

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

“Factores obstétricos y neonatales como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 - 2021”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Suncha Paccho, Angela Laura

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2026



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas y Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 72709476

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04049506

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Argandoña Salazar, Leonor Julia	Doctor en ciencias de la salud	22404394	0000-0003-4682-776X
2	Marisol Sinche Alejandro	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424
3	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553

H



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **quince horas** de la fecha **veintisiete** del mes de **abril** del año **dos mil veintiséis**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------|
| • Dra. Leonor Julia Argandoña Salazar | Presidente |
| • Mg. Marisol Sinche Alejandro | Secretaria |
| • Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tucto | Vocal |

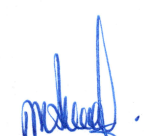
Nombrados mediante **RESOLUCION N° 0816-2026-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“FACTORES OBSTETRICOS Y NEONATALES COMO RIESGO PARA LA PRESENCIA DE DESGARROS PERINEALES EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI, 2020 - 2021”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. Angela Laura SUNCHA PACCHO**, para optar el Título Profesional de **Obstetra**.


Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de bueno.

Siendo las, 16:00 horas del día **veintisiete** del mes de **abril** del año **2026** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


DRA. LEONOR JULIA ARGANDOÑA SALAZAR
DNI: 22404394
CODIGO ORCID: 0000-0003-4682-776X


MG. MARISOL SINCHÉ ALEJANDRO
DNI: 22489669
CODIGO ORCID: 0000-0001-5710-8424


MG. MARIELLA MARIYU QUIROZ TUCTO
DNI: 41168800
CODIGO ORCID: 0000-0002-4216-1553



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ANGELA LAURA SUNCHI PACCHO, de la investigación titulada "FACTORES OBSTÉTRICOS Y NEONATALES COMO RIESGO PARA LA PRESENCIA DE DESGARROS PERINEALES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI, 2020 - 2021", con asesor(a) MARICELA LUZ MARCELO ARMAS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1702-2019-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 19 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 28 de noviembre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	ginecologiayobstetricia.org.mx Fuente de Internet	1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios y la vida, por la salud y la sabiduría concedidas para culminar esta etapa profesional.

A mis padres, quienes con su amor incondicional y sus sacrificios me han guiado en cada paso, por alentarme y acompañarme en los momentos difíciles y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

Dedico a mi familia, fuente inagotable de amor y motivación. A quienes con una palabra de aliento me recordaron la importancia de este sueño.

A las puérperas, quienes, con su confianza, hicieron posible esta investigación. Que este estudio contribuya a mejorar su bienestar y el de las generaciones futuras.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a todas las personas e instituciones que hicieron posible la culminación de este proyecto de investigación.

A mi asesora Maricela Luz Marcelo Armas, por su guía experta, su paciencia invaluable y su rigor científico. Sus conocimientos fueron fundamentales para moldear esta tesis y superar los desafíos metodológicos.

Al Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, por permitir el acceso a la información sensible y relevante, y por su colaboración institucional que facilitó la recolección de los datos necesarios para este estudio.

A mis docentes de la Facultad de Obstetricia, por haberme transmitido los fundamentos científicos y éticos de la profesión, esenciales para desarrollar esta investigación con excelencia.

A mis colegas y amigos, por el apoyo incondicional, el compañerismo y los momentos compartidos, que hicieron más ligero el camino académico.

A todos, mi eterna gratitud.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	16
1.4.3. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA	16
1.4.4. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL.....	19
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL	21
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL	24
2.2. BASES TEÓRICAS	25
2.2.1. DESGARRO PERINEAL	25

2.2.2. FACTORES DE RIESGO	32
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	38
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	39
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL	39
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	39
2.5. VARIABLES.....	39
2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN.....	40
2.5.2. VARIABLE DE SUPEVISIÓN	40
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN.....	40
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
CAPÍTULO III.....	43
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.2. ENFOQUE.....	43
3.3. ALCANCE O NIVEL.....	43
3.4. DISEÑO.....	43
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
3.5.1. POBLACIÓN	44
3.5.2. MUESTRA.....	44
3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
3.6.1. TÉCNICA.....	45
3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	45
3.6.3. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.7. TÉCNICA DE PROCESO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46
3.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	46
CAPÍTULO IV.....	48
RESULTADOS.....	48
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	48
4.1.1. INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL.....	48
4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.....	49
4.1.3. FACTORES OBSTÉTRICOS Y DESGARRO PERINEAL.....	54
4.1.4. FACTORES NEONATALES Y DESGARRO PERINEAL	56
4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL.....	58

4.2.1. CONTRASTE DE HIPÓTESIS MEDIANTE PRUEBAS DE ASOCIACIÓN.....	58
4.2.2. ANÁLISIS DEL RIESGO MEDIANTE EL ODDS RATIO (OR).....	61
CAPÍTULO V.....	64
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	64
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	48
Tabla 2. Rango de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	49
Tabla 3. Estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	50
Tabla 4. Lugar de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	51
Tabla 5. Nivel de educación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	52
Tabla 6. Ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	53
Tabla 7. Distribución de los factores obstétricos según la presencia del tipo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021	54
Tabla 8. Distribución de los factores neonatales según la presencia del tipo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021	56
Tabla 9. Factores obstétricos en relación con la presencia y grado de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021	58
Tabla 10. Factores neonatales en relación con la presencia y grado de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021	59
Tabla 11. Análisis del riesgo de desgarro perineal según factores obstétricos en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021	61
Tabla 12. Análisis del riesgo de desgarro perineal según factores neonatales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	48
Figura 2. Rango de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	49
Figura 3. Estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	50
Figura 4. Lugar de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	51
Figura 5. Nivel de educación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	52
Figura 6. Ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	53

RESUMEN

Objetivo: Determinar si los factores obstétricos y neonatales presentan un riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021. **Métodos:** Observacional, retrospectivo, transversal analítico, enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental. La muestra la conformó 85 puérperas, seleccionadas mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, bajo pruebas como U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado de Pearson (X^2). Asimismo, se calculó el Odds Ratio (OR) junto con su intervalo de confianza al 95% (IC95%), para estimar el riesgo. **Resultados:** La edad promedio fue de 22 a 30 años (58,8%); estado civil convivientes (64.7%) con ocupación de ama de casa (78.8%) y nivel educativo secundario (55.3%). La incidencia de desgarros perineales alcanzó el 97.6% (n=83), con claro predominio de grado I (83.5%). El análisis inferencial confirmó la asociación significativa de los factores obstétricos como tipo de parto (p=0,009), duración del expulsivo (p=0,001) e IMC materno (p=0,003), así como factores neonatales, peso al nacer (p=0,000), perímetro cefálico (p=0,024), presentación fetal (p=0,002) y posición fetal (0,003). En la cuantificación del riesgo (OR), el peso al nacer fue el único factor que resultó estadísticamente significativo (OR=22.417; p=0.038). Se observó una fuerte tendencia de riesgo con el IMC materno (p=0.074), mientras que los demás factores no alcanzaron significancia. **Conclusiones:** Los factores obstétricos y neonatales se relacionan con el desgarro perineal; sin embargo, solo el peso al nacer es el predictor de riesgo más crítico.

Palabras clave: Factores de riesgo, obstetricia, neonatología, perineo, periodo posparto, peso al nacer.

ABSTRACT

Objective: To determine whether obstetric and neonatal factors pose a risk for the occurrence of perineal tears in postpartum women treated at the Carlos Showing Ferrari Maternal and Child Hospital, 2020–2021. **Methods:** Observational, retrospective, cross-sectional analytical study with a quantitative approach, correlational level, and non-experimental design. The sample consisted of 85 postpartum women selected through simple random probabilistic sampling. A data collection form was used as the instrument, and statistical tests such as Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, and Pearson's Chi-square (χ^2) were applied. The Odds Ratio (OR) and its 95% confidence interval (CI95%) were calculated to estimate the risk. **Results:** The mean age ranged from 22 to 30 years (58.8%); most were cohabiting (64.7%), housewives (78.8%), and had a secondary education level (55.3%). The incidence of perineal tears reached 97.6% (n=83), with a clear predominance of first-degree tears (83.5%). Inferential analysis confirmed significant associations between obstetric factors such as type of delivery (p=0.009), duration of the expulsive phase (p=0.001), and maternal BMI (p=0.003), as well as neonatal factors such as birth weight (p=0.000), head circumference (p=0.024), fetal presentation (p=0.002), and fetal position (p=0.003). In risk quantification (OR), birth weight was the only statistically significant factor (OR=22.417; p=0.038). A strong risk trend was observed with maternal BMI (p=0.074), while the remaining factors were not significant. **Conclusions:** Obstetric and neonatal factors are related to perineal tears; however, birth weight is the most critical risk predictor.

Keywords: Risk factors, obstetrics, neonatology, perineum, postpartum period, birth weight.

INTRODUCCIÓN

El desgarro perineal constituye una de las lesiones obstétricas más frecuentes, definida como la rotura de las estructuras del canal blando del parto debido a la presión ejercida por el feto durante el expulsivo ^(1, 2). Esta lesión se clasifica en grados que van desde la simple lesión de la mucosa vaginal (Grado I) hasta la afectación de la mucosa rectal (Grado IV). Si bien los grados inferiores son más comunes, los desgarros de tercer y cuarto grado conllevan consecuencias devastadoras a largo plazo, incluyendo dolor perineal crónico, disfunción sexual, e incontinencia urinaria y fecal, afectando directamente la calidad de vida de la puérpera ^(1, 2). A nivel mundial, la incidencia de lesiones perineales es alta, con estimaciones que indican que entre el 80% y el 85% de los partos vaginales resultan en algún tipo de trauma. En el contexto peruano, esta incidencia también se mantiene elevada ⁽⁵⁾.

La aparición de estas lesiones es multifactorial, involucrando elementos como el peso fetal al nacer, la duración del trabajo de parto, la técnica de parto y la realización de la episiotomía ^(3, 4). Dado el alto índice de morbilidad postparto y la necesidad de optimizar la atención obstétrica en la región, es indispensable determinar con precisión cuáles de estos factores tienen un impacto significativo en la población local.

En tal sentido, se plantea la siguiente interrogante que guía la presente investigación: ¿Cuáles son los factores obstétricos y neonatales que se presentan como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?

En respuesta a esta problemática se justifica por su relevancia teórica y práctica. Teóricamente, el estudio busca generar conocimiento específico sobre la etiología del desgarro perineal, permitiendo una comprensión más profunda de cómo los factores obstétricos y neonatales influyen en esta complicación. Prácticamente, al identificar y cuantificar el riesgo, los profesionales de la salud podrán implementar intervenciones preventivas más focalizadas y efectivas durante el parto.

Por consiguiente, el objetivo general de esta tesis es determinar si los factores obstétricos y neonatales presentan un riesgo para la presencia de

lesiones perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021, incluyendo la descripción de la incidencia y las características demográficas de la población estudiada.

Para la consecución de los objetivos, se empleó una metodología observacional, retrospectiva, transversal analítica, con un enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental. La información se obtuvo a partir de historias clínicas institucionales, complementadas con la revisión de diversas fuentes académicas como revistas, libros virtuales y tesis. El análisis del riesgo se basó en el cálculo del Odds Ratio (OR).

No obstante, el estudio enfrentó limitaciones inherentes al diseño retrospectivo, incluyendo la dependencia de la calidad de los registros clínicos y el sesgo de selección propio de una investigación monocéntrica, lo que restringe la generalización de los resultados.

La presente tesis se estructura en cinco capítulos: el primero establece el planteamiento y los objetivos; el segundo desarrolla el marco teórico; el tercero detalla la metodología aplicada; el cuarto presenta los resultados y su discusión; y el quinto expone las conclusiones y recomendaciones. Además, el estudio concluye con la evidencia irrefutable de que la susceptibilidad al trauma perineal es un fenómeno altamente predecible en la institución, cuyo riesgo está críticamente determinado por el peso al nacer. Los hallazgos exigen la revisión inmediata de los protocolos institucionales, priorizando la vigilancia del crecimiento fetal como la estrategia central de prevención.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El desgarro perineal es una lesión que se produce en la rotura de alguna de las estructuras que constituyen el canal blando del parto, principalmente el periné y la vagina, debido a la presión ejercida por la cabeza del feto sobre el canal blando durante el expulsivo. Los desgarros perineales se clasifican en diferentes grados según la zona de la estructura genital comprometida. De primer grado cuando solo lesiona la mucosa vaginal y no la piel perineal; de segundo grado, cuando hay lesión del periné sin afectar el esfínter anal; de tercer grado, cuando compromete al esfínter anal por lesión externa o interna; y de cuarto grado, que incluye los mencionados anteriormente más la mucosa rectal. Las lesiones perineales pueden tener consecuencias a largo plazo, como disfunción sexual (dispareunia), dolor perineal crónico, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, y prolapso genital ⁽¹⁾⁽²⁾.

Sin embargo, diversos elementos pueden influir en la aparición de lesiones del periné. Estos incluyen la duración de la etapa activa del trabajo de parto, el peso del bebé al nacer, la inducción del trabajo de parto y el tamaño del bebé, pre eclampsia, que también puede representar un factor de riesgo. Asimismo, la realización de una episiotomía puede elevar la probabilidad de lesiones de partes blandas mismo, al igual que la técnica de parto empleada, como la aplicación de fuerzas de tracción ⁽³⁾⁽⁴⁾.

Según Muñoz et al, ⁽⁵⁾ A nivel global, la frecuencia del desgarro perineal es del 31 % (considerando todos los tipos de partos); el 65 % de estos sucede en mujeres que tienen partos por vía vaginal; y se estima que entre el 80-85 % resultan en alguna lesión en el perineo, de las cuales el 70 % requiere sutura.

En el Perú, la incidencia de desgarros del periné es alta, variando entre 0,9 y 2,1 por cada 10 mujeres, según diferentes fuentes oficiales. Durante el último año, se observó en una comunidad altoandina de Ayacucho que tres de cada siete madres experimentan esta complicación. Esto se debe a factores como la falta de acceso a servicios de salud por vivir en áreas remotas, un control prenatal deficiente o ser referidas desde centros de salud

distantes con partos inminentes. Además, varias variables clínicas pueden estar relacionadas con el desgarro perineal, y comprenderlas mejor contribuye a un tratamiento más preciso y oportuno de las pacientes ⁽⁵⁾.

Además, un desgarro perineal también puede evolucionar de manera desfavorable y provocar diversas complicaciones, como infecciones locales, aumentando el riesgo de complicaciones bacterianas, incontinencia urinaria y fecal, lo cual afecta la calidad de vida de la mujer, dolor crónico, hematomas, disfunción sexual, fistulas recto vaginal y hasta prolapso genital ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾.

Estas complicaciones son especialmente preocupantes dado el contexto de la tasa de mortalidad materna, un indicador crucial para evaluar la salud materna en todo el mundo y en países específicos. En el año 2020, aproximadamente 800 mujeres fallecieron diariamente debido a complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Este dato alarmante revela que prácticamente cada dos minutos se registraba una muerte materna. A lo largo del periodo comprendido entre el año 2000 y 2020, se observó una disminución del 34% en la razón de mortalidad materna a nivel mundial, lo que indica un progreso significativo en la reducción de estas tragedias. Es importante destacar que, en el año 2020, casi el 95% de todas las muertes maternas ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos bajos. Sin embargo, es fundamental subrayar que la atención proporcionada por profesionales de la salud capacitados antes, durante y después del parto puede ser crucial para salvar tanto la vida de la madre como la del recién nacido ⁽⁸⁾.

Por otro lado, respecto a Perú, en 2019, el país experimentó una tasa de mortalidad materna de 68 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ⁽⁹⁾.

En ese sentido, es fundamental abordar factores obstétricos y neonatales relacionada con el desarrollo del desgarro perineal durante el parto. Esto se debe a que entender estos factores es esencial para mejorar la atención obstétrica y reducir las complicaciones asociadas con el parto, como infecciones y disfunciones postparto. Al investigar estos elementos, se pueden implementar estrategias preventivas más efectivas, lo que resulta en una atención obstétrica optimizada y una mejor calidad de vida para las madres después del parto. En última instancia, este enfoque no solo contribuye a la

salud materna y neonatal, sino que también promueve un ambiente de parto más seguro y centrado en las necesidades individuales de cada mujer, en tal sentido, planteo lo siguiente:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores obstétricos y neonatales que se presentan como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

P₁: ¿Cuáles son los factores obstétricos que se presentan como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?

P₂: ¿Cuáles son los factores neonatales que se presentan como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?

P₃: ¿Cuál es la incidencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?

P₄: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si los factores obstétricos y neonatales presentan un riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O₁: Determinar si los factores obstétricos presentan un riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

O₂: Determinar si los factores neonatales presentan un riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

O₃: Describir la incidencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

O₄: Describir las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Al analizar en profundidad los factores que contribuyen a la ocurrencia de desgarros de partes blandas durante el parto, se puede ampliar el conocimiento sobre las causas subyacentes de esta complicación obstétrica. Este estudio permite desarrollar una comprensión más completa de cómo factores pueden influir en la incidencia de lesiones perineales. Además, al identificar estos factores, se formularán hipótesis y teorías más sólidas sobre la prevención y el manejo de estas lesiones blandas, lo que contribuye al avance de la obstetricia y la atención materna.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Al comprender mejor los factores de riesgo asociados con los desgarros perineales, los profesionales de la salud implementarán intervenciones preventivas y manejos más efectivos durante el parto. Esto incluye medidas como la monitorización más cercana durante el trabajo de parto, técnicas de parto adaptadas a las necesidades individuales de la madre y el feto, y programas de capacitación para el personal médico sobre la identificación y tratamiento de los traumas de partes blandas perineales. Como resultado, una mejora en los resultados obstétricos y una reducción de las complicaciones maternas postparto.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

Desde el punto de vista académico, esta tesis proporciona una contribución significativa al campo de la obstetricia y la ginecología. Al examinar de manera sistemática y detallada los factores obstétricos y neonatales que pueden influir en la aparición de lesiones del canal blando perineal, se generan nuevos conocimientos que enriquecen el cuerpo existente de literatura científica en esta área. Además, al llevar a

cabo esta investigación en un entorno específico como el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, se contextualiza mejor la información y los resultados, lo que permite una comprensión más profunda de los desafíos y las oportunidades únicas asociadas con la atención materno-infantil en este contexto particular.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Al utilizar métodos rigurosos y herramientas de recolección de datos validadas, se garantiza calidad y fiabilidad de los resultados obtenidos. Además, al adoptar un periodo de dos años, se pudo capturar una amplia gama de casos y situaciones, lo que aumenta la validez externa y la generalización de los hallazgos. Esta investigación también destaca la importancia de la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud y expertos en investigación para abordar de manera efectiva preguntas científicas complejas en el campo de la obstetricia y la ginecología.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- El estudio presentó sesgo de selección porque solo se incluyó a pacientes del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, lo que limitó la generalización de los resultados. Este sesgo se mitigó aplicando criterios de inclusión y exclusión uniformes para todos los casos.
- Algunas historias clínicas tenían datos incompletos o borrosos, lo que dificultó la clasificación de algunas variables. Para reducir este problema, se verificó la información utilizando los registros disponibles dentro del hospital.
- No se realizó seguimiento a largo plazo, lo que impidió evaluar la evolución posterior de los desgarros perineales. Esta limitación se asumió como parte del diseño transversal del estudio.
- Pudo haber errores de medición en la identificación y clasificación de las lesiones perineales. Para disminuir esta posibilidad, se emplearon las categorías estandarizadas del hospital durante la revisión de los registros.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se sustentó en el acceso a una población definida de púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari y en la disponibilidad de recursos técnicos y humanos adecuados. La institución

contó con equipos especializados y personal capacitado en obstetricia, lo que permitió desarrollar el estudio de manera eficiente.

Asimismo, la colaboración entre investigadores, profesionales de la salud y personal administrativo facilitó la aplicación de los protocolos y una recolección de datos precisa. La relevancia clínica y social de abordar los desgarros perineales también respaldó el interés institucional y favoreció el desarrollo del proyecto.

Además, el apoyo brindado por el hospital reforzó la credibilidad y factibilidad del estudio, asegurando las condiciones necesarias para su ejecución.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

Barca et al. España (2021), desarrollaron una investigación titulada **“Factores de riesgo en desgarros perineales de tercer y cuarto grado en mujeres en un centro terciario: un estudio de cohorte ambispectivo observacional”**, con el objetivo de analizar los principales factores de riesgo asociados a lesiones del canal blando perineal de tercer y cuarto grado en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia. Método: Estudio observacional, retrospectivo, de cohorte hospitalaria, realizado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, entre enero de 2010 y abril de 2017. Resultados: Se incluyeron 33,026 pacientes. Los factores de riesgo fueron: nuliparidad (OR = 3.48), parto inducido (OR = 1.29), parto instrumental con fórceps (OR = 4.52) o espátulas (OR = 4.35), y episiotomía (OR = 3.41). En variables neonatales, el riesgo aumentó con pesos al nacer de 3000 g (OR = 2.41), 3500 g (OR = 1.97) y 4000 g (OR = 2.17), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Conclusiones: La nuliparidad, la inducción del parto, la episiotomía, el parto instrumental y el peso neonatal mayor o igual a 3000 g son factores de riesgo significativos para lesiones perineales severas ⁽¹⁰⁾.

Jansson et al. Suecia (2020), en su estudio **“Factores de riesgo de desgarros perineales y vaginales en mujeres primíparas: el estudio de cohorte prospectivo POPRACT”**, fue un cohorte de 644 primíparas y encontraron que el peso fetal >4000 g incrementó el riesgo de desgarros de segundo grado (aOR 2.22; IC 95%: 1.17–4.22) y de OASI (aOR 6.02; IC 95%: 2.32–15.6). La extracción al vacío también elevó el riesgo tanto de desgarros de segundo grado (aOR 2.41; IC 95%: 1.24–4.68) como de OASI (aOR 3.91; IC 95%: 1.32–11.6). Respecto a los desgarros vaginales altos, estuvieron asociados al parto inducido (aOR 3.16; IC 95%: 1.31–7.62), circunferencia cefálica >35 cm (aOR 3.07; IC 95%: 1.5–6.3) y antecedentes hereditarios de disfunción del

suelo pélvico (aOR 2.32; IC 95%: 1.09–4.97). Estos hallazgos evidencian que tanto las características fetales como ciertas intervenciones obstétricas aumentan el riesgo de trauma perineal, aspectos comparables a los evaluados en nuestro contexto ⁽¹¹⁾.

Longo et al. En Italia (2023), investigación **“Factores de riesgo asociados con laceraciones perineales graves durante el parto vaginal: un estudio observacional emparejado por puntuación de propensión de 10 años”**, fue observacional de 10 años en 22,156 mujeres con parto vaginal, encontrando una incidencia de OASI de 0.4%, mayor en partos por vacío (0.8%) que en espontáneos (0.3%) (P = .002). El riesgo aumentó en nulíparas con parto por vacío (OR ajustado 2.85; IC 95%: 1.19–6.81) y en casos de mal presentación de vértice (OR 2.71; IC 95%: 1.08–6.78). Entre los factores neonatales, la circunferencia cefálica se asoció significativamente (OR 1.50; IC 95%: 1.18–1.90). En contraste, la episiotomía mediolateral (OR 0.20; IC 95%: 0.11–0.36) y la anestesia epidural (OR 0.54; IC 95%: 0.33–0.86) actuaron como factores protectores. No se encontró asociación con la inducción del trabajo de parto, la posición materna o la duración de la segunda etapa. Los autores concluyen que las laceraciones perineales severas son poco frecuentes, pero el riesgo aumenta principalmente en primíparas sin epidural, mientras que ciertas intervenciones obstétricas reducen significativamente su aparición ⁽¹²⁾.

Pergialiotis et al. En Grecia (2020), en su investigación de grado **“Factores de riesgo de traumatismo perineal grave durante el parto: Un metanálisis actualizado”**, con el objetivo de acumular evidencia actual y estimar los tamaños de efecto de los factores de riesgo asociados a laceraciones perineales severas mediante una revisión sistemática y metaanálisis. Método: Revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados. Se buscaron artículos en Medline, Scopus, Clinicaltrials.gov, EMBASE, CENTRAL y Google Scholar. Dos investigadores evaluaron los estudios de forma independiente y se utilizó un formulario de extracción de datos basado en el modelo Cochrane. Resultados: Se incluyeron 43 estudios con un total de 716,031 parturientas, de las cuales 22,280 (3.1%)

presentaron laceraciones perineales de tercer y cuarto grado. Los principales factores de riesgo fueron: parto instrumental (RR 3.38; IC 95%: 2.21–5.18), episiotomía de línea media (RR 2.88; IC 95%: 1.79–4.65) y posición occipital posterior persistente (RR 2.73; IC 95%: 2.08–3.58). La episiotomía mediolateral no mostró un riesgo significativo ni efecto protector (RR 1.55; IC 95%: 0.95–2.53). Conclusiones: El parto instrumental, la episiotomía de línea media y la posición occipital posterior persistente son factores de riesgo relevantes para laceraciones perineales severas. Estos hallazgos ayudan a estimar riesgos y a orientar el manejo clínico ⁽¹³⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Muñoz et al. Ayacucho, en el año 2022 desarrollaron una investigación **“Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas”**, con el objetivo de determinar la asociación entre el desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. Método: Estudio descriptivo de casos y controles en un centro de salud altoandino en Ayacucho, Perú. Se incluyeron 171 madres con desgarro perineal posparto y 200 sin la patología. Se analizaron variables sociodemográficas y obstétricas mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson ($p < 0.05$). Resultados: La frecuencia de trauma del canal blando en partos eutócicos fue del 46.1%. La complicación más frecuente fue la infección del tracto urinario (37.7%). Los factores de riesgo asociados fueron: parto precipitado (OR 10.85; $p = 0.000$) y período intergenésico corto (OR 5.41; $p = 0.000$). Conclusiones: El parto precipitado, el período intergenésico corto y las infecciones vaginales son factores de riesgo relevantes para el desgarro perineal posparto en mujeres altoandinas. Se recomienda intervenir desde la etapa preconcepcional ⁽¹⁴⁾.

Pérez y Baldeón. En Ica año 2020, **“Factores de riesgo asociados a desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán, 2020”**, menciona como objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán entre enero y junio de 2020. Método: Estudio

básico, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron 151 gestantes. Se recolectaron datos sobre factores maternos, fetales y de intraparto mediante una ficha estructurada. Resultados: Entre los factores maternos, el 36.4% tenía entre 20 y 34 años, el 49% eran nulíparas y el 37.7% tenían antecedentes de desgarro previo. También se registraron casos de anemia, sobrepeso y obesidad. En factores fetales, predominó el peso normal, pero se observaron casos de macrosomía. Entre los factores intraparto, se identificaron inducción del parto, expulsivo prolongado y variación en los profesionales que atendieron el parto. El desgarro perineal de mayor frecuencia fue de grado II. Conclusiones: Los principales factores de riesgo asociados al desgarro perineal fueron nuliparidad, antecedentes de desgarro, anemia materna, índice de masa corporal, peso fetal y distocia de hombros, resaltando la importancia de una adecuada atención prenatal y psicoprofilaxis ⁽¹⁵⁾.

Torres y Wong. Lambayeque (2023), en su tesis de grado titulado **“Nivel de conocimientos sobre factores asociados a desgarros perineales tras una intervención educativa en gestantes. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2022”**, menciona como objetivo, determinar el nivel de conocimientos sobre los factores asociados a lesiones perineales de partes blandas tras una intervención educativa y su relación con las características sociodemográficas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de Chiclayo en 2022. Método: Estudio cuasi experimental, cuantitativo, transversal y prospectivo, realizado en 134 gestantes atendidas entre enero y febrero de 2022. Resultados: El 82.1% de las gestantes alcanzaron un nivel de conocimiento alto, el 12.7% nivel medio y el 5.2% nivel bajo. Se halló asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y el grado de instrucción, pero no con la ocupación, el estado civil ni la edad. Conclusiones: La intervención educativa mejoró significativamente el nivel de conocimientos sobre factores asociados a estos desgarros, siendo el grado de instrucción la única característica sociodemográfica asociada ⁽¹⁶⁾.

Paz. En Ica (2022), desarrolló una investigación **“Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021”**, describe que el objetivo es determinar los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas. Dentro del método fue estudio observacional, analítico y retrospectivo, con una muestra de 186 historias clínicas: 93 casos (con desgarro) y 93 controles (sin desgarro). Se utilizó Chi cuadrado y OR para el análisis estadístico. Resultados: Se encontró asociación significativa entre el desgarro perineal y la edad materna, la primiparidad y el perímetro cefálico del recién nacido. No se halló asociación con la anemia materna ni con el peso del recién nacido. Conclusiones: La edad materna, la paridad y el perímetro cefálico del recién nacido son factores de riesgo relevantes para el desgarro perineal en las puérperas estudiadas ⁽¹⁷⁾.

Ávila. La libertad (2024), **“Desgarros perineales asociados a factores de riesgo maternos y fetales en puérperas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz”**, menciona que el objetivo fue determinar la relación entre las lesiones perineales y los factores de riesgo maternos y fetales. Método: Estudio observacional, analítico y transversal en una muestra de 170 puérperas. Se evaluaron factores maternos y fetales asociados a estas lesiones. Resultados: Se encontró asociación significativa entre los traumas perineales de partes blandas y el índice de masa corporal (IMC) gestacional, así como con el peso del recién nacido. Las mujeres con sobrepeso u obesidad presentaron mayor riesgo de desgarro. Conclusiones: El IMC gestacional y el peso fetal son factores de riesgo relevantes para la ocurrencia de los desgarros de partes blandas perineales ⁽¹⁸⁾.

Casquino y Huayta. Lima en 2020, en su tesis de grado **“Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en un Hospital nivel II - 1 de Lima Este durante el periodo de enero – diciembre 2020”**, con el objetivo de identificar los factores asociados a desgarros en el periné en puérperas. Método: Estudio correlacional, descriptivo y transversal. Se revisaron 385 historias clínicas de puérperas con desgarro perineal. Resultados: Se encontró asociación

significativa entre estos desgarros y la edad materna, los controles maternos y el tiempo de expulsivo. No se encontró asociación significativa con la paridad. Entre los factores neonatales, el peso y el sexo del recién nacido influyeron en la ocurrencia de desgarros. También se identificó asociación con factores obstétricos como el operador del parto. Conclusiones: La edad materna, los controles prenatales, el tiempo de expulsivo y las características neonatales (peso y sexo) son factores relevantes en la ocurrencia de traumas de canal blando ⁽¹⁹⁾.

Verde. En Pasco (2022), en su investigación **“Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo, Cerro De Pasco 2021 – 2022”**, menciona que se utilizó un enfoque metodológico no experimental, retrospectivo y analítico de casos y controles, con una muestra de 145 puérperas. La técnica empleada fue el análisis documental, utilizando una ficha de recolección de datos como instrumento. Se encontró una asociación significativa ($p < 0.05$) entre el desgarro perineal y la anemia materna, el índice de masa corporal (IMC), la psicoprofilaxis obstétrica, la paridad y el perímetro cefálico del recién nacido. Sin embargo, no se observó una asociación significativa ($p > 0.05$) entre el desgarro perineal y la edad materna, el intervalo entre partos, el tiempo de expulsivo y el peso del recién nacido. En resumen, se identificaron factores maternos, neonatales y obstétricos asociados con los traumas perineales, destacando el peso normal y la participación en la psicoprofilaxis obstétrica como factores protectores, mientras que la presencia de anemia, la multiparidad y un perímetro cefálico del recién nacido mayor a 35 cm se consideran factores de riesgo ⁽²⁰⁾.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

Ávila y Ortega. En Huánuco (año 2022) en su tesis titulado **“Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Aparicio Pomares” Huánuco – 2022”**, describe que el objetivo del estudio fue identificar los factores de riesgo asociados al desgarro perineal en gestantes, para ello usó el método: Estudio correlacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se revisaron 175 historias clínicas

mediante análisis documental con ficha de recolección de datos validada. Resultados: No se encontró asociación significativa ($p > 0.05$) entre desgarro perineal y factores como edad materna, anemia, ITU, ITS, flujo vaginal, tiempo de expulsivo, parto precipitado, control prenatal ni peso del recién nacido. Se halló asociación significativa ($p < 0.05$) con primiparidad, periodo intergenésico inadecuado y perímetro cefálico patológico. Conclusiones: La primiparidad, el periodo intergenésico inadecuado y el perímetro cefálico patológico son factores de riesgo relevantes para el desgarro perineal durante el trabajo de parto ⁽²¹⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DESGARRO PERINEAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la experiencia de parto positiva como aquella que cumple o excede las creencias y expectativas previas de la mujer, tanto a nivel personal como sociocultural. Esta definición engloba varios aspectos, incluyendo la atención en un entorno seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, la presencia de apoyo emocional constante y la asistencia por parte de personal competente y comprensivo. Además, abarca la utilización de técnicas de psicoprofilaxis obstétrica, las cuales ayudan a manejar el dolor del parto mediante la aplicación de métodos de respiración y relajación, con el objetivo de evitar la necesidad de anestesia epidural, que muchas pacientes solicitan cuando prefieren un parto fisiológico con mínima intervención ⁽²²⁾.

Estos cambios en la atención obstétrica contemporánea naturalmente generan interrogantes acerca de los resultados obstétricos, incluyendo la incidencia de traumatismo perineal severo durante el parto, entre otros aspectos relevantes ⁽²²⁾.

Sin embargo, este traumatismo como complicación puede ocurrir durante el parto, caracterizada por soluciones de continuidad en el área perineal, que pueden variar desde contusiones menores hasta laceraciones mayores con pérdida de tejido. Estos desgarros pueden afectar diferentes estructuras, desde el periné hasta el diafragma urogenital ⁽²⁾.

Según las pautas clínicas actuales, este tipo de lesión impacta negativamente la calidad de vida postparto ⁽²³⁾.

Los desgarros perineales en puérperas representan una complicación obstétrica frecuente, especialmente en partos vaginales con intervenciones como la episiotomía, uso de fórceps o vacío. Estos desgarros están asociados a diversos factores de riesgo tanto maternos como fetales, incluyendo el peso neonatal elevado y la posición occipito posterior fetal. Su diagnóstico clínico se basa en la inspección perineal inmediata postparto, lo que permite determinar el grado de afectación tisular para su manejo oportuno ⁽²⁴⁾.

También se presenta como una lesión que afecta la integridad anatómica del periné femenino, categorizada en cuatro grados según su extensión. Lo que estudios recientes destacan la necesidad de prevenir y tratar estas lesiones para evitar consecuencias a largo plazo ⁽²⁵⁾.

Según la clasificación de Sultan, ⁽²²⁾ adoptada por la OMS, los desgarros de partes blandas del periné se dividen en varios grados:

- Desgarro perineal de primer grado: Una lesión que afecta la piel perineal o la mucosa vaginal.
- Desgarro perineal de segundo grado: Una lesión en el área perineal que involucra los músculos perineales, pero no afecta el esfínter anal.
- Desgarro perineal de tercer grado: Una lesión perineal que afecta el esfínter anal, dentro de esto, se subclasifica en desgarro 3a (Una lesión que afecta menos del 50% del esfínter anal externo), desgarro 3b (Una lesión que afecta más del 50% del esfínter anal externo), desgarro 3c (Una lesión que afecta tanto el esfínter anal externo como el interno).
- Desgarro perineal de cuarto grado: Una lesión que involucra tanto el esfínter anal externo como el interno, además de la mucosa anorrectal.

Las lesiones obstétricas del esfínter anal abarcan los desgarros de tercer y cuarto grado ⁽²²⁾.

Esta clasificación no solo se basa en aspectos anatómicos, sino que también tiene implicaciones pronósticas significativas. Cada nivel de gravedad a partir del grado III incrementa el riesgo de desarrollar incontinencia anal posterior; por ejemplo, los desgarros de grado III-C tienen el doble de riesgo que los de grado III-B, y estos a su vez poseen

el doble de riesgo que los de grado III-A. Aunque esta clasificación es ampliamente aceptada, existen casos de lesiones que no pueden ser categorizadas dentro de sus parámetros. Por ejemplo, una lesión en la mucosa rectal con el esfínter anal intacto constituye un escenario importante de abordar correctamente, dado que puede resultar en complicaciones como la formación de fístulas rectovaginales y rectoperineales ⁽²²⁾.

Desde otra perspectiva, las laceraciones perineales puerperales se miden clínicamente mediante la evaluación directa postparto a través de inspección visual y palpación del área perineal. Esta medición se categoriza en cuatro grados de severidad: primer grado (piel), segundo grado (músculos perineales), tercer grado (afectación parcial o total del esfínter anal) y cuarto grado (compromiso de mucosa rectal). La escala más empleada es la clasificación de la International Consultation on Incontinence (ICI) y la propuesta por la Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), siendo estas herramientas validadas internacionalmente. La presente investigación utilizará la clasificación de la RCOG para medir esta variable ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾.

2.2.1.1. TEORÍAS RELACIONADAS CON LOS DESGARROS PERINEALES EN PUÉRPERAS

La teoría biomecánica perineal sostiene que los traumatismos perineales ocurran como resultado de la incapacidad del tejido perineal para soportar las tensiones mecánicas generadas durante la expulsión fetal. Según esta teoría, la elasticidad, resistencia y capacidad de distensión del periné están influenciadas por factores como la edad materna, la hidratación tisular y las condiciones del trabajo de parto, permitiendo entender que las características anatómicas y fisiológicas del periné predisponen a las mujeres a diferentes grados de desgarro dependiendo de la intensidad de las fuerzas aplicadas durante el parto ⁽²⁸⁾.

La teoría del parto instrumental como factor de riesgo plantea que el uso de instrumentos como fórceps y ventosa obstétrica incrementa significativamente el riesgo de laceraciones severas de partes blandas. Según esta teoría, la aplicación de tracción

instrumental genera presiones adicionales sobre el periné, superando los límites de resistencia tisular. Diversos estudios han confirmado que las mujeres sometidas a partos instrumentados presentan tasas más altas de desgarros de tercer y cuarto grado en comparación con partos espontáneos, resaltando la importancia de limitar el uso de estos procedimientos a casos estrictamente necesarios ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

La teoría del tamaño fetal como predictor de desgarros perineales enfatiza que el peso y el perímetro cefálico del recién nacido son factores determinantes en la aparición de los mismos. Se establece que, a mayor tamaño fetal, mayor distensión perineal y por ende mayor riesgo de laceraciones severas. Esta teoría permite comprender que el peso fetal estimado debe ser considerado como un factor predictivo relevante para la planificación del parto, pudiendo influir en la elección de cesárea programada en casos de macrosomía fetal ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾.

Prevención de las lesiones perineales

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en su más reciente guía de práctica clínica publicada en 2019 ⁽³³⁾, presenta las siguientes directrices para prevenir los desgarros del periné y del esfínter anal:

- Realizar ejercicios específicos para fortalecer los músculos del suelo pélvico puede ayudar a prevenir lesiones perineales durante el parto.
- Adoptar posiciones verticales durante el trabajo de parto puede reducir la presión sobre el periné y disminuir el riesgo.
- Instruir a las mujeres sobre cómo pujar de manera controlada y evitar pujos excesivos.
- Realizar masajes perineales durante el tercer trimestre del embarazo puede aumentar la elasticidad del periné y reducir el riesgo de desgarros durante el parto.
- Se recomienda limitar el uso de la episiotomía y preferir la episiotomía mediolateral derecha (EMLD) en lugar de la central.

Además, para que la EMLD sea efectiva como medida preventiva, se sugiere que el ángulo de la incisión sea de al menos 60 grados, ya que por cada 6 grados que se horizontalice la incisión, se reduce en un 50% el riesgo de desgarros de grado III y IV.

- Proporcionar educación prenatal sobre el parto, incluyendo técnicas de respiración y relajación ^{(5) (34) (35) (36) (37)}.

Revisión e identificación de los desgarros en el periné

- Debe ser exhaustiva y precisa
- Es fundamental seguir un protocolo estandarizado para la evaluación de los traumatismos perineales, ya que su diagnóstico adecuado es crucial para el tratamiento y la prevención de complicaciones
- Pueden estar infradiagnosticados, por lo que se requiere una atención especial para su identificación correcta
- Se recomienda utilizar criterios específicos para clasificarlos según su gravedad, como los establecidos por Sultán, para una evaluación precisa de la lesión
- Además de la inspección visual, pueden ser necesarias otras pruebas complementarias, como la exploración rectal, para una evaluación completa y precisa ^{(33) (38) (39)}.

Reparación perineal

1. Lesiones del periné anterior: Se aconseja suturarlas únicamente si presentan sangrado o causan distorsión anatómica.
2. Desgarros grado I: No es necesario suturarlos si los bordes están cercanos y no hay sangrado activo. En cuanto a la piel perineal, la sutura continua intradérmica se asocia con menos dolor a corto plazo en comparación con los puntos sueltos, sin diferencias a largo plazo.
3. Desgarros grado II: Se recomienda iniciar una sutura continua 1 cm por encima del ángulo del desgarro hasta alcanzar el anillo himeneal, utilizando Vicryl rápido del calibre 0 o 2/0.
4. Sutura del periné: Después de cerrar el anillo himeneal, se debe realinear los músculos sin dejar cavidades. La sutura puede ser

con puntos sueltos o continua, siendo más recomendable esta última según la guía de la SEGO de 2019, utilizando Vicryl rápido del calibre 0 o 2/0.

5. Sutura de la piel: Puede realizarse con sutura intradérmica o puntos sueltos, prefiriéndose Vicryl rápido del calibre 2/0 o 3/0.
6. Desgarros grado III y IV: El objetivo principal es restaurar la continuidad del esfínter anal externo e interno. La clave para prevenir complicaciones y restaurar la continencia fecal es una hemostasia meticulosa y la reapproximación anatómica de todas las capas de tejido.
7. Reparación por capas: Comienza con la mucosa anal, seguida del EAI, EAE y el tabique rectovaginal.
8. Músculos, mucosa vaginal y piel: Se reparan de manera similar a los desgarros de grado I y II ⁽³³⁾ ⁽⁴⁰⁾.

Tratamiento post intervención

1. Psicoprofilaxis antibiótica

Administrar una sola dosis intravenosa de una cefalosporina de segunda o tercera generación antes de la reparación del desgarro del esfínter anal durante el parto de manera sistemática, reduce el riesgo de infección en la herida perineal. Se aconseja extender el tratamiento durante 5-7 días después del parto y considerar la posibilidad de cubrir la infección potencial causada por bacterias anaerobias ⁽³³⁾.

Antibiótico de elección: Intraparto (IV) se debe administrar Cefuroxima 750 mg, en post parto (VO) es recomendable Cefuroxima 250mg/12h + Metronidazol 500 mg/8h.

En caso de alergia a la penicilina en el periodo de intraparto (IV) se administra Gentamicina 240 mg + Metronidazol 500 mg y en el post parto (VO) Ciprofloxacino 500mg/12h + Metronidazol 500mg/12h ⁽³³⁾.

2. Uso de laxantes

Durante las primeras dos semanas después del parto, se recomienda el uso de ciertos medicamentos en mujeres que han experimentado trauma del canal blando de grado III y IV. Estos

medicamentos incluyen formadores de volumen, que deben tomarse con una cantidad adecuada de agua. Ejemplos de estos incluyen el Platago ovata, con una dosis de un sobre cada 12 horas. También se pueden usar laxantes osmóticos, pero se deben evitar en casos de intolerancia a la fructosa o galactosa, y se debe tener precaución en casos de intolerancia a la lactosa. Entre estos laxantes se encuentran la lactulosa, disponible en sobres o en solución oral, y el lactitol, que se administra en sobres. Sin embargo, el lactitol no es adecuado para pacientes con ileostomía o colostomía. Si la paciente experimenta cinco o más días sin defecar, se puede considerar el uso de Micralax®, con precaución para evitar daños en la zona. En caso de que Micralax® no produzca resultados, se debe realizar un tacto rectal para verificar la presencia de un bolo fecal impactado ⁽³³⁾.

- Finalmente, el seguimiento postparto de una paciente con desgarro perineal debe ser personalizado según el grado de la lesión y la evolución clínica de la paciente. Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su última guía de práctica clínica del 2019 ⁽³³⁾ ⁽⁴¹⁾.
- En caso de desgarros grado I, se debe mantener una correcta higiene perineal y realizar ejercicios de la musculatura del suelo pélvico para promover la cicatrización y prevenir complicaciones
- Para desgarros grado II, se debe realizar una revisión clínica a los 6 meses y, en caso de clínica leve con poca repercusión en la calidad de vida, se le dará una cita de revisión en 6 meses
- En caso de desgarros grado III, se debe realizar una revisión clínica a los 6 meses y, en caso de clínica leve con poca repercusión en la calidad de vida, se le dará una cita de revisión en 6 meses
- Para desgarros grado IV, se debe realizar una revisión clínica a los 6 meses y, en caso de clínica leve con poca repercusión en la calidad de vida, se le dará una cita de revisión en 6 meses

- En caso de existir dudas respecto al subtipo del grado III, se debe realizar una revisión clínica a los 6 meses y, en caso de clínica leve con poca repercusión en la calidad de vida, se le dará una cita de revisión en 6 meses
- En todos los casos, se debe informar a la paciente sobre las actividades apropiadas en función de su estado físico y ayudarla a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad ⁽³³⁾
⁽⁴¹⁾.

2.2.2. FACTORES DE RIESGO

2.2.2.1. FACTORES OBSTÉTRICOS

Se definen como las condiciones clínicas, anatómicas y procedimentales asociadas al embarazo, trabajo de parto y parto que influyen en la salud materna y fetal. Estos factores incluyen la paridad, la duración del trabajo de parto, el uso de episiotomía, el tipo de parto, la posición fetal y la aplicación de maniobras obstétricas. La evidencia actual demuestra que estos elementos inciden directamente en la probabilidad de presentar traumatismo del periné durante el alumbramiento ⁽⁴²⁾.

Según Silva et al, ⁽⁴³⁾ comprenden todos aquellos aspectos vinculados al desarrollo del parto y las intervenciones médicas realizadas, tales como el uso de fórceps, la inducción del trabajo de parto, la posición materna durante el parto y la administración de anestesia peridural. Estas variables son determinantes en la aparición de lesiones de partes blandas perineales, ya que modifican la dinámica del parto y la resistencia del tejido perineal, por lo tanto, la correcta evaluación de estos factores permite reducir la incidencia de complicaciones perineales ⁽⁴³⁾.

En esa misma línea, los factores obstétricos engloban las características clínicas relacionadas con el proceso de parto, incluyendo la edad gestacional, la presentación fetal, la aplicación de técnicas de protección perineal y el tipo de profesional que atiende el parto. Estudios recientes destacan que el respeto del parto fisiológico y la reducción de maniobras invasivas disminuyen la incidencia de lesiones perineales. La práctica de maniobras

como el masaje perineal durante el expulsivo se asocia con menor probabilidad de desgarros severos ⁽²³⁾.

No obstante, los factores obstétricos se miden mediante el análisis de los antecedentes clínicos y las características del parto, que para nuestro estudio incluyen: tipo de parto, duración del expulsivo, tipo de presentación fetal, uso de episiotomía, posición materna y paridad.

a) Tipo de parto

El tipo de parto es una categoría obstétrica que describe el modo en que se produce el nacimiento del neonato. Existen diversas modalidades, incluyendo el parto vaginal espontáneo, el parto vaginal asistido, y la cesárea. Cada uno de estos tipos de parto implica diferentes riesgos perineales, siendo el parto vaginal asistido el que presenta mayor probabilidad de ocasionar lesiones perineales severas. La elección del tipo de parto depende de las condiciones maternas, fetales y del progreso del trabajo de parto ⁽⁴⁴⁾.

b) Uso de episiotomía

La episiotomía es una incisión quirúrgica realizada en el periné para ampliar la apertura vaginal durante el parto. Aunque se utilizaba rutinariamente, la práctica actual favorece un uso restrictivo, dado que se ha demostrado que no siempre previene desgarros graves y puede, incluso, predisponer a ellos si no se realiza de forma adecuada. La episiotomía se clasifica en mediolateral o medial, siendo la mediolateral la más recomendada por su menor asociación con lesiones del esfínter anal ⁽⁴⁵⁾.

Según un estudio en 2024 por Schmidt y Fenner, ⁽⁴⁶⁾ consideran la episiotomía como trauma perineal y se asocia con morbilidad a corto y largo plazo, como dolor persistente, dispareunia, trastornos del suelo pélvico y depresión, y puede afectar negativamente la capacidad de la madre para cuidar a su recién nacido.

c) Duración del expulsivo

Un estudio en 2024 por Dendini et al, ⁽⁴⁷⁾ la duración del expulsivo es el tiempo transcurrido desde la dilatación cervical completa hasta la expulsión del neonato. Expulsivos prolongados ejercen presión sostenida sobre el periné, aumentando el riesgo de desgarros. Una segunda etapa del trabajo de parto superior a dos horas en nulíparas o una hora en multíparas se asocia a mayor incidencia de laceraciones severas, especialmente cuando el feto presenta macrosomía. La adecuada conducción del parto y la vigilancia continua permiten minimizar estos riesgos.

d) Índice de Masa Corporal materno

La investigación científica ha establecido una relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) materno elevado y un mayor riesgo de traumas de partes blandas perineales durante el parto. Específicamente, las madres con sobrepeso u obesidad tienen una mayor probabilidad de sufrir laceraciones, incluso de grados más severos. Esto se debe, en parte, a que un IMC alto puede asociarse con bebés más grandes (macrosomía), lo que ejerce una mayor tensión en el periné ⁽⁴⁸⁾. Además, la obesidad materna a veces se vincula con partos más prolongados o la necesidad de intervenciones como el parto asistido, factores que también incrementan el riesgo de trauma perineal ⁽⁴⁹⁾.

Diversos estudios han corroborado esta conexión. Por ejemplo, un estudio publicado en México (2021) analizó la asociación entre desgarros del canal perineal de tercer y cuarto grado y el parto, incluyendo el IMC materno como una variable relevante ⁽⁵⁰⁾. De igual forma, otra investigación detalla cómo el aumento en la categoría del IMC materno se correlaciona con diversas complicaciones obstétricas, incluyendo un mayor riesgo de lesiones perineales de grados más severos ⁽⁵¹⁾. Además, según Verde Pando, ⁽⁵²⁾ encontró una relación significativa entre el IMC materno y la ocurrencia de trauma perineal.

e) Paridad

La paridad también podría ser un factor de riesgo para un desgarro perineal. Una investigación encontró que las mujeres

gestantes con diagnóstico de factores de riesgo y rotura perineal, especialmente madres primíparas y múltiparas, son más propensas a presentarlo ⁽⁵³⁾.

Los hallazgos de Hauck et al, ⁽⁵⁴⁾ revelan una incidencia general de trauma perineal grave del 3%. Sin embargo, esta cifra varía significativamente según la paridad de la madre: Primíparas (primerizas): La incidencia es notablemente más alta, alcanzando un 5.4%. Múltiparas (que ya han tenido partos previos): La incidencia es considerablemente menor, situándose en un 1.7%.

Teorías relacionadas con los factores obstétricos

La teoría del manejo restrictivo de la episiotomía propone que la práctica selectiva de la episiotomía, basada en indicaciones clínicas precisas, reduce la incidencia de desgarros severos en comparación con su uso rutinario. Esta teoría está respaldada por evidencia que demuestra que realizar episiotomías de manera indiscriminada no previene los desgarros complejos y, por el contrario, puede predisponer a lesiones graves. Sin embargo, el enfoque actual promueve la episiotomía solo cuando existe sufrimiento fetal o cuando el periné está a punto de desgarrarse de forma incontrolada ⁽⁵⁵⁾.

La teoría de la protección perineal activa sostiene que la aplicación de técnicas manuales durante el expulsivo, como el control de la salida cefálica y el soporte del periné, reduce la tensión ejercida sobre los tejidos perineales. Estas maniobras permiten una salida controlada de la cabeza fetal, disminuyendo la probabilidad de desgarros. La evidencia científica respalda que el entrenamiento de profesionales en protección perineal activa tiene impacto positivo en la prevención de lesiones graves ⁽⁵⁶⁾.

En esa misma línea, la teoría del respeto al proceso fisiológico del parto establece que minimizar intervenciones médicas innecesarias y permitir que el parto siga su curso natural disminuye la probabilidad de rotura perineal severa. Esta teoría enfatiza la importancia de favorecer la movilidad materna, permitir posiciones de parto elegidas por la mujer y reducir la medicalización del parto

para proteger la integridad del periné. La evidencia reciente confirma que este enfoque se asocia con mejores resultados perineales y menor necesidad de sutura ⁽⁵⁷⁾.

2.2.2.2. FACTORES NEONATALES

Los factores neonatales que aumentan el riesgo de lesiones en partes blandas perineales durante el parto se centran principalmente en el tamaño y la posición del feto. La evidencia científica, incluyendo estudios recientes destaca que la macrosomía fetal (peso ≥ 4000 g), un perímetro cefálico aumentado, la presentación occipitoposterior, el asinclitismo y la desproporción cefalopélvica son los principales determinantes de laceraciones perineales severas. Estos factores requieren una vigilancia obstétrica especializada. La evaluación de estos riesgos se realiza inmediatamente después del parto, midiendo el peso al nacer, el perímetro cefálico, la presentación y la posición de la cabeza, y la edad gestacional ^{(23) (42) (58)}. En tal sentido, la investigación actual utilizará una ficha de registro neonatal estandarizada para estas mediciones, por ejemplo:

a) Peso al nacer

El peso al nacer es una medida clínica que corresponde al peso del neonato registrado inmediatamente después del parto. Se clasifica como peso normal cuando oscila entre 2500 y 3999 gramos, bajo peso si es menor de 2500 gramos y macrosomía cuando iguala o supera los 4000 gramos ⁽⁵⁹⁾. Sin embargo, la macrosomía fetal constituye un factor de riesgo para estos desgarros, principalmente severos, ya que implica mayor volumen fetal y, por tanto, mayor presión sobre el canal del parto ⁽⁶⁰⁾.

b) Perímetro cefálico

El perímetro cefálico es la medida que cuantifica la circunferencia craneal del neonato y es un predictor crítico en la aparición de traumas perineales ⁽⁶¹⁾. Cuando el perímetro cefálico es igual o superior a 35 cm, incrementa el riesgo de laceraciones, ya que genera mayor distensión y presión sobre el periné materno. Un perímetro cefálico elevado es uno de los indicadores que

pueden sugerir macrosomía fetal y potencial desproporción cefalopélvica, por lo que su valoración debe realizarse cuidadosamente al momento del parto ⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾.

c) Presentación fetal

La presentación fetal describe la parte del cuerpo del feto que primero contacta con el canal de parto, siendo la presentación cefálica la más frecuente ⁽⁶⁴⁾. Dentro de la presentación cefálica, la posición occipito posterior aumenta significativamente la probabilidad de traumatismos del periné debido a la mayor presión ejercida ⁽⁶⁵⁾. Las presentaciones anómalas como podálica o de cara también elevan el riesgo de trauma perineal, por lo que su detección temprana planifica la vía del parto ⁽⁶⁶⁾.

d) Posición fetal

La posición fetal se refiere a cómo la cabeza del bebé se orienta dentro de la pelvis materna. Cuando el feto se presenta en posición occipito anterior, es decir, con la parte posterior de la cabeza mirando hacia el abdomen de la madre, el parto vaginal suele ser más sencillo y menos propenso a complicaciones. Sin embargo, las posiciones occipito posterior (cuando la parte posterior de la cabeza mira hacia la espalda de la madre) son menos ideales. Estas pueden llevar a partos más largos y ejercer una presión considerablemente mayor sobre el periné ⁽⁶⁷⁾, lo que eleva el riesgo de sufrir desgarros severos y hasta cesáreas ⁽⁶⁸⁾. Afortunadamente, estrategias como la rotación manual de la cabeza fetal o el cambio de posición de la madre durante el parto pueden ayudar a corregir estas orientaciones desfavorables y, así, proteger el periné ⁽⁶⁹⁾.

e) Edad gestacional

La edad gestacional es el tiempo transcurrido desde la última menstruación hasta el nacimiento, expresado en semanas completas ⁽⁷⁰⁾. Los recién nacidos a término (≥ 37 semanas) presentan mayor desarrollo corporal, lo que incrementa el riesgo de trauma perineal en comparación con neonatos prematuros. Además, la edad gestacional avanzada se asocia con mayor

probabilidad de macrosomía y mayor perímetro cefálico ⁽⁷¹⁾. Por ello, la edad gestacional debe ser considerada cuidadosamente en la evaluación del riesgo perineal materno.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Factor obstétrico: Se refiere a cualquier circunstancia o característica relacionada con el proceso del parto que puede influir en su desarrollo y resultado. Esto incluye desde la forma en que el trabajo de parto progresa, las intervenciones médicas que se puedan requerir, hasta la duración de las diferentes etapas del parto. En esencia, son las particularidades del manejo del parto y del cuerpo de la madre durante este evento las que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de ciertas complicaciones, como el desgarro perineal ⁽⁷²⁾.

Factor neonatal: Describe las características propias del recién nacido que pueden impactar el transcurso del parto y, por consiguiente, el riesgo para la madre. Estos incluyen aspectos como el tamaño del bebé (por ejemplo, si pesa mucho o tiene una circunferencia de cabeza grande), su posición al nacer y la edad gestacional al momento del parto. Un bebé más grande o en una posición menos favorable puede ejercer mayor presión sobre los tejidos maternos, incrementando el riesgo de lesiones ⁽⁷³⁾.

Riesgo: En el contexto médico se refiere a la probabilidad de que un evento desfavorable, como una complicación o una lesión, ocurra. No se trata de una certeza, sino de una posibilidad que se puede cuantificar y que, a menudo, está influenciada por la presencia de ciertos factores. Evaluar el riesgo permite a los profesionales de la salud anticipar posibles problemas y tomar medidas preventivas o de manejo adecuadas para minimizar su impacto ⁽⁷⁴⁾.

Desgarro perineal: Es una lesión que ocurre en los tejidos blandos del periné, la zona entre la vagina y el ano, durante el parto vaginal. Estas lesiones pueden variar en severidad, desde pequeñas abrasiones que sanan fácilmente hasta laceraciones más extensas que involucran los músculos del esfínter anal y la mucosa rectal, lo que puede requerir reparación quirúrgica y, en ocasiones, derivar en complicaciones a largo plazo ⁽⁷⁵⁾.

Puerperio: También llamado postparto, es el periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas posteriores al nacimiento del bebé ⁽⁷⁶⁾.

Periné: El periné es la región anatómica situada entre el ano y la vagina, que incluye la mucosa y los músculos del suelo pélvico ⁽⁷⁷⁾.

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Los factores obstétricos y neonatales están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021

H0: Los factores obstétricos y neonatales no están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi₁: Los factores obstétricos están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021

H0₁: Los factores obstétricos no están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021

Hi₂: Los factores neonatales están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021

H0₂: Los factores neonatales no están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DE RELACIÓN

Factores de riesgo obstétricos y neonatales

2.5.2. VARIABLE DE SUPEVISIÓN

Presencia de desgarros perineales (según su tipo)

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

Características demográficas (edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, ocupación)

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Categoría/ítems	Valor final	Escala de medición	Instrumento
Variable de relación							
Factores de riesgo Obstétricos y Neonatales	Se refieren a condiciones relacionadas con el proceso del parto y el nacimiento	Se refiere a las características clínicas y condiciones maternas y del recién nacido que pueden estar asociadas con la ocurrencia de desgarros perineales, estos datos se obtuvieron a través del análisis documental de las historias clínicas.	Obstétrica	Tipo de parto	a) Parto eutócico (vaginal) b) Cesárea	Nominal	Ficha de recolección de datos
				Uso de episiotomía	a) Si b) No	Nominal	
				Tiempo de duración del periodo expulsivo	a) Menos de 30 minutos b) 30 a 59 minutos c) 60 minutos o más	Discreta	
				Índice de Masa Corporal Materno (IMC-M)	a) Bajo peso (<18.5 kg/m ²) b) Peso normal (18.5 – 24.9 kg/m ²) c) Sobrepeso (25 – 29.9 kg/m ²) d) Obesidad (≥30 kg/m ²)	Continua	
				Paridad	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara	Nominal	
			Neonatal	Peso al nacer	a) Bajo peso (<2,500 g) b) Adecuado (2,500 – 3,999 g) c) Macrosómico (≥4,000 g)	Continua	Ficha de recolección de datos
			Perímetro cefálico	a) Menor de 33 cm b) 33 a 35 cm c) Mayor de 35 cm	Continua		
			Presentación fetal	a) Cefálica b) Pelviana c) Transversa u oblicua	Nominal		
			Posición fetal	a) Occipito-anterior b) Occipito-posterior c) Otra posición (transversa, oblicua)	Nominal		
			Edad gestacional	a) Pretérmino (<37 semanas) b) A término (37 – 41 semanas con 6 días) c) Postérmino (≥42 semanas)	Continua		

Variable de supervisión							
Desgarro perineal	Lesión que ocurre durante el parto, afectando el área entre la vagina y el ano de la mujer	Es la lesión o ruptura de los tejidos blandos del periné ocurrida durante el parto vaginal. El grado y presencia del desgarro perineal se registraron tal como constan en la historia clínica	Diagnóstico de desgarro perineal	Tipo de desgarro perineal	a) Ninguno b) I Grado c) II Grado d) III Grado	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Variable de caracterización							
Características demográficas	Es un atributo o cualidad que describe a una población o grupo de personas en términos de variable	Datos personales y sociales básicos que permiten describir el perfil de las puérperas del estudio. La información fue recolectada directamente del apartado de datos personales de las historias clínicas.	Demográfica	Edad	a) 14 a 21 años b) 22 a 30 años c) 31 a 37 años d) 38 a más	Continua	Ficha de recolección de datos
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Divorciada d) Conviviente	Nominal	
				Lugar de procedencia	a) Urbano b) Rural c) Urbano marginal	Nominal	
				Nivel educativo	a) Sin educación b) Nivel primario c) Nivel secundario d) Superior instituto e) Superior universitario	Ordinal	
				Ocupación	a) Ama de casa b) Independiente c) Con empleo	Nominal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es observacional, ya que implicó la observación directa de fenómenos en su entorno natural, es decir, observación directa de los factores obstétricos y neonatales para determinar la relación a los desgarros perineales ⁽⁷⁸⁾.

Retrospectivo debido a que analizó datos que ya han sido recopilados en el pasado, es decir se basó en registros médicos y datos históricos de las puérperas ya atendidas ⁽⁷⁹⁾.

También fue un estudio transversal analítico, ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento o periodo específico (2020-2021), sin seguimiento a lo largo del tiempo ⁽⁸⁰⁾.

3.2. ENFOQUE

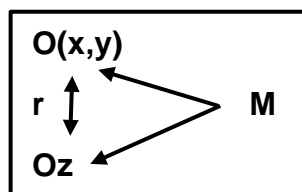
Cuantitativo, ya que se recolectaron datos cuantificables para realizar análisis estadísticos y buscar patrones, relaciones o asociaciones entre variables ⁽⁸¹⁾.

3.3. ALCANCE O NIVEL

Siguiendo la metodología de Hernández Sapiery, ⁽⁸²⁾ el estudio fue de nivel correlacional porque evaluó el riesgo y la relación entre los factores obstétricos - neonatales con la presencia de desgarros perineales.

3.4. DISEÑO

No experimental, ya que no se manipularon las variables, es decir, se observaron tal como se presentó en su contexto natural ⁽⁸³⁾. En ese sentido y en base a la metodología anteriormente mencionada, se presentó el siguiente esquema:



Donde:

- M (muestra = selección de puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari)

- Ox (Observación de los factores obstétricos)
- Ox (Observación de los factores neonatales)
- r (coeficiente de correlación)
- Oz (Observación de la variable desgarro perineal)

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 108 puérperas de parto eutócico atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el período de estudio, es decir, durante los años 2020 y 2021.

3.5.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

a) Criterios de inclusión

- Puérperas que hayan dado a luz en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el período de estudio (2020 - 2021).
- Puérperas que hayan experimentado desgarros perineales durante el parto.
- Puérperas inmediatas y mediatas
- Puérperas sin comorbilidades

b) Criterios de exclusión

- Puérperas que no hayan dado a luz en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el período de estudio (2020 - 2021).
- Puérperas de parto distócico.

3.5.2. MUESTRA

La selección de la muestra se llevó a cabo utilizando un enfoque de muestreo probabilístico aleatorio simple, específicamente mediante la modalidad de selección completa. Este método se empleó con el propósito de asegurar la representatividad de la muestra en relación con la población total de 108 féminas puérperas. El objetivo principal de esta metodología fue incluir a todas las mujeres de la población de manera equitativa.

Las participantes para este estudio fueron seleccionadas utilizando una técnica de muestreo probabilístico, la cual se fundamentará en un proceso matemático detallado en la siguiente sección.

$$\frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

- n = El tamaño de la muestra que queremos calcular
- N = Tamaño del universo (108)
- Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96
- e = Es el margen de error máximo que admito (5%)
- p = Probabilidad de éxito (0.5)
- Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$\frac{108 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(108 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 84.472$$

Por lo tanto, la muestra está conformada por 85 puérperas, todo esto ocurrido en el área de obstetricia del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante los años 2020 y 2021.

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICA

La técnica para recolección de datos es la revisión documentaria (Análisis documental de las historias clínicas)

3.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos basándose en los factores obstétricos (tipo de parto, uso de episiotomía, tiempo de duración de expulsivo, índice de masa corporal materno y paridad), en los factores neonatales (peso al nacer, perímetro cefálico, presentación fetal, posición fetal y edad gestacional), para su interpretación; además permitió describir el tipo de desgarro perineal presentado en conjunto con las características demográficas.

3.6.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

1. El proyecto de investigación fue aprobado por la universidad, seguido de una solicitud de información al área de estadística e informática del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari para obtener datos sobre puérperas y partos atendidos en el servicio de ginecoobstetricia. Asimismo, se solicitó autorización al director del hospital para acceder a las historias clínicas que correspondan al periodo 2020 – 2021 (ver anexo 4).
2. La ficha de recolección de datos fue validada por juicio de expertos (ver anexo 3), quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de los indicadores seleccionados. Una vez validado el instrumento, se procedió a la recolección de información a partir de las historias clínicas, sin contacto directo con las pacientes.
3. Los datos recopilados fueron ingresados a una hoja de datos en un programa estadístico para su procesamiento y análisis correspondiente.
4. No se necesitó obtener consentimiento informado, sin embargo, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las fuentes de todos los datos.

3.7. TÉCNICA DE PROCESO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos recolectados fueron procesados utilizando el software SPSS para Windows, versión 29. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo mediante medidas de frecuencia y porcentaje para caracterizar las variables obstétricas, neonatales y la presencia de desgarros perineales. Posteriormente, se aplicaron las pruebas U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado de Pearson (X^2) para identificar asociaciones estadísticamente significativas entre las variables categóricas.

Asimismo, se calcularon el Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95 % (IC95%) para estimar la magnitud del riesgo asociado. En todos los análisis se consideró un nivel de significancia de $p < 0.05$.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

- Respeto: Se valoró la dignidad de cada puérpera, resguardando su identidad y la confidencialidad de sus datos personales.

- Justicia: La información fue tratada de manera equitativa, sin sesgos ni discriminación alguna.
- No maleficencia: No se realizó ningún tipo de intervención directa; el estudio se basó únicamente en la revisión documental, evitando cualquier daño físico o emocional.
- Beneficencia: Los resultados buscan aportar conocimientos que mejoren la atención obstétrica y promuevan prácticas más seguras para la madre y el recién nacido.
- Autonomía: Se respetó la decisión institucional del hospital al autorizar el uso de información clínica bajo criterios éticos de confidencialidad.
- Confidencialidad: Los registros se codificaron y almacenaron de forma segura, garantizando el anonimato y uso exclusivo con fines académicos.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL

Tabla 1. Desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Tipo de desgarro perineal	Frecuencia	%
Ninguno	2	2,4
I Grado	71	83,5
II Grado	12	14,1
III Grado	0	0,0
Total	85	100,0

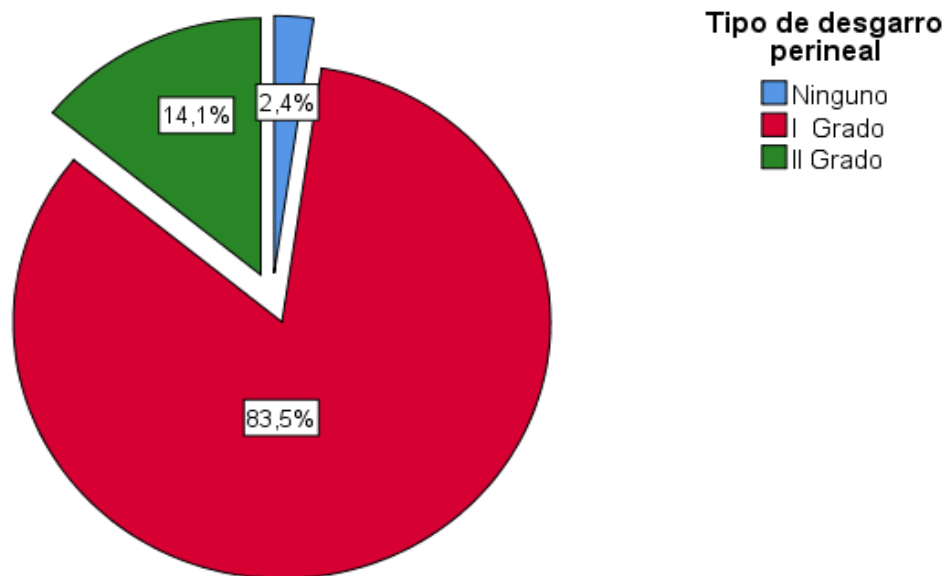


Figura 1. Desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Interpretación

El análisis del tipo de desgarro perineal mostró un claro predominio de lesiones leves. El desgarro grado I representó el 83.5% (n=71), constituyendo la forma más frecuente al comprometer solo piel y mucosa. Le siguió el grado II con 14.1% (n=12), caracterizado por daño en la musculatura perineal. Solo el 2.4% (n=2) de las puérperas mantuvo la integridad del periné, evidenciando una incidencia total de desgarros del 97.6%. Este comportamiento sugiere que, aunque la mayoría de lesiones son de bajo grado, la elevada frecuencia global refleja la persistencia de factores obstétricos predisponentes que requieren mayor atención en la práctica clínica.

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 2. Rango de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Edad	Frecuencia	%
14 a 21 años	10	11,8
22 a 30 años	50	58,8
31 a 37 años	20	23,5
38 a más	5	5,9
Total	85	100,0

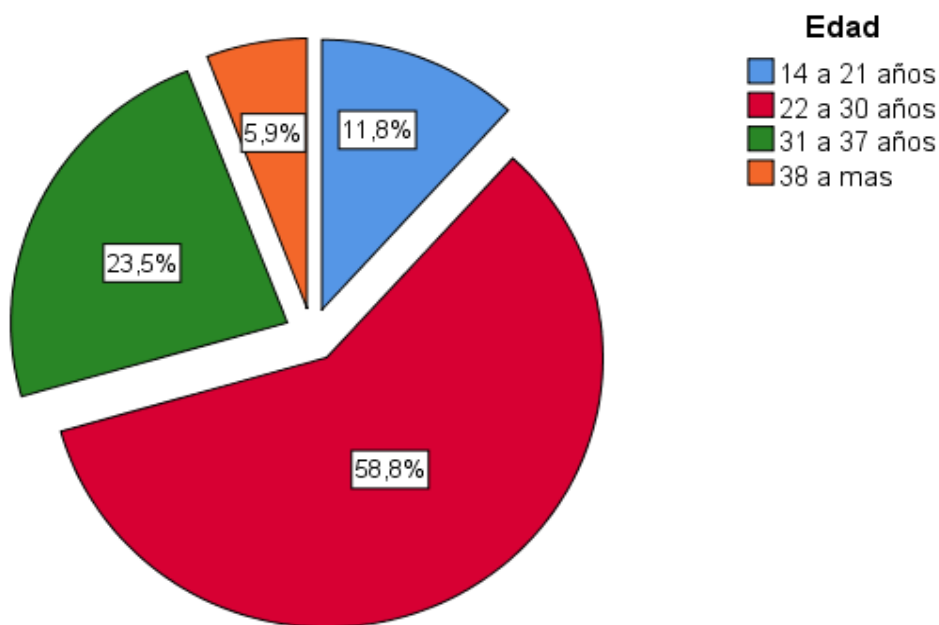


Figura 2. Rango de edad de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Interpretación

La distribución por edad mostró que la mayoría de puérperas se encontraba entre 22 y 30 años (58.8%, n=50), lo que confirma que este sigue siendo el rango predominante para la maternidad. Le siguieron las mujeres de 31 a 37 años (23.5%, n=20). En menor proporción estuvieron las adolescentes y adultas jóvenes (11.8%, n=10) y, finalmente, las de 38 años a más (5.9%, n=5), evidenciado que la mayor parte de los partos ocurre en edades reproductivas óptimas, aunque persisten grupos en los extremos etarios que requieren especial atención por sus mayores vulnerabilidades obstétricas.

Tabla 3. Estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	11	12,9
Casada	19	22,4
Conviviente	55	64,7
Total	85	100,0

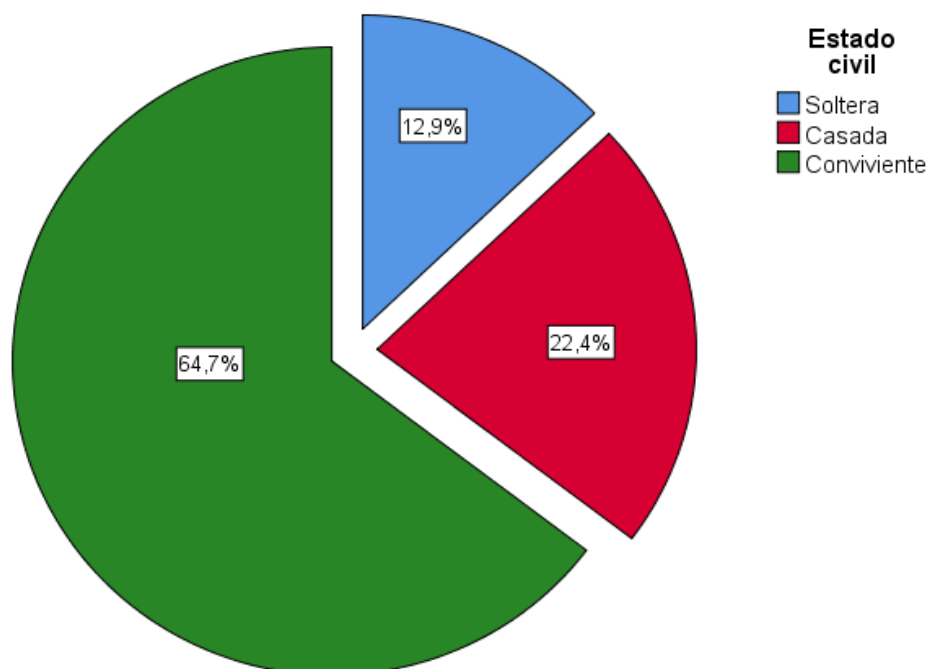


Figura 3. Estado civil de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Interpretación

La distribución del estado civil mostró un claro predominio de puérperas convivientes (64.7%, n=55), consolidándose como la forma de unión más común en la población estudiada. Les siguieron las mujeres casadas (22.4%, n=19), mientras que las solteras representaron la menor proporción (12.9%, n=11). En conjunto, estos resultados reflejan que la mayoría de las participantes vive en una relación de pareja estable, lo cual puede influir positivamente en el acompañamiento y soporte durante el embarazo y el parto.

Tabla 4. Lugar de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Lugar de procedencia	Frecuencia	%
Urbana	16	18,8
Rural	28	32,9
Urbano marginal	41	48,2
Total	85	100,0

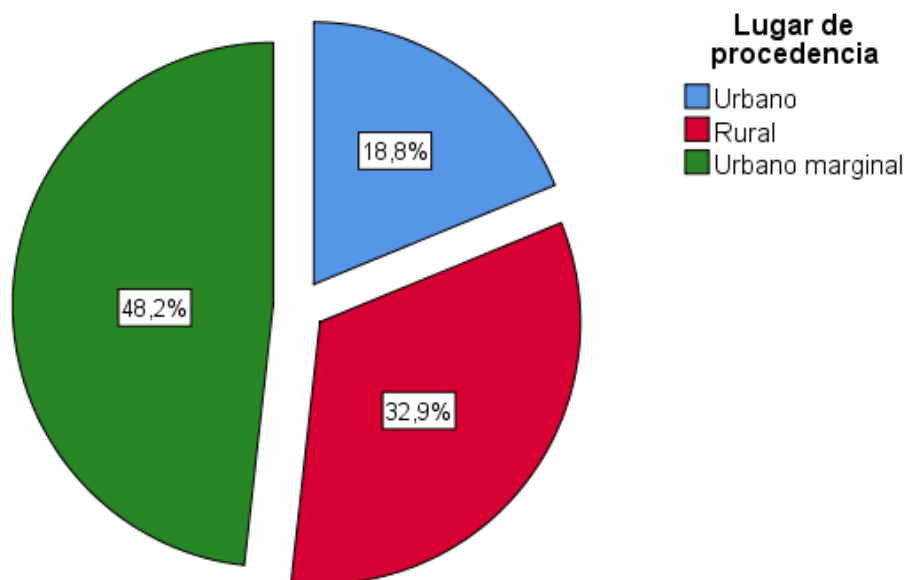


Figura 4. Lugar de procedencia de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Interpretación

La procedencia de las puérperas mostró una clara concentración en zonas urbano-marginales, que representaron casi la mitad de la muestra (48.2%, n=41). En segundo lugar, se ubicaron las pacientes de áreas rurales (32.9%, n=28), mientras que las provenientes de zonas urbanas consolidadas constituyeron la proporción más baja (18.8%, n=16), evidenciando un patrón geográfico donde predominan mujeres procedentes de contextos socialmente más vulnerables, lo que sugiere posibles desigualdades en el acceso y continuidad del cuidado prenatal.

Tabla 5. Nivel de educación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Nivel educativo	Frecuencia	%
Sin educación	3	3,5
Nivel primario	20	23,5
Nivel secundario	47	55,3
Superior instituto	3	3,5
Superior universitario	12	14,1
Total	85	100,0

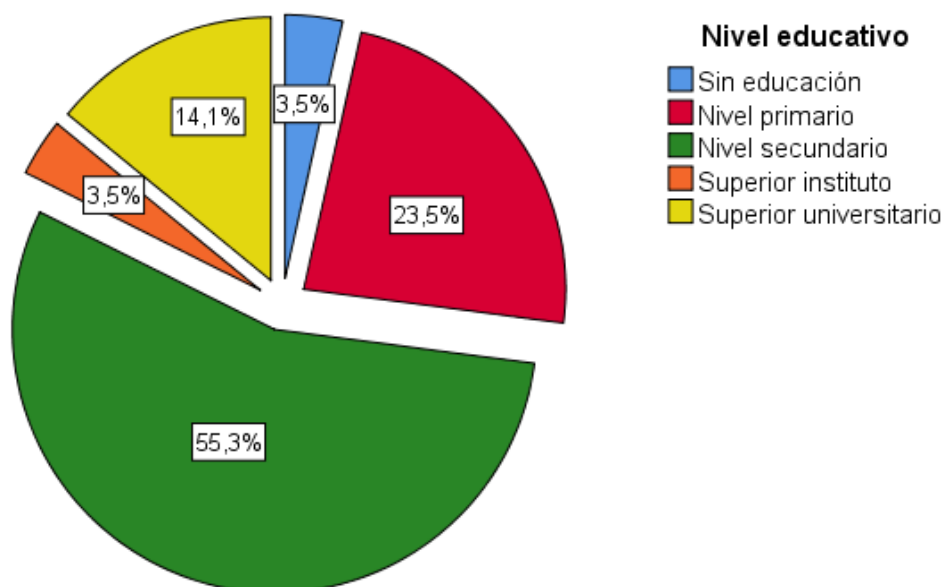


Figura 5. Nivel de educación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Interpretación

El nivel educativo de las puérperas mostró un predominio de la instrucción secundaria (55.3%, n=47), seguido por el nivel primario (23.5%, n=20), lo que indica que más del 78% posee escolaridad básica o media; en contraparte, la educación superior alcanzó apenas el 17.6% (n=15) y el rezago educativo fue mínimo (3.5%, n=3), evidenciándose así que la mayoría cuenta con un nivel formativo que, si bien suficiente para comprender indicaciones generales, podría influir en la calidad del autocuidado perineal y en la adherencia a medidas preventivas durante el trabajo de parto, lo que potencialmente repercute en la ocurrencia de desgarros.

Tabla 6. Ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	67	78,8
Independiente	10	11,8
Con empleo	8	9,4
Total	85	100,0

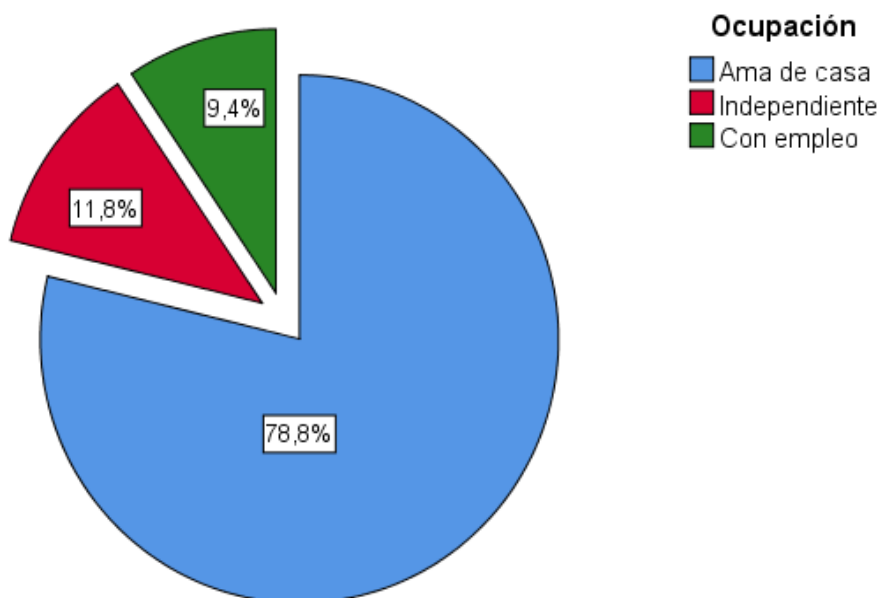


Figura 6. Ocupación de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Interpretación

La ocupación de las puérperas evidenció una marcada dependencia económica, dado que la gran mayoría se identificó como ama de casa (78.8%, n=67), mientras que los grupos laboralmente activos fueron considerablemente menores, ya que solo el 11.8% (n=10) declaró trabajar de manera independiente y apenas el 9.4% (n=8) contaba con un empleo formal, delineándose así un perfil ocupacional que podría influir en la disponibilidad de información, en el acceso a controles prenatales y en la comprensión de las recomendaciones obstétricas, aspectos que guardan relevancia clínica al considerar factores que podrían contribuir a la aparición de desgarros perineales.

4.1.3. FACTORES OBSTÉTRICOS Y DESGARRO PERINEAL

Tabla 7. Distribución de los factores obstétricos según la presencia del tipo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021

FACTORES OBSTÉTRICOS	Tipo de desgarro perineal					
	Ninguno		I Grado		II Grado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Tipo de parto						
Parto eutócico (vaginal)	1	1,2	71	83,5	12	14,1
Cesárea	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Uso de episiotomía						
Si	2	2,4	25	29,4	4	4,7
No	0	0,0	46	54,1	8	9,4
Tiempo de duración del periodo expulsivo						
Menos de 30 minutos	1	1,2	44	51,8	1	1,2
30 a 59 minutos	1	1,2	27	31,8	10	11,8
60 minutos a más	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Índice de Masa Corporal materno						
Bajo peso (<18.5 kg/m ²)	1	1,2	5	5,9	0	0,0
Peso normal (18.5 – 24.9 kg/m ²)	1	1,2	53	62,4	5	5,9
Sobrepeso (25 – 29.9 kg/m ²)	0	0,0	13	15,3	6	7,1
Obesidad (≥30 kg/m ²)	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Paridad						
Primípara	0	0,0	24	28,2	3	3,5
Múltipara	2	2,4	47	55,3	9	10,6
Total	2	2,4	71	83,5	12	14,1

Interpretación

La relación entre la vía del parto y la presencia de desgarros mostró un patrón claro, evidenciándose que todas las lesiones ocurrieron únicamente en partos eutócicos, concentrándose en este grupo tanto los desgarros de grado I (83.5%, n=71) como los de grado II (14.1%, n=12), mientras que la cesárea no registró ningún caso, además de que las dos puérperas sin desgarro se distribuyeron de manera equitativa entre ambas vías, lo que permitió interpretar que el parto vaginal es la condición necesaria para la lesión, aunque en casos aislados puede conservar la integridad perineal.

Respecto al uso de episiotomía, los resultados mostraron que la mayor carga de desgarros se observó en puérperas sin esta práctica, agrupando el 54.1% (n=46) de los desgarros grado I y el 9.4% (n=8) de los grado II, mientras que el grupo con episiotomía concentró un 29.4% (n=25) de los grado I y un 4.7% (n=4) de los grado II, preservándose la integridad perineal únicamente en dos casos, evidenciando que la

episiotomía no eliminó el riesgo de lesión aunque tampoco incrementó de manera notable la severidad de los desgarros.

La duración del periodo expulsivo mostró tendencias definidas, observándose que los desgarros grado I fueron más frecuentes en expulsivos menores de 30 minutos (51.8%, n=44) y en el intervalo de 30 a 59 minutos (31.8%, n=27), mientras que los desgarros grado II se concentraron principalmente en el rango de 30 a 59 minutos (11.8%, n=10), además de que la integridad perineal apareció de forma excepcional en dos casos distribuidos entre ambos rangos, lo que sugiere que incluso expulsivos breves no excluyen el riesgo de lesión.

En cuanto al IMC materno, se evidenció que el grupo con peso normal concentró la mayor cantidad de desgarros, acumulando el 62.4% (n=53) de los grado I y el 5.9% (n=5) de los grado II, mientras que el sobrepeso aportó el 15.3% (n=13) de los desgarros grado I y el 7.1% (n=6) de los grado II, quedando el bajo peso y la obesidad con participaciones mínimas, además de que la integridad perineal solo se presentó en dos mujeres, una con bajo peso y otra con peso normal, evidenciándose que un IMC fuera del rango normal no incrementó de manera proporcional la severidad del desgarro.

No obstante, la paridad mostró que las multíparas reunieron la mayor proporción de desgarros tanto de grado I (55.3%, n=47) como de grado II (10.6%, n=9), a la vez que fueron las únicas que conservaron la integridad perineal en dos casos, mientras que las primíparas registraron un 28.2% (n=24) de desgarros grado I y un 3.5% (n=3) de grado II, reflejándose que aunque la multípara es el grupo con mayor exposición absoluta al desgarro, conserva también una posibilidad real de parto sin lesión.

4.1.4. FACTORES NEONATALES Y DESGARRO PERINEAL

Tabla 8. Distribución de los factores neonatales según la presencia del tipo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021

FACTORES NEONATALES	Tipo de desgarro perineal					
	Ninguno		I Grado		II Grado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Peso al nacer						
Bajo peso (<2,500 g)	1	1,2	3	3,5	0	0,0
Adecuado (2,500 – 3,999 g)	1	1,2	60	70,6	5	5,9
Macrosómico (≥4,000 g)	0	0,0	8	9,4	7	8,2
Perímetro cefálico						
Menor de 33 cm	0	0,0	7	8,2	0	0,0
33 a 35 cm	2	2,4	48	56,5	5	5,9
Mayor de 35 cm	0	0,0	16	18,8	7	8,2
Presentación fetal						
Cefálica	2	2,4	71	83,5	10	11,8
Pelviana	0	0,0	0	0,0	2	2,4
Posición fetal						
Occipito - anterior	2	2,4	64	75,3	6	7,1
Occipito - posterior	0	0,0	7	8,2	5	5,9
Otra posición (transversa, oblicua)	0	0,0	0	0,0	1	1,2
Edad gestacional						
Pretérmino (<37 semanas)	0	0,0	9	10,6	0	0,0
A término (37 – 41 semanas con 6 días)	2	2,4	58	68,2	11	12,9
Postérmino (≥42 semanas)	0	0,0	4	4,7	1	1,2
Total	2	2,4	71	83,5	12	14,1

Interpretación

En relación con el peso al nacer, los desgarros de grado I se concentraron principalmente en neonatos con peso adecuado, agrupando el 70.6% (n=60) de los casos, aunque el grupo macrosómico mostró un comportamiento particular, ya que presentó una frecuencia de desgarros grado II del 8.2% (n=7) que prácticamente igualó a sus lesiones grado I del 9.4% (n=8), además de que el peso adecuado también aportó desgarros grado II en un 5.9% (n=5), distribuyéndose la integridad perineal únicamente entre neonatos de bajo peso y peso adecuado, lo que evidencia que la macrosomía incrementa de manera marcada la probabilidad de desgarros de mayor severidad.

Considerando el perímetro cefálico, la mayor proporción de desgarros grado I se registró en el rango de 33 a 35 cm con un 56.5% (n=48), aunque el riesgo de desgarro grado II mostró una mayor concentración cuando el perímetro superó los 35 cm, alcanzando el 8.2% (n=7), superando así al rango intermedio que aportó un 5.9% (n=5),

además de que el grupo con perímetro mayor presentó también un número apreciable de lesiones grado I (18.8%, n=16), observándose que la integridad perineal apareció únicamente en el rango de 33 a 35 cm, lo que sugiere que un perímetro cefálico mayor de 35 cm constituye un factor fuertemente asociado a desgarros de mayor gravedad.

Respecto a la presentación fetal, la cefálica fue la forma predominante y concentró la casi totalidad de las lesiones, reuniendo el 83.5% (n=71) de los desgarros grado I y el 11.8% (n=10) de los grado II, además de que los dos casos sin desgarro también pertenecieron a esta categoría, mientras que la presentación pelviana, aunque poco frecuente, resultó particularmente riesgosa, ya que los dos únicos casos registrados terminaron en desgarros grado II, evidenciando que esta presentación opera como un factor de riesgo altamente determinante para lesiones severas.

En cuanto a la posición fetal, la occipito-anterior fue la más frecuente y concentró la mayoría de los desgarros grado I (75.3%, n=64) y grado II (7.1%, n=6), además de ser la única posición donde se observó integridad perineal, mientras que la occipito-posterior mostró una distribución más equilibrada entre sus lesiones, acumulando un 8.2% (n=7) de desgarros grado I y un 5.9% (n=5) de grado II, lo que señala que, proporcionalmente, la occipito-posterior incrementa de manera notable la probabilidad de desgarro severo, a pesar de su menor frecuencia absoluta.

Referente a la edad gestacional, la categoría a término concentró la mayoría de los desgarros, acumulando el 68.2% (n=58) de las lesiones grado I y el 12.9% (n=11) de las grado II, además de registrar la totalidad de los casos sin desgarro, mientras que el pretérmino solo aportó desgarros grado I (10.6%, n=9), sin evidencia de lesiones graves, y el postérmino presentó desgarros grado I (4.7%, n=4) junto con un caso de grado II (1.2%, n=1), evidenciándose que aunque la mayor carga de lesiones se concentra en gestaciones a término, la prolongación del embarazo no excluye la posibilidad de desgarros severos.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

4.2.1. CONTRASTE DE HIPÓTESIS MEDIANTE PRUEBAS DE ASOCIACIÓN

Tabla 9. Factores obstétricos en relación con la presencia y grado de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021

Factores obstétricos		Estadísticos	
Tipo de parto	U de Mann-Whitney	Valor	0,500
		Significancia asintótica (bilateral)	0,009
Uso de episiotomía	U de Mann-Whitney	Valor	775,000
		Significancia asintótica (bilateral)	0,379
Tiempo de duración del periodo expulsivo	H de Kruskal-Wallis	Valor	13,340
		Significancia asintótica	0,001
Índice de Masa Corporal materno	H de Kruskal-Wallis	Valor	14,173
		Significancia asintótica	0,003
Paridad	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	1,320
		Significancia asintótica (bilateral)	0,517

Interpretación

El análisis estadístico inferencial determinó la existencia de una asociación significativa entre tres factores obstétricos y el tipo de desgarro perineal (p -valor <0.05):

- Tipo de parto (U de Mann-Whitney, $p=0.009$): El bajo valor p indica que existe una asociación estadísticamente significativa entre la vía de parto y la gravedad del desgarro, confirmando que la elección del tipo de parto es un factor determinante en la aparición de la lesión.
- Tiempo de duración del periodo expulsivo (H de Kruskal-Wallis, $p=0.001$): Este resultado, con una significancia muy alta, establece que la duración del periodo expulsivo sí está asociada de manera significativa al tipo de desgarro, sugiriendo que las variaciones en este tiempo influyen en la gravedad de la lesión perineal.
- Índice de Masa Corporal (IMC) materno (H de Kruskal-Wallis, $p=0.003$): El valor p demuestra una asociación significativa entre el IMC materno y el tipo de desgarro, indicando que el peso materno antes del parto es un factor de riesgo que modula la severidad de la lesión.

Por otro lado, la paridad (X^2 de Pearson, $p=0.517$) y el uso de episiotomía (U de Mann-Whitney, $p=0.379$) resultaron no significativos

($p > 0.05$), lo que sugiere que estas variables no están asociadas al tipo de desgarro en la población estudiada.

Basándose en la evidencia estadística donde tres de los cinco factores obstétricos analizados (tipo de parto, duración del expulsivo, e IMC materno) resultaron tener una asociación estadísticamente significativa con el tipo de desgarro perineal ($p < 0.05$ en cada caso), se procede a rechazar la hipótesis nula (H_0) y, por lo tanto, a aceptar la hipótesis alterna (H_1). Por lo que, se concluye que los factores obstétricos sí están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el hospital durante el periodo 2020–2021.

Tabla 10. Factores neonatales en relación con la presencia y grado de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021

Factores neonatales		Estadísticos	
Peso al nacer	H de Kruskal-Wallis	Valor	16,942
		Significancia asintótica	0,000
Perímetro cefálico	H de Kruskal-Wallis	Valor	7,419
		Significancia asintótica	0,024
Presentación fetal	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	12,460
		Significancia asintótica (bilateral)	0,002
Posición fetal	Chi-cuadrado de Pearson	Valor	15,738
		Significancia asintótica (bilateral)	0,003
Edad gestacional	H de Kruskal-Wallis	Valor	1,152
		Significancia asintótica	0,562

Interpretación

El análisis estadístico inferencial determinó la existencia de una asociación significativa entre cuatro de los cinco factores neonatales analizados y el tipo de desgarro perineal (p -valor < 0.05):

- Peso al nacer (H de Kruskal-Wallis, $p=0.000$): El valor p igual a 0.000 (altamente significativo) establece que el peso del neonato al nacer está fuertemente asociado con el tipo de desgarro perineal, confirmando que esta variable es un factor de riesgo crucial en la severidad de la lesión.
- Perímetro cefálico (H de Kruskal-Wallis, $p=0.024$): Con un p por debajo del umbral de 0.05, se concluye que el perímetro cefálico presenta una

asociación estadísticamente significativa con el tipo de desgarro, sugiriendo que las dimensiones de la cabeza fetal influyen en la gravedad de la lesión perineal.

- Presentación fetal (Chi-cuadrado de Pearson, $p=0.002$): Este resultado indica una asociación altamente significativa entre la presentación fetal y el tipo de desgarro perineal. La forma en que el feto se presenta en el canal de parto es, por lo tanto, un factor de riesgo determinante para la aparición y severidad de los desgarros.
- Posición fetal (Chi-cuadrado de Pearson, $p=0.003$): De manera similar, se observa una asociación estadísticamente significativa entre la posición fetal y el tipo de desgarro, lo que implica que la orientación de la cabeza del feto durante el expulsivo es un factor de riesgo relevante para el trauma perineal.

Por otro lado, la edad gestacional (H de Kruskal-Wallis, $p=0.562$) resultó no significativa ($p>0.05$), lo que sugiere que esta variable no está asociada al tipo de desgarro en la población estudiada.

Dada la evidencia estadística donde cuatro de los cinco factores neonatales analizados (peso al nacer, perímetro cefálico, presentación fetal y posición fetal) mostraron una asociación estadísticamente significativa con el tipo de desgarro perineal ($p<0.05$ en cada caso), se procede a aceptar la hipótesis alterna (H_2). Concluyéndose que los factores neonatales sí están significativamente asociados con la presencia de lesiones de partes blandas perineales en puérperas atendidas en el hospital durante el periodo 2020–2021.

Por lo tanto, de manera general, se concluye que los factores obstétricos y neonatales sí están significativamente asociados con la presencia de traumas del canal blando ($p<0.05$ para la mayoría de las variables).

4.2.2. ANÁLISIS DEL RIESGO MEDIANTE EL ODDS RATIO (OR)

Tabla 11. Análisis del riesgo de desgarro perineal según factores obstétricos en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021

Variables de los factores obstétricos	Sig.	Odds Ratio (OR)	95% C.I para OR	
			Inferior	Superior
Tipo de parto	0,999	0,000	0,000	-
Uso de episiotomía	0,997	0,000	0,000	-
Tiempo de duración del periodo expulsivo	0,936	0,896	0,063	12,844
Índice de Masa Corporal materno	0,074	12,584	0,784	201,850
Paridad	0,998	0,000	0,000	-

Interpretación

El análisis de Odds Ratio (OR) para los factores obstétricos, en respuesta al objetivo 1, demostró que ninguno de los factores alcanzó la significancia estadística en este modelo de riesgo (todos los IC95% incluyen el valor 1.0 o los valores p son altos), a pesar de que el análisis de asociación previa indicara lo contrario:

- Índice de Masa Corporal (IMC) materno: Pese a que el análisis de asociación fue significativo, el modelo de riesgo mostró una tendencia de riesgo sustancial con un OR=12.584. Esto sugiere que la categoría de mayor IMC (probablemente sobrepeso/obesidad) aumenta en 12.5 veces la probabilidad de desgarro grave con respecto a la categoría de referencia (peso normal). Sin embargo, dado que el IC95% (0.784–201.850) incluye la unidad (1.0) y el p es de 0.074, este riesgo tan elevado no se considera estadísticamente significativo.
- Duración del periodo expulsivo: El valor del riesgo fue prácticamente neutral (OR=0.896), sugiriendo un factor ligeramente protector. Debido a que el IC95% (0.063–12.844) incluye la unidad y el p es alto (0.936), no existe riesgo estadísticamente significativo asociado al tiempo de duración del periodo expulsivo.
- Tipo de parto y paridad: Ambos factores arrojaron un OR de 0.000 (y p=1.0), lo que indica una protección total de la categoría de referencia frente al desgarro (ej., la cesárea protege totalmente). No obstante, por los altos valores de p, esta protección o ausencia de riesgo no es estadísticamente significativa bajo los criterios del modelo.

En conclusión: Aunque variables como el tipo de parto y el IMC materno son clínicamente relevantes, el análisis de Odds Ratio no proporciona evidencia estadísticamente significativa para cuantificar el riesgo de desgarro perineal en función de los factores obstétricos en esta población.

Tabla 12. Análisis del riesgo de desgarro perineal según factores neonatales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020–2021

Variables de los factores neonatales	Sig.	Odds Ratio (OR)	95% C.I para OR	
			Inferior	Superior
Peso al nacer	0,038	22,417	1,185	424,111
Perímetro cefálico	0,633	1,842	0,150	22,611
Presentación fetal	1,000	398,75	0,000	-
Posición fetal	0,999	461,20	0,000	-
Edad gestacional	0,867	0,740	0,022	25,043

Interpretación

El análisis de Odds Ratio para los factores neonatales reveló que el peso al nacer es el único factor con un riesgo estadísticamente significativo para el desgarro perineal, mientras que los demás no demostraron significancia en este modelo:

- **Peso al nacer:** Este factor es el único que muestra un riesgo estadísticamente significativo para el tipo de desgarro ($p=0.038$), dado que el IC95% (1.185–424.111) excluye la unidad (1.0). El OR=22.417 indica un riesgo extremadamente alto: la categoría de mayor riesgo (probablemente la macrosomía) aumenta en más de 22 veces la probabilidad de desgarro grave en comparación con la categoría de referencia (peso adecuado).
- **Perímetro cefálico y edad gestacional:** Ambos factores resultaron no ser estadísticamente significativos ($p>0.05$). El perímetro cefálico mostró un OR=1.842 (riesgo bajo, $p=0.633$) y la edad gestacional un OR=0.740 (riesgo protector leve, $p=0.867$). En ambos casos, el IC95% incluye la unidad (1.0), por lo que no se puede concluir una asociación de riesgo cuantificable.
- **Presentación fetal y posición fetal:** Estos factores arrojaron valores OR extremadamente altos (398.75 y 461.20, respectivamente) con límites inferiores del IC95% de 0.000 y $p=1.0$. Si bien los valores OR sugieren

un riesgo prácticamente absoluto (coherente con el análisis descriptivo), la falta de variabilidad en los datos provoca que el modelo estadístico no alcance la significancia necesaria para cuantificar el riesgo formalmente.

En conclusión: El peso al nacer es el único factor neonatal que se establece como un factor de riesgo estadísticamente significativo y de gran magnitud para el desgarro perineal grave en la población estudiada, mientras que el riesgo asociado al resto de factores no pudo ser comprobado formalmente mediante el análisis de Odds Ratio.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La integridad perineal postparto constituye un indicador de la calidad de atención y un determinante directo de la salud pélvica a largo plazo. El desgarro perineal, especialmente en sus grados severos, continúa siendo una complicación obstétrica frecuente y capaz de generar secuelas como incontinencia fecal o dolor crónico, de modo que afecta de manera relevante la calidad de vida de las puérperas. Aunque los desgarros de grado I y II son los más reportados, su elevada frecuencia obliga a profundizar en la identificación de los factores que los condicionan y en el papel que desempeñan las características obstétricas y neonatales en su aparición.

En ese contexto, este estudio tuvo como objetivo determinar si dichos factores representaban un riesgo significativo para la presencia y el tipo de laceración perineal en las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el periodo 2020–2021. La elevada proporción de lesiones perineales evidenciada en esta cohorte justifica plenamente el análisis realizado, dado que solo el 2.4% de las féminas conservaron la integridad perineal, por lo que la casi universalidad del trauma observado destaca la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de protección perineal durante el parto.

Al analizar la asociación entre las variables estudiadas y el tipo de desgarro, se observó que, aunque varias de ellas mostraron significancia estadística en las pruebas de asociación, únicamente el peso al nacer mantuvo un riesgo cuantificable significativo. En efecto, el peso fetal elevado incrementó más de veintidós veces la probabilidad de presentar un desgarro grave, resultado que coincide plenamente con los hallazgos de Barca et al. ⁽¹⁰⁾ Jansson et al. ⁽¹¹⁾ y Ávila, ⁽¹⁸⁾, quienes también identificaron el peso fetal, especialmente cuando supera los 3000 g o 4000 g, como un predictor de laceración severa. La coherencia entre estos estudios sugiere que la desproporción feto-pélvica asociada al mayor peso neonatal constituye un mecanismo biomecánico común que explica el incremento del trauma perineal en diversas poblaciones.

Por otra parte, el perímetro cefálico mostró asociación significativa en el análisis previo, lo que se alinea con lo reportado por Jansson et al. ⁽¹¹⁾, Longo et al. ⁽¹²⁾, Paz, ⁽¹⁷⁾ y Ávila y Ortega ⁽²¹⁾, quienes hallaron una mayor frecuencia de desgarros cuando la circunferencia cefálica supera los 35 cm. Sin embargo, en nuestro estudio esta variable no alcanzó significancia en el análisis de riesgo, lo que probablemente se relaciona con que el peso al nacer absorbió gran parte de la variabilidad explicativa, fenómeno también descrito por Longo et al. ⁽¹²⁾, quienes argumentan que el peso suele tener mayor impacto predictivo que el perímetro cefálico por su correlación directa con el volumen fetal total.

De manera complementaria, el IMC materno mostró una tendencia a riesgo elevado, aunque sin significancia estadística. A pesar de ello, nuestros resultados se mantienen en la misma línea que Ávila ⁽¹⁸⁾ y Verde ⁽²⁰⁾, quienes describen que el sobrepeso y la obesidad materna aumentan la tensión sobre el periné y favorecen el trauma perineal. La ausencia de significancia se debe a la distribución heterogénea del IMC en la población estudiada, pero la tendencia observada continúa siendo clínicamente relevante.

Respecto a la duración del periodo expulsivo, nuestros hallazgos no demostraron asociación ni riesgo significativo, lo que contrasta con lo encontrado por Muñoz et al. ⁽¹⁴⁾ y Casquino y Huayta ⁽¹⁹⁾, quienes señalaron que tanto el parto precipitado como el expulsivo prolongado incrementan el riesgo de laceraciones. No obstante, nuestros resultados concuerdan con Longo et al. ⁽¹²⁾ y Verde ⁽²⁰⁾, quienes no observaron relación significativa entre la duración de la segunda etapa del parto y el trauma perineal, lo que revela que este factor puede comportarse de manera variable según el contexto obstétrico y los protocolos de atención utilizados.

En cuanto a la paridad y al uso de episiotomía, tampoco se encontró significancia, lo que discrepa con Barca et al. ⁽¹⁰⁾, Longo et al. ⁽¹²⁾ y Ávila y Ortega ⁽²¹⁾, quienes identificaron la primiparidad como un factor de riesgo para lesiones severas. Asimismo, nuestros resultados tampoco coinciden con lo reportado por Pergialiotis et al. ⁽¹³⁾, quienes describen la episiotomía de línea media como de riesgo, ni con el efecto protector de la episiotomía mediolateral descrito por Longo et al. ⁽¹²⁾ La ausencia de significancia en nuestra población

sugiere que la técnica de episiotomía utilizada podría no tener un impacto clínico relevante o que su aplicación no se rige por criterios uniformes.

En esa línea, al interpretar estos resultados en conjunto, se confirma que el trauma perineal en esta población es consecuencia predecible de factores obstétricos y neonatales, entre los cuales el peso al nacer emerge como el determinante más importante, dado el riesgo crítico identificado. Este hallazgo reafirma la necesidad de fortalecer los protocolos preventivos, optimizar el tamizaje prenatal del crecimiento fetal y auditar las prácticas de atención del parto para reducir la elevada prevalencia de lesiones observada en este establecimiento.

CONCLUSIONES

1. Los factores obstétricos y neonatales evaluados sí mostraron un riesgo significativo para la presencia de desgarros del periné en esta población, ya que el análisis global demostró asociación entre las variables estudiadas y el tipo de lesión. Dentro de este conjunto, el peso al nacer se identificó como el predictor más determinante, debido a que los neonatos con peso elevado incrementaron más de veintidós veces la probabilidad de presentar desgarro grado II (OR=22.417; $p=0.038$). Este hallazgo confirma que la sospecha de macrosomía debe ser un componente esencial de las decisiones clínicas destinadas a reducir la severidad del trauma perineal.
2. En relación con los factores obstétricos, se determinó que el tipo de parto, el tiempo de duración del periodo expulsivo y el IMC materno mantuvieron una asociación significativa con el tipo de desgarro, aunque ninguno de ellos alcanzó significancia en la cuantificación del riesgo. Sin embargo, el IMC materno mostró una tendencia marcada hacia el incremento de la severidad del trauma (OR=12.584; $p=0.074$), lo que sugiere que el sobrepeso y la obesidad podrían predisponer a lesiones más extensas, aun cuando el modelo no logró confirmarlo estadísticamente.
3. En cuanto a los factores neonatales, cuatro de los cinco mostraron asociación estadísticamente significativa con el tipo de desgarro. Entre ellos, el peso al nacer fue el único que presentó un riesgo cuantificable significativo, ya que su magnitud fue elevada (OR=22.417; $p=0.038$) y su intervalo de confianza excluyó la unidad, lo que lo convierte en el factor de mayor impacto clínico. Este resultado evidencia que el tamaño fetal es el principal modulador de la severidad de la lesión perineal, lo cual resalta la importancia de fortalecer las estrategias de tamizaje de macrosomía durante el control prenatal.
4. La incidencia de desgarros del canal blando fue considerablemente alta, porque el 97.6% de las puérperas presentó algún grado de lesión ($n=83$) y solo el 2.4% conservó la integridad perineal ($n=2$). El desgarro grado I fue el más frecuente, alcanzando el 83.5% de los casos ($n=71$), mientras que los desgarros grado II representaron el 14.1% ($n=12$). Esta distribución confirma que el trauma perineal constituye un evento casi universal en los

partos vaginales atendidos en este establecimiento, lo que exige revisar las maniobras de protección perineal para disminuir su ocurrencia.

5. Las características demográficas describieron una población en situación de vulnerabilidad social, ya que el grupo etario predominante fue el de 22 a 30 años (58.8%, n=50), la mayoría de las mujeres vivía en unión de hecho (64.7%, n=55) y casi la mitad procedía de zonas urbano marginales (48.2%, n=41). Asimismo, la dedicación al hogar fue la ocupación predominante (78.8%, n=67) y el nivel educativo más común fue el secundario (55.3%, n=47). Este perfil sociodemográfico permite contextualizar la elevada incidencia del trauma perineal y refuerza la necesidad de integrar factores sociales en las estrategias de prevención obstétrica.

RECOMENDACIONES

a. Para la dirección del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

1. Fortalecer los servicios de Ecografía y Control Prenatal asegurando equipos y personal capacitado para estimar con precisión el peso fetal y el IMC materno en el tercer trimestre, priorizando estos recursos debido al riesgo significativamente elevado asociado al peso al nacer (OR=22.417).
2. Implementar un comité permanente multidisciplinario (Obstetricia - Neonatología) que revise mensualmente los casos de desgarro grado II y macrosomía, con el fin de detectar deficiencias en la predicción fetal o en la conducción del periodo expulsivo.
3. Asignar presupuesto para la actualización y difusión obligatoria de la guía institucional de episiotomía, bajo un enfoque restrictivo basado en evidencia, así como para la elaboración de un protocolo específico para el manejo de partos con sospecha de macrosomía.

b. Para la Jefatura de Obstetricia

1. Programar simulacros y talleres prácticos periódicos sobre técnicas de protección perineal y control de la salida cefálica, enfatizando maniobras que han demostrado disminuir desgarros de grado I y II.
2. Realizar auditorías continuas en tiempo real o por revisión de guardia de las indicaciones de episiotomía, garantizando el uso estrictamente terapéutico de esta técnica, dado que no mostró efecto protector en la población estudiada.

c. Para el personal asistencial

1. Cumplir estrictamente el protocolo institucional de manejo del periodo expulsivo, priorizando medidas de protección perineal no invasivas frente al uso rutinario de episiotomía.
2. Registrar de manera rigurosa el IMC materno al ingreso y durante el seguimiento prenatal, comunicando oportunamente a la jefatura los casos de sobrepeso u obesidad que podrían incrementar el riesgo de macrosomía y desgarro.
3. Brindar consejería a las grávidas durante el trabajo de parto sobre posiciones maternas y técnicas de pujo que disminuyan la tensión perineal y favorezcan una salida fetal controlada.

d. Para las puérperas

1. Mantener un control adecuado del aumento de peso gestacional siguiendo pautas nutricionales, debido a la relación demostrada entre sobrepeso materno, macrosomía y mayor riesgo de desgarro.
2. Participar en programas de psicoprofilaxis obstétrica para adquirir técnicas de respiración, manejo del dolor y posiciones de parto que pueden reducir el trauma perineal.
3. Asistir a la evaluación postparto del suelo pélvico, especialmente en casos de desgarro grado II, a fin de recibir rehabilitación temprana y prevenir secuelas funcionales.
4. Informarse sobre posiciones verticales o laterales para el trabajo de parto, ya que estas pueden favorecer la progresión fetal y disminuir la tensión ejercida sobre el periné.

e. Para futuras investigaciones

1. Desarrollar estudios prospectivos o multicéntricos que permitan confirmar la magnitud del riesgo encontrado en el peso al nacer y explorar interacciones con factores maternos como IMC y paridad.
2. Incorporar variables biomecánicas como elasticidad perineal, velocidad descendente fetal y uso de posiciones maternas, para comprender con mayor precisión la fisiopatología del desgarro.
3. Evaluar la eficacia de intervenciones preventivas (masaje perineal intraparto, maniobras manuales, posiciones del expulsivo o uso selectivo de episiotomía) mediante ensayos controlados o estudios comparativos.
4. Analizar la influencia del personal asistencial (experiencia, formación, técnica utilizada) como posible factor modificador del riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez García, Inés. Manejo y prevención de los desgarros perineales del parto vaginal [Internet] España: Universidad de Salamanca; 2023 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/152690>
2. Woog Castañón A, Arvizu Armenta JA, González Aldeco PM, Rodríguez Ayala C, Chávez Loranca M de los Á, Juárez Tabares JC, et al. Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo. Acta Médica Grupo Ángeles. junio de 2021; 19(2): 204–7.
3. Abril-González FP, Guevara-Villareal AS, Ramos-Cruz A, Rubio-Romero JA. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. Rev Colomb Obstet Ginecol. el 30 de junio de 2009; 60(2): 143–51.
4. Tello E. Cicatriz tras la episiotomía: tratamientos [Internet]. Fisioterapia Eva Tello Cadarso. 2023 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.fisioterapiaetc.com/episiotomia/>
5. Muñoz de la Torre RJ, Mendoza Vilcahuaman J, Jauregui Sueldo JC, Toral Santillán EJ, Villanueva Navarro KY, Quispe Aroni R, et al. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. MediSur. junio de 2022; 20(3): 402–8.
6. Godoy C, Guzzo V, Viroga S, Godoy C, Guzzo V, Viroga S. Hematoma espontáneo del ligamento ancho luego de un parto vaginal normal: Reporte de caso. An Fac Med [Internet]. 2020 [citado el 4 de abril de 2024]; 7(2). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2301-12542020000201401&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Merchán Felipe MI. Impacto clínico-funcional del desgarro perineal de III-IV grado de origen obstétrico sobre la continencia fecal y urinaria [Internet] Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019 [citado el 4 de abril de 2024]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=311162>
8. Mortalidad materna [Internet]. [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

9. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Perú [Internet]. 2023 [citado el 4 de abril de 2024]. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto>
10. Barca JA, Bravo C, Pintado-Recarte MP, Cueto-Hernández I, Ruiz-Labarta J, Cuñarro Y, et al. Risk Factors in Third and Fourth Degree Perineal Tears in Women in a Tertiary Centre: An Observational Ambispective Cohort Study. *J Pers Med*. agosto de 2021; 11(8): 685.
11. Jansson MH, Franzén K, Hiyoshi A, Tegerstedt G, Dahlgren H, Nilsson K. Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 2 de diciembre de 2020; 20(1): 749.
12. Laurita Longo V, Odjidja EN, Zanfini BA, Catarci S, Carducci B, Draisci G, et al. Risk factors associated with severe perineal lacerations during vaginal delivery: a 10-year propensity score–matched observational study. *AJOG Glob Rep*. el 1 de mayo de 2023; 3(2): 100174.
13. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. el 1 de abril de 2020; 247: 94–100.
14. Torre RJM de la, Vilcahuaman JM, Sueldo JCJ, Santillán EJT, Navarro KYV, Aroni RQ. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. *MediSur*. junio de 2022; 20(3): 402–8.
15. Pérez Luna EV, Baldeon Campos AE. Factores de riesgo asociados a desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán, 2020 [Internet] Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022 [citado el 4 de abril de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14441/1798>
16. Torres De La Cruz XA, Wong Chirinos CSL. Nivel de conocimientos sobre factores asociados a desgarros perineales tras una intervención educativa en gestantes. Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2022 [Internet]. Lambayeque; Disponible en:

https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/12194/torres_wong.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Paz Prado FE. Factores de riesgo asociados al desgarro perineal en puérperas atendidas en centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro de enero - junio 2021 [Internet]. Ica; Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3bf7ac77-8f88-471e-956a-eead7ceb598e/content>
18. Ávila Morales CA. Desgarros perineales asociados a factores de riesgo maternos y fetales en puérperas atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz [Internet]. La Libertad - Trujillo; Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/22852/REP_CARLOS.AVILA_DESGARROS.PERINEALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Casquino Ttira JE, Huayta Quispe EI. Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en un Hospital nivel II - 1 de Lima Este durante el periodo de enero – diciembre 2020. el 13 de mayo de 2021 [citado el 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4454>
20. Verde Pando M. Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo, Cerro De Pasco 2021 - 2022. Pasco.
21. Ávila Barrueta YT, Ortega Campos TE. Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud “Aparicio Pomares” Huánuco – 2022 [Internet]. Huánuco - Aparicio Pomares; Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/8526/TF000471A92.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Martínez-Villafaña E, Remba-Shapiro I, Rodríguez-Carrillo DL, Fernández-Corzas MF, García-Benítez CAQ, Martínez-Villafaña E, et al. Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no intervenido. *Ginecol Obstet México*. 2021; 89(6): 438–43.
23. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. el 7 de marzo de 2013; 13(1): 59.

24. Sánchez-Ávila MT, Galván-Caudillo M, Cantú-Pompa JJ, Vázquez-Romero N, Martínez-López JP, Matías-Barrios VM, et al. Prevalence of high-grade perineal tear during labor in Mexican adolescents. *Colomb Medica Cali Colomb*. el 30 de diciembre de 2018; 49(4): 261–4.
25. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian, Ahmad, Sadat,Zohreh, and Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. *J Obstet Gynaecol*. el 17 de febrero de 2019; 39(2): 206–11.
26. Jorge Flández R, Hugo Monrroy B. Escalas de evaluación en incontinencia fecal [Internet]. *Gastroenterología Latinoamericana*. 2016 [citado el 19 de junio de 2025]. Disponible en: <https://gastrolat.org/escalas-de-evaluacion-en-incontinencia-fecal/>
27. Moral Santamarina E. Actualización sobre el manejo de los desgarros perineales de grado III-IV que afectan al esfínter anal durante el parto. 2015. 11(3): 54–8.
28. Moura R, Oliveira DA, Parente MPL, Kimmich N, Natal Jorge RM. A biomechanical perspective on perineal injuries during childbirth. *Comput Methods Programs Biomed*. enero de 2024; 243: 107874.
29. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol*. marzo de 2000; 95(3): 464–71.
30. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of Routine EpisiotomyA Systematic Review. *JAMA*. el 4 de mayo de 2005; 293(17): 2141–8.
31. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. marzo de 2015; 28(1): 16–20.
32. Packet B, Page AS, Cattani L, Bosteels J, Deprest J, Richter J. Predictive factors for obstetric anal sphincter injury in primiparous women: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. octubre de 2023; 62(4): 486–96.
33. Protocolos de obstetricia HUVN [Internet]. Desgarros perineales postparto [citado el 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y->

obstetricia/archivos/publico/Obstetricia/PROTOCOLO%20DESGARRO%
20PERINEAL.pdf

34. Preevid SM de S. Banco de preguntas Preevid. ¿El uso anteparto del Epi-No® previene las lesiones perineales del parto? [Internet]. Preevid. Servicio Murciano de Salud. Region de Murcia; 2022. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=2488
35. León Soto M, NPunto. Intervenciones durante el embarazo y el parto para la prevención del traumatismo perineal. Interv durante el embarazo el parto para prev traumatismo perineal. el 16 de julio de 2021; 108(108): 1–108.
36. ¿Es el dispositivo Epi-no® una herramienta de prevención de las lesiones perineales de origen obstétrico? [Internet]. [citado el 6 de abril de 2024]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n3/03_Original_Artola_esp.pdf
37. Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales [Internet]. [citado el 6 de abril de 2024]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/10_Lesion_obstetrica_del_esfinter_anal._Otros_desgarros_perineales_2019.pdf
38. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 [citado el 6 de abril de 2024]; (10). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005125.pub4/full/es>
39. Zambrano Villamar V, Quiñonez SV, Rodríguez Sotomayor J, Reyes Rueda E. Hemorragia postparto por desgarro perineal en mujeres primíparas. Revista CUMBRES. 2019; 5(1): 125–35.
40. Elharmeel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Driel ML van. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011 [citado el 6 de abril de 2024]; (8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008534.pub2/full/es>

41. Sesé Callejas O. Plan de Cuidados perineales tras parto eutócico con desgarro o episiotomía. Zaragoza; 2019.
42. Von Theobald P, Bohrer M, Lorrain S, Iacobelli S. Risk factors associated with severe perineal tears: A five-year study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* septiembre de 2020; 49(7): 101820.
43. Da Silva FM, de Oliveira SM, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco ML. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *J Clin Nurs.* 2012; 21(15–16): 2209–18.
44. Ramar CN, Vadakekut ES, Grimes WR. Perineal Lacerations. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 19 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/>
45. Karbanova J, Stepán J, Kalis V, Landsmanová J, Bednářová B, Bukacová Z, et al. Mediolateral episiotomy and anal sphincter trauma. *Ceská Gynekol Ceská Lékařská Společnost J Ev Purkyne.* el 1 de agosto de 2009; 74: 247–51.
46. Schmidt PC, Fenner DE. Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth). *Am J Obstet Gynecol.* marzo de 2024; 230(3S): S1005–13.
47. Dendini M, Aldossari S, Alqassab H, Aldraihem O, Almalki A. Retrospective Case-Control Study of Extended Birth Perineal Tears and Risk Factors. *Cureus.* el 28 de marzo de 2024; 16.
48. Gommesen D, Nohr EA, Drue HC, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* julio de 2019; 300(1): 67–77.
49. Camacho Prieto KA, Torres Miranda NS, Guzmán Canabal CA, Ordosgoitia Betin ME. Relación entre la obesidad materna y los resultados perinatales: revisión sistemática y metaanálisis. *RECIMUNDO.* el 23 de febrero de 2023; 7(1): 689–96.
50. Martínez-Villafaña E, Remba-Shapiro I, Rodríguez-Carrillo DL, Fernández-Corzas MF, García-Benítez CAQ, Martínez-Villafaña E, et al. Asociación entre desgarros perineales de tercer y cuarto grado (OASIS) y parto no intervenido. *Ginecol Obstet México.* 2021; 89(6): 438–43.

51. Salinasa H, Naranjo B, Valenzuela C, Maisto J, Andrighetti S, Zamorano A, et al. Resultados obstétricos asociados al incremento del índice de masa corporal durante el embarazo en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet.* el 1 de diciembre de 2008; 35(6): 202–6.
52. Verde Pando M. Factores asociados a desgarros perineales en puérperas atendidas en el Centro de Salud Paucartambo, Cerro De Pasco 2021 - 2022. Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. el 5 de febrero de 2024 [citado el 19 de junio de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3945>
53. Hernandez Balbuena SI. Factores maternos y neonatales relacionados al desgarro perineal en puérperas por parto vaginal atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2019. 2024.
54. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* marzo de 2015; 28(1): 16–20.
55. Pereira GMV, Hosoume RS, de Castro Monteiro MV, Juliato CRT, Brito LGO. Selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: a systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecology J.* el 1 de noviembre de 2020; 31(11): 2291–9.
56. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma - Aasheim, V - 2017 | Cochrane Library. [citado el 19 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/full>
57. Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M. Respectful maternity care and its relationship with childbirth experience in Iranian women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* el 17 de agosto de 2020; 20(1): 468.
58. Leite JS, Caroci-Becker A, Alves Mascarenhas VH, Gonzalez Riesco ML. Perineal tears sustained during vaginal birth: a cross-sectional study. *Cent Eur J Nurs Midwifery.* el 5 de marzo de 2021;12(1):257–66.

59. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer [Internet]. [citado el 19 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5>
60. Turkmen S, Johansson S, Dahmoun M. Foetal Macrosomia and Foetal-Maternal Outcomes at Birth. *J Pregnancy*. 2018; 2018: 4790136.
61. González Bejarano LY, Tejedor FH, López Pérez LA, Infante Contreras C. Curvas de crecimiento del perímetro cefálico en niños de 0 a 3 años. Una nueva aproximación. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. diciembre de 2014; 26(1): 13–32.
62. Alteraciones del perímetro cefálico: macrocefalia y microcefalia | Pediatría integral [Internet]. 2020 [citado el 19 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-10/alteraciones-del-perimetro-cefalico-macrocefalia-y-microcefalia/>
63. Revista Matronas: Relación entre perímetro cefálico, peso neonatal y tipo de parto en mujeres nulíparas [Internet]. *Enfermería21*. [citado el 19 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/60/relacion-entre-perimetro-cefalico-peso-neonatal-y-tipo-de-parto-en-mujeres-nuliparas/>
64. Panduro-Barón JG, Panduro-Moore EG, Pérez-Molina JJ, Rosas-Gómez ESM, Peraza-Martínez D, Quezada-Figueroa NA, et al. Cambios en la estática fetal y factores predisponentes durante el embarazo. *Ginecol Obstet México*. 2017; 85(8): 519–24.
65. Guevara Guaman VK, Medina Naranjo GR, Alvarado Chacón RE. Risk Factors and Complications in Postpartum Women with Episiotomy: An Analysis Using Fuzzy Cognitive Maps. *Salud Cienc Tecnol - Ser Conf*. el 20 de diciembre de 2023; 2:1117.
66. Long F, Yan K, Guo D, Zhaxi D, Xu X, Sun Z, et al. Term breech presentation vaginal births in Tibet: A retrospective analysis of 451 cases. *Front Med*. 2023; 10: 1048628.
67. Martino V, Iliceto N, Simeoni U. [Occipito-posterior fetal head position, maternal and neonatal outcome]. *Minerva Ginecol*. agosto de 2007; 59(4): 459–64.

68. Reichman O, Gdansky E, Latinsky B, Labi S, Samueloff A. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* enero de 2008; 136(1): 25–8.
69. Doñate Cuartero M, García Castillo A, Macía Lapuente J, Martín Tarifa L, Ordovás Rodríguez L, Rodríguez Sánchez M. Técnicas de biomecánica para corregir la posición fetal occipito-posterior durante el parto. *Rev Sanit Investig.* 2022; 3(11 (noviembre): 5.
70. Definición de embarazo a término. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* diciembre de 2013; 73(4): 285–6.
71. Unceta-Barrenechea AA, Conde AA, Legórburu AP, Urcelay IE. Recién nacido de peso elevado.
72. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Overview of Obstetrics. En: *Williams Obstetrics* [Internet]. 25a ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018 [citado el 19 de junio de 2025]. Disponible en: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1160771467
73. Ramos ERR, Calderón SES. Factores de riesgo maternos, obstétricos, neonatales y mortalidad neonatal. Hospital Departamental de Huancavelica 2013-2020. Cátedra Villarreal Posgrado. el 21 de diciembre de 2023; 2(2): 133–42.
74. De Almeida Filho N, Luis David, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colect.* diciembre de 2009; 5(3): 323–44.
75. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG. [citado el 19 de junio de 2025]. Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management (Green-top Guideline No. 29). Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/third-and-fourth-degree-perineal-tears-management-green-top-guideline-no-29/>
76. Matterna [Internet]. [citado el 6 de abril de 2024]. Concepto de puerperio. Disponible en: <https://www.matterna.es/el-postparto/concepto-de-puerperio/>
77. Definición de perineo - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. [citado el 6 de abril de 2024]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/perineo>

78. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int J Morphol.* junio de 2014; 32(2): 634–45.
79. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab [Internet]*. marzo de 2008 [citado el 6 de abril de 2024]; 54(210). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tling=en
80. Soto A, Cvetkovic-Vega A. Estudios de casos y controles. *Rev Fac Med Humana.* el 15 de enero de 2020; 20(1): 138–43.
81. Flores S, Anselmo F. Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Rev Digit Investig En Docencia Univ.* enero de 2019; 13(1): 102–22.
82. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado CF. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
83. Investigación no experimental [Internet]. [citado el 6 de abril de 2024]. Disponible en: https://intep.edu.co/Es/Usuarios/Institucional/CIPS/2018_1/Documentos/INVESTIGACION_NO_EXPERIMENTAL.pdf

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Suncha A. Factores obstétricos y neonatales como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 - 2021 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://.....>

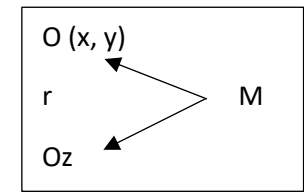
ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación “**Factores obstétricos y neonatales como riesgo para la presencia de desgarros perineales en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021**”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	TÉCNICA
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable de relación	TIPO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICA INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
¿Cuáles son los factores obstétricos y neonatales que se presentan como riesgo para la presencia de desgarros perineales en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?	Determinar si los factores obstétricos y neonatales presentan un riesgo para la presencia de desgarros perineales en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021	Hi: Los factores obstétricos y neonatales están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021 H0: Los factores obstétricos y neonatales no están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021	Factores obstétricos y neonatales Variable de supervisión Desgarro perineal Variable interviniente Características demográficas (edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, ocupación)	No experimental, observacional, retrospectiva, transversal analítico. ENFOQUE Cuantitativo NIVEL Correlacional DISEÑO Tal como se muestra en el esquema:	TÉCNICA INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS TÉCNICA La técnica para recolección de datos fue la revisión documentaria (Análisis documental de las historias clínicas) INSTRUMENTO Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos basándose en los factores obstétricos (tipo de parto, uso de episiotomía, tiempo de duración de expulsivo, índice de masa corporal materno y
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas			
P₁: ¿Cuáles son los factores obstétricos que se presentan como riesgo para la presencia de desgarros	O₁: Determinar si los factores obstétricos presentan un riesgo para la presencia de desgarros	Hi₁: Los factores obstétricos están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos			



Donde:

<p>perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?</p>	<p>perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021</p>	<p>Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021 H0₁: Los factores obstétricos no están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> • M (muestra = selección de puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari) • Ox (Observación de los factores obstétricos) • Oy (Observación de los factores neonatales) • r (coeficiente de correlación) • Oz (Observación de la variable desgarros perineales 	<p>paridad), en los factores neonatales (peso al nacer, perímetro cefálico, presentación fetal, posición fetal y edad gestacional), para su interpretación, además permitió describir el tipo de desgarro perineal presentado en conjunto con las características demográficas.</p>
<p>P₂: ¿Cuáles son los factores neonatales que se presentan como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?</p>	<p>O₂: Determinar si los factores neonatales presentan un riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021</p>	<p>Hi₂: Los factores neonatales están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021 H0₂: Los factores neonatales no están significativamente asociados con la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, durante el período 2020 – 2021</p>	<p>POBLACIÓN</p>	<p>La población está conformada por 108 puérperas de parto eutócico atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el período de estudio, es decir, durante los años 2020 y 2021.</p>
<p>P₃: ¿Cuál es la incidencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?</p>	<p>O₃: Describir la incidencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021</p>	<p>Estas variables son netamente descriptivas, por ende, no se planteó hipótesis</p>	<p>MUESTRA</p>	<p>Estuvo conformada por 85 puérperas, todo esto ocurrido en el área de obstetricia del Hospital Materno Infantil Carlos</p>

P₄: ¿Cuáles son las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021?

O₄: Describir las características demográficas de las puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021

Showing Ferrari durante los años 2020 y 2021

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación “Factores obstétricos y neonatales como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021”

FILIACIÓN: _____

N° HC: _____

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad

- a. 14 a 21 años
- b. 22 a 30 años
- c. 31 a 37 años
- d. 38 a más

2. Estado civil

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

3. Lugar de procedencia

- a. Urbano
- b. Rural
- c. Urbano marginal

4. Nivel educativo

- a. Sin educación
- b. Nivel primario
- c. Nivel secundario
- d. Superior instituto
- e. Superior universitario

5. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Independiente
- c. Con empleo

II. DESGARRO PERINEAL (SEGÚN DIAGNÓSTICO)

6. Tipo de desgarro perineal

- a. Ninguno
- b. I Grado
- c. II Grado
- d. III Grado

III. FACTORES OBSTÉTRICOS

7. Tipo de parto

- a. Parto eutócico (vaginal)
- b. Cesárea

8. Uso de episiotomía

- a. Si
- b. No

9. Tiempo de duración del periodo expulsivo

- a. Menos de 30 minutos
- b. 30 a 59 minutos
- c. 60 minutos o más

10. Índice de Masa Corporal Materno (IMC-M)

- a. Bajo peso (<18.5 kg/m²)
- b. Peso normal (18.5 – 24.9 kg/m²)
- c. Sobrepeso (25 – 29.9 kg/m²)
- d. Obesidad (≥30 kg/m²)

11. Paridad

- a. Primípara
- b. Multípara
- c. Gran multípara

IV. FACTORES NEONATALES

12. Peso al nacer

- a. Bajo peso (<2,500 g)
- b. Adecuado (2,500 – 3,999 g)
- c. Macrosómico ($\geq 4,000$ g)

13. Perímetro cefálico

- a. Menor de 33 cm
- b. 33 a 35 cm
- c. Mayor de 35 cm

14. Presentación fetal

- a. Cefálica
- b. Pelviana
- c. Transversa u oblicua

15. Posición fetal

- a. Occipito-anterior
- b. Occipito-posterior
- c. Otra posición (transversa, oblicua)

16. Edad gestacional

- a. Pretérmino (<37 semanas)
- b. A término (37 – 41 semanas con 6 días)
- c. Postérmino (≥ 42 semanas)

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Jennifer Zorrilla Espinoza
- 1.2. Actividad laboral: obstetra H.DAC Especialista emergencia y ARO
- 1.3. Institución donde labora: ARDACG
- 1.4. Denominación del instrumento: Validación Por contenido
- 1.5. Autor del instrumento: Angela Laura Sandra Parcho

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	ESCALA				
		MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles				X	
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica				X	
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					X
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
08	RELEVANCIA: Los ítems del instrumento están alineados con los objetivos y propósitos del estudio					X
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X
PUNTAJE FINAL		puntos 44				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

Aplicable

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, 4 de agosto de 2025


Jennifer M. Zorrilla I
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 EMERGENCIAS Y ARO
 C.O.P. 12817 - R.N.E. 4114 - E.O.S.P.
FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Mg. Obst. GINA MARIVEL CARDENAS FLORES
- 1.2. Actividad laboral: OBSTETRA ASISTENCIAL ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS OBST.
- 1.3. Institución donde labora: HOSPITAL REGIONAL Dr. DANIEL ALCIDES CARRION
- 1.4. Denominación del instrumento:
- 1.5. Autor del instrumento:

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles				X	
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica					X
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos					X
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
08	RELEVANCIA: Los ítems del instrumento están alineados con los objetivos y propósitos del estudio					X
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X
PUNTAJE FINAL						puntos 46

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

..... APLICABLE

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, _____ de _____ de _____



FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 3

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Nombre del experto: Beatriz Gely Palpán Naray
- 1.2. Actividad laboral: Obstetra Especialista
- 1.3. Institución donde labora: ARDAEC
- 1.4. Denominación del instrumento: Validación por contenido
- 1.5. Autor del instrumento: Angela Laura Suarda Pacheco

II. GRADO DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
1	2	3	4	5

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	ESCALA				
		MD	D	R	B	MB
01	CLARIDAD: Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
02	OBJETIVIDAD: Están expresados en conductas observables, medibles				X	
03	ORGANIZACIÓN: Está organizado en forma lógica			X		
04	SUFICIENCIA: Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
05	CONSISTENCIA: Basados en los aspectos teóricos científicos				X	
06	COHERENCIA: Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
07	PERTINENCIA: Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
08	RELEVANCIA: Los ítems del instrumento están alineados con los objetivos y propósitos del estudio				X	
09	METODOLOGÍA: La estrategia responde a los objetivos de la investigación				X	
10	ACTUALIZACIÓN: Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.				X	
PUNTAJE FINAL		puntos 39				

III. PUNTAJE FINAL DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

ESCALA				
Muy deficiente	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno
10 - 18	19 - 27	28 - 36	37 - 45	46 - 50

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD DEL EXPERTO

Aplicable

RESULTADO: Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Huánuco, 4 de Agosto de 2025


BEATRIZ GELY PALPÁN NARAY
OBSTETRA ESPECIALISTA
 FIRMA Y SELLO DEL VALIDADOR

ANEXO 4
SOLICITUD DE PERMISO

Huánuco, 01 de SEPTIEMBRE de 2025

Señor Director del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari: Lic. Enf.
William Ernesto Malpartida Tarazona

ASUNTO: SOLICITUD DE PERMISO PARA EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración:

Yo, SUNCHI PACCHO, ÁNGELA LAURA, identificado(a) con DNI N.º 72709476, estudiante de obstetricia de la Universidad de Huánuco, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar formalmente la autorización para llevar a cabo el estudio titulado: **“Factores obstétricos y neonatales como riesgo para la presencia de desgarros perineales en púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 - 2021”**. Este trabajo de investigación tiene como objetivo identificar y relacionar los factores relacionados con la aparición de desgarros perineales en el proceso del parto, a fin de aportar evidencia científica útil para mejorar la atención obstétrica y reducir complicaciones maternas en el establecimiento.

La información requerida será obtenida exclusivamente de las historias clínicas registradas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital, correspondientes al periodo 2020 - 2021. La recolección de datos se realizará con estricta confidencialidad y bajo los principios éticos de respeto, anonimato, no maleficencia y responsabilidad profesional.

Agradezco de antemano su atención a la presente y quedo a la espera de su respuesta favorable, comprometiéndome a respetar todas las normas y procedimientos institucionales vigentes.

Sin otro particular, me despido reiterando mi consideración y estima.

Atentamente,



Angela Laura Suncha Paccho

DNI: 72709476



DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"CARLOS SHOWING FERRARI"

SOLICITA: PERMISO PARA RECOLECCION
DE DATOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

SEÑOR: DIRECTOR DEL HOSPITAL "CARLOS SHOWING FERRARI"

S.D.

YO, ANGELA LAURA SUNCHI PACCITO

DNI. N° 72709476 con domicilio en el Jr. LOS FINOS N° 209 CAYHYAYNA BAJA

CELULAR N°: 987 551 806

Ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo.

Que, SOLICITO REALIZAR RECOLECCION DE DATOS PARA
PROYECTO DE INVESTIGACION, EN EL AREA DE
OBSTETRICIA

71 FOLIOS

Por lo expuesto, ruego a Ud. Sr. Director acceder a mi pedido por ser de justicia que espero alcanzar.

AMARILIS 07 SETIEMBRE 2025


FIRMA

MINISTERIO DE SALUD	
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO	
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO	
HOSPITAL MATERNO INFANTIL	
CARLOS SHOWING FERRARI	
Registro N°	Folios <u>71</u>
Fecha	<u>01 SEP 2025</u>
Hora	<u>10:30 PM</u>
Recibido por	<u>[Signature]</u>


ANEXO 5

AUTORIZACIÓN

Título de la investigación “Factores obstétricos y neonatales como riesgo para la presencia de desgarros perineales en puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2020 – 2021”



PERU Ministerio de Salud

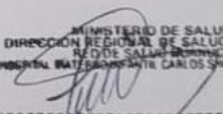


“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

PROVEIDO N° 012 - 25/UADI HMICSF.

Visto la solicitud presentado por **SUNCHA PACCHO ANGELA**, para recolección de datos en el Proyecto de Investigación “Factores Obstétricos y Neonatales como Riesgo Para la Presencia de Desgarro Perineales en Puérperas atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Huánuco 2020-2021 y en atención al convenio vigente con la Universidad de Huánuco – Programa Académico de Obstetricia, la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación ha revisado el proyecto de 71 folios, opina **PROCEDENTE** lo solicitado, se le autoriza la aplicación del instrumento, ficha de recolección de datos en historias clínicas en puérperas del Hospital, recojo de datos del mismo, previo consentimiento informado, compromiso de confidencialidad, se recomienda al término de la investigación alcanzar resultados a nuestra institución y tener un base de datos en la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, se traslada a Jefatura de Estadística para su autorización. Se comunica a la interesada para trámite correspondiente.

Amarílis, 04 de setiembre de 2025



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
RED DE SALUD HUÁNUCO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI

Luis Alberto Laguna Arias
DR. CIENCIAS SALUD. REC. 1111
PRESIDENTE CAPACITAC.