

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**“FACTORES MATERNOS Y FETALES CAUSANTES DE DESGARROS
PERINEALES EN PACIENTES MULTIPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2019”**

Tesis presentada por las bachilleras:

Arteaga Mendoza, María De Los Ángeles.

Ballón Borja, Milashmy Valeria.

Para optar por el título profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesor:

Dr. Rodríguez Zinanyuca, Alfredo

Arequipa – Perú

2021

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 27 de enero del 2021

**INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE
PREGRADO**

A: Mag. Ricardina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Dra. Yenhny Cárdenas Núñez
Mg. Marcos Herrera Cárdenas
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“Factores maternos y fetales causantes de desgarros perineales en pacientes múltiparas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019”.

PRESENTADO POR:

Bach. Arteaga Mendoza, María De Los Ángeles.
Bach. Ballón Borja, Milashmy Valeria.

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.



Mg. Ricardina Flores Flores



Dra. Yenhny Cárdenas Núñez



Mg Marcos Herrera Cárdenas

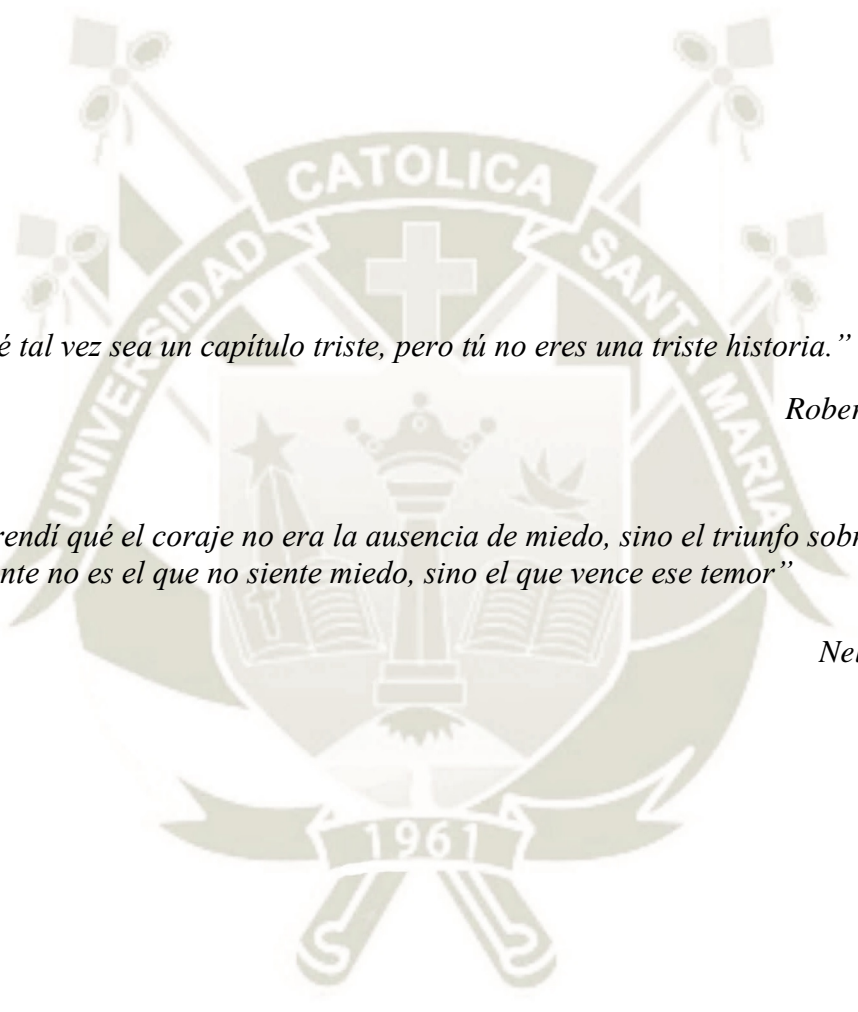
DEDICATORIA

Primero agradecer a Dios por permitirnos llegar hasta este momento especial de nuestra formación profesional y guiarnos por el buen camino.

Dedicamos este trabajo a nuestras madres quienes con el tiempo se han convertido en nuestra inspiración para todo y un ejemplo a seguir, son las personas a las que más admiramos porque siempre me nos han guiado por el camino correcto hacia donde queremos vivir la vida, ellas han conseguido que seamos hoy las personas que somos y de las que estamos orgullosas; sus esfuerzos son lo que nos han traído hasta aquí y por eso es que las apreciamos.

Agradecer a nuestros docentes por su tiempo, enseñanzas, y consejos.

***Arteaga Mendoza, María De Los Ángeles.
Ballón Borja, Milashmy Valeria.***



“Esté tal vez sea un capítulo triste, pero tú no eres una triste historia.”

Robert Downey Jr.

“Aprendí qué el coraje no era la ausencia de miedo, sino el triunfo sobre él. El valiente no es el que no siente miedo, sino el que vence ese temor”

Nelson Mandela

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores más frecuentes relacionados a los desgarros perineales en mujeres multíparas que dieron su parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio documental, con diseño descriptivo relacional. La población de estudio estuvo conformada por 103 historias clínicas de mujeres multíparas que tuvieron su parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2019. Se empleó como técnica la observación documental y como instrumento fichas de recolección de datos. Se relacionó las variables mediante Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS: Los factores maternos encontrados en las 103 historias clínicas de pacientes multíparas con desgarro son el 38,8% de las mujeres que tuvieron 2 partos, el 53,4% tuvo un periodo intergenésico menor a 5 años, el 55,3% presentó obesidad, el 4,9% tuvo un periodo expulsivo mayor a 30 minutos, al 48,5% se le realizó conducción con oxitocina y el 40% tuvo parto precipitado. Los factores fetales presentados el 94,2% de los recién nacidos tuvieron un peso normal y la media del perímetro cefálico fue de 34,6 cm, del perímetro torácico 33,9cm y la talla de 50cm. Se presentó desgarro de I grado en el 88,3% de las pacientes.

El 35,9% de las pacientes tuvieron 3 partos anteriores, el 46,5% un periodo intergenésico menor de 5 años, el 51,5% de las pacientes tuvieron obesidad, el 84,5% de las pacientes no tuvieron un periodo expulsivo mayor de 30 minutos, el 44,7% de las pacientes fueron conducidas con oxitocina y el 43,1% que tuvieron un parto precipitado; en el recién nacido el 82,5% tuvieron un peso normal, el 70,9% con perímetros cefálicos entre 33,5cm y 36cm, el 54,4% con perímetros torácicos mayores a 33cm y el 56.3% con tallas entre 48.5cm y 51cm presentaron un desgarro de I grado.

CONCLUSIÓN: En el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, se observó que los desgarros de tipo I fueron los más frecuentes en un 88,3%; dentro de los factores maternos asociados se encontró que el 55,3% fueron mujeres que tuvieron obesidad y en los factores fetales el 54,4% de los recién nacidos tuvieron perímetros torácicos mayores a 33cm. No se encontró relación estadística significativa.

PALABRAS CLAVES: Desgarro perineal, factores maternos, factores fetales.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the most frequent factors related to perineal tears in multiparous women who gave birth in the Obstetric Service of the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza during 2019.

MATERIAL AND METHODS: Documentary study, with relational descriptive design. The study population consisted of 103 medical records of multiparous women who had their delivery in the Obstetrics Service of the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital during 2019. Documentary observation was used as a technique and data collection sheets as an instrument. The variables were related by means of Chi square with a significance level of 5%.

RESULTS: The maternal factors found in the 103 clinical histories of multiparous patients with tear are 38.8% of the women who had 2 deliveries, 53.4% had an intergenetic period of less than 5 years, 55.3% had obesity, 4.9% had an expulsive period greater than 30 minutes, 48.5% underwent conduction with oxytocin and 40% had precipitated labor. The fetal factors presented, 94.2% of the newborns had a normal weight and the mean head circumference was 34.6 cm, the thoracic circumference 33.9 cm and the height was 50 cm. Grade I tear occurred in 88.3% of the patients.

35.9% of the patients had 3 previous deliveries, 46.5% an intergenetic period of less than 5 years, 51.5% of the patients had obesity, 84.5% of the patients did not have a second stage longer than 30 minutes, 44.7% of the patients were taken with oxytocin and 43.1% had a precipitous delivery; In the newborn, 82.5% had a normal weight, 70.9% with head circumferences between 33.5cm and 36cm, 54.4% with thoracic circumferences greater than 33cm and 56.3% with heights between 48.5cm and 51cm presented a 1st degree tear.

CONCLUSION: At the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, it was observed that type I tears were the most frequent in 88.3%; Among the associated maternal factors, it was found that 55.3% were women who had obesity and in fetal factors, 54.4% of the newborns had thoracic perimeters greater than 33cm. No significant statistical relationship was found.

KEY WORDS: Perineal tear, maternal factors, fetal factors.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. Introducción	1
II. Planteamiento Teórico	3
1. Problema de Investigación	3
1.1. Enunciado	3
1.2. Descripción del problema:	3
1.3. Justificación de la Investigación	5
2. Objetivos	7
3. Marco teórico	8
3.1 Marco Conceptual	8
3.2 Análisis de antecedentes investigativos	20
4. Hipótesis	29
III. Planteamiento Operacional	30
1. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	30
2. Campo de Verificación	31
3. Estrategia de Recolección de Datos	33
4. Estrategia para Manejar Resultados	34
RESULTADOS	35
IV. Discusión y Comentarios	56
V. Conclusiones	61
VI. Recomendaciones	62
VII. Referencia	63
VIII. Anexos	67

I. Introducción

Según Pérez Sánchez, los desgarros cervicales y vaginoperineales se asocian a partos instrumentales, partos precipitados, o bien, a partos con atención inadecuada por inexperiencia del personal que lo atiende. Habitualmente su diagnóstico se hace en el posparto inmediato, al realizar la revisión del canal del parto (1). A pesar de que lo más común es que el desprendimiento de la presentación se produzca sin que se lesione el periné, este riesgo existe y está asociado a una deficiente elasticidad de los tejidos del periné, a la primiparidad, al tamaño de la presentación, a la actitud de esta durante el desprendimiento y a la velocidad con que este tiempo se efectúe (2).

Este tipo de lesiones son sucesos poco comunes en las pacientes que han tenido más de dos partos eutócicos en su vida, por lo cual no se espera que esto ocurra en el momento de la expulsión del producto ya que ellas por lo general presentan un canal del parto con un tejido más elástico y distendido que es capaz de soportar el paso del feto a través del mismo sin tener la necesidad de realizar una episiotomía o que se produzca un desgarro de cualquier grado.

Los desgarros tienen la desventaja de que su dirección y distensión irregular dificultan una sutura anatómica, por lo cual con frecuencia aparecen complicaciones posteriores (3). Al verse con la presencia de estas lesiones después del trabajo de parto, su ocurrencia conlleva a la morbilidad, posibles secuelas inmediatas y problemas en la calidad de vida de la madre, como por ejemplo la dispareunia, dolor crónico en la región perineal, incontinencia urinaria o de heces; este problema puede ser causado por varios factores tanto maternos, los cuales podrían ser por ejemplo: un periodo intergenésico amplio, parto precipitado, periodo expulsivo prolongado en el cual el perineo no tuvo tiempo de estirarse adecuadamente; así como algunos factores fetales, que se han visto más relacionados al hecho de que la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar fácilmente por el orificio vaginal, también la posibilidad de que se presente un recién nacido con un peso elevado que el cual a su vez podría provocar un aumento de los distintos diámetros del cuerpo.

Frente a este problema, el propósito del presente trabajo es determinar las causas más frecuentes de estas lesiones en mujeres multíparas e intentar solucionar un problema de salud que las afecta en el puerperio, debido a que estas lesiones causan dolor e incomodidad como se describió anteriormente, dependiendo de la profundidad y de la longitud del desgarro. A su vez, la identificación de tales factores podría ayudar a contribuir a su prevención y/o manejo, y así evitar la presencia de estos, brindando una mejor calidad de vida a las puérperas.



II. Planteamiento Teórico

1. Problema de Investigación

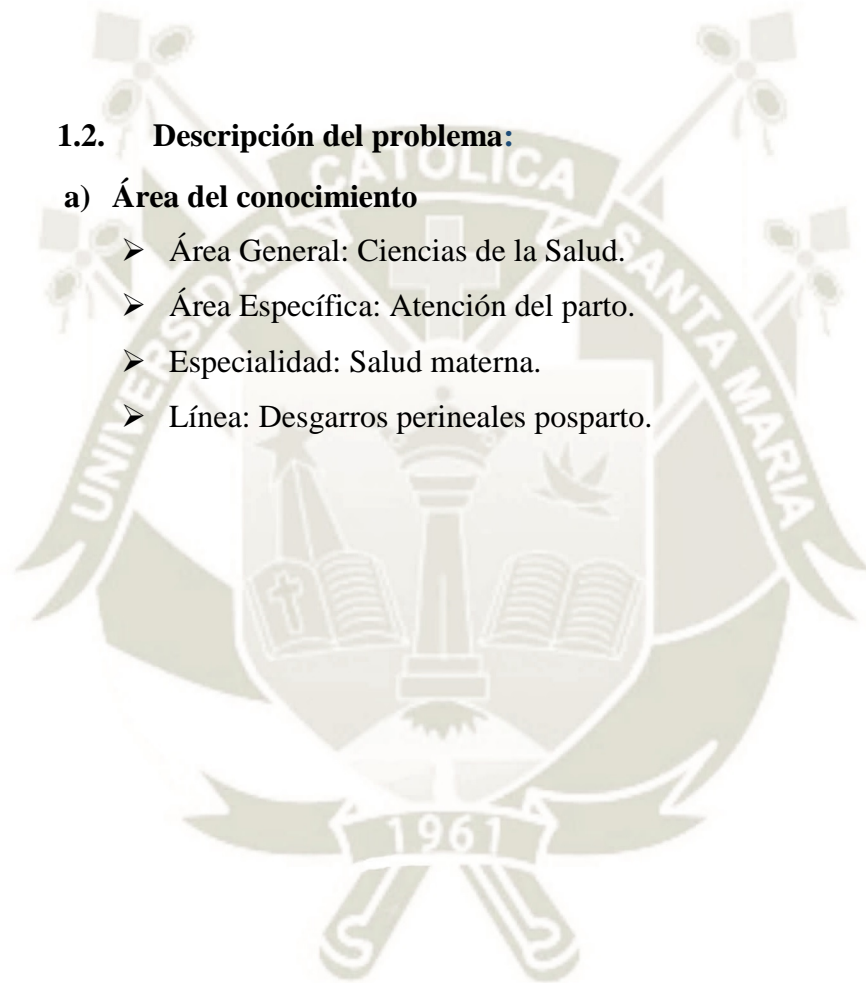
1.1. Enunciado

Factores maternos y fetales causantes de desgarros perineales en pacientes multíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019.

1.2. Descripción del problema:

a) Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud.
- Área Específica: Atención del parto.
- Especialidad: Salud materna.
- Línea: Desgarros perineales posparto.



b) Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>Variable Independiente:</p> <p>Factores maternos y fetales causantes de desgarros perineales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Antecedentes obstétricos ◇ Antecedentes patológicos ◇ Atención del Parto ◇ Recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Paridad ◇ Periodo Intergenésico ◇ Obesidad (IMC >30) ◇ Parto precipitado ◇ Duración del expulsivo (>30 min) ◇ Conducción con oxitocina ◇ Peso del recién nacido (gr.) ◇ Antropometría fetal
<p>Variable Dependiente:</p> <p>Desgarros perineales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Tipos de desgarros 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ I grado ◇ II grado ◇ III grado

c) **Interrogantes Básicas**

- ¿Cuáles son los factores maternos causantes de desgarros perineales en la atención de parto de gestantes multíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?
- ¿Cuáles son los factores fetales asociados a los desgarros perineales en la atención de parto de gestantes multíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?
- ¿Cuáles son los tipos de desgarros perineales más frecuentes en la atención de parto de gestantes multíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2019?

d) **Tipo de Investigación:** Documental.

e) **Nivel de Investigación:** Estudio descriptivo relacional.

1.3. **Justificación de la Investigación**

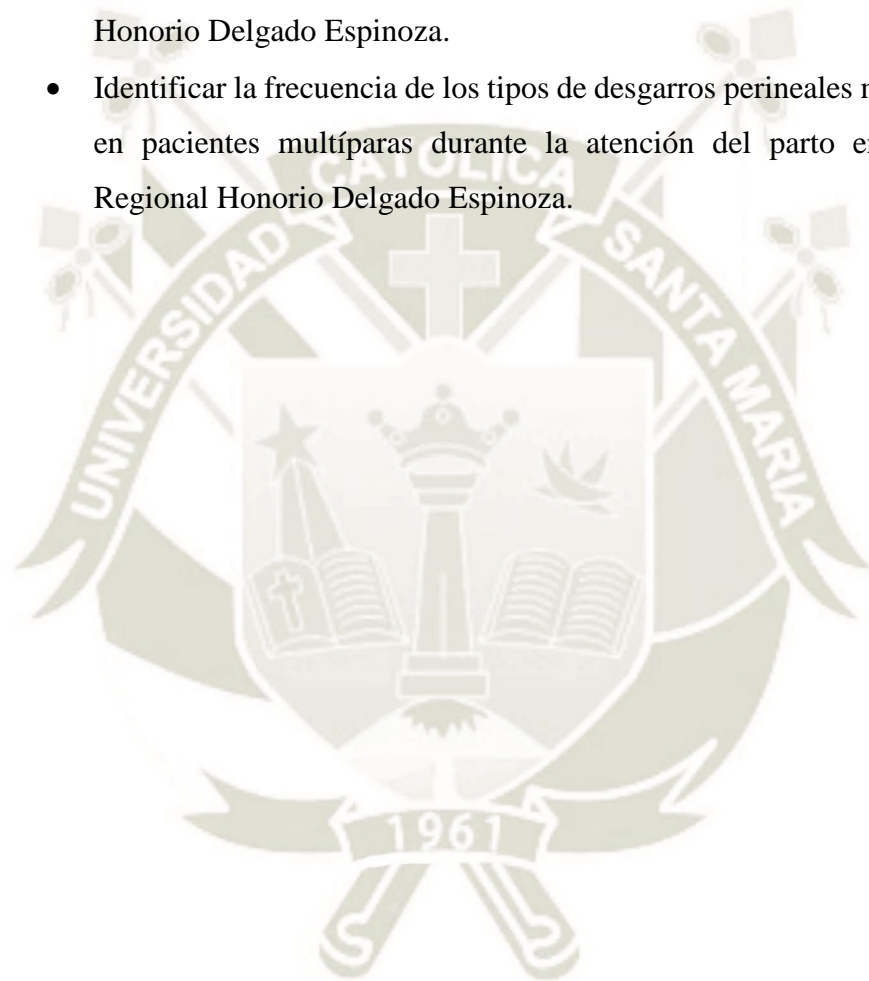
- **Relevancia científica:** Su importancia científica reside en la forma que estará estructurado para que sirva de base en estudios posteriores tanto a nivel regional y nacional, llenando una brecha de conocimiento científico ya existente sobre los factores causantes de desgarros perineales en gestantes multíparas.
- **Contemporánea:** El presente estudio nos permitirá identificar qué factores productores de desgarros perineales son los que influyen en nuestra realidad. De esta manera verificar si son prevenibles o no, ya que con el avance de las investigaciones se ha establecido que las episiotomías no deben consideradas “procedimientos de rutina” y cada vez menos profesionales obstetras hacen uso del mismo; con ello seremos capaces de aplicar estas prevenciones en la atención prenatal y parto.
- **Social:** Esta investigación nos permitirá enfocar la atención del personal de salud en los factores que tienen mayor tendencia a causar desgarros al

momento del parto, tratando de esta forma de conseguir que las mujeres las cuales terminan su gestación, puedan llevar un puerperio sin ningún inconveniente que fuese ocasionado por esta lesión. Esto nos permitirá tener mejor atención durante el parto teniendo como resultado disminución en casos de desgarros perineales.

- **Factibilidad:** El proyecto no requiere de un gran consumo de recursos, por lo que su simple elaboración nos permite la viabilidad para realizar el estudio más eficazmente. La localización del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza queda dentro de nuestras posibilidades de evaluar con eficacia, además que este establecimiento es frecuentado por mucha cantidad de pacientes por lo que puede brindar una mejor calidad de información sobre las pacientes que serán evaluadas para este estudio, dándonos así un resultado más fiable.
- **Interés personal:** Deseamos indagar en este tema con el fin de poder mejorar nuestras habilidades y conocimientos en base a lo estudiado para poder brindar una atención de calidad a nuestras pacientes, buscando factores de riesgo desde que empiezan la gestación hasta que esta está por concluir, así poder evitar algún tipo de lesión en la paciente.

2. Objetivos

- Evaluar los factores maternos causantes de desgarros perineales en pacientes multíparas durante la atención del parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Especificar los factores fetales asociados a desgarros perineales en pacientes multíparas durante la atención del parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Identificar la frecuencia de los tipos de desgarros perineales más frecuentes en pacientes multíparas durante la atención del parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.



3. Marco teórico

3.1 Marco Conceptual

TRABAJO DE PARTO:

Conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable, con un peso igual o mayor de 500grs, igual o mayor de las 22 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación (2).

- a) **Primer periodo:** Corresponde al “borramiento y dilatación” del cuello uterino (2).
- b) **Segundo periodo:** Es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez se subdivide en dos fases:
- Periodo expulsivo pasivo: Dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.

La duración normal es de hasta 2 horas en nulíparas con o sin analgesia neuroaxial, o en multíparas con analgesia neuroaxial.

En multíparas sin analgesia neuroaxial, la duración normal es hasta 1 hora.

- Periodo expulsivo activo: Cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo.

La duración normal es de hasta 1 hora en nulíparas con analgesia neuroaxial o en multíparas con o sin analgesia neuroaxial. En nulíparas sin analgesia neuroaxial, la duración normal es hasta 2 horas (2).

- c) **Tercer periodo:** Consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas) y se lo denomina periodo placentario o de “*alumbramiento*” (2).

1. Atención del Parto:

a) **Posición de la Parturienta:** En un periodo expulsivo normal se pueden utilizar varias posiciones:

- Litotomía: Decúbito dorsal con las piernas elevadas.
- Ginecológica: Decúbito dorsal con los talones al mismo nivel que los glúteos.
- Semisentada: Semejante a la ginecológica, pero con el respaldo inclinado unos 130°.
- Sentada: Para la cual se han diseñado sillones obstétricos.
- Cuclillas (4).

b) **Protección del Periné:** Maniobra utilizada para evitar los desgarros y sus mayores inconvenientes (propagación hasta el ano, el esfínter y el recto).

También conocida como maniobra de Ritgen y Ritgen modificada.

A pesar de que lo más común es que el desprendimiento de la presentación se produzca sin que se lesione el periné, este riesgo existe y está asociado a:

- Una deficiente elasticidad de los tejidos del periné.
- A la primiparidad.
- Al tamaño de la presentación.
- A la actitud durante el desprendimiento.
- A la velocidad con que este tiempo se efectúe.

Para proteger al periné se procederá de la siguiente manera, según la maniobra de Ritgen:

- Se permitirá el avance de la presentación manteniendo su flexión hasta que la circunferencia subocipitobregmática haya traspasado el anillo vulvar distendido.
- Se solicitará a la parturienta suspender los pujos y mantener su respiración jadeando.
- Se enlentecerá el desprendimiento apoyando la mano izquierda sobre la presentación para que la deflexión se realice lentamente, con el fin de distender progresivamente los tejidos y así evitar desgarros.
- Se colocará la mano derecha, provista de un apósito, sobre el periné, abarcándolo entre el pulgar de un lado y los dedos restantes de la mano del

otro, sosteniendo la presentación para no efectúe su avance y deflexión bruscamente, y acercando a su vez hacia el rafe perineal los tejidos laterales del periné, como si se quisiera fruncir los mismos, en lo que disminuye su tensión.

- Se terminará el desprendimiento, siempre con la máxima lentitud posible, con la salida de la frente, la cara y el mentón sucesivamente.

El curso del desprendimiento puede efectuarse espontáneamente en forma acelerada o retardada; en ambos casos, con sus consiguientes riesgos. si se acelera puede haber riesgo de rotura del periné, que ha de controlarse con las maniobras arriba descritas. si se retarda, el peligro es el sufrimiento fetal; en estas circunstancias se puede aplicar un fórceps de tipo Simpson, traccionando simultáneamente con el pujo, para facilitar el desprendimiento de la cabeza cuando esta se halla detenida (2).

Siendo mayormente recomendado la maniobra de Ritgen modificada:

- Cuando la cabeza fetal distiende la vulva y el periné lo suficiente para abrir el introito vaginal, hasta un diámetro de 5 cm o más, se puede usar una mano enguantada y cubierta con una compresa para ejercer presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del periné, apenas frente al cóccix; concomitantemente, la otra mano ejerce presión superior contra el occipucio. (5)

c) Duración del trabajo de parto: La duración de la fase activa del parto normal es variable entre las mujeres y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal. Es importante verificar siempre el bienestar fetal.

- En las primíparas el promedio de duración de la fase activa es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas (6).
- En las múltiparas el promedio de duración de la fase activa es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas (6).

PARIDAD:

Es el número de hijos que ha parido la mujer.

- Nulípara: ningún parto.
- Primípara: primer parto.
- Multípara: al menos un parto (7).

PERIODO INTERGENÉSICO:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera periodo Intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea); las diferencias se explicarán más adelante.

Se ha reportado que existe elevación del riesgo materno-fetal en relación a la duración del periodo Intergenésico. Sin embargo, es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses (Según la OMS, el tiempo óptimo es de 18-27 meses) y no mayor a 60 meses, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales. Por lo anterior, se considera periodo Intergenésico corto (PIC) aquel menor a 18 meses y periodo Intergenésico largo (PIL) como aquel mayor a 60 meses (8).

Periodo Intergenésico Corto:

El PIC se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo.

Es importante mencionar que el riesgo de presentar distintas complicaciones aumenta dependiendo del PIC transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses; por ejemplo, prematuridad, rotura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito se relacionan a PIC menor de 18 meses; mientras que aborto, ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis puerperal se relacionan a PIC menor de 6 meses. También es importante mencionar que un PIC menor a 6 meses aumenta el riesgo de parto pretérmino en un 40%, 60% para bajo peso neonatal, 14% para malformaciones congénitas y 25% para feto pequeño para edad gestacional.

Periodo Intergenésico Largo:

La hipótesis de “depresión materna” es el principal mecanismo que provoca los efectos obstétricos adversos en PIC y se considera que la hipótesis de “regresión fisiológica” es el mecanismo propuesto para la presencia de efectos obstétricos adversos en PIL. Esta hipótesis de regresión fisiológica se refiere a que en un periodo mayor a 5 años posterior a un evento obstétrico (parto o cesárea), las capacidades reproductivas fisiológicas tienden a declinar, llegando a ser similares a aquellas mujeres primigestas. Se ha reportado que el PIL presenta un mayor riesgo para presentar parto pretérmino, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, distocias y preclamsia/eclampsia. Los efectos obstétricos adversos son similares a aquellos descritos en PIC, de hecho, al graficar la prevalencia de efectos perinatales adversos, se encuentra una tendencia de un patrón en forma de “J”, ya que el riesgo de presentar complicaciones obstétricas aumenta en intervalos gestacionales menores de 18 meses, disminuye entre los 18-24 meses y de nuevo aumentan posterior a los 60 meses.

Las pacientes con PIL tienden a ser mujeres mayores, con adecuado control prenatal, mayor índice de masa corporal previo a la concepción y con algún embarazo previo que concluyó favorablemente (9).

OBESIDAD:

La obesidad es una enfermedad compleja que consiste en tener una cantidad excesiva de grasa corporal. La obesidad no es solo un problema estético. Es un problema médico que aumenta tu riesgo de enfermedades y problemas de salud, tales como enfermedad cardíaca, diabetes, presión arterial alta y ciertos tipos de cáncer (10).

El índice de masa corporal (IMC) es un parámetro que se utiliza para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad con validez en todo el mundo, siendo el más utilizado en los estudios epidemiológicos (11).

IMC	ESTADO DEL PESO
$< 18,5 \text{ kg/m}^2$	Bajo peso
18,5 a 24,9 kg/m^2	Normal
25,0 a 29,0 kg/m^2	Sobrepeso
$\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$	Obesidad
30 a 34,9 kg/m^2	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo I

35 a 39,9 kg/m ²	• Tipo II
≥40 kg/m ²	• Tipo III

Cuadro 1-1: Clasificación del IMC peso según la OMS (10).

La obesidad en el embarazo es un conflicto para salud pública, pues incrementa riesgos obstétricos y neonatales, aumenta el riesgo de presentar enfermedades, pudiendo haber ciertas complicaciones durante el embarazo y el parto como: Diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedades hepáticas no alcohólicas, trastornos de la coagulación (tromboembolias) y oligo/polihidramnios; en el feto los trastornos abarcan: Macrosomía fetal, síndrome de distress respiratorio y productos con bajo peso para la edad gestacional, prematuridad, malformaciones genéticas y aumento de riesgo de muerte fetal (11).



PERIODO EXPULSIVO:

Se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta que el feto es completamente expulsado fuera de la vulva. Dejado evolucionar espontáneamente su duración aproximada se estima en 15 a 20 minutos para la multípara y en 30 a 45 minutos para la primigesta.

En este período a la presión ejercida por la contracción uterina, se le suma la presión desarrollada por los pujos maternos (prensa abdominal), por lo tanto, durante esta 2da etapa el feto debe tolerar mayor dificultad en su intercambio gaseoso placentario y mayor compresión sobre su cabeza.

La actividad uterina promedio es de 235 Unidades Montevideo y el tono promedio es de 12 mmHg (CaldeyroBarcia & Poseiro, 1959) (1).

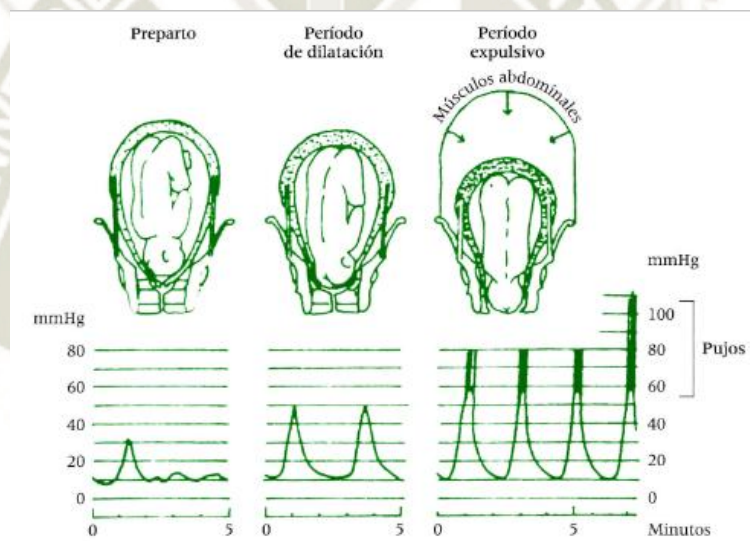


FIGURA 1: Esquema de las contracciones uterinas durante el parto, período de dilatación y período expulsivo (1).

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO:

Es la estimulación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas por la falla en la dilatación del cuello uterino y descenso fetal.

La oxitocina sintética es uno de los fármacos de utilización más frecuente en Estados Unidos. el American College of Obstetricians and Gynecologists (1999a) recomienda una vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones similar a la de cualquier embarazo de alto riesgo. Es posible vigilar las contracciones con palpación o por medios electrónicos de registro de la actividad uterina. Una desventaja de la palpación es que no permite cuantificar con exactitud la presión de las contracciones (Arrabal y Nagey,1996) (12).

PARTO PRECIPITADO: El término parto precipitado se ha definido como un trabajo de parto que no dura más de tres horas desde el inicio de las contracciones regulares hasta el parto. Generalmente se piensa que el parto precipitado es el resultado de una resistencia anormalmente baja del canal del parto, contracciones uterinas anormalmente fuertes, falta de conciencia de las contracciones dolorosas o alguna combinación de estas (13).

Esta anomalía ocurre en un 10% de los partos. Normalmente sólo se hace el diagnóstico de ella en el puerperio al analizar el trabajo de parto y parto de la mujer. Aumenta el riesgo de lesiones del cuello uterino, del canal del parto y del recién nacido. Muchas de estas mujeres, tienen su parto en la cama de partos (14).

La etiología es desconocida y si se sospecha en el trabajo de parto, debe efectuarse monitorización electrónica, dado que el feto puede no tolerar adecuadamente la hiperdinamia que acompaña a esta patología. Eventualmente puede utilizarse tocolítico si hay hiperdinamia (14).

Los signos de parto precipitado varían, pero pueden incluir cualquiera de los siguientes:

- Un inicio repentino e intenso, el tiempo entre contracciones es estrecho lo cual da poca oportunidad para la recuperación de la madre.
- La sensación de presión incluyendo un impulso para empujar que se enciende rápidamente y sin advertencia. Esto también puede ser descrito como una

sensación similar a un movimiento de intestino. A menudo a veces este síntoma no es acompañado por contracciones, el cuello uterino que se dilata muy rápido.

Complicaciones para la madre y para el feto:

- Hipoxia fetal: Si el útero no se relaja adecuadamente, el flujo sanguíneo intervulso podría deteriorarse y causar deficiencia de oxigenación.
- Hemorragia intracraneal: Ocasionada por el paso rápido de la cabeza del feto por el conducto de parto.
- Laceraciones cervicales, vaginales y rectales en la madre (15).



RECIÉN NACIDO:

Producto de la concepción proveniente de un embarazo de 22 o más semanas, desde que se ha concluido su separación del organismo materno hasta que cumple 28 días de nacimiento (16).

3.1 Peso del recién nacido:

Para medirlo se utiliza preferiblemente una balanza de palanca con platillo para bebés con una capacidad máxima de 10kg con una precisión de +/- 10gr. Las balanzas deben ser controladas y calibradas periódicamente. Los niños deben estar desnudos y secos, previa colocación de una toalla descartable de papel sobre la balanza (17).

En su clasificación:

- Macrosómicos → > 4000 gr.
- Normal → 3000 a 3999 gr.
- Peso Insuficiente → 2500 a 2999 gr.
- Bajo peso de nacimiento → < 2500 gr.
- Muy bajo peso → < 1500 gr.
- Extremadamente bajo peso → < 1000.

3.2 Somatometría, medidas antropométricas:

- **Longitud Corporal:** Esta medición está reservada para lactantes y su determinación será hecha en decúbito supino usando una cinta métrica adosada a un plano horizontal, determinando la distancia entre el vértice de la cabeza y la planta de los pies en ángulo recto; se deberá presionar las rodillas para obtener un dato más exacto. Cuando se disponga de un infantómetro; este será el instrumento elegido, haciendo posar la cabeza en decúbito dorsal en el tope fijo y los pies sobre el desplazable o móvil (16).

Se mide la distancia entre el talón y el vértice de la cabeza. La longitud media de un recién nacido es de unos 50 cm. La talla fluctúa entre 48,5 y 51 centímetros (18).

- **Perímetro Cefálico:** El promedio normal del perímetro cefálico es de 33,5-36 cm. Para medirlo se utiliza una cinta métrica flexible, con divisiones de cada 1 milímetro. Se pasa la cinta métrica alrededor de la cabeza sobre el máximo

- perímetro frontooccipital. La cinta es entonces ajustada discretamente, efectuándose la lectura hasta el último milímetro completo (18).
- **Perímetro Torácico:** En el feto se debe de considerar el perímetro torácico normal de 30-33 cm y mayor a este como un factor de riesgo para la presencia de desgarros 38 vulvoperineales, ya que el volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a la del feto normal en una pelvis estrecha. Los fetos con alto peso no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades si no que el mayor escollo está en el parto de hombros (18).
 - **Perímetro Biacromial:** Transverso mayor de los hombros, mide 12 cm.
 - **Perímetro Abdominal:** Carece valor desde el punto de vista somatométrico, es de 1 a 2 cm menos que el perímetro torácico. Su valor estándar es de 31 cm (28 - 34).

Modalidades de Presentación:

- Modalidad de Cara.
- Modalidad de Frente.
- Modalidad de Bregma.
- Presentación Pelviana (2).

DESGARROS PERINEALES:

También llamado laceraciones, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. este tipo de desgarro es bastante común.

Los desgarros que implican solamente la piel alrededor de la vagina suelen curarse por sí sólo en algunas semanas. Algunos desgarros son más extensos y requiere tratamiento.

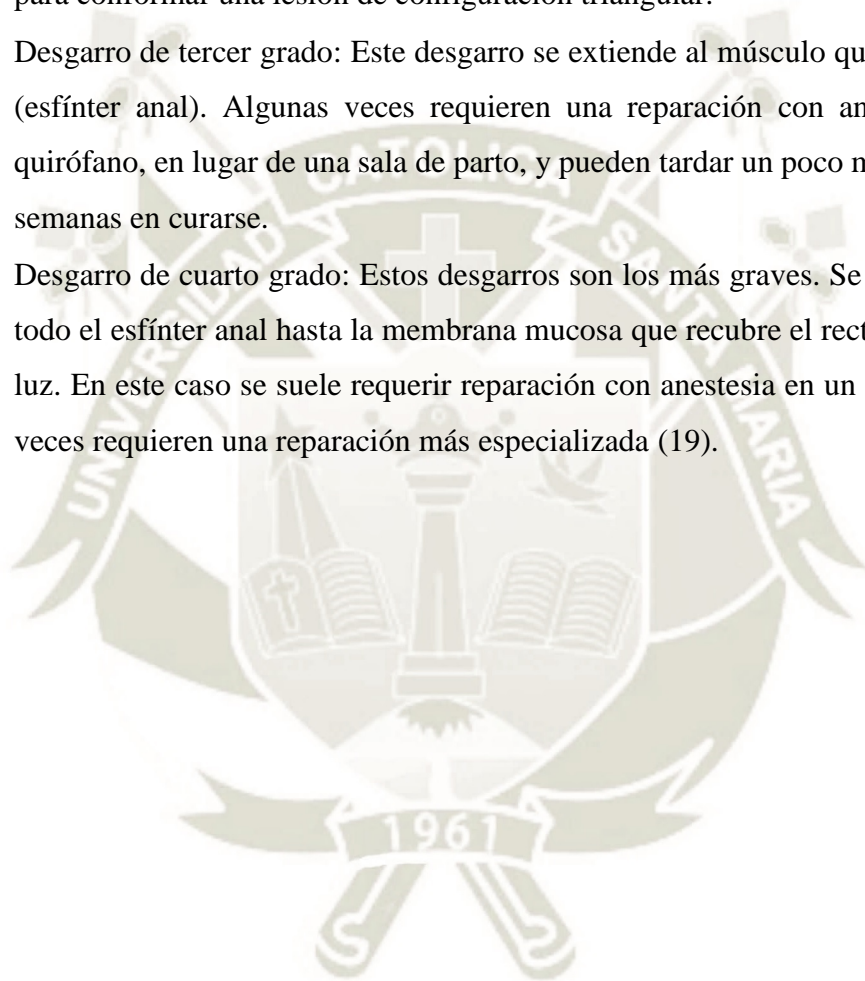
- **Desgarro de primer grado:** Son los menos graves e involucran solamente el renillo, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal, pero respetan la fascia y el músculo subyacentes Incluyen desgarros periuretrales, que pueden inducir hemorragia profusa.

Estos desgarros pueden requerir suturas o no, y suelen curarse en el plazo de algunas semanas.

- Desgarro de segundo grado: Estos desgarros involucran la piel y los músculos del perineo, pero no el esfínter anal, y pueden extenderse dentro de la vagina. Por lo general requieren suturas y se curan en unas semanas.

Estos desgarros suelen extenderse hacia arriba a uno o ambos lados de la vagina, para conformar una lesión de configuración triangular.

- Desgarro de tercer grado: Este desgarro se extiende al músculo que rodea el ano (esfínter anal). Algunas veces requieren una reparación con anestesia en un quirófano, en lugar de una sala de parto, y pueden tardar un poco más de algunas semanas en curarse.
- Desgarro de cuarto grado: Estos desgarros son los más graves. Se extienden por todo el esfínter anal hasta la membrana mucosa que recubre el recto y expone su luz. En este caso se suele requerir reparación con anestesia en un quirófano, y a veces requieren una reparación más especializada (19).



3.2 Análisis de antecedentes investigativos

a) ANTECEDENTES NACIONALES

TITULO: “Relación entre el peso ponderado fetal por altura uterina y el grado de desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, mayo-junio 2018”

AUTOR: Vila García, Milagros Katherine

FUENTE: Universidad Nacional Federico Villareal, Lima - Perú

RESUMEN: Introducción: Relación entre el peso ponderado fetal por altura uterina y el grado de desgarro perineal en gestantes atendidas en el hospital san juan de Lurigancho, mayo-junio,2018.

Objetivo: Determinar la relación entre el peso ponderado fetal por altura uterina y el grado de desgarro perineal en gestantes atendidas en el hospital san juan de Lurigancho, mayo-junio,2018.

Material y método: Estudio tipo descriptivo, retrospectivo realizado en una muestra de 200 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos se recolectaron mediante una ficha que fue validada mediante juicio de expertos. Las variables de estudio no presentaron una distribución normal, la cual se comprobó mediante la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Por consiguiente, se usó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para poder valorar el grado de asociación.

Resultado: Relación entre el peso ponderado fetal por altura uterina y el grado de desgarro es negativa baja($Rho=0.041$) siendo estadísticamente insignificante ($p=0.568$); correlación entre la altura uterina y el grado de desgarro es positiva muy baja ($Rho=0.007$) siendo insignificante($p=0.916$); correlación entre el peso del recién nacido y el grado de desgarro es positiva baja($Rho=0.052$) resultando estadísticamente insignificante y la relación entre el peso del recién nacido y la altura uterina es positiva moderada ($Rho=0.535$) siendo estadísticamente significativa($p<0.001$).

Conclusión: Se evidencia que entre el peso ponderado fetal por altura uterina y el grado de desgarro perineal no existe correlación (20).

TITULO: “Características maternas, obstétricas y neonatales en púerperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016”

AUTOR: Díaz Silva, Lethy

FUENTE: Universidad privada Norbert Wiener escuela académica profesional de obstetricia.

RESUMEN: Objetivo: Determinar las características maternas, obstétricas y neonatales en púerperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016.

Material y métodos: El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra fue de 144 historias clínicas que cumplieron con el criterio de inclusión y exclusión con diagnóstico de desgarro perineal durante el año 2016.

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

Conclusiones: En cuanto a características maternas se concluye que tuvieron más frecuencia de desgarros perineales las que tuvieron edad de 20-34 años, las púerperas eran de nivel secundaria con estado civil conviviente, las pacientes con anemia presentan mayor porcentaje de desgarros. De las características obstétricas las multíparas, tener un periodo expulsivo ≤ 10 min, una púerpera no preparada en psicoprofilaxis obstétrica tienen mayor frecuencia de desgarros perineales. En cuanto

a las características neonatales el peso del recién nacido los que pesaron de 3500-4000 gr tuvieron mayor frecuencia de desgarros perineales durante el parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. En cuanto al perímetro cefálico y sexo del recién nacido no se encontró diferencia de porcentaje. Por último, la mayor frecuencia de desgarros perineales son las del grado uno en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016 (21).



TITULO: “Factores asociados a desgarros perineales durante el parto de pacientes atendidas en el servicio del centro obstétrico del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari año 2017”

AUTOR: Isuiza Ramírez, Lidia

FUENTE: Repositorio Institucional Universidad de Huánuco

RESUMEN: La investigación fue realizada en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, con el objetivo de determinar los factores asociados a desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el servicio del centro obstétrico del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari en el año 2017; con un tipo de estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo; en el que se relacionó los factores maternos, obstétricos y neonatales con el tipo de desgarro perineal; la muestra estuvo constituida por 210 pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico con desgarro perineal quienes cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica del estudio es la documentaria porque los datos se obtuvieron de la historia clínica y el instrumento fue una ficha de recolección de datos, validada por juicio de expertos; los principales resultados son: la edad en años que se obtuvo en promedio de 26 años, también se obtuvo que el 34,3% son nulíparas y primíparas, el 99% tuvo una duración de parto adecuado, el 68,6% no presento anemia, perímetro cefálico y el peso del recién nacido fueron adecuados en un 95,7% y en 94,8%, respectivamente; concluimos que los factores maternos como la anemia; los factores obstétricos como la paridad y la duración del expulsivo; los factores neonatales son el perímetro cefálico y el peso del recién nacido; también que el desgarro perineal más frecuente fue el de primer grado en un 80,5% (22).

b) ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TITULO: “Prevalencia de desgarro de alto grado en parto de adolescentes mexicanas”

AUTORES: María Teresa Sánchez-Ávila, Marisol Galván

FUENTE: Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias Clínicas. Monterrey, Nuevo León, México

RESUMEN: Introducción: En México hay una elevada tasa de partos en adolescentes. Este grupo es vulnerable para complicaciones obstétricas, entre ellas laceración del esfínter anal. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en adolescentes durante el parto y evaluar factores de riesgo en comparación con partos con laceración de mujeres adultas.

Métodos: Se revisaron todas las atenciones obstétricas en un hospital público de tercer nivel en Monterrey, Nuevo León, México en el año 2014. Se documentó edad, primiparidad, instrumentación del parto, realización de episiotomía, índice de masa corporal, peso del producto y grado del desgarro en los partos que presentaron desgarros de tercer y cuarto grado.

Resultados: Se encontró una prevalencia general de 2.0% de desgarros de tercer y cuarto grado y en adolescentes de 2.5%. La razón de momios sin ajustar de desgarros de alto grado en mujeres adolescentes en comparación con mujeres adultas fue de 1.36 (IC 95%= 0.99-1.86, p= 0.05). No se encontró diferencia al comparar factores de riesgo entre los partos con desgarro de alto grado en adolescentes contra adultas.

Conclusiones: Se encontró una prevalencia mayor a lo reportado de desgarros de alto grado durante el parto. Los datos sugieren a la adolescencia como factor de riesgo para desgarros de alto grado (23).

TITULO: “Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín”

AUTORES: Herrera Olivarez, Deyci Gabriela; Pillajo Flores, Doris Gabriela

FUENTE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

RESUMEN: Introducción: El trauma perineal, son complicaciones obstétricas frecuentes de la atención del parto, se produce en un 65% de las mujeres atendidas por parto vía vaginal y estos a su vez se deben a desgarros espontáneos o como consecuencia de una episiotomía. En Estados Unidos, se estima que las mujeres atendidas por parto por vía vaginal tienen un riesgo de un 85% de sufrir algún tipo de trauma perineal, 1-8% sufrirán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y un 60-70% de los desgarros requerirán una sutura para reparación del mismo.

Objetivo: Determinar los factores asociados a desgarros perineales en mujeres atendidas por parto cefalovaginal en el periodo de enero - julio del 2018 en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín.

Metodología: Se realizó un estudio cross sectional donde se estudió al universo de mujeres que fueron atendidas por parto céfalo vaginal durante enero a julio del 2018 en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, en ellas se observó la prevalencia de desgarros y se estableció los factores que se asocian a los mismos, que bien pueden ser propios de la paciente, del recién nacido, o de quien atendió el parto. Se evaluó 658 partos vaginales en presentación cefálica entre 35 a 43 semanas de gestación y se excluyó a las pacientes a quienes se les realizó parto instrumentado o cesárea por cualquier indicación obstétrica.

Resultados: Del total pacientes de nuestro estudio el 24,76% presentaron desgarro perineal, el desgarro grado 1 fue el más frecuente con el 72,26 %, no se presentó ningún caso con desgarro grado 4. Los grupos que presentaron mayor prevalencia de desgarro perineal fueron las adolescente (< ó =18 años) con el 27,3%, mujeres cuyos recién nacidos tuvieron peso elevado (> 3500 g) con el 36% (p= 0,029) y en menor porcentaje los de peso bajo (<2500) con el 14,7%, los recién nacidos con perímetro cefálico alto (<35 cm) con el 27%, los recién nacidos postérmino con un 33,3%, las multíparas con un 33% (p=0,000), las mujeres que ingresan en expulsivo con un 81,8% (p=0,000) y cuando atendió el parto el interno rotativo de medicina un 30,5% (p=0,001).

Conclusión: Los desgarros perineales se producen cuando los factores predeterminados como adolescencia, peso del recién nacido elevado, perímetro cefálico elevado y labor de parto, pero también cuando la persona que atiende el parto tiene poca experiencia. Es importante la vigilancia estrecha al momento del parto de las mujeres con factores de riesgo y del personal de salud en formación al momento de la atención del parto para evitar los desgarros (24).



TITULO: “Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la maternidad de corta estancia del Distrito 17D07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013”

AUTORES: León Valdiviezo, Wilfrido; Congo Chalá, Evelin Amparito

FUENTE: Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador

RESUMEN: El parto y nacimiento son procesos fisiológicos en donde se producen varios cambios, que cada mujer lo vive de manera interna y personal. Garantizar los mejores resultados en la atención del parto favorecerá en la adaptación de la maternidad, así como en el establecimiento de un vínculo entre madre e hijo/a y en el éxito de la lactancia (GPC, 2010). La posición para parir está determinada por patrones culturales y de comportamiento. La diversidad de posiciones para parir se encuentra establecida por grupos sociales, que se respaldan en conocimientos y creencias adquiridas a través del tiempo. Indudablemente durante la labor, parto y posparto pueden presentarse una serie de complicaciones que pueden trascender negativamente en la capacidad de la mujer para la atención del recién nacido, dañando así la experiencia de la maternidad.

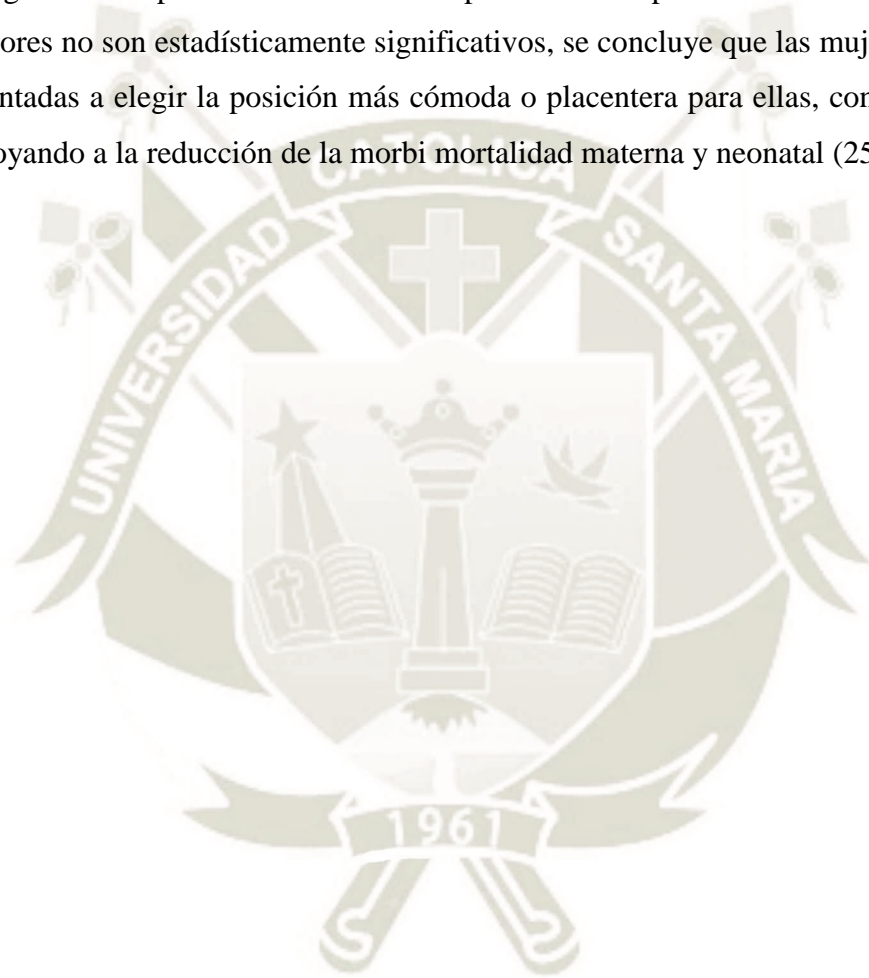
Objetivo: El objetivo general de este estudio se centra en analizar la frecuencia de desgarros perineales durante el parto, tanto en la posición vertical como en la horizontal, en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia del Distrito 17D07 Guamaní.

Materiales Y Métodos: Es un estudio comparativo, retrospectivo y transversal. Donde se realizará la comparación de variables con el tipo de parto.

Resultados: Se incluyeron 222 pacientes de las cuales 51(23,0%) presentaron desgarro perineal siendo en su mayoría mujeres de etnia mestiza, en cuanto a paridad encontramos un porcentaje en 19 mujeres (37%) con desgarro durante la segunda gesta, los porcentajes decrecen mientras aumenta la gesta, en cuanto a la etnia 45 mujeres (25,4%) de etnia mestiza presentaron mayor cantidad de desgarro, cabe recalcar que él (32,4%) de mujeres que se auto identifican como indígenas tienen preferencia por la atención de parto en posiciones verticales, mientras que el (93,7%) de mujeres que se auto identifican como mestizas prefieren el parto en posición horizontal. Se realizó una regresión logística de las variables en grupo donde se pudo

identificar que el parto precipitado se asocia con desgarro perineal, el valor de Wald fue de 39,863 y $p= 0,00$; el valor de $B=0,842$, constituyéndose así en un valor protector.

Conclusiones: El parto precipitado es un factor de riesgo para que se produzca desgarro perineal. Por el contrario, ni la edad, paridad, y etnia fueron factores de riesgo estadísticamente significativos. No se pudo demostrar que existe mayor número de desgarros en la posición horizontal comparada con las posiciones verticales ya que los valores no son estadísticamente significativos, se concluye que las mujeres deben ser alentadas a elegir la posición más cómoda o placentera para ellas, con esto estamos apoyando a la reducción de la morbi mortalidad materna y neonatal (25).



4. Hipótesis

Dado que, en pacientes multíparas el canal blando del parto presenta tejidos más laxos por su repetida extensión haciéndolo más elástico y así resistente al paso del feto durante el trabajo de parto.

Es probable que, existan algunos factores maternos y fetales, que pese a esta elasticidad puedan originar la presencia de desgarros perineales durante el parto.



III. Planteamiento Operacional

1. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

1.1. Técnica: La técnica a emplear fue la observación documental.

1.2. Instrumento: El instrumento utilizado fue una Ficha de recolección de datos.

VARIABLES	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Variable Independiente: Factores maternos y fetales causantes de desgarros perineales	◇ Antecedentes Obstétricos	Observación Documental	Ficha de Recolección de Datos
	◇ Antecedentes Patológicos		
	◇ Atención del Parto		
	◇ Recién Nacido		
Variable Dependiente: Desgarros perineales	Tipos de Desgarros	Observación Documental	Ficha de Recolección de Datos

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación Espacial

a) Precisión del lugar:

- Hospital Regional Honorio Delgado ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión N°505 Arequipa-Perú (ANEXO 02).

b) Caracterización del lugar de investigación:

- El Hospital Regional Honorio Delgado pertenece a la RED de salud Arequipa-Caylloma, categoría de EESS III-1, DIRESA Gerencia Regional de Salud.

2.2. Ubicación Temporal

2.2.1. Cronología:

Octubre - noviembre 2020

2.2.2. Visión temporal:

Retrospectivo

2.2.3. Corte temporal:

Transversal

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Universo

a) Universo Cuantitativo

Nuestra muestra estuvo constituida por 103 historias clínicas de mujeres multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que presentaron desgarro perineal.

Criterios de Inclusión

- Multíparas con al menos dos partos por vía vaginal.
- Parto presentación cefálica de vértice.
- Gestación a término ≥ 37 semanas.
- Historias con datos completos maternos y fetales.
- Parto único.

Criterios de Exclusión

- Parto con maduración previa con misoprostol.
- Historia clínica incompleta.
- Parto con una presentación que no sea de vértice.
- Gestación múltiple.
- Gestaciones pretérmino.
- Gestantes nulíparas.

b) Universo Formalizado

Se dividió a las mujeres por:

- Nivel de paridad.
- Características del recién nacido.
- Grado del desgarro.



3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

- Se solicitó la autorización por medio de Sr. director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza para realizar el trabajo de investigación.
- Se aplicó el instrumento de forma presencial a cada Historia Clínica que fue solicitada por un periodo aproximado de 10 minutos por historia.

3.2. Recursos

- Humanos:

Investigador: Milashmy Valeria Ballón Borja, María de los Ángeles Arteaga Mendoza.

Asesor: Dr. Alfredo Rodríguez Zinanyuca.

- Físicos:

Ficha de recolección de datos (ANEXO 01).

- Económicos:

Autofinanciado por las autoras.

3.3. Validación del Instrumento

La ficha de recolección de datos es un instrumento que solamente se utilizó para la obtención de los datos de las historias clínicas. Al no medir un constructo esta ficha de recolección de datos no requiere validación.

4. Estrategia para Manejar Resultados

4.1. A nivel de sistematización de datos

a) Tipo de Sistematización

- Electrónico

b) Plan de Operación

- Plan de clasificación:

Se usará una matriz de ordenamiento documental.

- Plan de recuento:

Recuento de tipo manual.

- Plan de análisis:

Análisis multivariado.

- Plan de tabulación:

Se usará un cuadro de número de entrada doble.

- Plan de graficación:

Se usará gráfico de barras.

c) Plan de Análisis de Datos

Utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

versión 26.



RESULTADOS

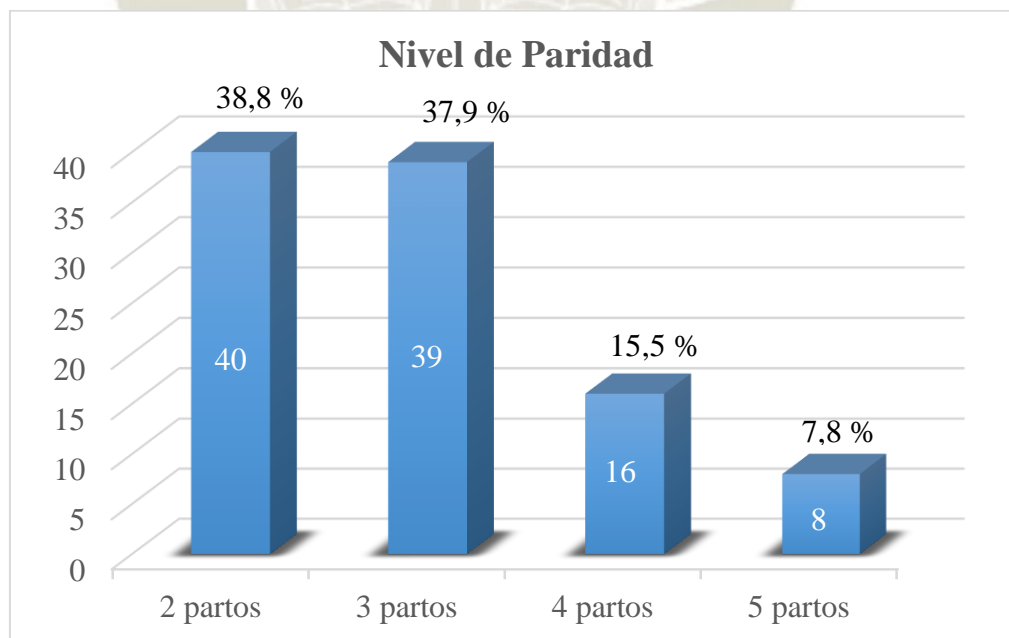
TABLA N° 1:
PARIDAD EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019

<i>Paridad</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>2 partos</i>	40	38,8
<i>3 partos</i>	39	37,9
<i>4 partos</i>	16	15,5
<i>≥ 5 partos</i>	8	7,8
TOTAL	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 1 indica que el 38,8% (40) de las pacientes tuvieron 2 partos anteriormente y el 7,8% (8) más de 5 partos.

GRÁFICO N° 1:



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 2:

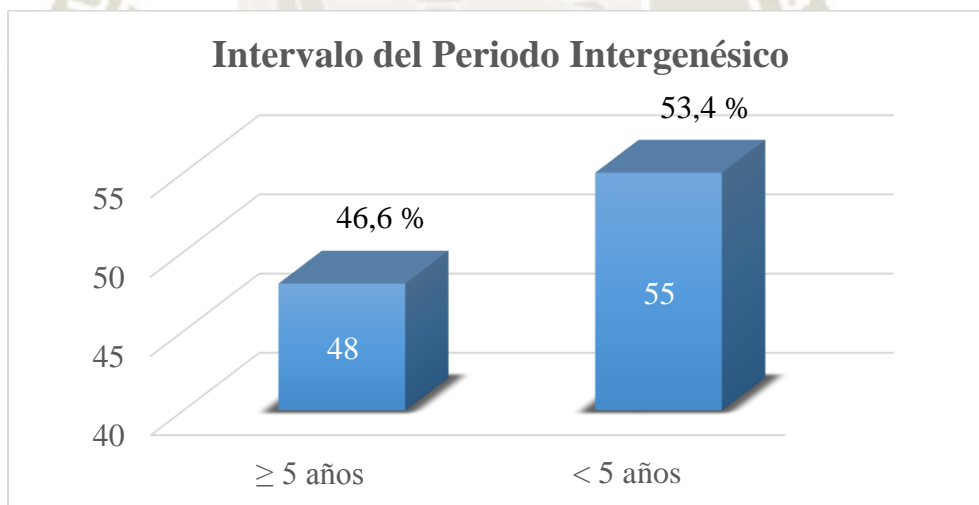
**PERIODO INTERGENÉSICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019**

<i>Periodo Intergenésico</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
≥ 5 años	48	46,6
< 5 años	55	53,4
TOTAL	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 2 indica que el 53,4% (55) de las pacientes presentaron un periodo intergenésico menor a 5 años.

GRÁFICO N° 2:



Fuente: Elaboración propia.

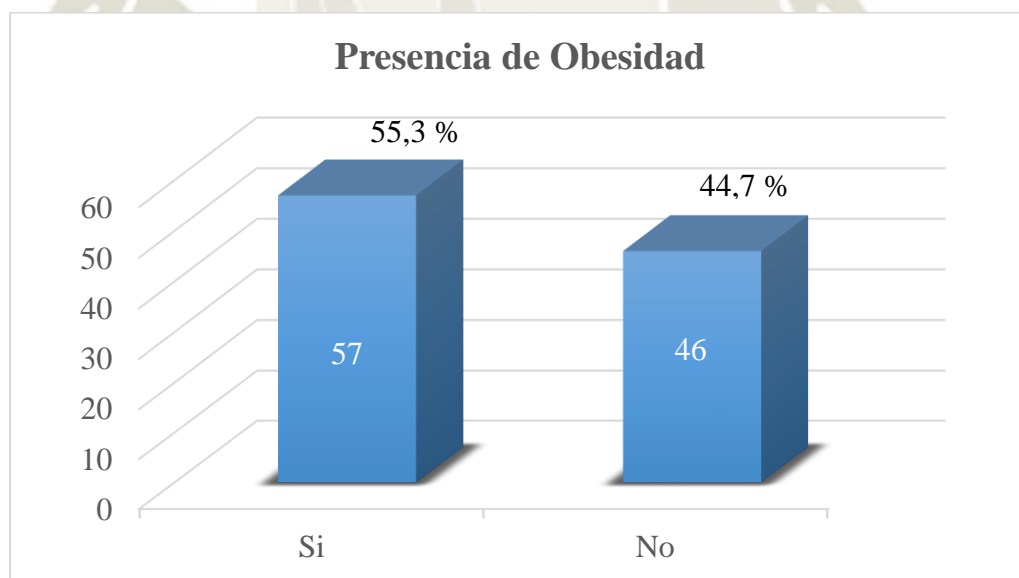
TABLA N° 3:
PACIENTES CON OBESIDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019

<i>Obesidad</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>SI</i>	57	55,3
<i>NO</i>	46	44,7
<i>TOTAL</i>	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 3 indica que el 55,3% (57) de las pacientes tuvieron obesidad durante su embarazo.

GRÁFICO N° 3:



Fuente: Elaboración propia.

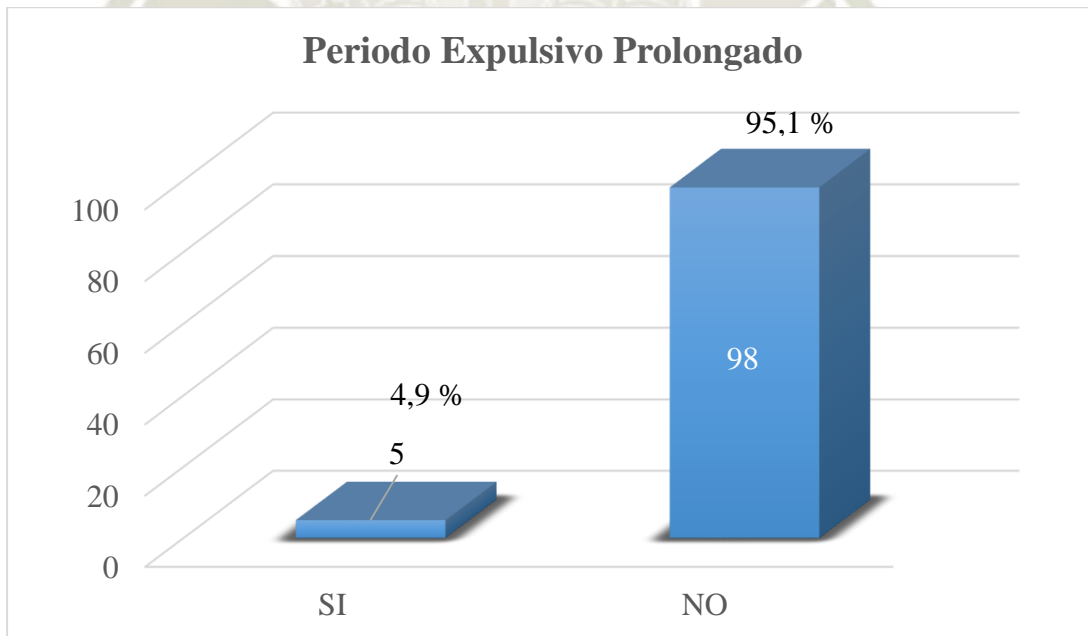
TABLA N° 4:
DURACIÓN DE PERIODO EXPULSIVO MAYOR A 30 MINUTOS EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, 2019

<i>>30 minutos</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>SI</i>	5	4,9
<i>NO</i>	98	95,1
<i>TOTAL</i>	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 4 indica que el 4,9% (5) de las pacientes tuvieron un periodo expulsivo mayor de 30 minutos.

GRÁFICO N° 4:



Fuente: Elaboración propia.

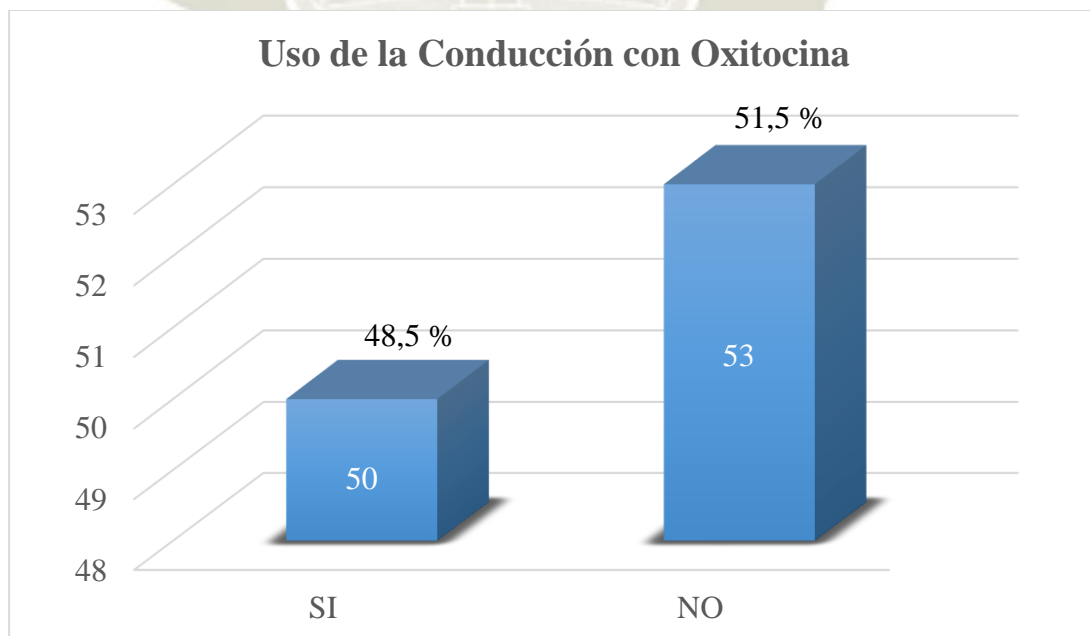
TABLA N° 5:
CONDUCCIÓN CON OXITOCINA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, 2019

<i>Conducción con Oxitocina</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>SI</i>	50	48,5
<i>NO</i>	53	51,5
<i>TOTAL</i>	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 5 indica que el 48,5% (50) de las pacientes tuvieron que ser conducidas con oxitocina durante el trabajo de parto.

GRÁFICO N° 5:



Fuente: Elaboración propia.

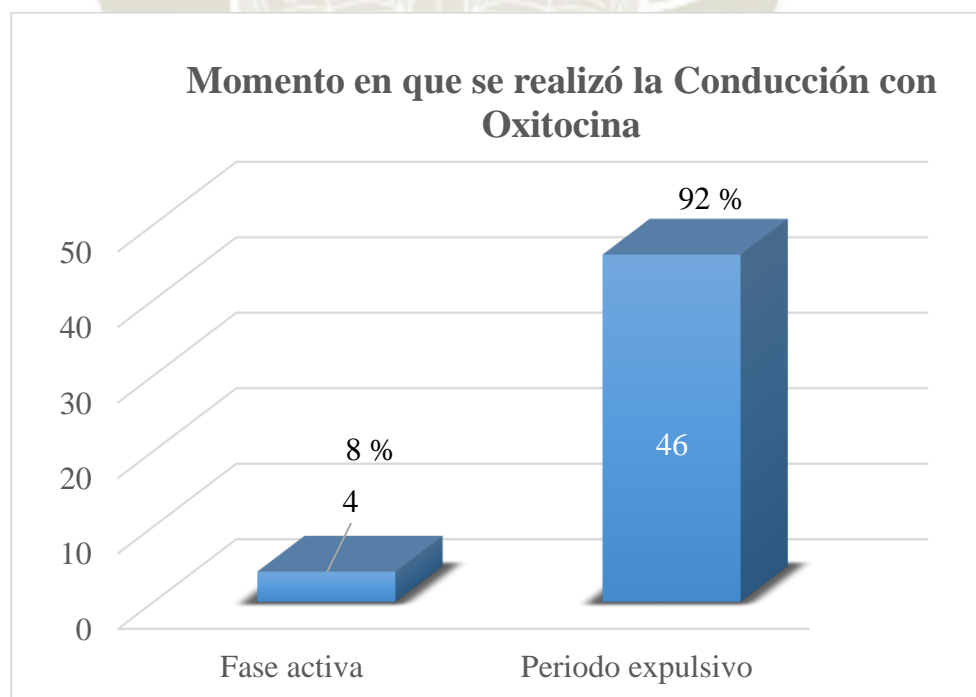
TABLA N° 6:
MOMENTO EN QUE SE REALIZA EL USO DE OXITOCINA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, 2019

<i>Momento de la Conducción</i>	N°	%
<i>En la fase activa</i>	4	8
<i>En el periodo expulsivo</i>	46	92
TOTAL	50	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 6 indica que el 92% (46) de las pacientes tuvieron que ser conducidas con oxitocina durante el periodo expulsivo.

GRÁFICO N° 6:



Fuente: Elaboración propia.

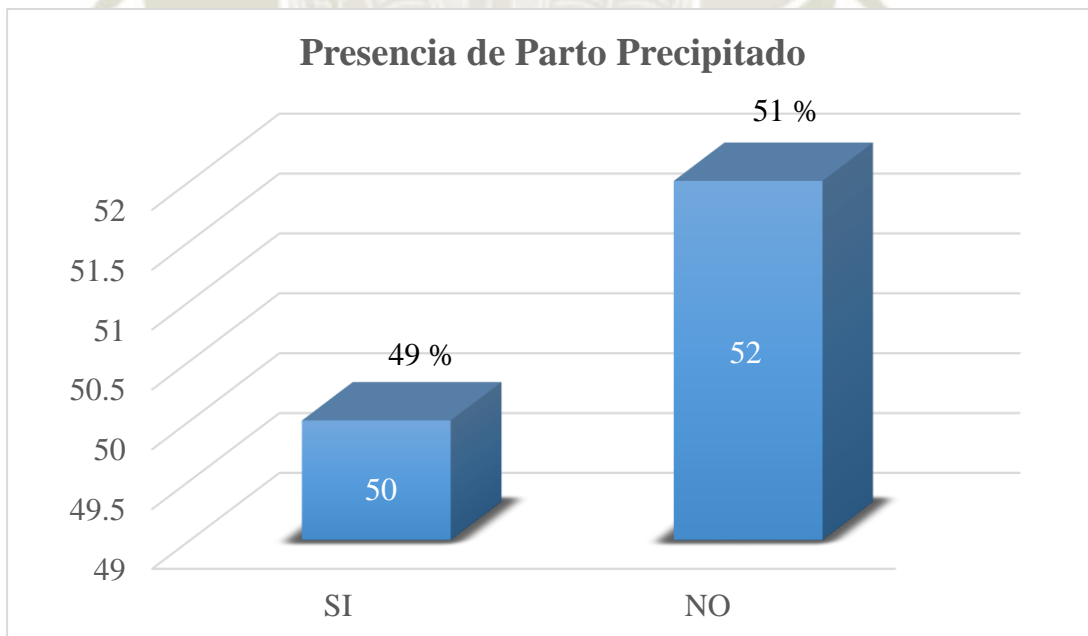
TABLA N° 7:
**PARTO PRECIPITADO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019**

<i>Parto Precipitado</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>SI</i>	50	49,0
<i>NO</i>	52	51,0
<i>TOTAL</i>	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 7 indica que el 49% (50) de las pacientes tuvieron un trabajo de parto precipitado.

GRÁFICO N° 7:



Fuente: Elaboración propia.

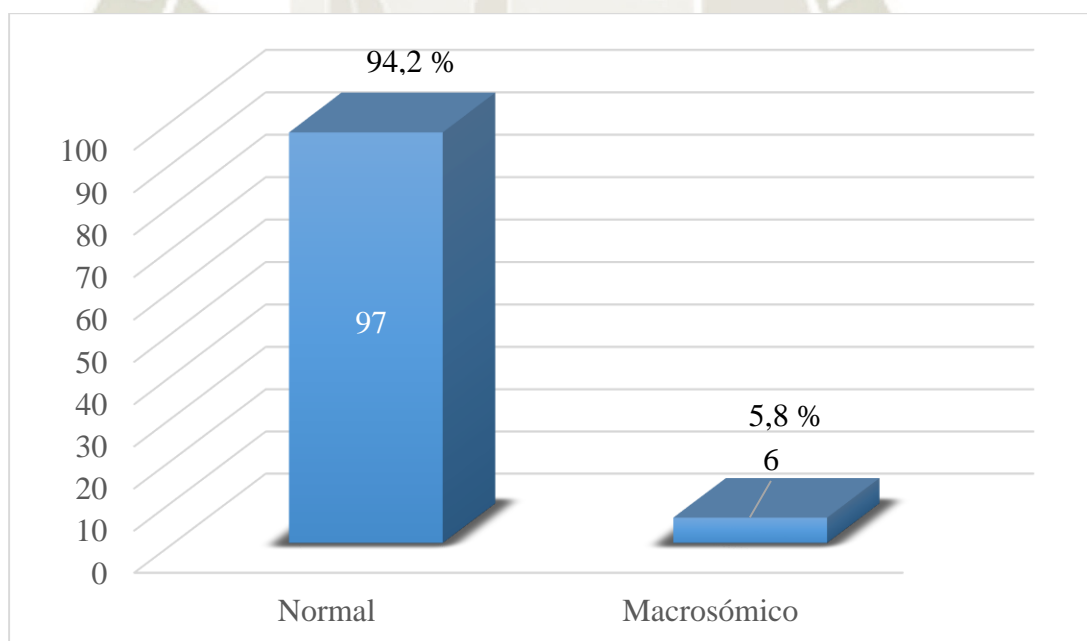
TABLA N° 8:
**PESO DE RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019**

<i>Peso del RN</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Normal</i>	97	94,2
<i>Macrosómico</i>	6	5,8
<i>TOTAL</i>	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 8 indica que el 94,2% (97) de las pacientes tuvieron recién nacidos con un peso normal.

GRÁFICO N° 8:



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 9:
ANTROPOMETRÍA DE RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, 2019

	<i>P. CEFALICO</i>	<i>P. TORAXICO</i>	<i>TALLA</i>
<i>N Válido</i>	103	103	103
<i>Media</i>	34,5951	33,8612	49,9553
<i>Desviación</i>	1,17033	1,71831	1,79141
<i>Mínimo</i>	31,00	29,00	44,00
<i>Máximo</i>	38,00	39,00	55,50

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 9 muestra que la medida máxima del perímetro cefálico en los recién nacidos es 38cm, del perímetro torácico es 39cm y la talla es 55,5cm.

TABLA N° 10:
**FRECUENCIA DE DESGARROS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019**

<i>Grado de Desgarro</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>I grado</i>	91	88,3
<i>II grado</i>	12	11,7
<i>TOTAL</i>	103	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 10 indica que el 88,3% de las pacientes presentaron un desgarro de I grado.

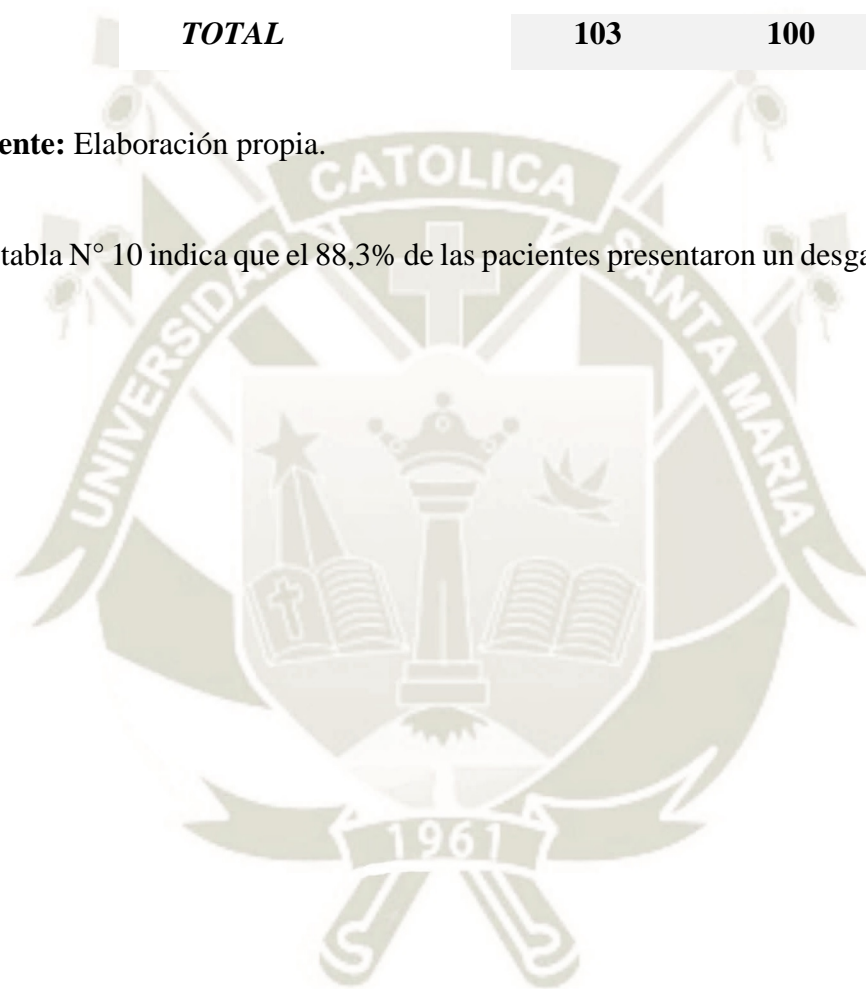


TABLA N° 11:

**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y LA PARIDAD EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, 2019**

PARIDAD	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
2 partos	33	32	7	6,8	40	38,8
3 partos	37	35,9	2	1,9	39	37,9
4 partos	14	13,6	2	1,9	16	15,5
≥ 5 partos	7	6,8	1	1	8	7,8
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100
	X ² = 2.958		P=0.398		P>0.05	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 11, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 2,958$) para muestras independientes da como resultado que la paridad de la mujer y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P>0,05$).

Sin embargo, el 35,9% de las pacientes con 3 partos anteriores tuvieron un desgarro de I grado.

TABLA N° 12:
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y EL PERIODO
INTERGENÉSICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019

Periodo intergenésico	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
≥ 5 años	44	42,7	4	3,9	48	46,6
<5 años	47	45,6	8	7,8	55	53,4
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100

$X^2 = 0,961$ $P = 0,327$ $P > 0,05$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 12, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0,961$) para muestras independientes da como resultado que el periodo intergenésico y el grado de desgarro en las pacientes no presentaron relación estadística significativa ($P > 0,05$).

Sin embargo, el 45,6% de las pacientes con desgarro de I grado tuvieron un periodo intergenésico menor de 5 años.

TABLA N° 13:

**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y LA PRESENCIA DE
OBESIDAD EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019**

Obesidad	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	53	51,5	4	3,9	57	55,3
No	38	36,9	8	7,8	46	44,7
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100
	X ² = 2,661		P= 0.103		P>0.05	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 13, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 2,661$) para muestras independientes da como resultado que la obesidad materna y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P>0,05$).

Sin embargo, el 51,5% de las pacientes con desgarro de I grado tuvieron obesidad durante su embarazo.

TABLA N° 14:

**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y LA DURACIÓN DEL
EXPULSIVO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019**

Expulsivo >30 minutos	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	4	3,9	1	1,0	5	4,9
NO	87	84,5	11	10,7	98	95,1
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100
		X ² = 0,356	P= 0,551	P>0.05		

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 14, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 0,356$) para muestras independientes da como resultado que la duración del expulsivo y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P>0,05$).

Sin embargo, el 84,5% de las pacientes con desgarro de I grado no tuvieron un parto con una duración mayor de 30 minutos.

TABLA N° 15:
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y LA CONDUCCIÓN
CON OXITOCINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019

Conducción con Oxitocina	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	46	44,7	4	3,9	50	48,5
No	45	43,7	8	7,8	53	51,5
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100

$X^2 = 1,258$ $P = 0,262$ $P > 0,05$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 15, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 1,258$) para muestras independientes da como resultado que la conducción con oxitocina durante el parto y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P > 0,05$).

Sin embargo, el 44,7% de las pacientes con desgarro de I grado tuvieron un parto con conducción con oxitocina.

TABLA N° 16:
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y LA PRESENCIA DE PARTO PRECIPITADO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019

Parto Precipitado	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	44	43,1	6	5,9	50	49,0
No	46	45,1	6	5,9	52	51,0
TOTAL	90	88,2	12	11,8	103	100

$X^2 = 0,005$ $P = 0,942$ $P > 0,05$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 16, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0,005$) para muestras independientes da como resultado que el trabajo de parto precipitado y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P > 0,05$).

Sin embargo, el 43,1% de las pacientes con desgarro de I grado tuvieron un trabajo de parto precipitado.

TABLA N° 17:

**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y EL PESO DEL
RECIÉN NACIDO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019**

Peso del RN	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Normal	85	82,5	12	11,7	97	94,2
Macrosómico	6	5,8	0	0,0	6	5,8
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100
	X ² = 0,840		P= 0,359		P>0.05	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 17, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2= 0,840$) para muestras independientes da como resultado que el peso del recién nacido y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P>0,05$).

Sin embargo, el 82,5% de las pacientes con desgarro de I grado tuvieron un recién nacido con peso dentro del rango normal.

TABLA N° 18:
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y EL PERÍMETRO
CEFÁLICO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, 2019

Perímetro Cefálico	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
<33,5	13	12,6	1	1,0	14	13,6
33,5 - 36	73	70,9	11	10,7	84	81,6
>36	5	4,9	0	0,0	5	4,9
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100

$X^2 = 1,106$ $P = 0,575$ $P > 0,05$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 18, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 1,106$) para muestras independientes da como resultado que el perímetro cefálico y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo, se muestra que el 70,9% de los recién nacidos tuvieron perímetros cefálicos entre 33,5cm y 36cm terminando con desgarro de I grado.

TABLA N° 19:
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y EL PERÍMETRO
TORÁCICO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, 2019

Perímetro Torácico	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
<30	1	1,0	0	0,0	1	1,0
30 - 33	34	33,0	4	3,9	38	36,9
>33	56	54,4	8	7,8	64	62,1
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100

$X^2 = 0,223$ $P = 0,894$ $P > 0,05$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 19, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0,223$) para muestras independientes da como resultado que el perímetro torácico y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo, se muestra que el 54,4% de los recién nacidos tuvieron perímetros torácicos mayores a 33cm terminando con desgarro de I grado.

TABLA N° 20:
RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DESGARRO Y LA TALLA DE LOS
RECIÉN NACIDOS DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, 2019

Talla	GRADO DE DESGARRO				TOTAL	
	I GRADO		II GRADO		N°	%
	N°	%	N°	%		
<48,5	15	14,6	2	1,9	17	16,5
48,5 - 51	58	56,3	8	7,8	66	64,1
>51	18	17,5	2	1,9	20	19,4
TOTAL	91	88,3	12	11,7	103	100

$X^2 = 0,067$ $P = 0,967$ $P > 0,05$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N° 20, según la prueba de Chi Cuadrado ($X^2 = 0,067$) para muestras independientes da como resultado que el perímetro torácico y el grado de desgarro en las pacientes no presentó relación estadística significativa ($P > 0,05$).

Así mismo, se muestra que el 56.3% de los recién nacidos tuvieron tallas entre 48.5cm y 51cm terminando con desgarro de I grado.

IV. Discusión y Comentarios

Los desgarros perineales son una complicación muy frecuente asociada al trabajo de parto, durante la atención del periodo expulsivo puede haber desgarros perineales por varios factores tanto maternos como fetales, su ocurrencia conlleva morbilidad, posibles secuelas inmediatas y problemas en la calidad de vida de la madre, la identificación de tales factores podría ayudar a contribuir a su prevención o manejo, y así evitar la presencia de estos.

Las mujeres multíparas del Hospital Regional Honorio Delgado presentaron un desgarro tipo I en un 88.3% y del tipo II fue de 11,7% (tabla N° 1). Algunos similares fueron encontrados por Díaz L. en su trabajo sobre “características maternas, obstétricas y neonatales en púérperas con desgarro perineal atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue durante el año 2016”, donde el 79.17% de las pacientes presentaron un desgarro tipo I así mismo, como menciona Isuiza L. en su trabajo “Factores asociados a desgarros perineales durante el parto de pacientes atendidas en el servicio del centro obstétrico del hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari año 2017” se encontró que en mujeres multíparas hay una presencia de un 89.4% de desgarros de primer grado y un 10.8% de segundo grado. Solo el 20% de las pacientes con tales características presentaron desgarro tipo I (21).

Dentro de los factores maternos tenemos el nivel de paridad en el cual las mujeres que únicamente tuvieron 2 partos representan el 38.8% del universo, las mujeres con 3 partos el 37.9%, con 4 partos el 15.5%, y con 5 partos a más 7.8%. Según el trabajo realizado por Torres O., se vio que la mayoría de las pacientes fueron multíparas conformando el 61,6% en el que indican que las pacientes gran multíparas tienen 3.4 veces más probabilidades de presentar desgarro perineal (26).

Por otro lado, las pacientes que tuvieron un periodo intergenésico mayor o igual a 5 años representan el 46.6% del universo, y el 53.4% tuvo su siguiente parto en menos de 5 años. Oviedo G. describe que aquellas pacientes con un periodo intergenésico más largo tienen mayor riesgo de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado (18 meses y no mayor de 60 meses) (27).

También podemos observar a las pacientes con presencia o no de obesidad, las cuales el 55.3% tienen obesidad. Quispe A. informo en su trabajo “complicaciones del embarazo, parto y puerperio en gestantes obesas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017” que el 81.08% de las pacientes atendidas presentaron obesidad tipo I y complicaciones durante el embarazo siendo más frecuente la diabetes y la preclamsia (28).

Otro factor a tener en cuenta fue la duración del periodo expulsivo, las pacientes en las cuales este periodo duro más de 30 minutos, representan en el 4.9% y de las cuales el 95.1% duro menos de 30 minutos. Isuiza L. informó en su trabajo que en cuanto al tiempo de periodo expulsivo las que tuvieron un periodo menor o igual a 10 minutos presentaron mayor frecuencia de desgarro perineal; demostrando así que del 100% que tuvieron un tiempo adecuado de periodo expulsivo un 81.3% presentaron desgarro de I grado y el 23.6% de II grado (22).

También se consideró la conducción con oxitocina durante el trabajo de parto en el cual el 48.5% si fueron conducidas y el 51.5 no lo fueron. Según la OMS, si bien la conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar un trabajo de parto prolongado, su uso inapropiado puede ser nocivo. La conducción con oxitocina sintética puede provocar una hiperestimulación uterina, con efectos adversos tales como la asfixia fetal y la ruptura uterina (29). En comparación Urquizo Y., en su trabajo “Frecuencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa y sus principales complicaciones materno-perinatales en el hospital III Goyeneche entre los años 2008 al 2013”, muestra que el 0.5% de las pacientes fue necesaria la conducción del trabajo de parto (30).

Encontramos que el 92% de las pacientes se utilizó oxitocina en el periodo expulsivo y 8% en la fase activa del parto. Urquizo Y., en su trabajo “Frecuencia del parto vaginal en pacientes con cesárea previa y sus principales complicaciones materno-perinatales en el hospital III Goyeneche entre los años 2008 al 2013”, informó que el 0.5% de las pacientes fue necesaria la conducción del trabajo de parto (30).

El porcentaje de paciente que tuvieron un parto con una duración menor de 60 minutos fue del 15.7% y el 84.3% no presentaron un parto precipitado. Según lo mostrado en

el trabajo de Rubio A., el 22% de las pacientes tuvo su parto en menos de 60 minutos y el 37,2% de los partos duraron entre 60 a 119 minutos, demostrando que la duración media total de los partos fue de 100 minutos (31).

Dentro de los factores fetales consideramos el peso de los recién nacidos, de los cuales el 94.2% tuvieron un peso normal y el 5.8% fueron recién nacidos macrosómicos. Con respecto a factores neonatales, de acuerdo con Diaz L., los macrosómicos (>4000gr) tienen 23 veces más de producir un desgarro; de acuerdo a la guía de procedimientos del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional María Auxiliadora aquellos considerados macrosómicos representan el 8.3% de niños que causaron desgarro perineal en el parto y aquellos con un peso adecuado representan el 58.33%. En comparación con Herrera D. cuyo trabajo muestra el 83.3% de desgarros de I grado causados por recién nacidos macrosómicos (>3500gr) y el 11.1% de II grado, mientras que en 69.3% son desgarro de I grado causados por recién nacidos de un peso adecuado (2500-3500gr) y 28.3% de II grado. En la antropometría de los recién nacido se obtuvo que la media del perímetro cefálico fue de 34cm, perímetro torácico de 33cm y la talla de 49 cm (21).

Relacionando las características estudiadas podemos encontrar que el 38.8% de las mujeres con 2 partos presentaron desgarro tanto grado I como grado II y el 37.9% de las mujeres con 3 partos, el 15.5% de las que tuvieron 4 partos y 7.8% de las que tuvieron 5 partos a más. De acuerdo al trabajo realizado por Ayala M. el 80,67% de gestantes con esta complicación fue múltipara y el grado de desgarro perineal más frecuente fue el de I grado en un 66.33% (32).

Relacionado con el periodo intergenésico se vio que el 42.7% de las mujeres presentaron un desgarro de grado I al tener un parto después de 5 años o más y el 3.9% de II grado; el 45.6% representa un desgarro de I grado en aquellas mujeres que tuvieron su parto en menos de 5 años y 7.8% para desgarros de II grado; dando un total del 46,6% para mujeres con un periodo intergenésico mayor de 5 años y un 53,4% para periodos menores de 5 años. Comparando con el trabajo de Gonzales J, quien observó en su trabajo que del total de casos el 42,4% de mujeres tienen un periodo intergenésico adecuado (2 a 5 años), 30.3% periodo intergenésico corto (< 2 años) y el 27.3% un periodo intergenésico prolongado (> 5 años) (18).

Encontramos un 51.5% de desgarros de tipo I y un 3.9 de tipo II en mujeres que presentaron obesidad. En el trabajo de Quispe A. se menciona la presencia del 36.3% de pacientes con obesidad de tipo I y el 14.4% de obesidad tipo II, quienes presentaron varias complicaciones obstétricas entre los cuales el 15.7% fueron desgarros perineales (28).

En mujeres con un periodo expulsivo mayor de 30 minutos el 3.9% presentaron desgarro de tipo I. Según Díaz L., se encontró que el mayor porcentaje ocurrió en aquellas que el tiempo de duración fue ≤ 10 min con 56.25%, mientras que las que presentaron menor porcentaje de desgarro perineal fueron las que su tiempo de expulsivo duró 41- 60 min con 6.25% (21).

En mujeres a las que se les realizó conducción con oxitocina el 44.7% tuvo desgarro de tipo I, y el 3.9% de tipo II. De acuerdo a Herrera D. en su trabajo sobre “factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Carlos Andrade Marín” explica que el 91.7% de las pacientes que fueron conducidas con oxitocina tuvieron un desgarro de I grado y el 8.3% de II grado (24).

Se encontró que el 14,7% de las mujeres evaluadas tuvieron un desgarro de I grado y el 1% desgarros de II grado. El 27% de las pacientes tuvieron partos precipitados según lo expuesto en el proyecto de tesis de López E. donde indica que los partos precipitados fueron influidos por los factores de: pesos de menos de 3500 gramos con 62%, uso de oxitocina 59% y en un pequeño porcentaje 28% para la variedad occipito derecha posterior. También haciendo referencia a que la variedad de posición distócica en su mayoría derecha posterior, el parto precipitado o expulsivo prolongado mayor de una hora en primigestas, y en la mitad de las mujeres la realización de episiotomía con prolongación de la misma fueron los factores que se asociaron al desgarro perineal grado III y IV en las mujeres del estudio (33).

Encontramos desgarros de I grado en un 82.5% y 11.7% de II grado en mujeres que tuvieron recién nacidos con un peso normal; se encontró el 5.8% de desgarros de I grado en mujeres con recién nacido macrosómicos. Quispe A. describe en su trabajo la presencia del 54.95% de recién nacidos con un peso adecuado y el 36.94% que

fueron macrosómicos; en comparación con Vila M. en su trabajo sobre “Relación entre el peso ponderado fetal por altura uterina y el grado de desgarro perineal en gestantes atendidas en el hospital san juan de Lurigancho, mayo-junio 2018” donde indica que el peso del recién nacido constituye un mayor grado de desgarro en los casos de macrosomía fetal, entre el peso del recién nacido y el grado de desgarro se halló una correlación positiva muy baja ($Rho=0.052$) siendo insignificativa (28).

Al relacionar el perímetro cefálico con los desgarros encontramos una media de 34.5cm para desgarros de I grado y 34.6 para II grado. Según Herrera D. en relación al perímetro cefálico y desgarros perineales, el 24,7% de los recién nacidos con perímetro cefálico normal (30-35cm) presentaron desgarros perineales, mientras que el 27% de los recién nacidos con perímetro cefálico alto (35cm a más) presentaron desgarros perineales (24).

En nuestro trabajo vemos que el 1% de los recién nacidos tuvieron un perímetro torácico menor de 30cm, el 36,9% tuvieron valores de entre 30cm a 33cm y el 62,1% tuvieron perímetros mayores de 33cm de los cuales el 54,4% presentaron desgarro de I grado y el 7,8% de II grado. Comparando con el trabajo realizado por Gonzales J., quien evidenció en su trabajo que el 73,1% de casos se presenta en recién nacidos con perímetro torácico > 33 cm, 25.0% entre 30 – 33 cm y 1.9% de recién nacidos con perímetro torácico (18).

Relacionando la talla con el desgarro encontramos un 56,3% de recién nacidos con una talla entre 48,5cm y 51cm para desgarros de primer grado y 7,8% para desgarros de segundo grado; también podemos decir que el 16,5% de los recién nacidos tuvieron tallas menores a 48,5cm, 64,1% tallas entre 48,5cm y 51cm y el 19,4% tuvieron una talla menor de 51cm; basándonos en el trabajo de Gonzales J., quien menciona que la talla del recién nacido fluctúa entre 48.5 y 51 cm, en su trabajo se observa que el 51.9% de los casos se encuentran dentro de los valores normales, el 43.6% con tallas <48.5 cm y 13.5% con tallas >51 cm (18).

V. Conclusiones

PRIMERA: Los factores maternos asociados a desgarros perineales en pacientes multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza son con una paridad de 2 partos el 38,8%, periodo intergenésico menor a 5 años el 53,4%, obesidad durante el embarazo el 55,3%, periodo expulsivo mayor a 30min el 4,9%, conducción con oxitocina al 48,5% siendo el 92% durante el periodo expulsivo y parto precipitado el 49%. No se encontró relación estadística significativa.

SEGUNDA: Los factores fetales asociados a desgarros perineales en pacientes multíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza son con un peso menor a 4000kg el 94,2%, con un perímetro cefálico entre 33,5cm y 36cm el 81,6%, con perímetro torácico mayor a 33cm el 62,1% y con una talla entre 48.5cm y 51cm el 64,1%. No se encontró relación estadística significativa.

TERCERA: El 88,3% fueron desgarros de primer grado con un 88,3 en pacientes multíparas que fueron atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

VI. Recomendaciones

1. Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, se sugiere proporcionar mayor capacitación al personal de salud, de manera que sus conocimientos sobre el apropiado cuidado del periné sigan mejorando, adaptando las nuevas técnicas a su uso diario para poder ayudar a una mejor difusión de estas maniobras en los estudiantes y lograr disminuir la incidencia de desgarros perineales a futuro.

Haciendo hincapié en el adecuado llenado de las Historias Clínicas de cada paciente para poder manejar datos fidedignos en futuros proyectos de investigación.

2. A la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, implementar un programa de capacitación continua en el manejo de trabajo de parto, para los egresados de la facultad y lograr una actualización permanente enfocado en técnicas nuevas y eficientes que mejoren la calidad del trabajo que van a brindar.
3. Para los futuros investigadores que deseen continuar con el trabajo, se sugiere que sigan haciendo estudios en otros establecimientos de salud, con otra realidad poblacional para poder identificar diferentes entornos y realidades.
4. Animar a todos los centros de atención a realizar la aplicación de técnicas de relajación y respiración para ayudar a la mujer a sentirse más relajada en el entorno donde será tendido su parto, permitiendo de esta manera que el cuerpo de la paciente se encuentre en óptimas condiciones para poder experimentar un parto más humanizado.

VII. Referencia

1. Pérez Sanchez A, Donoso Silva E. Obstetricia. Cuarta ed. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2011.
2. Schwarcz R. Obstetricia Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
3. Orlando Rigol R. Obstetricia y Ginecología. Primera ed. El Vedado, Ciudad de La Habana: Ciencias Medicas; 2004.
4. Gupta JK SAHGVI. Posición de la mujer para dar a luz sin anestesia epidural. [Online].; 2017. Available from: https://www.cochrane.org/es/CD002006/PREG_posicion-de-la-mujer-para-dar-luz-sin-anestesia-epidural.
5. D. SS. Eficacia de la detención de la cabeza fetal vs maniobra de Ritgen modificada para evitar trauma perineal en la atención de parto. Artículo Original. 2019.
6. encolombia. en colombia. [Online]. [cited 2020 Junio 15. Available from: <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/guia-clinica-embarazo/definicion-trabajo-parto-periodos/>.
7. Carvajal C. J, Barriga C. MI. Manual de Obstetricia y Ginecología. Décima ed. Carvajal C. J, editor. Santiago de Chile; 2019.
8. Zavala García A, Ortiz Reyes H, Salomon Kuri J, Padilla Amigo C, PReciado Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018 Febrero; 83(1).
9. Abraham Zavala-García HORJSKCPARPR. Periodo intergenésico: Revisión de la literature. Scielo. 2018.
10. Mayo Clinic. Mayo Foundation for Medical Education and Research. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 10. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obesity/symptoms-causes/syc-20375742>.
11. Lozano A, Betancourth R, Turcios L, Cueva J, Ocampo D, Portillo C, et al. Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo. Archivos de Medicina. 2016 Agosto.
12. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. Vigésimo Tercera ed. García Carbajal NL, editor. Mexico: MCGRAW-HILL; 2011.
13. Barss V. Precipitous birth not occurring on a labor and delivery unit. Uptodate. 2019 Abril.
14. Ministerio de Salud gdC. Guia Perinatal 2015. [Online].; 2015 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <https://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/evaluacin-del-trabajo-de-parto>.

15. Nazario G. [Online]. [cited 2020 Junio 16. Available from: http://bibliotecaitecponce.weebly.com/uploads/1/0/4/3/10432120/parto_precipitado.pdf.
16. Dra. Ana Maria Feria DAFV. Puricultura. .
17. Ministerio de Justicia y derechos Humanos. InfoLEG. [Online].; 2004 [cited 2020 Setiembre 28. Available from: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/91868/res647-2004-cap3.htm>.
18. Gonzales Sal y Rosas J, Lopez Jara AI. Repositorio UNASAM. [Online].; 2018 [cited 2020 Octubre 10. Available from: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2403/T033_77218805_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2019 [cited 2020 Abril 29. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/vaginal-tears/sls-20077129>.
20. Vila Garcia MK. Relación entre el peso ponderado fetal por altura uterina y el grado de desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital San Juan De Lurigancho, mayo-junio 2018. Repositorio Institucional UNFV. 2019.
21. Díaz Silva L. Características maternas, obstétricas y neonatales en puerperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. DSpace Principal Uwiener. 2017.
22. Isuiza Ramirez L. Factores asociados a desgarros perineales durante el parto de pacientes atendidas en el servicio del centro obstetrico del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari año 2017. Repositorio Institucional Universidad de Huanuco. 2018 Setiembre.
23. María Teresa Sánchez-Ávila MGCJJCPNVRJPMVMMBAMAHLAMGCEHE. Prevalencia de desgarro de alto grado en parto de adolescentes mexicanas. Sánchez-Ávila MT/et al/Colombia Médica. 2018.
24. Herrera Olivarez DG, Pillajo Flores DG. Repositorio de tesis de grado y posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Online].; 2018 [cited 2020 Junio 7. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15380>.
25. León Valdiviezo W, Congo Chalá EA. Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la Maternidad de corta estancia del Distrito 17D07 Guamaní, entre Octubre del 2012 a Marzo 2013. Repositorio Digital de la Universidad Central del Ecuador. 2015 Mayo.
26. Torres Montoya O. Indicadores epidemiologicos asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa durante el periodo Junio 2017 - Junio 2018. Repositorio Universidad Ricardo Palma. 2019.

27. Oviedo Maravi GK. Repositorio Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2016 [cited 2020 Octubre 10. Available from: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/572/Oviedo_g.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
28. Quispe Chipana AL. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio en gestantes obesas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017. Repositorio Institucional UNSA. 2018.
29. OMS. World Health Organization. [Online].; 2015 [cited 2020 Octubre 10. Available from: https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
30. Urquiza Vilca YG. Repositorio Institucional UNSA. [Online].; 2014 [cited 2020 Octubre 10. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4310>.
31. Rubio Álvarez A, Molina Alarcón M, Hernández Martínez A. Factores asociados a la pérdida sanguínea en partos precipitados. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2017 Agosto; 40(2).
32. Ayala Espinoza M. Repositorio Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2018 [cited 2020 Octubre 10. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1891/OTORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
33. López Briceño E. Repositorio de la UNiversidad Nacional Autonoma de Nicaragua. [Online].; 2018 [cited 2020 Octubre 10. Available from: <https://repositorio.unan.edu.ni/9676/1/98740.pdf>.
34. Ferreira Couto C. Enfermería Global. [Online].; 2017. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00539.pdf>.
35. Añasco Hanco YV. Correlación de la ganancia excesiva de peso gestacional y complicaciones materno – fetales en gestantes con estado nutricional normal al inicio del embarazo atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de enero – diciembre del 2018. Repositorio Institucional UNSA. 2019.
36. Cristina Manuela Ferreira-Couto MdNFC. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. Scielo. 2017.
37. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. MedlinePlus. [Online].; 2019 [cited 2020 Abril 17. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003195.htm>.
38. Rackliffe J. My Hospital Website. [Online].; 2015 [cited 2020 Junio 7. Available from: <http://stjosepheureka.myhospitalwebsite.com/apps/HealthGate/Article.aspx?chunkid=445478>.
39. American Pregnancy Association. American Pregnancy Association. [Online].; 2015 [cited 2020 Junio 15. Available from: <https://americanpregnancy.org/es/labor-and-birth/rapid-labor/>.

40. Menautt Vilca M, Pinto Chavez L. Efecto Cicatrizante, Antiinflamatorio y Analgésico del Gel de Sábila (Aloe Vera) en Puérperas con Episiorrafia Atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola, Arequipa-2018. Repositorio UCSM. 2018 Abril.
41. Barreda Alemán AJ. Complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio en gestantes tardías del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018 - 2019. Repositorio UCSM. 2020 Marzo.
42. Peña N. Slideshare. [Online].; 2017 [cited 2020 Noviembre 10. Available from: <https://es.slideshare.net/NANPEN0/distocias-por-la-duracion-del-parto>.
43. Rodríguez E, López B, López A, Otega A. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. Nutricion Hospitalaria. 2011 Febrero; 26(2).
44. Sotomayor Borja J. Repositorio Académico USMP. [Online].; 2016 [cited 2020 Setiembre 28. Available from: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2234/sotomayor_j.pdf?sequence=3&isAllowed=y.



VIII. Anexos

ANEXO 01:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° HC: _____ Edad: _____ Ficha N°: _____ Fecha: / /

Ubicación: Hospital Regional Honorio Delgado

Nivel de Paridad: 2
 3
 4
 5 o más

Periodo Intergenésico: < 5 años
 ≥ 5 años

Peso de la Madre: Bajo peso
 Normal
 Sobrepeso
 Obesidad

Obesidad: Si
 No

Duración del Expulsivo: < 30 minutos
 30 minutos
 > 30 minutos

Parto Precipitado: Si
 No

Uso de Oxitocina: Si
 Fase activa
 Periodo Expulsivo
 No

Tipo de Desgarro: I grado
 II grado
 III grado
 IV grado

Peso del Recién Nacido: < 4000 grs.
 > 4000 grs.

Antropometria: P. Cefálico _____
P. Torácico _____
Talla _____

ANEXO 02:

DELIMITACIÓN GRAFICA DEL LUGAR

