y ordinales, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. Por ser un trabajo de casos y controles se integró el OR de cada factor de exposición para cuantificar la asociación entre las variables, además de su IC 95%.

OR >1 Factor de riesgo

OR =1 No hay asociación

OR <1 Factor protector

III. RESULTADOS

TABLA Nº 1. Desgarro perineal según la edad materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021

EDAD MATERNA	DESGARRO PERINEAL				X^2	Valor de P	OR	IC 95%
	Con desgarro		Sin desgarro					
	n	%	n	%				
≤ 19 años (Adolescente)	32	34.4%	13	14.0%	10,967	0.004	3.228	1.563 - 6.670
20 – 34 años (Adulta)	52	55.9%	65	69.9%				
≥ 35 años (Añosa)	9	9.7%	15	16.1%				
Total	93	100.0%	93	100.0%				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto a la edad materna se evidencia que de las puérperas con desagarro perineal, el mayor porcentaje (55.9%) lo tuvieron las que tienen entre 20–34 años, seguidas de las que tienen ≤19 años (adolescentes) y por último las que tienen ≥35 años. De las puérperas sin desgarro perineal fueron las que tienen entre 20-34 años quienes tuvieron un mayor porcentaje (69.9%), seguidas de las que tienen ≥ 35 años y las que tienen ≤19 años (adolescentes). Se destaca que en las puérperas ≤19 años fue más frecuente presentar desgarro perineal (34.4%) en comparación con no presentarlo (14%).

Se aplicó el estadístico Chi^2 obteniéndose 10,967 con el valor de p = 0.004, debido al análisis se establece que la edad materna tiene relación significativa con el desgarro perineal. Además se realizó la estimación de riesgo mediante el Odds Ratio obteniendo un OR = 3.228 con su IC95% (1.563 - 6.670), siendo esta superior a la unidad se establece que la edad materna es un factor asociado al desgarro perineal.

TABLA Nº 2. Desgarro perineal según la paridad en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021

PARIDAD	DESGARRO PERINEAL				X^2	Valor de P	OR	IC 95%
	Con desgarro		Sin desgarro					
	n	%	n	%				
Primípara	43	46.2%	17	18.3%	19,797	0.000	3.845	1.977 - 7.479
Multípara	49	52.7%	68	73.1%				
Gran multípara	1	1.1%	8	8.6%				
Total	93	100.0%	93	100.0%				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Respecto a la paridad, se evidencia que de las puérperas con desagarro perineal el 52.7% corresponde a las multíparas, seguidas de las primíparas y en menor porcentaje de las gran multíparas. De las puérperas sin desgarro perineal fueron las multíparas quienes obtuvieron mayor porcentaje (73.1%), seguidas de las primíparas y por último de las gran multíparas. Se observa también que dentro del grupo de primíparas fue más frecuente presentar desgarro perineal (46.2%) en comparación con no presentarlo (18.3%).

Se aplicó el estadístico Chi^2 obteniéndose 19,797 con el valor de p = 0.000, debido al análisis se establece que la paridad tiene relación significativa con el desgarro perineal. Además se realizó la estimación de riesgo mediante el Odds Ratio obteniendo un OR = 3.845 con su IC95% (1.977 - 7.479), siendo esta superior a la unidad se establece que la paridad es un factor asociado al desgarro perineal.

TABLA Nº 3. Desgarro perineal según la presencia de anemia materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021

ANEMIA MATERNA	DESGARRO PERINEAL				X2	Valor de P	OR	IC 95%
	Con desgarro		Sin desgarro					
	n	%	n	%				
Sí	15	16.1%	20	21.5%	0,880	0.348	0.702	0.334 - 1.474
No	78	83.9%	73	78.5%				
Total	93	100.0%	93	100.0%				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto a la anemia materna se visualiza que de las puérperas con desgarro perineal en un mayor porcentaje no tuvieron anemia y solo el 16.1% si tuvo anemia. De las puérperas sin desgarro perineal, las que no tuvieron anemia obtuvieron un mayor porcentaje y solo el 21.5% sí tuvieron anemia. Destacándose que en las puérperas que tienen anemia es menos frecuente presentar desgarro perineal.

Se aplicó el estadístico Chi^2 obteniéndose 0,880 con el valor de p= 0.348, debido al análisis se establece que la anemia materna no tiene relación significativa con el desgarro perineal. Además se realizó la estimación de riesgo mediante el Odds Ratio obteniendo un OR = 0.702 con su IC95% (0.334 - 1.474), estableciendo a la anemia materna como un factor protector asociado al desgarro perineal pero sin significancia estadística.

TABLA Nº 4. Desgarro perineal según el peso del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021

PESO DEL RECIÉN NACIDO	DESGARRO PERINEAL				X^2	Valor de P	OR	IC 95%
	Con desgarro		Sin desgarro					
	n	%	n	%				
Bajo	0	0.0%	2	2.2%	2,027	0.363		
Adecuado	76	81.7%	74	79.6%				
Macrosómico	17	18.3%	17	18.3%			1.000	0.475 - 2.104
Total	93	100.0%	93	100.0%				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto al peso del recién nacido se evidencia que de las puérperas con desagarro perineal, el mayor porcentaje (81.7%) fue de las que tuvieron un recién nacido de peso adecuado, seguido de las que tuvieron un macrosómico. De las puérperas sin desgarro perineal las que tuvieron un recién nacido de peso adecuado obtuvieron mayor porcentaje (79.6%), seguidas de las que tuvieron un macrosómico y por último con uno de bajo peso. En las puérperas con recién nacido macrosómico se observa que fue igual de frecuente presentar desgarro perineal en comparación con no presentarlo (18.3%).

Se aplicó el estadístico Chi^2 obteniéndose 2,027 con el valor de p = 0.363, debido al análisis se establece que el peso del recién nacido no tiene relación significativa con el desgarro perineal. Además se realizó la estimación de riesgo mediante el Odds Ratio obteniendo un OR = 1.000 con su IC95% (0.475 - 2.104), tomando esta un valor igual a la unidad se establece que el peso del recién nacido no es un factor asociado al desgarro perineal.

TABLA Nº 5. Desgarro perineal según el perímetro cefálico del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021

PERÍMETRO CEFÁLICO DEL RN	DESGARRO PERINEAL				X2	Valor de P	OR	IC 95%
	Con desgarro		Sin desgarro					
	n	%	n	%				
≥ 35 cm. (alto)	59	63.4%	21	22.6%	31,673	0.000	5.950	3.126 - 11.325
< 35 cm. (adecuado)	34	36.6%	72	77.4%				
Total	93	100.0%	93	100.0%				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto al perímetro cefálico del recién nacido se evidencia que de las puérperas con desgarro perineal el 63.4% tienen un recién nacido con perímetro cefálico ≥ 35 cm y el 36.6% con perímetro cefálico < 35 cm. Mientras que de las puérperas sin desgarro perineal el 77.4% tienen un recién nacido con perímetro cefálico < 35 cm y el 22.6% un recién nacido con perímetro cefálico ≥ 35 cm. Se destaca que en las puérperas con recién nacido de perímetro cefálico ≥ 35 cm fue más frecuente presentar desgarro perineal (63.4%).

Se aplicó el estadístico Chi^2 obteniéndose 31,673 con el valor de p = 0.000, debido al análisis se establece que el perímetro cefálico tiene relación significativa con el desgarro perineal. Además se realizó la estimación de riesgo mediante el Odds Ratio obteniendo un OR = 5.950 con su IC95% (3.126 - 11.325), siendo esta superior a la unidad se establece que el perímetro cefálico es un factor asociado al desgarro perineal.

TABLA Nº6. Edad materna, paridad y perímetro cefálico del recién nacido como factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021

FACTORES DE RIESGO	DESGARRO PERINEAL				Total		Valor de P	OR	IC 95%
	Con desgarro		Sin desgarro						
	n	%	n	%	n	%			
EDAD MATERNA									
Adolescente	32	34.4%	13	14.0%	45	24.2%	0.004	3.228	1.563 - 6.670
Adulta	52	55.9%	65	69.9%	117	62.9%			
Añosa	9	9.7%	15	16.1%	24	12.9%			
PARIDAD									
Primípara	43	46.2%	17	18.3%	60	32.3%	0.000	3.845	1.977 - 7.479
Multípara	49	52.7%	68	73.1%	117	62.9%			
Gran multípara	1	1.1%	8	8.6%	9	4.8%			
PERÍMETRO CEFÁLICO DEL RN									
≥ 35 cm.	59	63.4%	21	22.6%	80	43.0%	0.000	5.950	3.126 - 11.325
< 35 cm.	34	36.6%	72	77.4%	106	57.0%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se aprecia en la tabla que del total de puérperas que presentaron desgarro: las adolescentes obtuvieron el 34.4%, las primíparas un 46.2% y las que tuvieron un recién nacido con perímetro cefálico ≥ 35 cm un 63.4%; mientras que del total que no presentaron desgarro: las adolescente fueron solo el 14%, las primíparas el 18.3% y las que tuvieron un recién nacido con perímetro cefálico ≥ 35 cm el 22.6%.

Se aplicó el estadístico Chi^2, obteniéndose un valor de $p < 0.05$ para cada factor se establece que la edad materna, paridad y el perímetro cefálico tienen relación significativa con el desgarro perineal. Además se obtuvieron un Odds Ratio (OR) >1 en adolescentes, primíparas y perímetro cefálico ≥ 35 cm, lo que establece que la edad materna, la paridad y el perímetro cefálico del RN son factores de riesgo asociados al desgarro perineal.

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación se enfocó en evaluar algunos factores considerados de riesgo consignados en las historias clínicas de puérperas atendidas de enero – junio 2021 en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro. Se recurrió a la fórmula de casos y controles mediante la página web Fisterra (28) que me ayudó a determinar mi muestra: 93 historias clínicas para el grupo de casos y 93 para el grupo de controles.

En cuanto a la edad materna se halló que dentro del grupo de puérperas con desgarro la edad adulta (20 – 34 años) se presentó con mayor frecuencia (55.9%), coincidiendo con Quispe M. en su estudio del 2018 en Puno donde el 70,6% de pacientes con desgarro tuvo entre 20-34 años, también Loarte W. en su estudio del 2018 en Cusco y Riquelme G. en el 2017 en Paraguay encontraron que el mayor porcentaje (68.1% y 77.2% respectivamente) de las que presentaron desgarro tienen entre 20 - 34 años de edad, esto puede deberse a que las puérperas atendidas en su gran mayoría fueron de este rango de edad. Sin embargo, como se muestra en la tabla Nº 1 en el grupo de las ≤19 años (adolescentes) fue más frecuente presentar desgarro en comparación a no presentarlo y obtuvieron un OR= 3.22, pues esto se debería a que en las adolescentes hay incompleta maduración de sus tejidos y órganos pélvicos. Herrera D. (2018) en su estudio en Ecuador halló que el grupo con más prevalencia de desgarro fue las adolescentes con 27.3% teniendo un OR=1,09, mostrando así una coincidencia con el presente estudio en el que se refleja que la edad materna (adolescente) cumple como factor de desgarro perineal. Así mismo lo mostro Sánchez-Ávila M et al. (2018) en su estudio en México.

En cuanto a la paridad se observó que de los casos de puérperas con desgarro el 52.7% fueron multíparas, pudiendo ser porque la mayoría de puérperas del estudio fueron multíparas, aun así se puede observar en la tabla Nº 2 que en el grupo de las primíparas fue más frecuente presentar desgarro perineal que no presentarlo y tuvieron un OR= 3.8, situando así a la paridad como un factor de desgarro perineal. Esto se basaría en que las mujeres que tienen parto por primera vez poseen un perineo más rígido. Beretta V. (2019) en su tesis encontró a la paridad con un OR=4,3 indicándolo como factor de riesgo, así mismo lo hizo Rivera S. (2019) en su investigación obteniendo la primiparidad un OR= 2.1, también García F. (2018) identifico en su investigación a la paridad como un factor de riesgo (OR= 2.385), coincidiendo así estos estudios con lo hallado en la presente investigación. Por el contrario Loarte W. (2018) en su estudio en Cusco concluyó que la primiparidad fue un factor protector para desgarro perineal con OR= 0.5, no hallándose una coincidencia con este estudio.

En lo que respecta a la anemia materna, no se encontró relación significativa con el desgarro perineal (p= 0.348) y se visualiza en la tabla Nº 3 que en las puérperas con anemia es menos frecuente la presencia de desgarro teniendo un OR= 0.7, indicando que la anemia está lejos de ser un factor de riesgo, coincidiendo así con Rivas S. (2019) en Trujillo que obtuvo un resultado semejante. Por otro lado Quispe M. en Puno 2018 concluyó en su estudio que la anemia materna está asociada significativamente con el desgarro perineal y de manera similar García F. (2018) en Lima identificó en su estudio a la anemia como factor de riesgo, por lo cual ambos estudios no coincidieron con esta investigación.

En la tabla Nº 4, acerca peso del recién nacido, se determinó que no existe asociación con el desgarro perineal y por lo tanto tampoco es un factor de riesgo para que se produzca, encontrando en el recién nacido macrosómico un OR=1, esto no coincidiría con la teoría que nos dice que a mayor peso en el recién nacido se acrecienta el riesgo de laceraciones perineales, pudiendo ser que se haya tomado prevenciones que favoreciera la disminución del riesgo en algunas puérperas. En los estudios de Beretta V. en el 2019 y de García F. en el 2018, se vio que el ponderado fetal fue un factor de riesgo asociado a desgarro perineal, no coincidiendo con este estudio realizado. De igual manera no se coincidió con Herrera D. (2018), encontrando en su estudio que el peso elevado del recién nacido es un factor de riesgo asociado al desgarro perineal.

En la tabla Nº 5 visualizamos que el recién nacido con perímetro cefálico ≥ 35cm tiene mayor proporción de desgarros perineales y también un OR= 5.95 lo que nos indica que el perímetro cefálico del recién nacido es un factor de riesgo asociado al desgarro perineal. Esto mismo se ha visto en la investigación de Herrera D. (2018) en Ecuador donde el perímetro cefálico fue un factor de riesgo asociado al desgarro perineal siendo el 27% de las mujeres con recién nacidos con perímetro cefálico alto (>35 cm) quienes sufrieron desgarro. También Quispe M. (2018) en Puno en su estudio concluyó que el perímetro cefálico está asociado significativamente con el desgarro perineal.

V. CONCLUSIONES

1. La edad materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021, con un OR=3.2 en ≤19 años que indica que aumenta 3.2 veces más el riesgo de presentar desgarro perineal.

2. La paridad es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021, con un OR=3.8 en primíparas lo que indica que aumenta 3.8 veces más el riesgo de presentar desgarro perineal.

3. La anemia materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021 (OR=0.7) pero estadísticamente no significativo (p= 0.348, IC95%=0.334 - 1.474).

4. El peso del recién nacido no es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021 (p = 0.363).

5. El perímetro cefálico del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas que forman parte del estudio, con un OR=5.9 en perímetro cefálico ≥ 35 cm que indica que aumenta 5.9 veces más el riesgo de presentar desgarro perineal.

6. La edad materna, la paridad y el perímetro cefálico del recién nacido son factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021 debido a que las ≤19 años, primíparas y recién nacidos con perímetro cefálico ≥ 35 cm demostraron incrementar el riesgo de presentar desgarro perineal en dichas puérperas.

VI. RECOMENDACIONES

1. Mayor énfasis en temas de planificación familiar y métodos anticonceptivos en mujeres ≤ 19 años, dando más charlas educativas dinámicas en los colegios y en el mismo establecimiento de salud en las cuales también se haga tomar conciencia de los riesgos de un embarazo adolescente, evitando así embarazos en este grupo hasta una edad adecuada en el que sea menor el riesgo a sufrir desgarros perineales.

2. Durante los controles prenatales y el parto de las féminas primerizas, priorizar las medidas que prevengan el desgarro perineal como: los masajes perineales, realización de episiotomía, adecuada protección del periné, etc., para evitar complicaciones a futuro.

3. A pesar que en este estudio la anemia materna no resultó ser un factor de riesgo en asociación con el desgarro perineal esta puede provocar consecuencias negativas para la fémina y el feto, por ello se recomienda continuar con la vigilancia de la hemoglobina y seguir promoviendo el consumo del sulfato ferroso en las gestantes.

4. A pesar de no haber hallado asociación entre el peso del recién nacido y la lesión perineal (desgarro) se debe seguir motivando a las gestantes a mantener un adecuado peso para evitar así un producto macrosómico que puede traer otros problemas durante el parto.

5. Solicitar a las gestantes en el tercer trimestre una ecografía que detalle la circunferencia cefálica del feto para identificar la existencia de perímetro cefálico alto y tomar las medidas para prevenir un desgarro perineal.

6. Motivar a las mujeres que presentan los factores de riesgo encontrados en el presente estudio, para que asistan a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica con el fin de que conozcan prácticas preventivas de desgarro perineal, como los ejercicios de kegel, los pujos durante el parto y otros.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arredondo I. Trauma Obstetrico. Gineco FLASOG [internet]. 2020 marzo 15[citado 2021 oct 9]; 1(13): p. 12-20. Disponible en: https://flasog.org/static/revista/REVISTA-FLASOG-NO13.pdf

2. Herrera Olivares D, Pillajo Flores D. Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio de Gíneco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín [tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del ecuador; 2018. Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15380

3. Sánchez-Ávila M, Galván Caudillo M, et al. Prevalence of high-grade perineal tear during labor in Mexican adolescents. Colomb Med (Cali). 2018; 49(4): p. 261-264.

4. Beretta Martinez V. Factores maternos, obstétricos y neonatales asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero a julio del 2018 [tesis para optar título de médico cirujano]. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma; 2019.

5. Casquino Ttira J, Huayta Quispe E. Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en un Hospital nivel II - 1 de Lima Este durante el periodo de enero – diciembre 2020 [tesis para optar título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2021.

6. Riquelme Aguilera G. Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 [tesis] , editor. Paraguay: Universidad Nacional de Caaguazú; 2017.

7. Ramos Mendoza K, Requena Arana T. Factores de riesgos maternos asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el hospital regional Zacarias Correa Valdivia-Huancavelica 2018 [Tesis para optar título profesional de obstetra]. Huancavelica: Respositorio Universidad Nacional de Huancavelica; 2019.

8. OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. [internet]. IRIS; 2018 [citado 2021 nov 12]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435

9. Neira Tapia F. Prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología. Hospital Vicente Corral Moscoso. Periodo de agosto de 2016 a Febrero del 2017 [tesis]. Ecuador: Repositorio de la Universidad Católica de Cuenca; 2017.

10. Quispe Perez M. Asociación entre factores de riesgo y desgarro perineal en pacientes atendidas en el Centro de Salud José Antonio Encinas Puno 2018 [tesis para optar título profesional de obstetra]. Puno: Universidad Andina "Nestor Cáceres Velásquez; 2018.

11. Loarte Sarmiento W. Factores asociados a desgarro perineal post parto vaginal en madres atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco, 2018 [tesis

para optar título profesional de médico cirujano]. Cusco: Universidad Nacional San Antonio de Abad; 2019.

12. Rivera Roncal S. Factores maternos y neonatales asociados a los desgarros perineales. Hospital II Chocope, EsSalud. 2017 – 2018 [tesis para optar título profesional de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.

13. García Crisanta F. Factores de riesgo asociados a desgarros perineales post parto vaginal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2017 [tesis para optar título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.

14. Atauje Oscco N. incidencia y factores de riesgo de desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, año 2017 [tesis] , editor. Ica: Universidad Alas Peruanas; 2018.

15. Fescina R, Schwarcz R, Duverges C. Obstetricia. 7th ed. Argentina: El Ateneo; 2016.

16. Chipana E, Gavilán L. Factores de Riesgo Asociados a desgarros perineales durante el parto en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Pichanaki -2020 [Tesis para obtener título de obstetra]. Huancayo: Repositorio Universidad Roosevelt; 2020.

17. Marc R. T. Reparación de laceraciones perineales y otras asociadas con el parto [internet].UptoDate; 2020. [actualizado 2020 Abr 1; citado 2021 oct 3] Disponible en: www.uptodate.com

18. Cunningham FG, Leveno KJ. William Obstetricia. 24th ed. México: Mc Graw-Hill interamericana editores; 2015.

19. Temkin S, Gregory T, et al. Principios de cirugía de Schwartz: Capitulo 1 Ginecología [internet]. Mc Graw Hill; 2021. Disponible en: www.accessmedicine.com

20. Cuellar Meza M, Tolentino Martinez Y. Factores de riesgo asociados a desgarros perineales durante el periodo expulsivo en adolescentes atendidas en un hospital nacional [Tesis para optar título de obstetra]. Huancayo: Repositorio UPLA; 2018.

21. Oviedo Maravi G. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico del hospital San José del Callao durante el año 2014 [tesis]. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma; 2016.

22. Bustamante Torres R. Factores de riesgo para desgarro perineal severo en puérperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional docente madre niño san Bartolomé año 2014 al 2019, lima – Perú [tesis]. Lima: Repositorio Universidad Ricardo Palma; 2020.

23. Flores Retuerto R. Factores de riesgo asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de octubre – diciembre del 2018 [tesis para optar título profesional de médico cirujano]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.

24. Freire Martell G. Prevención de las lesiones perineales de origen obstétrico. Revisión bibliográfica [internet]. Revista digital del Excmo: Colegio de Enfermería de Cádiz; 2016 [citado 2021 oct 11]. Disponible en:

https://enfermeriagaditana.coecadiz.com/prevencion-de-las-lesiones-perineales-de-origen-obstetrico-revision-bibliografica/2/

25. Rodríguez Millán A. El masaje perineal como prevención del trauma perineal [internet]. Jaén: Universidad de Jaén; 2015. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1576/1/TFG_Alfredo_Rodrguez_Millan.pdf

26. Díaz Silva L. Características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 [tesis]. Lima: Universida Privada Norbert Wierners; 2017.

27. Argimon J, Jimenez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4th ed. España: Elsevier España; 2014.

28. Pértegas Díaz S, Pita Fernández S. Fisterra. [Online]. España: Elsevier; 2002 [citado 2021 octubre] Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles [citado 2021 octubre 23]; [2 pantallas]. Disponible en: https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/calculo-tamano-muestral-estudios-casos-controles/#23084.

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE	**DEFINICIÓN CONCEPTUAL**	**DEFINICIÓN OPERACIONAL**	**DIMENSIÓN**	**INDICADORES**	**ESCALA DE MEDICIÓN**
Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una lesión	Cualquier rasgo, característica o exposición de la puérpera que aumente su probabilidad de sufrir desgarro perineal.	Edad materna	* Adolescente (≤ 19 años) * Adulta (20-34 años) * Añosa (≥ 35 años)	Ordinal
			Paridad	* Primípara * Multípara * Gran multípara	Ordinal
			Anemia materna	* Si * No	Nominal
			Peso del recién nacido	* Bajo peso (< 2500gr) * Peso adecuado (2500-3999gr) * Macrosómico (≥ 4000gr)	Ordinal
			Perímetro cefálico	* ≥ 35cm (alto) * < 35cm (adecuado)	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE	**DEFINICIÓN CONCEPTUAL**		**DEFINICIÓN OPERACIONAL**	**DIMENSIÓN**	**ESCALA DE MEDICIÓN**
Desgarro perineal	Solución de continuidad de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido durante el parto.		Presencia o no de solución de continuidad de los tejidos entre la vulva y el ano de las puérperas.	* Con desgarro perineal. * Sin desgarro perineal.	Nominal

Anexo 2. Matriz de consistencia.

Título: Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021? **PROBLEMAS ESPECÍFICOS** **P.E.1:** ¿Es la edad materna un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021? **P.E.2:** ¿Es la paridad un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?	**OBJETIVO GENERAL:** Determinar los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** **O.E.1:** Identificar si la edad materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **O.E.2:** Determinar si la paridad es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.	**HIPÓTESIS GENERAL:** Existe factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **HIPÓTESIS ESPECÍFICA** **H.1:** La edad materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **H.2:** La paridad es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.	**Variable Independiente:** Factores de riesgo.	- Edad materna - Paridad - Anemia materna - Peso del recién nacido - Perímetro cefálico del recién nacido	* Adolescente (≤ 19 años) * Adulta (20-34 años) * Añosa (≥ 35 años) * Primípara * Multípara * Gran multípara * Si * No * Bajo peso (< 2500gr) * Peso adecuado (2500-3999gr) * Macrosómico (≥ 4000gr) * ≥ 35cm (alto) * < 35cm (adecuado)	**NIVEL:** Relacional **TIPO:** Observacional, analítico, retrospectivo. **DISEÑO:** no experimental de casos y controles **MUESTRA:** 93 historias clínicas de puérperas con desgarro perineal (casos) y 93 historias clínicas de puérperas sin desgarro perineal (controles). **MUESTREO:** Por conveniencia.

P.E.3: ¿Es la anemia materna un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021? **P.E.4:** ¿Es el peso del recién nacido un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021? **P.E.5:** ¿Es el perímetro cefálico del recién nacido un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021?	**O.E.3:** Determinar si la anemia materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **O.E.4:** Determinar si el peso del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **O.E.5:** Determinar si el perímetro cefálico del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.	**H.3:** La anemia materna es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **H.4:** El peso del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021. **H.5:** El perímetro cefálico del recién nacido es un factor asociado al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021.	**Variable Dependiente:** Desgarro perineal.	- Con desgarro perineal - Sin desgarro perineal	* Si * No * Si * No	**TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:** **TÉCNICA**: Documentación **INSTRUMENTO:** Ficha de recolección de datos

Anexo 3. Ficha de recolección de datos.

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

Facultad de Obstetricia

Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021

Ficha Nº ____

Factores de riesgo

1. Edad Materna
   a) Adolescente (≤ 19 años)
   b) Adulta (20 – 34 años)
   c) Añosa (≥ 35 años)

2. Paridad
   a) Primípara
   b) Multípara
   c) Gran multípara

3. Anemia materna
   a) Sí
   b) No

4. Peso del recién nacido
   a) Bajo peso (< 2500gr)
   b) Peso adecuado (2500-3999gr)
   c) Macrosómico (≥ 4000gr)

5. Perímetro cefálico del recién nacido
   a) ≥ 35 cm.
   b) < 35 cm.

Desgarro perineal

1. Con desgarro perineal
2. Sin desgarro perineal

Anexo 4. Escala de calificación del juez experto.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE OBSTERICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Elizabeth Esther Suarez Tataje

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2.- La estructura del instrumento es adecuado	X		
3.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5.- Los ítems son claros y entendibles	X		
6.- El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

Ica, 4 de enero del 2022

Elizabeth Esther Suárez Tataje

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Elizabeth Suarez Tataje
OBSTETRA
C.O.P. 19842

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE OBSTERICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Julia Elsa García Gutiérrez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2.- La estructura del instrumento es adecuado	X		
3.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5.- Los ítems son claros y entendibles	X		
6.- El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

Ica, 5 de enero del 2022

Obsta.: Julia Elsa García Gutiérrez
MAESTRO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Julia Elsa García Gutiérrez

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

FACULTAD DE OBSTERICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ESCALA DE CALIFICACION

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Ivonne Boada Cavero

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstetrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2.- La estructura del instrumento es adecuado	X		
3.- Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
4.- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5.- Los ítems son claros y entendibles	X		
6.- El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

Ica, ...5.... de ....enero....del 2022

Obst. IVONNE BOADA CAVERO
C.O.P 3218

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
IVONNE BOADA CAVERO

Anexo 5. Dictamen de autorización del hospital

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

HSMSI

DICTAMEN DE AUTORIZADO

PAZ PRADO FRANCCESCA ESTEFANIA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Investigación titulado:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESGARRO PERINEAL EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ENERO - JUNIO 2021."

Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO para su desarrollo y publicación.

Número de Registro
R-2022-100-04
Ica, 08 Febrero 2022

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

MAG. C.D. RICARDO D. MARTINEZ MUÑANTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

Anexo 6. Base de datos

FICHA Nº	EDAD MATERNA	PARIDAD	ANEMIA	Peso RN	PC RN	DESGARRO
1	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
2	ADULTA	GRAN MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
3	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
4	ADULTA	MULTIPARA	SI	MACROSOMICO	≥ 35	SI
5	ADULTA	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
6	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
7	AÑOSA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
8	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
9	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
10	ADULTA	MULTIPARA	SI	MACROSOMICO	≥ 35	NO
11	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
12	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
13	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
14	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
15	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
16	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
17	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	BAJO	< 35	NO
18	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
19	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
20	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
21	AÑOSA	GRAN MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
22	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
23	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
24	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
25	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
26	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
27	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
28	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
29	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	SI
30	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
31	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
32	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
33	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
34	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
35	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	SI
36	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
37	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
38	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
39	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO

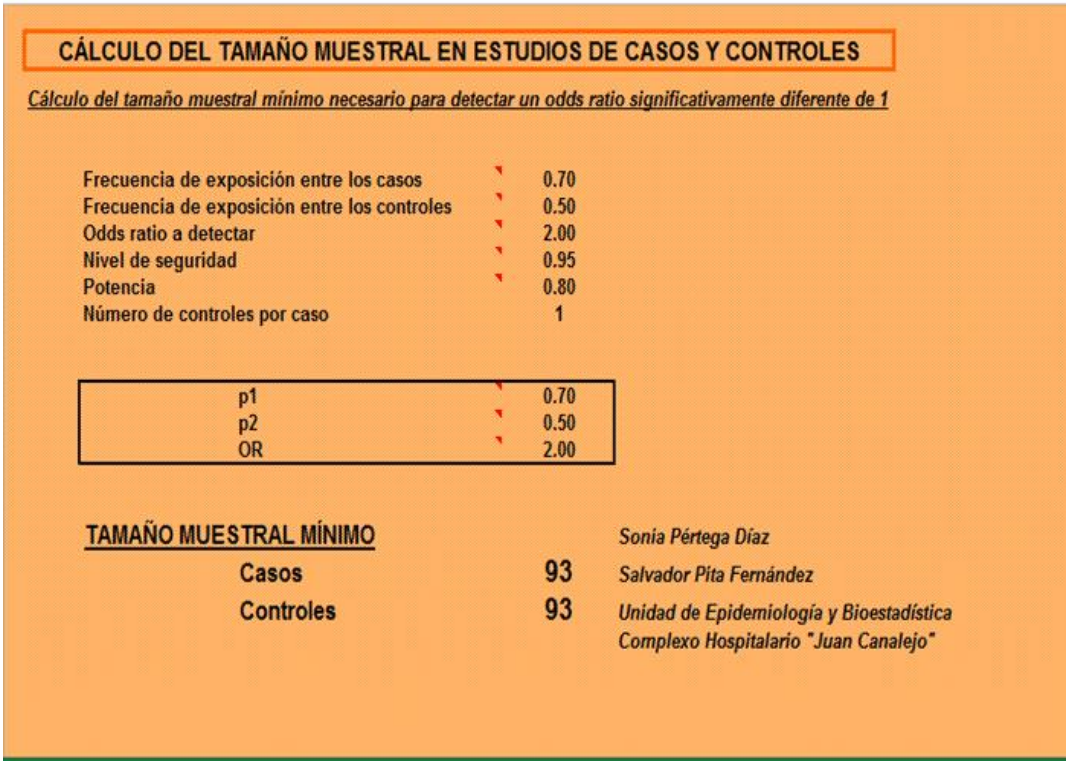
40	AÑOSA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
41	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
42	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
43	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
44	AÑOSA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
45	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
46	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
47	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
48	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
49	AÑOSA	GRAN MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
50	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
51	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	MACROSOMICO	≥ 35	SI
52	AÑOSA	GRAN MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
53	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
54	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
55	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
56	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
57	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
58	ADULTA	GRAN MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	< 35	NO
59	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
60	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
61	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
62	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
63	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
64	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
65	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
66	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	SI
67	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
68	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
69	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
70	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	SI
71	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
72	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
73	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
74	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	SI
75	ADULTA	GRAN MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
76	ADULTA	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
77	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	SI
78	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
79	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
80	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
81	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
82	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI

83	AÑOSA	MULTIPARA	SI	MACROSOMICO	≥ 35	SI
84	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
85	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
86	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
87	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
88	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
89	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	NO
90	ADULTA	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	SI
91	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
92	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
93	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
94	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
95	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
96	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
97	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
98	ADULTA	MULTIPARA	SI	MACROSOMICO	≥ 35	NO
99	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
100	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
101	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
102	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
103	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
104	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
105	ADULTA	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
106	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
107	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
108	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
109	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
110	AÑOSA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
111	ADULTA	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	SI
112	ADOLESCENTE	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
113	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
114	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
115	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
116	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
117	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
118	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
119	ADOLESCENTE	MULTIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	SI
120	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
121	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
122	ADULTA	MULTIPARA	NO	BAJO	< 35	NO
123	ADULTA	GRAN MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
124	AÑOSA	GRAN MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
125	ADULTA	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	< 35	SI
126	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI

127	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	SI
128	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
129	ADULTA	MULTIPARA	SI	MACROSOMICO	≥ 35	NO
130	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
131	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	SI
132	AÑOSA	GRAN MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
133	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
134	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	NO
135	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
136	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
137	ADULTA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
138	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
139	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	NO
140	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
141	AÑOSA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
142	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
143	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
144	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
145	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	NO
146	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
147	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	NO
148	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	SI	ADECUADO	≥ 35	NO
149	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
150	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
151	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
152	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
153	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
154	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
155	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
156	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
157	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
158	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
159	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
160	ADOLESCENTE	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
161	AÑOSA	MULTIPARA	SI	ADECUADO	< 35	NO
162	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
163	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
164	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
165	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
166	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
167	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	< 35	NO
168	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
169	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
170	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI

171	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
172	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
173	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
174	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
175	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
176	ADOLESCENTE	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
177	ADULTA	PRIMIPARA	NO	ADECUADO	< 35	SI
178	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
179	ADULTA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	SI
180	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
181	AÑOSA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
182	AÑOSA	MULTIPARA	NO	MACROSOMICO	≥ 35	NO
183	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	≥ 35	SI
184	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
185	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO
186	ADULTA	MULTIPARA	NO	ADECUADO	< 35	NO

Anexo 7. Cálculo del tamaño muestral con la página web Fisterra.



CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL EN ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

Frecuencia de exposición entre los casos	0.70
Frecuencia de exposición entre los controles	0.50
Odds ratio a detectar	2.00
Nivel de seguridad	0.95
Potencia	0.80
Número de controles por caso	1

p1	0.70
p2	0.50
OR	2.00

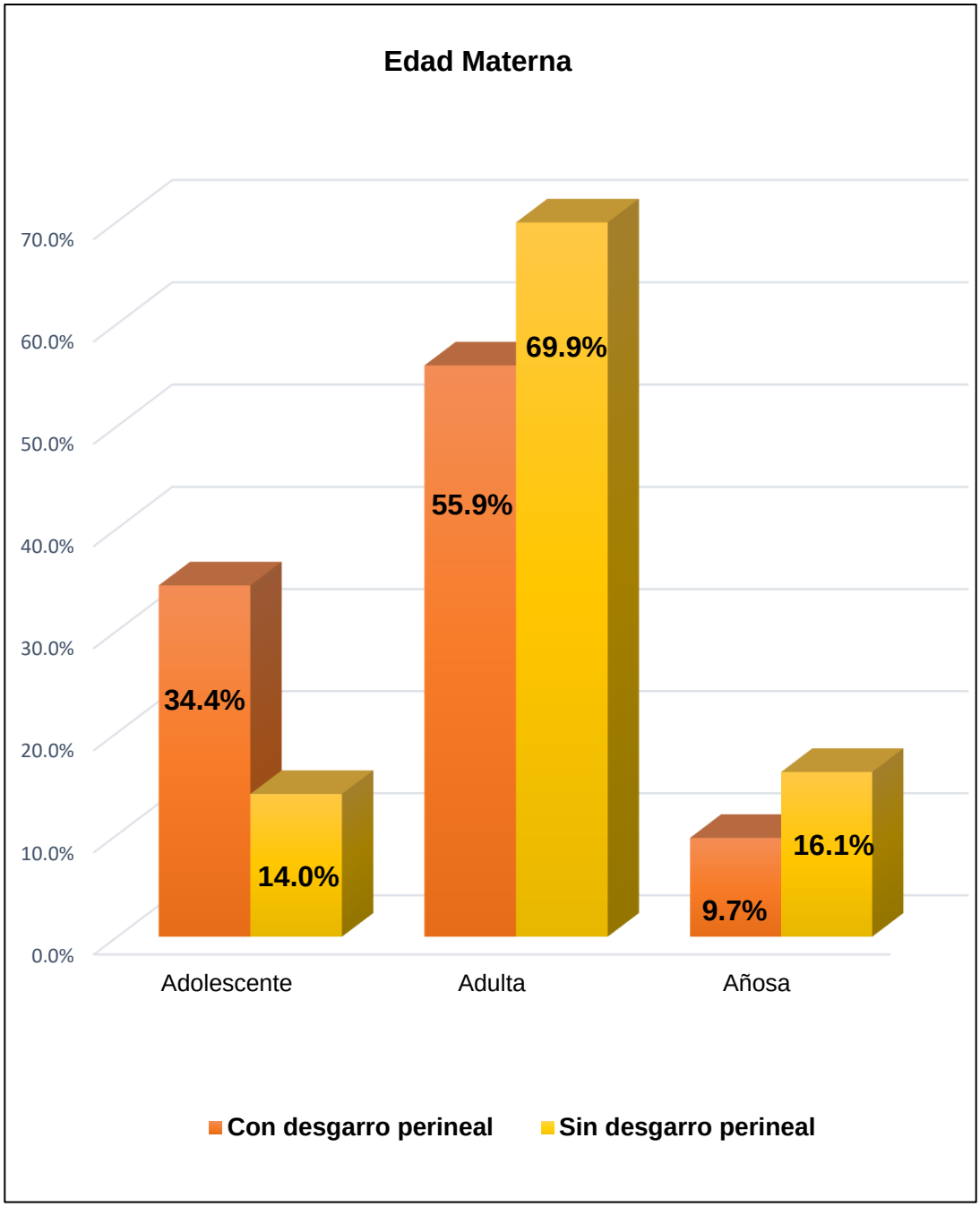
TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO

Casos	93
Controles	93

Sonia Pértega Díaz
Salvador Pita Fernández
Unidad de Epidemiología y Bioestadística
Complexo Hospitalario "Juan Canalejo"

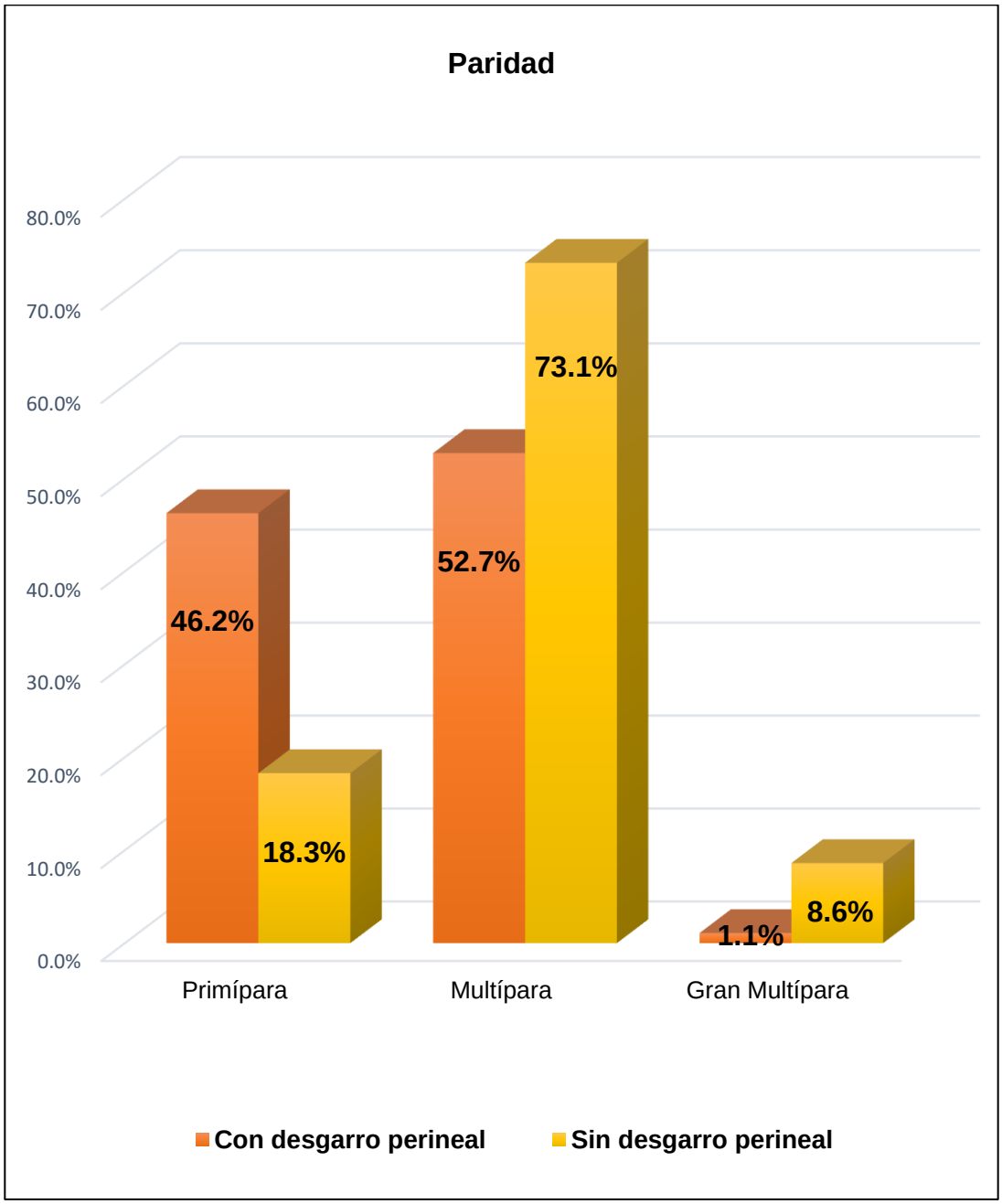
Anexo 8. Gráficos de resultados

GRÁFICO Nº 1. Desgarro perineal según edad materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021



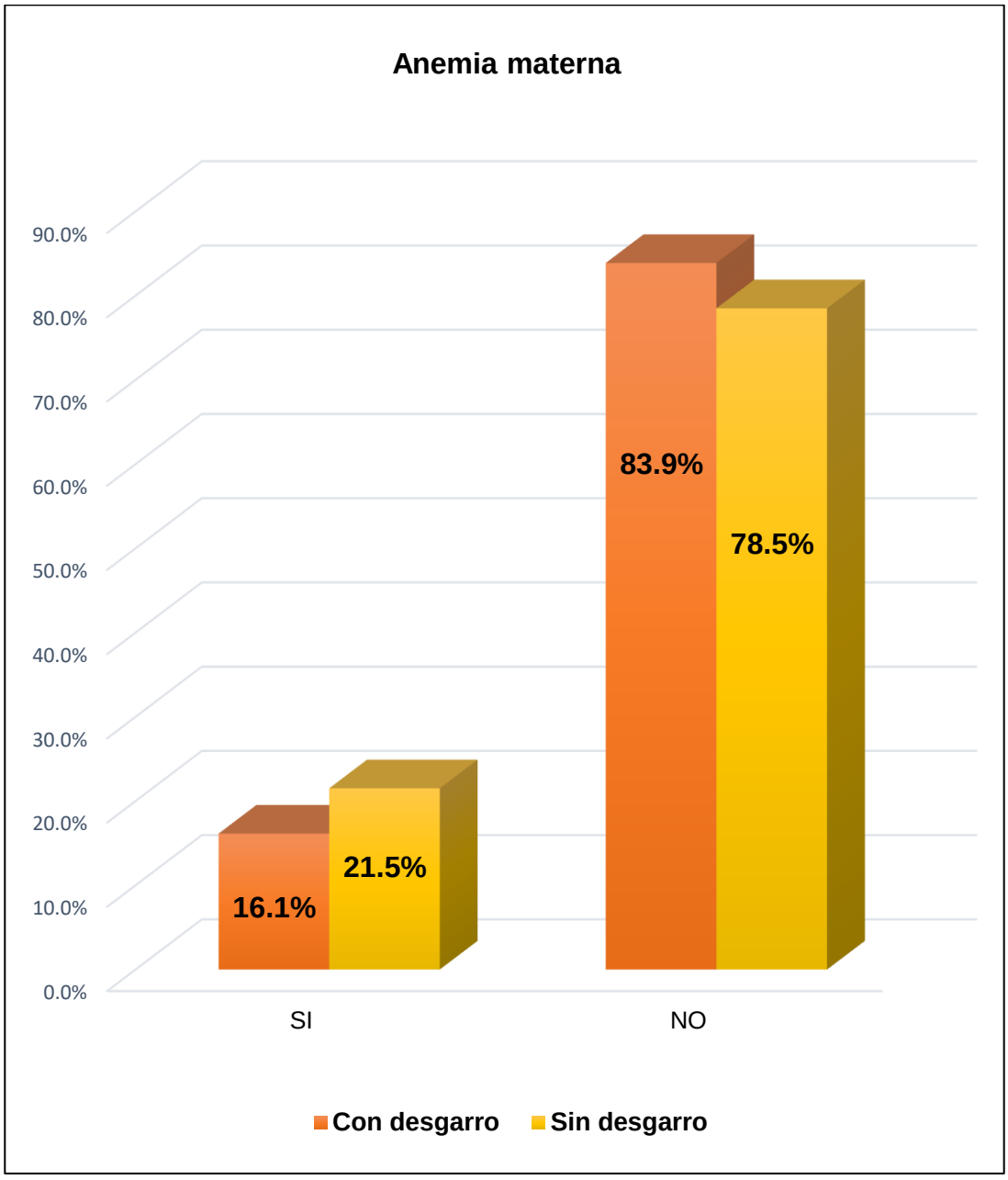
Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO Nº 2. Desgarro perineal según la paridad en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021



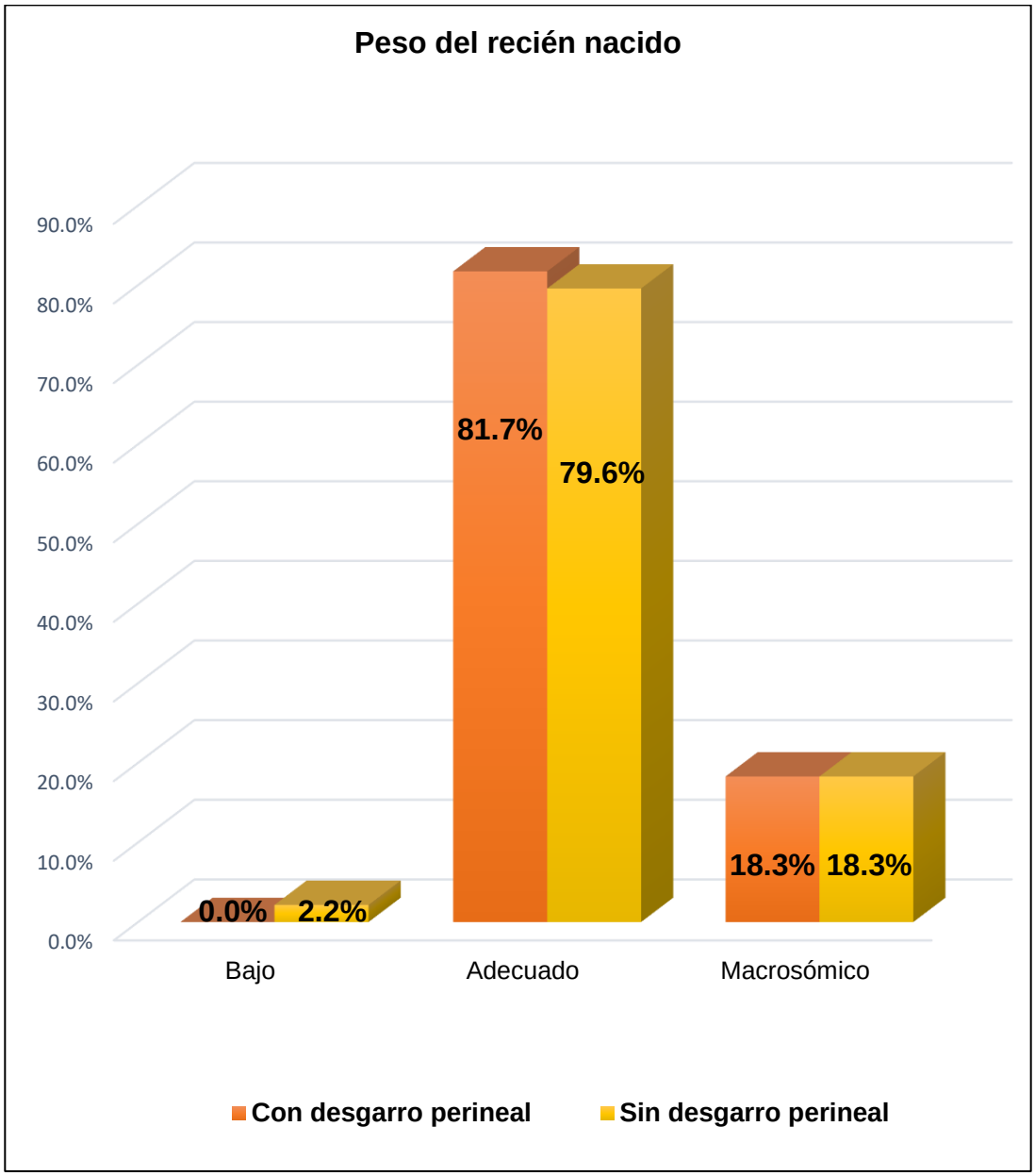
Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO Nº 3. Desgarro perineal según la presencia de anemia materna en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021



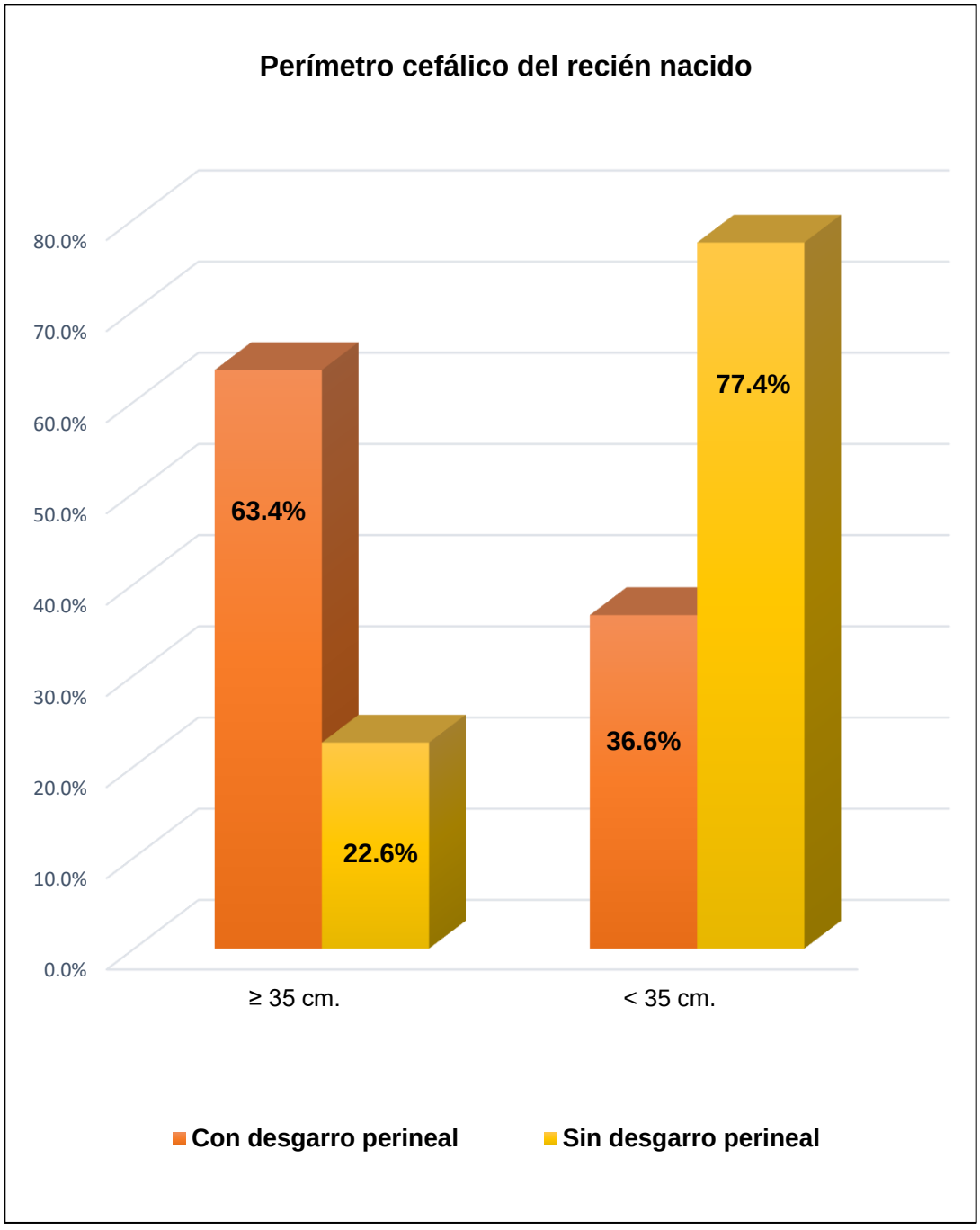
Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO Nº 4. Desgarro perineal según peso del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021



Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO Nº 5. Desgarro perineal según perímetro cefálico del recién nacido en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero – junio 2021



Fuente: Ficha de recolección de datos