

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL
EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.
SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

TESISTAS

Bach. Sandra katty, HUAMAN LEANDRO

Bach. Delicia, MANDUJANO TRUJILLO

ASESORA

Dra. Jessye Mirtha, RAMOS GARCIA

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios por darnos vida y salud, para poder llegar a este momento con su infinita bondad y amor incondicional.

A nuestros padres por ser la pirámide fundamental en todo lo que somos, por la educación académica y de la vida sin importar el tiempo, que día a día recibíamos y seguimos recibiendo su apoyo. Todo este trabajo ha sido gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a Dios, por permitirnos llegar a todos nuestros objetivos, por habernos brindados fe, seguridad y confianza, por todas las oportunidades que se nos permitió.

Agradecemos a nuestros padres Sonia y Anibal; Yenilda y Abraham por el apoyo incondicional a lo largo de nuestras vidas, en especial motivando nuestra formación académica, creyendo en nosotras en todo momento sin dudar de nuestras habilidades, gracias por dejarnos la más grande herencia de poder estudiar.

Agradecemos a nuestra Alma Mater “Universidad Nacional Hermilio Valdizán” y nuestra Escuela Profesional de Obstetricia por ser el centro de nuestra formación. Agradecemos a nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestro conocimiento, gracias por su paciencia al enseñarnos y finalmente de igual manera a quienes han colaborado de alguna u otra forma en la culminación de nuestro trabajo.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ACRONIMOS	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii

CAPITULO I

1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema	16
1.2. Formulación del Problema.....	19
1.3. Objetivo del estudio	19
1.4. Justificación	20
1.5. Limitaciones de la Investigación.....	22

CAPITULO II

2. MARCO TEÒRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	23
2.2. Bases Teóricas	38
2.3. Definición de términos básicos	70
2.4. Hipótesis.....	73
2.6. Variables.....	75
2.6. Operacionalización de variables	77

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Ámbito de estudio.....	79
3.2. Tipo de investigación.....	79
3.3. Diseño y esquema de investigación	79
3.4. Universo, población y muestra	80
3.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos	81
3.6. Técnicas Estadísticas.....	81
3.7. Aspecto Ético	83

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Relato y descripción de la realidad observada.....	84
4.2. Comprobación de hipótesis	97
DISCUSIÓN.....	109
CONCLUSIONES.....	114
SUGERENCIAS.....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	116
ANEXOS	122

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01. Medidas de tendencia central de las edades de las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	85
Tabla N° 02. Paridad de las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019	86
Tabla N° 03. Anemia en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	87
Tabla N° 04. Presencia de vulvovaginitis en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	88
Tabla N° 05. Periodo intergenésico de las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	89
Tabla N° 06. Desproporción feto pélvica de las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	90
Tabla N° 07. Peso del recién nacido de las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	91
Tabla N° 08. Perímetro cefálico de recién nacidos de las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	92
Tabla N° 09. Duración del segundo periodo del parto de las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	93
Tabla N° 10. Presentación anómala del feto en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	94

Tabla N° 11. Presencia de desgarro en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	95
Tabla N° 12. Hematoma en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	96
Tabla N° 13. Laceración vulvoperineal en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	97
Tabla N° 14. Tabla de contingencia para observar la influencia de la edad para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	98
Tabla N° 15. Tabla de contingencia para observar la influencia de la paridad para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	100
Tabla N° 16. Tabla de contingencia para observar la influencia de la anemia para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	101
Tabla N° 17. Tabla de contingencia para observar la influencia de la vulvovaginitis para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	102
Tabla N° 18. Tabla de contingencia para observar la influencia del periodo intergenésico para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	103
Tabla N° 19. Tabla de contingencia para observar la influencia de la desproporción feto pélvica para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	104
Tabla N° 20. Tabla de contingencia para observar la influencia del peso del recién nacido para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	105

Tabla N° 21. Tabla de contingencia para observar la influencia del perímetro cefálico para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	106
Tabla N° 22. Tabla de contingencia para observar la influencia de la duración del segundo periodo del parto para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	107
Tabla N° 23. Tabla de contingencia para observar la influencia de la presentación anómala del feto para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.	108

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01. Edad	85
Figura 02. Paridad	86
Figura 03. Anemia	87
Figura 04. Vulvovaginitis	88
Figura 05. Periodo intergenésico.	89
Figura 06. Desproporción feto pélvica	90
Figura 07. Peso del recién nacido.	91
Figura 08. Perímetro cefálico.	92
Figura 09. Duración del segundo periodo del parto.	93
Figura 10. Presentación anómala	94
Figura 11. Desgarro	95
Figura 12. Hematoma.	96
Figura 13. Laceración vulvoperineal	97

ACRÓNIMOS

PIG	Periodo intergenésico
CPN	Control prenatal
APN	Atención prenatal
RCOG	Royal College de Obstetricia y Ginecología
PEG	Pequeño Para la Edad Gestacional
APEG	Apropiado Para la Edad Gestacional
AEG	Adecuado para edad gestacional
CCI	Curvas de crecimiento intrauterino
GPEG	Grande Para la Edad Gestacional
IEG	Inadecuado para edad gestacional
MINSA	Ministerio de Salud
H_0	Hipotesis nula
H_a	Hipotesis alterna

RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

La presente investigación tuvo como objetivo conocer los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019; fue un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal y corresponde a un diseño analítico correlacional; la muestra estuvo constituida por 260 puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. La técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento una ficha de recolección de datos; los resultados obtenidos fueron: de 260 puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, se encontró que la edad promedio encontrada fue de 27,59 años, el 80 %(208) multíparas, 62,3 % (162) sin anemia, 34,6% (90) con vulvovaginitis, 47,7% (124) periodo intergenésico normal, 95,0 % (247) no presento desproporción feto pélvica, el 89,2 % (232) con adecuado peso para la edad, 59,2 % (154) con perímetro cefálico normal, el 99.6 % (259) con duración del segundo periodo de parto normal, 98,8 % (257) presentación normal del feto, el 82,3 % (214) desgarro de primer grado, el 98,5 (256) no tuvo hematoma, 83,8 % (218) sin laceración vulvoperineal; en conclusión con un valor de $p < 0.05$, concluimos que los factores maternos asociados al traumatismo vulvoperineal son: edad, paridad, vulvovaginitis y desproporción feto pélvica. Los factores neonatales asociados al traumatismo vulvoperineal son: peso del recién nacido y perímetro cefálico. No hubo factores obstétricos asociados al traumatismo vulvoperineal.

Palabras claves: *factores, riesgo, asociados, traumatismo vulvoperineal, puérperas, parto vaginal, episiotomía.*

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH VULVOPERINEAL TRAUMA IN VAGINAL BIRTHS WITHOUT EPISIOTOMY ATTENDED IN THE REGIONAL HOSPITAL DE PUCALLPA. SEPTEMBER 2018 - FEBRUARY 2019.

The objective of this research was to determine the factors associated with vulvoperineal trauma in puerperal women of vaginal delivery without episiotomy treated at the Regional Hospital de Pucallpa: September 2018 - February 2019; was a descriptive, observational, retrospective, cross-sectional study and corresponds to a correlational analytical design; the sample consisted of 260 puerperal women of vaginal delivery without episiotomy treated at the Regional Hospital of Pucallpa. The technique used was the documentary analysis and the instrument a data collection card; the results obtained were: of 260 puerperal women of vaginal delivery without episiotomy treated at the Regional Hospital of Pucallpa, it was found that the average age found was 27.59 years, 80% (208) multiparous, 62.3% (162) without anemia, 34.6% (90) with vulvovaginitis, 47.7% (124) normal intergenetic period, 95.0% (247) did not present pelvic fetus disproportion, 89.2% (232) with adequate weight for the age, 59.2% (154) with normal cephalic perimeter, 99.6% (259) with duration of the second period of normal delivery, 98.8% (257) normal presentation of the fetus, 82.3% (214) tear of first grade, 98.5 (256) had no bruise, 83.8% (218) without vulvoperineal laceration; In conclusion with a value of $p < 0.05$, we conclude that the maternal factors associated with vulvoperineal trauma are: age, parity, vulvovaginitis and pelvic fetus disproportion. The neonatal factors associated with vulvoperineal trauma are: weight of the newborn and head circumference. There were no obstetric factors associated with vulvoperineal trauma.

Key words: *factors, risk, associated, vulvoperineal trauma, puerperal, vaginal delivery, episiotomy.*

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se sabe que el traumatismo vulvoperineal es la complicación más común informada durante el trabajo de parto y el nacimiento (31% de todos los nacimientos). (1) La incidencia de trauma perineal severo reportado internacionalmente varía, 2.9% a 10.2% en Estados Unidos, 2.0% en Australia y 1.58% en el Reino Unido. (2) El trauma perineal ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. Asimismo, se estima que más de 85% de las pacientes con parto vaginal sufrirán algún tipo de trauma perineal, entre 1 a 8% tendrán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y 60% a 70% de los desgarros requerirán sutura para su manejo. La morbilidad asociada a los traumatismos vulvoperineal es un problema de salud, ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. (3)

Las razones por las cuales se desarrolla la presente investigación son porque el traumatismo vulvoperineal se considerada la complicación más común e importante reportada durante el trabajo de parto, conocer la existencia de los factores de riesgo que están asociados permitirá a los profesionales de las ciencias médicas y de la salud proponer estrategias y normas para concientizar al personal de salud y disminuir la frecuencia de traumatismos que provocan la morbilidad materna.

Las limitaciones más resaltantes se centran en el objetivo general de la presente investigación: Conocer los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019.

Los datos fueron obtenidos que se llevaron a cabo a través del análisis documental, con un instrumento que fue la ficha de recolección de datos para el recojo de los datos referenciales de la paciente; el cual fue estructurado en base a tres factores (materno, neonatal y obstétrico) de las variables en estudio; validadas su confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Crombrach y su contenido a través de un juicio de expertos, mediante la técnica Delphi.

Asimismo, nuestro estudio se compuso de la siguiente manera:

En el capítulo I; contiene el fundamento de problema de investigación, es decir la descripción del problema, formulación de problema general, objetivo general como específicos y la justificación dando a conocer la importancia y el ultimo las limitaciones del presente estudio.

Capitulo II; se considera el marco teórico: antecedentes a nivel internacional, nacional y local; las bases teóricas que contiene información sustentadas y las bases conceptuales que hacen referencia a conceptos del estudio tratado.

Capitulo III; se presentó la parte metodológica donde encontramos el tipo de investigación, el ámbito de estudio, diseño y esquema de investigación, la

población, muestra, técnicas e instrumentos de procedimientos de recolección de datos.

Capitulo IV; se presenta el relato y descripción de la realidad observada, comprobación de hipótesis, discusión de los resultados, finalmente se muestran las conclusiones, las recomendaciones que son propuestas o sugerencias de la investigación, referencias bibliográficas según estilo de Vancouver y los anexos.

CAPITULO I

1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

El trauma perineal ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. Asimismo, se estima que más de 85% de las pacientes con parto vaginal sufrirán algún tipo de trauma perineal, entre 1 a 8% tendrán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y 60% a 70% de los desgarros requerirán sutura para su manejo. (4)

La morbilidad asociada a los traumatismos vulvoperineales es un problema de salud, ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal (4)

Según estudios, existen muchos factores de riesgo de desgarro vulvoperineal entre ellos tenemos: factores maternos, neonatales y obstétricos, por ende, si no son atendidos a tiempo conllevan a complicaciones muy severas tanto para la madre como para el producto,

para ello se debe llevar a cabo un seguimiento teniendo en cuenta: el peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc.
(5)

El traumatismo perineal afecta el bienestar mental, social y físico de la mujer. Algunas padecen molestia y dolor posparto, que puede persistir después del puerperio como un dolor crónico y dispareunia. Además, la infección, la dehiscencia de las heridas, la incontinencia urinaria y fecal, y otro espectro de efectos adversos del tratamiento del traumatismo perineal pueden hacer que el periodo posparto sea muy desagradable.
(6)

El traumatismo vulvoperineal no es poco común luego de un parto vaginal espontáneo o asistido. Algunos desgarros son pequeños y no requieren una intervención activa como la sutura, pero aquellos que se producen por una episiotomía o que son desgarros perineales significativos necesitan reparación. (6)

Los factores de riesgo asociados con el traumatismo perineal incluyen: primer parto vaginal, macrosomía fetal, parto vaginal instrumentado y presentaciones o posiciones anómalas del feto. (6)

Síntesis anormal de colágeno, nutrición deficiente y edad. Si bien las mujeres más jóvenes tienen riesgo de que se les practique una

episiotomía, las mujeres mayores tienen riesgo de tener varios desgarros perineales graves. (6)

La duración de la fase activa y el peso del neonato son factores de riesgo para desgarro perineal. Por el contrario, ni la inducción del parto ni el nivel de formación del operador fueron factores de riesgo estadísticamente significativos. (4)

Se identificaron las complicaciones del empleo rutinario de la episiotomía en nulíparas con parto vaginal, en 773 gestantes nulíparas. El 90% tuvo episiotomía. El 49.6% de episiotomizadas tuvieron dolor de moderado a intenso, mientras que, en el grupo sin episiotomía, solo el 3.9% mostraron dolor, con diferencias significativas. El 13.7% de episiotomizadas presentaron hemorragia, y ninguna de las mujeres sin episiotomía. Las laceraciones durante el parto, el edema y desgarro de 1er y 2do grado fueron mayores, pero los resultados no fueron estadísticamente significativos. (7)

En nuestro país, aunque no se cuenta con estadísticas oficiales sobre la incidencia de los desgarros vaginales y perineales se puede estimar que es un problema patente en las salas de parto de las distintas instituciones que afecta la calidad de vida de las mujeres tras el parto y que genera sobrecostos para el hospital y para el sistema de salud en general, sumando al coste de la atención del trabajo de parto el material requerido para la sutura y los medicamentos posteriores para evitar dolor e

infecciones, así como las posibles complicaciones que generan aún más sobre costos (8)

1.2. Formulación del Problema

El problema antes mencionado nos ha llevado a plantearnos la siguiente interrogante.

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019?

1.3. Objetivo del estudio

1.3.1. Objetivo General

- Conocer los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores maternos asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019.
- Identificar los factores neonatales asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía

atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019.

- Identificar los factores obstétricos asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019.
- Establecer si existe asociación significativa entre los factores maternos, obstétricos y neonatales con el traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: septiembre 2018 – febrero 2019.

1.4. Justificación

A nivel teórico

La investigación se justifica porque permite incrementar conocimientos acerca de los factores asociados a traumatismos vulvoperineales, siendo esta la complicación más común e importante reportada durante el trabajo de parto; ya que en nuestro medio clínico se evidencian desgarros y/o traumatismos vulvoperineales de diferentes grados cuya incidencia y frecuencia está incrementada.

A nivel práctico

Conocer los factores de riesgo asociados a traumatismos vulvoperineales es importante en la medicina, ya que estos factores de

riesgo ocasionan consecuencias a corto, mediano y largo plazo; como son las fistulas, infecciones, dolor, dehiscencia de puntos, infecciones en la sutura, dispareunia, prolapsos, incontinencia urinaria y fecal, etc, provocando así la morbilidad materna.

Este trabajo de investigación tiene por finalidad hacer conocer los factores de riesgo asociados a traumatismos vulvoperineales y así evitarlos mediante recomendaciones de algunas prácticas que pudiesen ayudar a reducir su frecuencia tales como psicoprofilaxis obstétrica y un buen control reenfocada, teniendo menos controles posteriores y menos costo para el sistema de salud, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la mujer y el cónyuge.

Por lo tanto, el reconocimiento de la existencia de los factores asociados a traumatismos vulvoperineales permitirá a los profesionales de las ciencias médicas y de la salud proponer estrategias y normas, para así concientizar al personal de salud y disminuir la frecuencia de desgarros perineales que provocan la morbilidad materna.

A nivel metodológico

El presente estudio podrá servir como marco de referencia documental para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado, de mismo modo para ser leídas por obstetras en formación y profesionales de salud.

1.5. Limitaciones de la Investigación

Limitación en el tiempo: No hay limitaciones

Limitación en recursos: no hay limitaciones

Limitación en información: la búsqueda y la obtención de información de las historias clínica obstétricas y en los subregistros se encontró omisión de algunos datos correspondientes a las pacientes lo cual nos llevó a recurrir al SIP 2000.

CAPITULO II

2. MARCO TEÒRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Congo Chalá Evelin (Ecuador – 2015), en su estudio analizó la frecuencia de desgarros perineales durante el parto, tanto en la posición vertical como en la horizontal, en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia en Guamaní; realizó un estudio comparativo, retrospectivo y transversal, donde se realizará la comparación de variables con el tipo de parto; Incluyo 222 pacientes de las cuales 51(23,0%) presentaron desgarro perineal siendo en su mayoría mujeres de etnia mestiza, en cuanto a paridad encontramos un porcentaje en 19 mujeres (37%) con desgarro durante la segunda gesta, los porcentajes decrecen mientras aumenta la gestación, en cuanto a la etnia 45 mujeres (25,4%) de etnia mestiza presentaron mayor cantidad de desgarro, cabe recalcar que él (32,4%) de mujeres que se auto identifican como indígenas tienen preferencia por la atención de parto en posiciones verticales, mientras que el (93,7%) de mujeres que se auto identifican como mestizas prefieren el parto en posición horizontal; se realizó una regresión logística de las variables en grupo donde se pudo identificar que el parto

precipitado se asocia con desgarro perineal, el valor de Wald fue de 39,863 y $p= 0,00$; el valor de $B=0,842$, constituyéndose así en un valor protector; concluyo que el parto precipitado es un factor de riesgo para que se produzca desgarro perineal. Por el contrario, ni la edad, paridad, y etnia fueron factores de riesgo estadísticamente significativos. (9)

Neira Franco (Ecuador- 2017), realizo un estudio de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal, denominado “Prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso período agosto de 2016 a febrero de 2017” Dicha investigación realizada tiene como conclusión que la prevalencia de los desgarros perineales en gestantes entre 15 y 30 años de edad en base a las 109 pacientes que afirmaron que tuvieron esta complicación al momento del parto representa el 8% de la totalidad de las pacientes que acuden a la atención ginecológica en la casa de salud. Así mismo la población gestante de 15 a 30 años con desgarro perineal se caracteriza socio demográficamente por tener de 20 a 30 años, con residencia en la zona urbana, cuya talla o estatura se encuentra entre el 1,50 a 1,60 centímetros que llegaron a lograr el nivel secundario de educación, siendo primíparas el mayor número de los casos, dando productos de la concepción de sexo femenino. Del mismo modo los factores

maternos asociados con el desgarro perineal se han podido establecer que las primíparas entre los 20 a 30 años son el grupo más afectado por dicha complicación según las tablas de frecuencia. Al cruce de variables se determinó que la relación entre la edad de 20 a 30 años y el ser segundigesta potencia el riesgo de sufrir desgarros perineales. En cuanto a la relación a factores obstétricos no se encontró asociación con el desgarro perineal. La episiotomía es considerada más un factor protector que causal del desgarro perineal. De acuerdo a los factores neonatales que se asocian al desgarro perineal se determinó que tanto el peso de 2501 a 3999 gramos como perímetro cefálico de 32 a 36 cm son elementos que influyen en la aparición de mencionada complicación. Y finalmente con respecto al grado más frecuente de los desgarros perineales en pacientes gestantes se logró concluir fue Grado 1, el cual se encuentra asociado con el peso del recién nacido de 2501 a 3999 gramos y el perímetro cefálico de 32 a 36 centímetros (10).

2.1.2. Nacionales

Díaz Lethy (Lima – 2014), en su tesis que lleva por título “características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito” Realizo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra fue de 144 historias clínicas que cumplieron

con el criterio de inclusión y exclusión con diagnóstico de desgarro perineal durante el año 2016. Y llego a las siguientes conclusiones: Se encontró dentro de características maternas el mayor porcentaje de desgarros perineales ocurrió en el grupo de edad de 20-34 años con 56.25%, tenían grado de instrucción secundaria con 82.64%, tenían estado civil conviviente con 89.58%. Así mismo las pacientes con anemia leve presentaron un 52.78% de desgarros perineales. En cuanto a características obstétricas se halló que las multíparas tuvieron un 63.49%, el periodo expulsivo ≤ 10 min tuvo un 56.25% y las pacientes que no realizaron sesiones de psicoprofilaxis tuvieron desgarros perineales con 70.83%. Por ultimo dentro de los factores neonatales no se encontró diferencia de porcentaje en perímetro cefálico y sexo del recién nacido, en cuanto al peso se halló que el mayor porcentaje de desgarros perineales ocurrió en aquellos que nacieron entre 3500-4000 gr con 58.33% y la mayor frecuencia de grados de desgarros se encontró que el 79.17% fueron de primer grado (11).

Santos Katherine (Lima - 2014), realizó un estudio titulado "Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014". Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, reviso 215 historias que cumplían con sus criterios de inclusión y exclusión, el análisis fue con un $p > 0,05$ como significativo. Tiene

como objetivo: Determinar los factores de riesgo del desgarro perineal que se presentan con mayor frecuencia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014. Sus resultados arrojaron que los grados de desgarro con mayor frecuencia fueron los de primer grado con unos 83.7%, seguidas las de segundo grado con un 15.8% y por último el de tercer grado con 0.5%. La edad en la que se halló mayor recurrencia de desgarros fue en el rango de 20 y 34 años con un 73.5%, siguiendo con un 18.6 % las mayores de 34 años y por ultimo las adolescentes con 7.9%. El 25.1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes que presentaron anemia leve, el otro 6% pertenece a las de anemia moderada y el 2.3% con anemia severa. En caso al peso del recién nacido se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal en los que pesaron entre 2500-4000g con un 86%, el valor de significancia fue 0.129. Se concluye que la mayor recurrencia de desgarro perineal según grado fue el de primer y el de menor frecuencia el de tercer grado en el Hospital Vitarte, que las pacientes que tenían edades de 20 a 34 años presentan mayor frecuencia desgarro perineal en el Hospital Vitarte en el año 2014. (5).

Robayo Washington (Ecuador 2014), en su estudio identificó las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes; Fueron incluidas un total de 160 adolescentes embarazadas, distribuidas entre edades de 12 a 19 años, con una media de 17,5; los

adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21%, y la mayor parte de la población con el 78% correspondió a adolescentes en etapa tardía. La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años; sin embargo, se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. En cuanto al estado civil el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre, Al analizar la paridad, el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones. La mayoría del grupo poblacional, al momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo, de todos estos el 70% finalizó el embarazo por vía vaginal y por varias causas el 30% en cesárea. Del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% presento desgarros perineales, principalmente grado I y II (12).

Valverde Nima (Lima - 2014), desarrolló un estudio no experimental – retrospectivo- transversal titulado “Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales”; cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y el desgarro perineal en gestantes. La población estuvo constituida por todas las pacientes púerperas con factores de riesgo y desgarro perineal. Los resultados

evidenciaron que la edad promedio de las gestantes que acudieron al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales es de $22.65 \pm 5,713\%$, mientras que el $84,328\%$ tienen un nivel de instrucción secundario, el $77,61\%$ es conviviente, el $44,67\%$ son primíparas, el resultado del periodo intergenésico resultó el, $20,67\%$ fue corto, mientras que el $30,00\%$ fue largo, el 100% fue parto vaginal, el tiempo del expulsivo es el $58,67\%$ fue de 11 a 30 minutos, en los resultados de los tipos de anemia el $83,33\%$ tuvo anemia leve. En la preparación de psicoprofilaxis $40,67\%$ no realizaron sesiones de psicoprofilaxis. En el nivel de desgarro es el $64,00\%$ fue desgarro de primer grado, mientras que el peso del recién nacido fue de $3600,62 \pm 353,239$. Concluyeron que la anemia es un factor de riesgo para que las gestantes hagan un desgarro perineal ya que se mostró estadísticamente significativa, así como también los factores de riesgo neonatales, que si hay relación estadísticamente significativa en el peso del recién nacido con el desgarro perineal y sobre de los factores de riesgo obstétricos, no se encontró relación estadísticamente significativa en ninguno de los riesgos estudiados (13).

Cruz Angelly (Lima 2014), realizó un estudio descriptivo, observacional denominado "Factores biológicos, Gineco - obstétricos e infecciosos asociados a desgarros perineales de III y IV grado en púerperas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito

Unanue. El Agustino, Enero-Diciembre 2014” Donde la investigación realizada tiene como conclusión que los factores que condicionan al desgarro perineal de III y IV grado en el presente estudio fueron: talla materna, período intergenésico, tipo de CPN, Infección del Tracto Urinario. La talla corta estuvo asociada a una menor probabilidad de sufrir desgarro perineal de III y IV grado, y puede ser considerada como factor protector. Donde también se observó que el período intergenésico no adecuado estuvo asociada a una mayor probabilidad de sufrir desgarro perineal de III y IV grado, y puede ser considerada como factor de riesgo. El control pre-natal eficiente estuvo asociado a una menor probabilidad de sufrir desgarro perineal de III y IV grado, y puede ser considerada como factor protector. La infección de tracto urinario estuvo asociada a una mayor probabilidad de sufrir desgarro perineal de III y IV grado, y puede ser considerada como factor de riesgo. Y finalmente la edad materna, gesta, edad gestacional, paridad e Infección de transmisión sexual no condiciona al desgarro perineal de III y IV grado en este estudio (14).

Flores José (Loreto-Perú – 2015), Identificó los principales efectos maternos y perinatales del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea anterior y periodo intergenésico corto en el Hospital Regional de Loreto de enero del 2013 a diciembre del 2014; mediante un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo por todos los

parto vaginales en mujeres con antecedente de cesárea anterior, con periodo intergenésico corto (menor de 24 meses), atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014; de un total de 3829 partos vaginales ocurridos en los 2 años de estudio en el Hospital Regional de Loreto, 89 tuvieron el antecedente de haber sido cesárea una o más veces, de los cuales 33 eran madres con antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto haciendo una prevalencia de 8.6 x 1000 partos vaginales, no hubo ningún caso en adolescentes, solo 2 (6.1%), tenían edades de 36 a 40 años, la mayoría 12 (36.4%) de pacientes tenían edades de entre 26 a 30 años, la media de edad fue de 27.5 años, la gran mayoría era conviviente 28 (84.8%); la mayoría 20 (60.6%), estudiaron secundaria; la mayoría 24 (72.7) procedían de zonas urbanas de Iquitos. La mayoría 26 (78.8) eran multíparas, En cuanto a los efectos maternos 11 (33.3%) presentaron algún tipo de trauma obstétrico, sobre todo desgarros perineales de bajo grado; 6 (18.2%), presentaron bajo peso al nacer, 4 (12.2%) presentaron muy bajo peso al nacer, la mayoría 26 (78.8%) presentaban peso adecuado para la edad. En cuanto a la asociación entre paridad y trauma obstétrico, se pudo observar que, de los 11 casos de trauma obstétrico, 4 eran primíparas, 6 multíparas; la paridad está asociada estadísticamente significativa a la presencia de trauma obstétrico en

mujeres con parto vaginal a pesar del antecedente de cesárea previa y periodo intergenésico corto ($\text{Chi}^2 = 6.4$ y $p = 0.04$). (15)

Ríos Grecia (Loreto- 2015), realizó un estudio titulado: " Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015". Tiene como objetivo: Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el hospital regional de Loreto, enero a diciembre 2015. Es un trabajo de diseño descriptivo correlacional retrospectivo. La población estuvo constituida por todos los casos de desgarro perineal en gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Regional de Loreto entre enero a diciembre del 2015. El tamaño de la muestra fue de 122 casos de gestantes con desgarro perineal, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Sus resultados se obtuvieron entre las características maternas de las gestantes se encontró que el 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas, el 72.1% tuvieron estudios secundarios, el 50.8% tuvieron anemia leve. Las principales características obstétricas de las gestantes fueron; el 73.8% multíparas, el 37.7% tuvieron intervalos de 3 a 5 años, el 71.3% tuvieron > 6 APN, el 82.8% realizaron psicoprofilaxis, el 96.7% no le realizaron episiotomía y el 78,7% tuvieron desgarro de primer grado. En relación al peso del recién nacido, el 95.9% de las gestantes con

desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado (2500 gr a 3999 gr). Concluye que se encontró relación entre la edad materna ($p=0.041$), grado de anemia ($p=0.000$) y paridad ($p=0.049$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes. No se encontró relación entre la psicoprofilaxis obstétrica ($p=0.726$), episiotomía durante el parto ($p=0.909$) y peso del recién nacido ($p=0.336$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes (16).

Oviedo Giuliana (Lima - 2016), determino en su estudio los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014; realizó un estudio observacional, analítico retrospectivo de casos y controles no pareados con 130 historias clínicas para el grupo casos y 130 historias clínicas para el grupo control en el Hospital san José en el periodo de enero a diciembre del año 2014; del total de casos de pacientes con desgarro el 79.2% presentó desgarro de primer grado. En el grupo que presento desgarro: el 70.86% son menores 15 años edad y el 29.2% mayor o igual a 15 años de edad; el 56,9% presentaron anemia y el 43,1% no; el 73.8% no tuvo clases de psicoprofilaxis y el 26.2% si; el 63,1% son primíparas y el 36,9% multíparas; el 78,5% presento un tiempo de expulsivo menor a 10 minutos y el 21.5% fue de 11 a 30 minutos; el 69,2% presento un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el

9,2% un PIG corto; el 61,5% presento un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% con un recién nacido macrosómico y el 0,8% con uno de bajo peso; concluyo que el grado más frecuente de desgarro perineal de fue el de primer grado con un 79.23%. Estadísticamente los resultados en este estudio fueron significativos, se encontró relación entre la edad, anemia, paridad, periodo intergenésico y peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal (17).

Isuiza Lidia (Huánuco - 2017), realizo un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo observacional y de corte transversal, denominado “Factores asociados a desgarros perineales durante el parto de pacientes atendidas en el servicio del Centro Obstétrico del Hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari año 2017” Dicha investigación realizada tiene como conclusión Los factores asociados a desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el servicio del centro obstétrico del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari en el año 2017, fueron los factores maternos como la anemia; los factores obstétricos como la paridad y la duración del expulsivo; los factores neonatales son el perímetro cefálico; también se concluye que el desgarro perineal más frecuente fue el de primer grado en un 80,5%. Los factores maternos asociados con el desgarro perineal, tenemos la anemia en el cual el 81,8 % del total de las pacientes con anemia y el 79,9% de las

pacientes que no presentaron desgarro perineal de primer grado. Los factores obstétricos asociados con el desgarro perineal identificados son la paridad y la duración expulsivo; de acuerdo a la paridad observamos que el 89,4% de las multíparas y el 79,4% del total de primíparas presentaron desgarro perineal de primer grado; con relación a la duración del expulsivo tenemos que el 81,3% que tuvieron un tiempo adecuado presentaron desgarro perineal de primer grado, mientras que el 100,0% que tuvieron una duración prologada presentaron desgarro perineal de tercer grado. Los factores neonatales asociados con el desgarro perineal identificados son el perímetro cefálico y el peso del recién nacido; observamos que el 100,0% de recién nacidos con una medida pequeña y un peso pequeño para edad gestacional, el 81,1% con una medida adecuada y el 81,4% con un peso adecuado, el 50% una medida grande y el 42,9% con un peso grande para edad gestacional presentaron desgarro perineal de primer grado (18).

Martua Norma (Lima – 2018); El estudio de investigación titulado atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital María Auxiliadora. San Juan de Miraflores octubre 2016 a mayo 2017 – Lima, con el objetivo de determinar si la atención prenatal reenfocada se relaciona con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años bajo la metodología: Estudio

de tipo descriptivo retrospectivo, de diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 260 gestantes, con atención del parto en el Hospital María Auxiliadora. Se aplicó la técnica de investigación documental y el instrumento fue una ficha que recogió datos sobre el análisis de la evaluación de la atención prenatal (APN) reenfocada, y complicaciones obstétricas durante el parto. Los resultados fueron analizados con el programa SPSS v.21. Resultados: Se evidenció que solo el 5% (13 gestantes) tuvieron una APN reenfocada adecuada y completa, encontrándose como única complicación obstétrica durante el parto al desgarro perineal de primer grado con un 15.4%. (2 gestantes). Por otro lado, el 95% (247 gestantes) tuvieron una APN reenfocada inadecuada e incompleta, encontrándose variadas complicaciones obstétricas siendo las de mayor frecuencia el desgarro perineal de primer grado con un 23.9% (59 gestantes) y anemia puerperal leve con un 13% (32 gestantes). Conclusión: Se ha demostrado que a un nivel de significancia de 0,05 si existe relación entre la APN reenfocada y las complicaciones obstétricas durante el parto. (19)

Leyva Sandy (Pichanaki - 2018) el trabajo de investigación titulado “Factores obstétricos relacionados al desgarro perineal en gestantes del hospital de apoyo pichanaki II-1 Junín 2017”; tuvo como objetivo determinar los factores obstétricos relacionados al desgarro perineal en gestantes del hospital de apoyo Pichanaki II-1 Junín, 2017. La

metodología empleada fue de tipo retrospectivo, observacional, analítico, de nivel correlacional, método inductivo y diseño correlacional, teniendo una muestra de grupo pareado con un total de 256 gestantes de los cuales 148 fueron los casos y 148 fueron los controles. La técnica que se utilizó es el análisis documental y el instrumento es la ficha de recolección de datos del análisis documental. Los datos recolectados fueron procesados en el programa SPSS 23. Los resultados obtenidos fueron: los factores que aumentan la posibilidad de tener desgarro perineal en el parto son: gestante nulípara, gestante con menos de 6 atenciones prenatales, gestante con periodo intergenésico sin parto previo y gestante con menos de 6 sesiones de psicoprofilaxis. Los factores obstétricos que resultaron ser factor de protección para no tener desgarro perineal fueron: periodo intergenésico menor de 2 años, haber recibido más de 6 atenciones prenatales y haber asistido a más de 6 sesiones de psicoprofilaxis. Conclusión: Los factores que aumentan la posibilidad de tener desgarro perineal en el parto como la gestante que no recibe las 6 atenciones prenatales ni las 6 sesiones de psicoprofilaxis, les quita el derecho a recibir el paquete integral de la atención prenatal reenfocada en donde se desarrollan temas de educación para la salud materna y perinatal a través de la prevención de complicaciones en el parto y después del parto y actividades que con llevan a un embarazo saludable y seguro. (20)

2.1.3. Locales

No se encontraron antecedentes locales relacionados con la presente investigación.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Anatomía del piso pélvico

El periné o perineo, es un músculo que se sitúa sobre la pared inferior de la pelvis. Externamente vista la paciente en posición ginecológica, contiene las siguientes estructuras: la vulva, el periné, el ano y el surco interglúteo. Hacia dentro sus límites son: sínfisis del pubis, las ramas isquiopubianas, las tuberosidades isquiáticas, los ligamentos sacrociáticos mayores, el sacro y el coxis; el músculo elevador del ano sería su techo y la piel y los tegumentos, el suelo. El área limitada por esta estructura forma un rombo cuyos dos triángulos en su base estarían unidos por una línea imaginaria que, uniendo las dos tuberosidades isquiáticas, la dividiría en un triángulo anterior o urogenital y otro posterior o anococcígeo (21).

Se llama periné a la zona del cuerpo situado en la parte inferior del tronco que forma el fondo de la pelvis. Allí se reúne una superficie de piel, vísceras, cuerpos eréctiles, músculos, ligamentos y aponeurosis, nervios, vasos y orificios. La palabra periné puede, según los casos y las obras, designar el conjunto de esta zona, o bien solamente la superficie cutánea, o incluso a todo aquello que se encuentra bajo la capa muscular

inferir hasta la piel. Esta zona, en las mujeres, está atravesada por tres orificios: la uretra, la vagina y el ano.

Aparte, el periné es también una zona que sostiene parte del tronco desde abajo.

Estas dos funciones son muy diferentes, necesitando dos propiedades también diferentes:

- ✓ Una gran coordinación sensitiva y motriz, actuando intermitentemente, para permitir estas salidas, una gran flexibilidad para que ello será posible.
- ✓ Una gran fuerza para asegurar una sujeción firme durante el resto del tiempo.

La estructura ósea del periné se encuentra en la zona inferior del tronco, el periné se inserta en una estructura ósea que asegura en buena parte su estabilidad: la pelvis. Más exactamente en la zona inferior, llamada, pelvis menor.

Asimismo, esta estructura puede moverse ligeramente, sobre sí misma, y en relación a los huesos vecinos. Gracias a estos movimientos la pelvis puede cambiar un poco de forma.

Estos datos (forma de la pelvis, ligera adaptabilidad), adquieren importancia para comprender la disposición y funcionamiento del periné y, especialmente, en el transcurso del parto.

El soporte óseo del periné es la pelvis, que está formada por 4 huesos: a derecha e izquierda 2 huesos iliacos, por detrás el sacro y el cóccix.

(22)

Los músculos que componen al piso pélvico se insertan en las tuberosidades isquiáticas, las ramas isquiopubianas y el borde del sacro, o en los rafe fibrosos del periné anterior anovulvar o del periné posterior anococcígeo.

Funcionalmente se componen de dos cinchas:

- ✓ Cincha precoccígea, muscular y extensible, formada por un plano profundo que se inserta en el rafe anococcígeo del periné posterior y un plano superficial insertado en el rafe anovulvar del periné anterior.
- ✓ Cincha coccígea, musculo fibrosa e inextensible, cuyos puntos de anclaje son firmes ya que tiene lugar sobre reparos óseos.

La cincha precoccígea está formada, siguiendo la dirección del eje del canal del parto, por un plano profundo comprendido entre la aponeurosis perineal profunda y la aponeurosis perineal media y un plano superficial entre la aponeurosis media y la superficial.

El plano profundo, cuyo punto principal de inserción es el rafe anococcígeo, está constituido por el infundíbulo o carena de los elevadores y el transverso profundo del periné.

La carena de los elevadores del ano está formada por un embudo musculomenbranoso suspendido del estrecho medio; es cóncavo

hacia arriba y abierto en sentido anteroposterior por un ojal que da paso a la uretra, la vejiga y el recto. Está constituido de cada lado por tres fascículos que parten del rafe anococcígeo del periné posterior y transcurre entre la aponeurosis perineal media y la profunda que son: fascículo anterior o pubiano, fascículo medio o iliaco, fascículo posterior o isquiático.

El transverso profundo del periné o musculo de Guthrie parte transversalmente de la rama isquiopubianas y se inserta en la línea media y en los costados de la vagina; está separado por la aponeurosis media del musculo transverso superficial, al cual refuerza.

El musculo de Wilson, situado entre la uretra y las ramas isquiopubianas, actúa como anclaje anterior de la cincha precoccígea.

El plano superficial tiene su punto de inserción en el rafe anovulvar o tendón medio del periné, el que está unido funcionalmente al rafe anococcígeo por el anillo muscular del esfínter externo del ano. Estos dos rafees integran una unidad funcional anoperineovulvar, anclada por un lado al cóccix y por otro lado al pubis, reforzada por el musculo de Wilson y los músculos transversos del periné.

El plano superficial constituye, junto con los rafees, una verdadera cincha que contribuye al anclaje de la vagina y es distendida durante el parto. Está formado por tres músculos principales de

cada lado y un musculo accesorio (isquiocavernoso) que son: músculo bulbo cavernoso o constrictor de la vulva y la vagina, esfínter externo del ano, transverso superficial del periné, músculos isquiocavernosos.

La cincha coccígea, resistente y fibrosa, está formada por dos ligamentos y dos músculos accesorios cuyos puntos de inserción son reparos óseos, lo que aumenta su firmeza, que son: ligamento sacrociático mayor, ligamentos sacrociático menor, musculo isquiococcígeo, fascículo posterior del glúteo mayor (23).

Todas las musculaturas nombradas tienen un punto central de confluencia que es el llamado centro tendinoso del periné, cuya importancia radica en que el desgarro del mismo en el parto priva de su apoyo a las formaciones urogenitales, en especial la vagina, pudiéndose provocar un prolapso genital (21).

Cierra la cavidad abdominal, por su parte inferior y toma parte activa en el parto estirándose, relajándose, ampliándose y formando parte del último trayecto que el feto debe recorrer, el canal blando del parto que ejerce un suave y necesario efecto de frenado protector, para que la cabeza fetal se desprenda por grados lentamente, no hay ningún peligro para la seguridad del feto en que lo haga así porque la oxigenación de la sangre fetal está asegurada por la persistencia en la circulación sanguínea en el cordón umbilical.

2.2.2. Desgarros Vulvoperineales

Desgarros Perineales

Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto (23).

Está en relación directa con la Sobre distensión mecánica del periné, sometida a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos de la obstetra además de ciertos factores condicionantes, a saber, tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, variedades occipitosacras, que se desprenden en su orientación posterior con mayor distensión del periné (24).

Pacientes en riesgo para presentar desgarro perineal:

De todas las usuarias gestantes el riesgo de presentar desgarro perineal, son principalmente las primíparas, en ellas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto,

cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal (se describe a un feto con un peso mayor de 4000g). Rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna, infecciones) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas (23).

Clasificación de los desgarros perineales:

La clasificación descrita por Sutran y aceptada por el Royal College de Obstetricia y Ginecología (RCOG) clasifica los desgarros perineales en cuatro grados, subdividiendo el 3° grado en tres subgrupos, como se muestra en la siguiente tabla (25) (26).

Clasificación de los desgarros perineales (RCOG)		
1°Grado	Lesión de la piel perineal	
2°Grado	Lesión de los músculos del periné (no del esfínter)	
3°Grado	3 ^a	Lesión del esfínter externo <50%
	3b	Lesión del esfínter externo >50%
	3c	Lesión del esfínter externo e interno
4°Grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa	

Pronóstico: Es bueno para los de primero y segundo grado; es reservado en los tercero y cuarto, por las complicaciones sépticas que muchas veces hace fracasar la sutura.

Tratamiento: Se impone la sutura inmediata al alumbramiento, puesto que la herida no está contaminada. Es conveniente revisar el cuello y la vagina antes de suturar el periné.

Técnica: en los desgarros de primero y segundo grado se utiliza la anestesia local. Se practican puntos separados que afronten y tomen todo el espesor de la herida; también puede suturarse los últimos en dos planos: El primero, musculo aponeurótico el segundo, celular y de la piel. Lo importante en toda sutura es no dejar espacios muertos.

En el desgarro de tercer grado se utiliza anestesia general. Se procede en forma similar al de segundo grado, es decir, plano por plano, teniendo especial cuidado de reparar previamente los cabos del esfínter externos que se hayan extraídos en la región marginal del ano. Deben observarse muy especialmente las reglas de asepsia.

La sutura de los desgarros de cuarto grado implica una cuidadosa reparación y hemostasia de la pared rectal y del esfínter del ano, conformando una espesa cuña a expensas de los músculos de la región, para luego suturar el tejido celular y la piel.

En todas estas intervenciones se prescribirá antibióticos. En el postoperatorio se debe cuidar la evacuación intestinal; se procura que la púérpera evacue con regularidad y sin dificultades a partir del

segundo día administrando laxantes tal como se los prescribe después de las operaciones proctológicas (24).

Consecuencias de los desgarros perineales:

Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc. (27)

Hematomas Vulvovaginales

Son derrames sanguíneos que se producen en el espesor del tejido conectivo, durante el parto por desgarro de los vasos sin rotura del tejido superficial.

Tipos:

- ✓ Situados por debajo del elevador del ano.
- ✓ Situados por encima del elevador del ano.

Diagnostico:

- ✓ Tumorción dolorosa de color rojo azulado en la vagina
- ✓ Dolor en hipogastrio con defensa muscular involuntaria

Conducta:

- ✓ Evacuación mediante la incisión.
- ✓ Ligadura del vaso sangrante
- ✓ Sutura (28).

Laceraciones vulvoperineales

Las laceraciones vulvoperineales, suceden cuando la cabeza del bebe que sale de la abertura vaginal, es demasiado grande para que la vagina se estire o es de tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Este tipo de laceraciones es bastante común.

Las laceraciones que implican solamente la piel alrededor de la vagina suelen curarse por sí solas en algunas semanas. Algunas laceraciones son más extensas y requieren sutura y tratamiento.
(29)

2.2.3. Factores de riesgo para el desgarró perineal

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (30).

2.2.3.1. Factores Maternos.

Edad Materna:

La edad materna viene hacer el número en años de vida de la mujer gestante, en obstetricia se puede clasificar en tres rubros principalmente, adolescentes, aquellas menores de 19 años (10 a 19 años según la OMS), y en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y los cambios físicos, psicológicos y sociales predominan. Una adolescente embarazada es considerada de riesgo ya que aún no se ha terminado el desarrollo físico ni psicológico, predispone a ciertas patologías obstétricas, entre ellas la toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.

El predominio de desgarros cervicales durante el parto adolescente ha sido encontrado como consecuencia propia de la edad, además se reportan otras lesiones del canal del parto más frecuentes en este grupo de edad. La desproporción céfalo pélvica, es uno de ellos, en estos casos las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente

por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.

El otro rubro de edad en obstetricia es las consideradas entre 20 y 34 años, la edad considerada como ideal para un embarazo, las complicaciones dentro este grupo son menores, sin embargo, en algunos estudios se observaron que es el grupo con mayor caso de desgarro. Esto puede deberse quizá porque el mayor número de gestantes en los estudios se encontraban dentro de este grupo de edad.

Las añosas, consideradas aquellas embarazadas con más de 35 años, también son consideradas como alto riesgo obstétrico porque la mayoría de patologías se encuentran dentro de este grupo como la diabetes, hipertensión, malformaciones congénitas, problemas de la placenta, etc. Si la paciente es primigesta tienden a desarrollar un parto difícil con complicaciones como desgarros, rotura de útero, atonía, entre otras. La diabetes hace que los productos de la concepción sean grandes obstruyendo el canal del parto y predisponiendo a un posible desgarro perineal. (27)

El envejecer tiene un efecto adverso en la integridad y elasticidad de los tejidos, lo cual queda en evidencia al observarse una mayor prevalencia de desgarros en mujeres mayores. En un estudio retrospectivo llevado a cabo en 2967 mujeres se encontró que la

edad materna era el segundo factor de riesgo más importante para la predisposición al trauma perineal de grado severo. (31)

Se sabe también que una edad mayor a los 37 años al momento del parto representa un factor de riesgo. Otro estudio logró determinar que una edad materna mayor a los 25 años al momento del primer parto aumenta el riesgo de desgarro perineal, comparadas a las primíparas de menor edad.

El polo opuesto de esta situación, aquellas gestantes en edad adolescente también tienen un riesgo incrementado de sufrir un trauma perineal, al no haber culminado el desarrollo de las estructuras óseas, ligamentosas y musculares son más proclives a sufrir mayor stress al paso del móvil fetal y ocurrir laceraciones tanto de cérvix, vagina, vulva y periné. (26)

Paridad:

Número de hijos nacidos vivos o muertos que pesan 500g. O más, o que posee más de 28 semanas de gestación. Dependiendo de ello pueden ser:

- ✓ Nulípara: aquella que nunca ha parido.
- ✓ Primípara: aquella que tiene un hijo.
- ✓ Multípara: aquella que tiene 2 a 4-5 hijos.

- ✓ Gran múltipara: aquella que tiene más de 5 hijos.

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, aquí se incluyen las primíparas, múltiparas y las gran múltiparas, esto dependiendo si es el primer parto, de dos a 4 partos, y más de cinco partos correspondientemente. La elasticidad del periné por las frecuencias de parto es diferente en una primípara que en una que tuvo más de dos partos, por lo tanto, podría incluirse como factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el expulsivo precipitado es más frecuente en múltiparas por el número de veces que ha sido distendido el periné. Sin embargo, según conceptos manejados se sabe que existe mayor riesgo en las primíparas. A diferencia de esto en estudios revisados son las múltiparas quienes presentan más desgarros que las primíparas. (32)

El cómo los partos tienen un impacto negativo en el suelo pélvico no se ha determinado concluyentemente. La información sugiere que los embarazos y los partos contribuyen al daño mediante diferentes mecanismos, mientras que durante el embarazo la compresión del suelo pélvico y el estiramiento de las estructuras subyacentes juegan un papel importante, también el daño nervioso, desgarros musculares, disrupción del tejido conectivo o una

combinación de estos factores pueden jugar un rol en el daño al periné producido por el parto (33).

Anemia Materna:

La anemia en el embarazo es un problema de salud global, representa una causa subyacente de mortalidad materna. Cierta grado de anemia por dilución forma parte de la fisiología del embarazo, la anemia por deficiencia de hierro puede tener consecuencias tanto maternas como en el neonato. La Organización Mundial De La Salud (OMS) estima que más de 40% de las mujeres embarazadas en el mundo tiene anemia.

Concepto: las definiciones de anemia son diferentes en mujeres embarazadas en comparación con mujeres no embarazadas. La Organización Mundial De Salud (OMS) y el Colegio Americano De Obstetras Y Ginecólogos (ACOG) definen la anemia en el embarazo de la siguiente manera:

Clasificación de anemia por trimestre de embarazo.

	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO
1er trimestre	11g/dl	33%
2do trimestre	10.5g/dl	32%
3er trimestre	11g/dl	33%

De acuerdo con el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) se define la anemia como un padecimiento asociado a valores de

hemoglobina o hematocrito menores del percentil 50 en una población de referencia de mujeres sanas embarazadas. (34)

Clasificación de la OMS de anemia de acuerdo con el grado de severidad.

GRADO	HEMOGLOBINA
sin anemia (I)	>11g/dl
Anemia leve (II)	10-10.9 g/dl
Anemia moderada (III)	7- 9.9 g/dl
Anemia severa (IV)	<7 g/dl

Vulvovaginitis

Se trata de procesos sépticos no invasivos, localizados en vagina y vulva, que tiene en común la existencia de leucorrea acompañado de prurito y ardor y en ocasiones de dispareunia. Es importante recordar que la secreción vaginal de la mujer en edad fértil es escasa, blanquecina, ácida, con un Ph de 4 a 4.5, y que muestra en el extendido células descamadas cervicovaginales. Este bacilo mantiene la acidez del medio, sobre todo del tercio superior de la vagina, transformando el glucógeno en ácido láctico.

Durante el embarazo, las mujeres experimentan un aumento de las secreciones cervicales y vaginales debido a las modificaciones hormonales de la gestación con un pH entre 4,5 y 5,5. Los agentes más frecuentes de vulvovaginitis son: trichomonas vaginales, cándida albicans y gardnerella o haemophilus vaginalis.

Infección por haemophilus o gardenerella vaginalis

Es una infección bacteriana producida por un bastón gramnegativo de la familia haemophilus. Suele estar asociado a la vulvovaginitis moniliásica y con menos frecuencia a la tricomoniasis.

Sintomatología: flujo grisáceo, maloliente, acompañado de prurito discreto. La secreción fétida con “olor a pescado” es debida a la presencia de aminas. Su diagnóstico la gota gruesa y la colocación de Gram suelen mostrar células atípicas, el agregado de unas gotas de hidróxido de potasio a una muestra de la secreción vaginal incrementa el olor fétido a la misma.

Moniliasis o candidiasis vaginal

Enfermedad inflamatoria de la vulva y la vagina producida por un hongo, *Candida albicans*. El embarazo aumenta la frecuencia de candidiasis (acción del glucógeno). La enfermedad se manifiesta después de las 20 semanas de gestación y suele desaparecer espontáneamente después del parto.

Sintomatología: flujo blanco, como leche cortada que resalta sobre la mucosa vaginal enrojecida, acompañada de ardor intenso, dispareunia y también prurito que se extiende de la región vulvar e inguinal vecina. (35)

Tricomoniasis vaginal (tricomonosis)

Este parásito por lo general indica una conducta sexual de alto riesgo y a menudo coexiste con otros microorganismos patógenos que se transmiten por vía sexual, en especial con *Neisseria gonorrhoeae*. *Trichomonas vaginalis* tiene cierta predilección por el epitelio escamoso y las lesiones facilitan el acceso a otros microorganismos que se contagian por el coito. También es posible la transmisión vertical durante el parto, que puede persistir durante un año.

El periodo de incubación de *T. vaginalis* es de tres días a cuatro semanas y se ubica en la vagina, la uretra, el endocérnix y la vejiga. Hasta el 50% de las mujeres no advierte ningún síntoma y la colonización persiste durante meses o años. En aquellas con molestias la secreción vaginal es fétida, líquida y de color amarillento o verdoso. A menudo se acompaña de disuria, dispareunia, prurito vulvar y dolor. En ocasiones los signos y síntomas son idénticos a los de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda. En la tricomoniasis la vulva puede estar eritematosa, edematosa y con excoriaciones. La vagina tiene la secreción descrita y además hemorragias subepiteliales o “manchas de fresa” en la vagina o el cuello uterino (36).

Periodo Intergenésico:

El periodo intergenésico se define como el lapso de tiempo el final de un embarazo y el inicio del siguiente embarazo y otro (se espera entre un

embarazo y otro). Se recomienda según estudios que el mínimo es de dos años. Lo recomendable sería entre dos y cinco años, ya que si el tiempo entre un embarazo y el siguiente, es menor a los dos años, aumentan las complicaciones. El período intergenésico corto menor a dos años es considerado no recomendable porque, es el tiempo que se debe dar para que el crecimiento de la mujer vuelva a su estado normal, a través del puerperio y sus cambios anatomo-fisiológicos. (32)

Desproporción céfalo pélvica y estrechez pélvica:

Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgo por el canal pélvico. Se denomina pelvis estrecho cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

- ✓ Etiología: malformaciones congénitas fetales, desnutrición materna, macrosomía fetal, traumatismos o secuelas ortopédicas maternas, diabetes.
- ✓ Fisiopatología: la relación entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna no permite el pasaje del feto a través del canal pélvico, de producirse es previsible la presentación de desgarros perineales y lesiones del feto y/o en la madre.
- ✓ Aspectos Epidemiológicos: la talla corta de la mujer, en especial de las zonas rurales, se relacionan con desnutrición, lo cual a su vez se puede acompañar de un desarrollo inadecuado de la pelvis. A sí mismo, la alta frecuencia de embarazo adolescente condiciona

el parto en una mujer cuya pelvis no se ha desarrollado completamente. La frecuencia es de hasta 8% de todas las cesáreas en el Perú.

Los factores de riesgo asociados; el medio ambiente (zonas con bajo desarrollo económico condicionante de desnutrición), estilos de vida (inicio precoz de la vida sexual sin protección), factores hereditarios (diabetes, talla corta), otros (gestantes añosas, altura uterina mayor de 35 cm. Distocias en los partos anteriores).

Diagnóstico: en los criterios de diagnóstico:

- ✓ Pelvis estrecha: examen vaginal: promontorio tachable menor de 12 cm, curvatura sacrocoxigea con exostosis, diámetro biciático < 9.5 cm, diámetro biisquiático < 8 cm, Angulo subpúbico < 90°.
- ✓ Desproporción céfalo - pélvica: el principal signo es el trabajo de parto prolongado al que se agrega en los **exámenes obstétricos**; altura uterina > 35 cm, ponderación fetal mayor de 4 kilos por examen clínico, cabeza fetal por encima de la sínfisis del pubis que no se consigue proyectar dentro de la pelvis a la presión del fondo uterino, caput succedaneum, regresión de la dilatación, deflexión y asinclitismo de la cabeza fetal, presentación mixta.

Diagnóstico diferencial (compatibilidad feto – pélvico, disfunción hipo dinamia uterina) (37).

2.2.3.2. Factores de riesgos neonatales:

Peso del recién nacido:

El peso del recién nacido como factor de riesgo, puede deberse al nivel de estiramiento que produce un feto con mayor peso que uno con menos peso, así se define como peso del recién nacido (38) (39).

Clasificación según la edad gestacional

Los neonatos se clasifican como:

- ✓ pretérmino (<37 semanas)
- ✓ término (37 – 41 a 6/7 semanas) o
- ✓ postérmino (\geq 42 semanas).

Clasificación del recién nacido según la edad gestacional y peso al nacer:

Pequeño Para la Edad Gestacional (SGA - PEG): Se define como dos desviaciones estándar por debajo del peso medio para la edad gestacional o debajo del percentil 10. Suele observarse en neonatos de madres con hipertensión, preeclampsia o fumadoras. Esto se relaciona con factores maternos (enfermedad crónica, mal nutrición, enfermedades que afectan al flujo sanguíneo y la oxigenación placentaria), factores de la placenta (infarto, placenta previa, desprendimiento, malformaciones anatómicas, etc.) y factores fetales (infecciones congénitas TORCH; anomalías

cromosómicas, síndromes dismórficos y otras anormalidades congénitas).

Apropiado Para la Edad Gestacional (AGA - APEG): cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI).

Grande Para la Edad Gestacional (LGA - GPEG): se define como dos desviaciones estándar por arriba del peso medio para la edad de gestación o por arriba del percentil 90. LGA se observa en neonatos de madres diabéticas, recién nacidos con síndrome de Beckwith- Wiedemann y otros síndromes, neonatos grandes por constitución con padres grandes o recién nacidos con eritroblastosis fetal. (40)

Clasificación del recién nacido según su peso al nacer

Otra clasificación y la que se usa como medidas de variables en el presente trabajo es:

- ✓ 2500-4000 gr: peso adecuado
- ✓ <2500 gr: recién nacido de bajo peso
- ✓ >4000 gr: recién nacido macrosómico. (18)

Esta clasificación es importante conocerla, pues se sabe según estudios presentados que mientras más peso tenga un recién nacido mayor es el riesgo de desarrollar desgarró perineal, el

trauma obstétrico que recibe el periné al exponerse a fetos macrosómicos es sin duda un factor de riesgo (41).

La macrosomía fetal: Ponderado fetal mayor de 4000 gr o feto grande para la edad gestacional. (Mayor percentil 90).

Perímetro cefálico:

Circunferencia de la Cabeza, longitud y Percentil: Se coloca la cinta métrica alrededor de la parte frontal de la cabeza (arriba de la frente) y el área occipital. La cinta debe estar arriba de las orejas. A esto se le conoce como circunferencia occipitofrontal, que suele ser de 32 a 37 cm. (40)

El Perímetro Cefálico obtenido en un paciente individual debería llevarse a una gráfica específica para la EG, la edad posnatal, el sexo, el número de productos en la gestación, el grupo étnico o nacional del neonato. Si consideramos todos estos factores, es obvio que no existe una curva de crecimiento cefálico apropiada para todos los neonatos, y es preciso utilizar curvas derivadas de poblaciones lo más similares posible al paciente (38).

Perímetro cefálico es la medida de la circunferencia de la cabeza, desde la parte más prominente del occipucio hasta las cejas este es un factor relacionado a los desgarros perineales:

- ✓ Microcefálico: ≤ 31
- ✓ Normocefálico: 32 a 36 cm
- ✓ Macrocefálico: ≥ 37

2.2.3.3. Factores de riesgos obstétricos

Presentaciones, situaciones y posiciones anómalas del feto:

- ✓ **Presentaciones Cefálicas Deflexionada:** Durante el embarazo, cuando la cabeza se halla por encima del estrecho superior, está en una actitud neutra, indiferente, o sea, intermedia entre la flexión y la extensión. Al comenzar el parto, el mentón se acerca al tórax (actitud de flexión) en el 95% de los casos. En una pequeña proporción de los partos, este movimiento de flexión no se produce y la cabeza permanece indiferente durante el parto o también, más frecuentemente, adopta una actitud de deflexión, en la cual el mentón se aleja más o menos del tórax.

Según estas variadas actitudes, reconoceremos: la presentación de cara, en la que la anomalía de actitudes es la deflexión máxima; la presentación de frente, con una deflexión acentuada, y la presentación de bregma, con una deflexión mínima.

- ✓ **Modalidad de Cara:** aquella que se ofrece al estrecho superior en actitud de deflexión máxima. Esta deflexión de

la cabeza es acompañada siempre por una lordosis pronunciada de la columna cervicodorsal; luego la deflexión no es parcial, sino generalizada, por lo que puede decirse gráficamente que el feto está en opistótonos.

La frecuencia: de esta presentación se calcula en el 0.05% de los partos de término (1 en 2000 partos). Punto guía: pirámide nasal (con sus orificios)

Punto diagnóstico: el mentón.

Nomenclatura: mentoiliaca (MI). La línea que va desde la sutura interfrontal (metópica) hacia el mentón, pasando por encima del dorso de la nariz y boca, llamada *línea facial*, desempeña la función de indicarnos cómo se orienta la cabeza, del mismo modo que la sutura sagital nos permite saber cómo se orienta un vértice.

Etiología: raramente se presenta la cara durante el embarazo (caras primitivas). Estos casos excepcionales se explican por anomalías o malformaciones fetales que influyen sobre la actitud de la cabeza (bocios, higromas, raquisquisis).

Generalmente la presentación se constituye al comenzar el parto (caras secundarias). Su origen se debe a la mala adaptación de la cabeza. En un tercio de los casos obedece a estrechez pélvica ligera (pelvis aplanadas en cuyo

mecanismo la cabeza se presenta en ligera deflexión, que si se exagera da lugar a una cara). Otras causas de mala adaptación son la inclinación anormal del útero, los tumores abdominales, el exceso de volumen, la procedencia de miembros, la placenta previa y el hidramnios.

El diagnóstico: se hace por palpación y tacto.

El mecanismo: debe estudiarse separadamente en una variedad posterior (en que ofrece características propias) y en una variedad anterior (que se asemeja al mecanismo de la presentación de vértice).

- ✓ **Modalidad de Frente:** es de pronóstico grave mucho peor que el de la presentación de cara. Cumple todo su mecanismo en una actitud de moderada o mediana deflexión con la gran fontanela situada en la vecindad del centro del estrecho superior. Eliminando aquellos casos en que esta actitud es sólo transitoria (fase frontal de la presentación de cara o deflexión transitoria en el primer tiempo de un vértice en el mecanismo de las pelvis planas), los casos auténticos en que esta actitud es permanente la evolución del parto es rara.

Actitud: de deflexión moderada.

Punto guía: al igual que en la presentación de cara, es la nariz.

Punto diagnóstico: frente.

Nomenclatura: frontoiliaca (FI).

Diámetro de encajamiento: sincipitomentoniano, de 13,5cm.

Perímetro de la circunferencia de la presentación: 36cm.

Frecuencia: es una presentación rara que se observa en el 0,01% (1 en cada 10.000 partos).

Etiología: las causas maternas, fetales y ovulares son las mismas que para la presentación de cara. 75% entre las maternas, la multiparidad; el 36% en las viciaciones pelvianas ligeras. La presentación de frente sería diez veces más frecuente en las pelvis estrechas que en las normales.

Diagnóstico: se toca muy bien la gran fontanela, sin alcanzar ni la pequeña ni el mentón.

- ✓ **Modalidad de Bregma:** Nomenclatura. La presentación de bregma si bien pertenece al grupo de las modalidades de cefálicas en deflexión, es aquella en la que esta actitud adquiere menor grado, ofreciéndose al estrecho superior en forma intermedia (ni flexionada ni deflexionada). En esta actitud indiferente, la circunferencia que trata de pasar es la occipitofrontal, cuyo perímetro es de 34cm.

Actitud: indiferente

Punto guía: ángulo anterior de la fontanela bregmática.

Punto diagnóstico: bregma.

Nomenclatura: bregmoiliaca (BI).

Diámetro de encajamiento: occipitofrontal, de 12 cm.

Perímetro de la circunferencia de la presentación: 34 cm.

Frecuencia: es rara; presentaría el 1 % del total de nacimientos.

Etiología: causas maternas, fetales y ovulares: la más común es la pequeñez del feto.

Diagnóstico: se hace durante el parto. El tacto percibe muy bien la gran fontanela y difícilmente la pequeña fontanela.

Se diferencia de la occipitosacra en que el punto de declive es el bregma.

- ✓ **Presentación pelviana:** cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior en dos modalidades: pelviana completa y pelviana incompleta, modalidad de nalgas.

El punto diagnóstico y el punto guía: son los mismos, constituidos por la cresta coccisacra. Se dice que es un sacro iliaco (SI), y las posiciones y variedades de posición tienen la misma frecuencia que en la presentación de vértice (SIIA, AIDP, SIIP, SIDA).

El Diámetro: de encajamiento es el bitrocantéreo (para las dos modalidades) y mide 9,5 cm; en el otro oblicuo se ofrece

el sacropretibial (12 cm, que comprimido mide 9cm) en la nalga completa, con un perímetro de circunferencia de 32 cm, o el sacro pubiano de 5,5 cm en la nalga incompleta, con un periodo de 27 cm.

El segundo segmento de distocia el biacromial mide 12 cm, pero se reduce a 9; en el tercer segmento de distocia el suboccipitofrontal mide 10,5 com.

Frecuencia: una pelviana cada 33 partos (3% del total de presentaciones). Un tercio de pelvianas completas por dos tercios de incompletas.

Etiología: causas maternas (multiparidad, tumores uterinos, asimetría de desarrollo del útero). Causas fetales (gemelares, pequeñez fetal, prematuros). Causas ovulares (hidramnios, oligoamnios, placenta previa, brevedad del cordón).

Diagnóstico: se hace por la palpación o por la ecografía durante el embarazo y por el tacto durante el trabajo de parto

De todas las variedades de presentación fetal, la que se ha asociado más frecuentemente con el trauma perineal, en especial con los grados más graves es la posición occipito posterior (RR 2.44 95% IC 2.07-2.89).

Situaciones y posiciones anómalas:

Situación transversal

La situación transversal de feto, mal llamada presentación de hombro (o de tronco o de espalda), es una situación distócica por excelencia. En este caso el feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente (ósea en forma trasversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero. La situación es más bien oblicua que transversa, con uno de los polos (habitualmente el cefálico) más descendido que el otro (pelviano).

Nomenclatura: acromioiliaca (AI). En estos casos se desvía un tanto de las denominaciones clásicas: la cabeza puede ocupar el flanco izquierdo (en los dos tercios) o en el derecho (en un tercio).

Frecuencia: al comienzo de parto al término es del 0,3 %.

Etiología: más frecuentes en multíparas que en primíparas; Causa maternas, Causas fetales, Causas ovulares. (42)

Longitudinal

- ✓ Posición:
 - Derecha
 - Izquierda.

Tiempo de duración del segundo periodo del parto

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

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

Según la ACOG su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas. En la Clínica Maternidad Rafael Calvo ubicado en el país de Colombia, como en otras maternidades del mundo, se ha tomado como límite de tiempo de 1 hora para considerar el expulsivo como prolongado independientemente de la paridad de la paciente. (43)

Conducta durante el periodo expulsivo

Segundo periodo del parto: se inicia cuando la madre siente espontáneamente la necesidad de pujar y se constata por el tacto la dilatación completa del cuello uterino. Este periodo en posición

semisentada tiene una duración mediana de 15 minutos. Para otros la media de la duración del segundo periodo del parto sería mayor.

Si las contracciones uterinas, con la ayuda de los esfuerzos de pujo, hacen progresar el descenso y la rotación de la cabeza fetal sin obstáculos, se mantendrá íntegra la bolsa de las aguas hasta la coronación de la cabeza. En este momento se practicará la amniotomía. Si el periodo expulsivo se detiene (falta de progresión y rotación de la cabeza con las contracciones sumadas a los pilos), está indicada la amniotomía. En este caso se procede con el máximo rigor en la asepsia: se introduce una rama de una pinza de Kocher entre el dedo índice y el mayor de la mano que tacta, hasta llegar a la bolsa y rasgarla con la punta dentada de dicha rama, eligiendo como momento de preferencia el intervalo entre las contracciones si la presentación no está encajada. Para evitar posibles prociencias se amortigua la salida del líquido obturando la vagina con los dedos. Si la presentación se encuentra fija, la amniotomía se realizará durante la contracción, pues esta facilita el procedimiento.

La vigilancia de las contracciones y de los latidos fetales debe ser continua durante este periodo. Es frecuente que se produzcan bradicardias fetales importantes durante el descenso de la presentación, con recuperación una vez que la madre deja de pujar.

Las bradicardias no tienen repercusión patológica sobre el feto si el periodo expulsivo no sobrepasa los 45 minutos.

Se recordará a la parturienta la disciplina de su preparación psicofísica para este momento. En virtud de ello: 1) flexionará sus muslos sobre el abdomen y las piernas sobre ellos durante la contracción, y se tomará de sus rodillas para aumentar el esfuerzo; 2) se le enseñará que en cada contracción debe colaborar pujando.
(42)

Es considerado también como factor de riesgo la duración del segundo periodo del parto, es decir el tiempo de duración del periodo expulsivo, pues como se entiende, un parto precipitado y uno prolongado traerán consigo muchas complicaciones, entre ellas el desgarro perineal, la exposición muy rápida o por mucho tiempo de la cabeza fetal sobre el periné según sea el caso, influye en la presencia de desgarro (44).

2.3. Definición de términos básicos

Desgarro perineal: pérdida de la continuidad de los tejidos de la zona perineal. Se produce durante el segundo periodo del parto. Se clasifica en cuatro grados de acuerdo a los tejidos que compromete. Su reparación se denomina sutura.

Desgarro vulvoperineal: Solución de continuidad traumática de la vulva y el periné al momento del descenso, rotación y salida de la cabeza del bebe.

Friable: se entiende por friable a un tejido que se rompe o fracciona rápidamente.

Fistula: es una comunicación anormal entre un órgano, un vaso sanguíneo o el intestino y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de traumas o cirugías, pero también pueden resultar de infecciones o inflamaciones del órgano afectado.

Parto Vaginal: es cuando el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos.

Puérpera: mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico.

Factores de Riesgo: es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Son aquellos rasgos, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Factor de riesgo Neonatal: está presente desde el embarazo, el trabajo de alumbramiento en los días que siguen y pueden acompañar una enfermedad o un traumatismo.

Factor de Riesgo Materno: es aquel embarazo que tiene o que probablemente tenga estados concomitantes con la gestación, nacimiento o puerperio complicado por problemas, médicos, quirúrgicos, obstétricos, sociales y/o psicológico que pueda elevar el peligro para la conservación de la salud de la madre, del feto o de ambos.

Feto Macrosómico: es el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso por encima de 4000 gr.

Anemia: Reducción simultánea del número de glóbulos rojos y de la hemoglobina por debajo de los valores considerados normales (<11g/dl).

- Anemia leve: 9 – 10.9g/dl
- Anemia moderada: 7 – 8.9g/dl
- Anemia severa: < 7g/dl

Paridad: Cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, tendrá 4 índices:

Nulípara: mujer que no ha dado a luz ningún hijo.

Primípara: aquella que tiene un hijo.

Múltipara: aquella que tiene 2 a 5 hijos.

Gran multípara: aquella que tiene más de 5 hijos.

Atención Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción, se considera adecuado si tiene 6 a más controles prenatales.

Periodo Intergenésico: Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

Episiotomía: La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí.

Macrosomía Fetal: Ponderado fetal mayor de 4000 gr o feto grande para la edad gestacional. (Mayor percentil 90).

Desproporción Céfalo Pélvica: Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgos por el canal pélvico.

2.4. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

Ha: Los factores maternos, neonatales y obstétricos están asociados al traumatismo vulvoperineal en púerperas de parto

vaginal sin episiotomía, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

H₀: Los factores maternos, neonatales y obstétricos no están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

2.5.2. Hipótesis específica

H₀₁: Los factores maternos no están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

H_{a1}: Los factores maternos están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

H₀₂: Los factores neonatales no están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

H_{a2}: Los factores neonatales están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía,

atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

H₀₃: Los factores obstétricos no están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

H_{a3}: Los factores obstétricos están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa de septiembre 2018 a febrero 2019.

2.6. Variables

2.6.1. Variable independiente

Factores maternos, obstétricos y neonatales.

Indicadores

Factores maternos:

- Edad
- Paridad.
- Anemia.
- Vulvovaginitis
- Periodo intergenesico
- Desproporción céfalo pélvica.

Factores neonatales:

- Peso del RN.
- Perímetro cefálico.

Factores obstétricos:

- Presentaciones y posiciones anómalas del feto.
- Tiempo de duración del segundo periodo del parto.

2.6.2. Variable dependiente

- Desgarro.
- Hematoma.
- Laceración vulvo perineal.

2.6. Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE		TIPO	ESCALA	INDICADORES		CATEGORÍA O VALOR FINAL	FUENTE	ÍTEM EN EL INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE	Factores asociados	Cuantitativo	Intervalo	Factores maternos	Edad	Edad en años	Historia clínica	1.1
		Cualitativo	Nominal		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> •Primípara •Multípara •Gram multípara 		1.2
		Cualitativo	Ordinal		Anemia	<ul style="list-style-type: none"> •Leve •Moderada •Severa 		1.3
		Cualitativo	Nominal		Vulvovaginitis	<ul style="list-style-type: none"> • Gardnerella vaginalis o haemophilus • Candida albicans • Trichomonas 		1.4
		Cuantitativo	Intervalo		Periodo intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> • PIG Corto • PIG Óptimo • PIG Largo 		1.5
		Cualitativo	Nominal		Desproporción feto pélvica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		1.6
		Cualitativo	Nominal	Fa cto res ne	Peso RN	<ul style="list-style-type: none"> • PEG • AEG 		2.1

						• GEG	
		Cualitativo	Nominal		Perímetro cefálico	<ul style="list-style-type: none"> • Micorcefálico • Normocefálico • Macrocefálico 	2.2
		Cualitativo	Nominal	Factores obstétricos	Tiempo de duración del 2do periodo del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Anormal 	3.1
		Cualitativo	Nominal		Presentaciones y posiciones anómalas del feto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	3.2
VARIABLE DEPENDIENTE	Traumatismo vulvoperineal	Cualitativa	Nominal	Traumatismos	Desgarro perineal	<ul style="list-style-type: none"> • Primer grado • Segundo grado • Tercer grado • Cuarto grado 	4
		Cualitativa	Nominal		Hematoma	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	5
		Cualitativa	Nominal		Laceración vulvoperineal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	6

CAPITULO III

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. **Ámbito de estudio**

La presente tesis se llevó a cabo en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional de Pucallpa, ubicado en el Jr. Agustín Cauper N° 358 en el distrito de Coronel Portillo, provincia de Pucallpa, departamento Ucayali.

3.2. **Tipo de investigación**

Descriptivo correlacional, porque no se llevó a cabo la manipulación de variables.

Retrospectivo, porque los datos se recogieron de registros pasados donde las investigadoras no tuvieron participación.

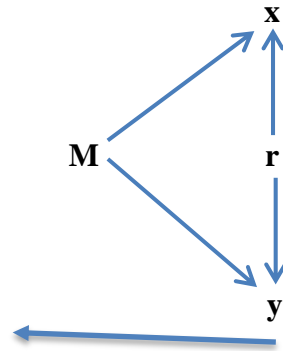
Transversal, porque los estudios de las variables se hicieron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Analítico bivariado, porque se llevó a cabo a través del análisis estadístico de dos variables, se puso a prueba las hipótesis y se estableció la asociación entre estas.

3.3. **Diseño y esquema de investigación**

El diseño de investigación fue de tipo no experimental con un enfoque analítico correlacional.

Diagrama:



Donde:

M= Muestra

x= Observación de la variable Independiente.

r = Relación entre variables.

y= Observación de la variable dependiente.

3.4. Universo, población y muestra

Universo: estuvo constituida por 1100 puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de septiembre del 2018 a febrero del 2019.

Población: estuvo constituida por 550 puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de setiembre del 2018 a febrero del 2019.

Muestreo: tipo de muestreo probabilístico y de acuerdo a la proporción en una población finita o conocida con la fórmula aplicada y está formado por 260 puérperas con traumatismo vulvoperineal de parto vaginal sin episiotomía atendidas em el Hospital Regional de Pucallpa Septiembre 2018 – Febrero 2019.

Muestra:

Por ser una muestra de población finita se aplicará la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	550
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95
Z de (1- α)	Z	(1- α) 2.58
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.34
Complemento de p	q	0.66
Precisión	d	0.05
Tamaño de la muestra	n	260.63

3.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento una ficha de recolección de datos.

3.6. Técnicas Estadísticas

Prueba de hipótesis se realizó con Chi cuadrada.

$$\chi_{calc}^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Donde: χ^2 = Chi cuadrado \sum = Representa suma

f_o = Valores observados f_e = Valores esperados

El estudio se inició con la construcción de instrumentos de recolección de información para lo cual se convocó a un equipo formado por cinco expertos en investigación y en gineco obstetricia, para aplicar la técnica Delphi en la valoración del contenido y constructo del instrumento.

El contenido del instrumento ha sido validado por el juicio de 5 expertos.

Expertos	Calificación Cuantitativa	Calificación Cualitativa
Mg. Carrillo y Esoinoza Carlos A	20	Bueno
Mg. Coordova Ruiz Ruth	20	Bueno
Dr. Tueros Espinoza Julio	20	Bueno
Dr. Rocano Rojas Leon	20	Bueno
Dr. José Gutarra Vara	20	Bueno
Total	17	Bueno

Para la validez de la consistencia interna se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach el mismo que mostró la confiabilidad moderada del instrumento con un valor de 0,800.

Escala de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de Elementos
0,800	21

Criterio de Confiabilidad	Valores
No es confiable	16
Baja confiabilidad	-1 a 0
Moderada confiabilidad	0,01 a 0,49
Fuerte confiabilidad	0,5 a 0,75
Alta confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	0,9 a 1

3.7. Aspecto Ético

Las investigadoras han respetado los principios éticos de la investigación en seres humanos, dentro de ellos se ha cumplido con el principio de confidencialidad en las cuales las historias clínicas fueron revisadas de manera anónima.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Relato y descripción de la realidad observada

Los resultados están en relación a las variables dependiente, independiente e interviniente.

Tabla N°01

EDAD DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

EDAD	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
14-28	138	53,1
29-41	122	46,9
TOTAL	260	100,0

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Se observa la frecuencia del grupo etario de 260 puérperas de parto vaginal sin episiotomía en el hospital regional de Pucallpa; presentando que el 53,1% (138) tienen edades de 14-28 años; el 46,9% (122) son entre 29-41 años.

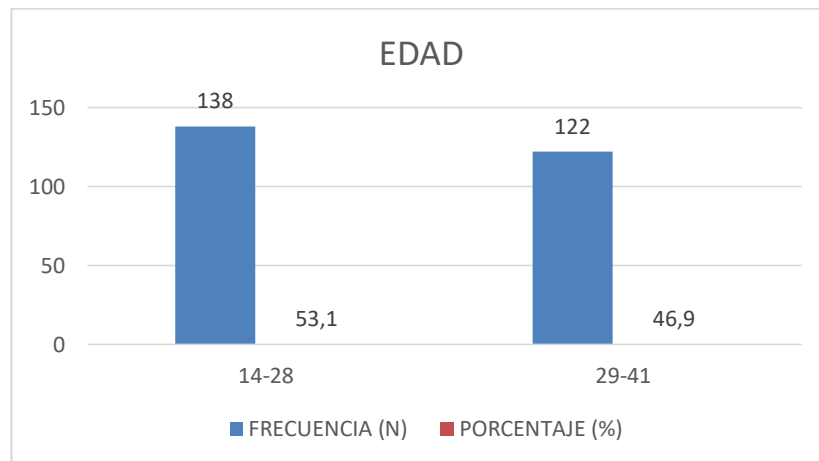


Figura 01. Edad

Tabla N°02

PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Paridad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primípara	29	11,2
Múltipara	208	80,0
Gran múltipara	23	8,8
Total	260	100,0

Fuente: ficha recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa que de las 260 (100%) puérperas el 80,0% fueron múltiparas y solo el 11,2% primíparas.

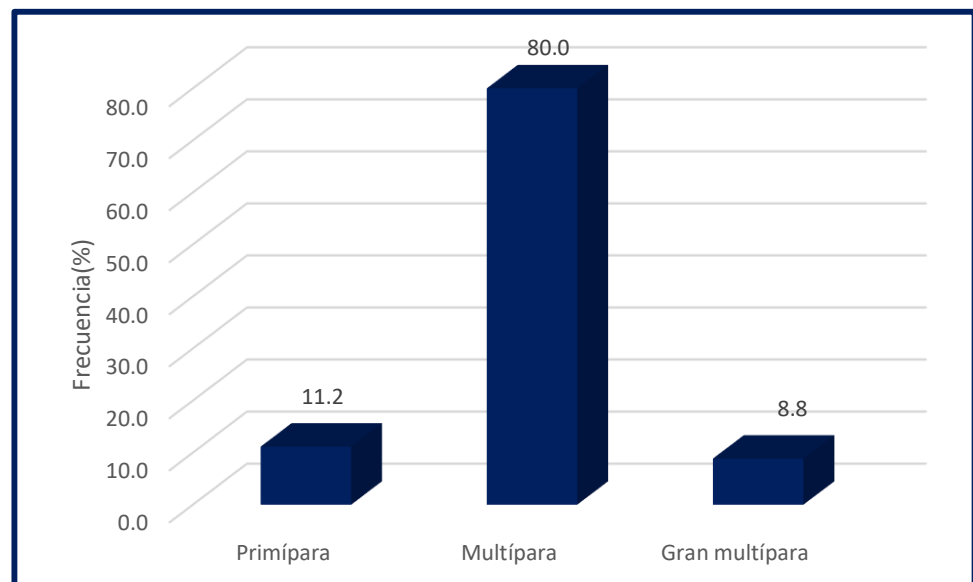
**Figura 02. Paridad**

Tabla N°03

ANEMIA EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Anemia	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Anemia moderada	05	1,9
Anemia leve	93	35,8
Sin anemia	162	62,3
Total	260	100,0

Fuente: ficha recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia de anemia en las puérperas, donde el 35,8% tenían anemia leve mientras que el 1,9% anemia moderada.

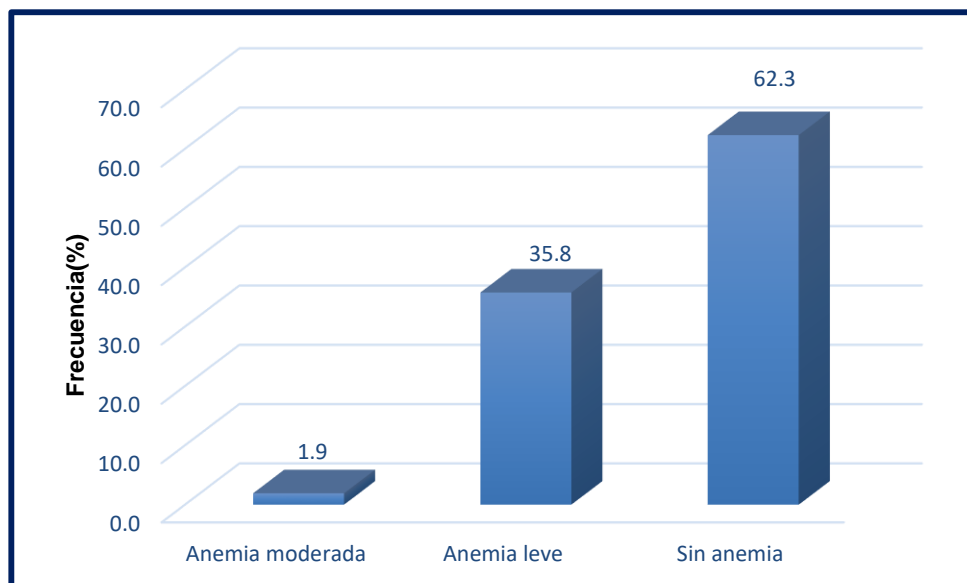


Figura 03. Anemia

Tabla N°04

PRESENCIA DE VULVOVAGINITIS EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Vulvo vaginitis	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	90	34,6
No	170	65,4
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia de vulvovaginitis en las puérperas observándose que el 34,6% presentaban este diagnóstico y un 65,4% no presentaron.

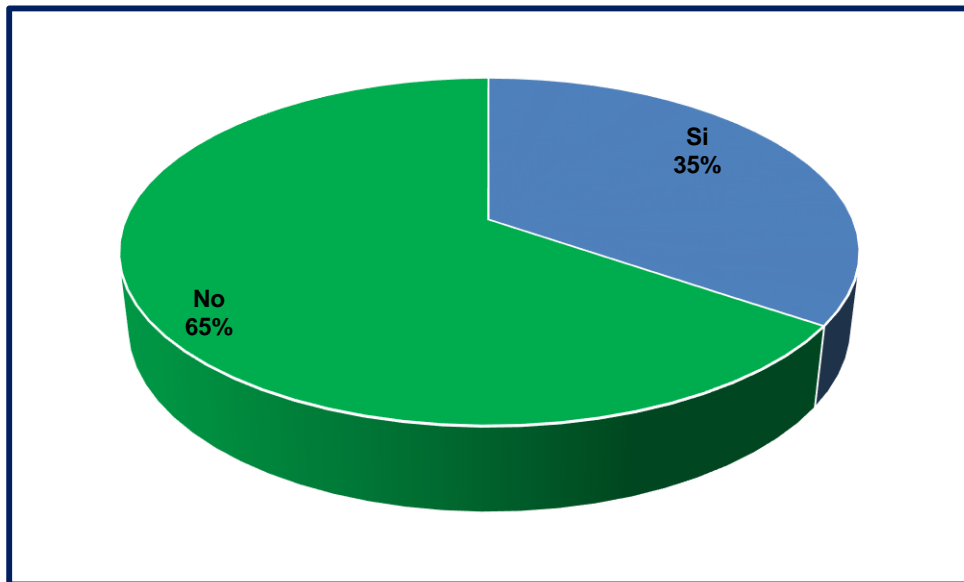


Figura 04. Vulvovaginitis

Tabla N°05

PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Periodo intergenésico	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Corto	82	31,5
Adecuado	124	47,7
Largo	54	20,8
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa el periodo intergenésico de las puérperas donde el 47,7% tenía un periodo normal mientras que el 31,5% periodo corto y finalmente 20,8% presento un periodo intergenésico largo.

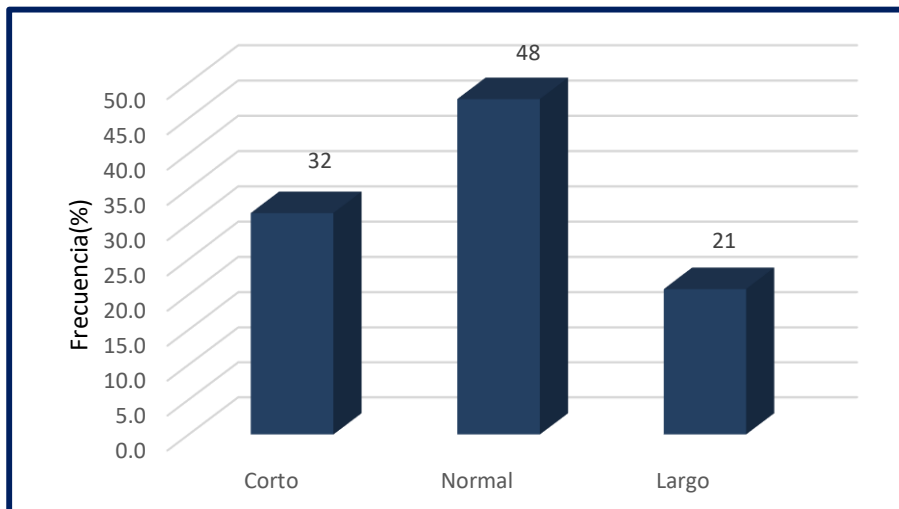


Figura 05. Periodo intergenésico.

Tabla N°06

DESPROPORCIÓN FETO PÉLVICA DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Desproporción feto pélvica	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	13	5,0
No	247	95,0
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa si hubo o no presencia de desproporción feto pélvico en las puérperas, donde 5,0% presentaron este diagnóstico mientras que el 95,0% no presento.

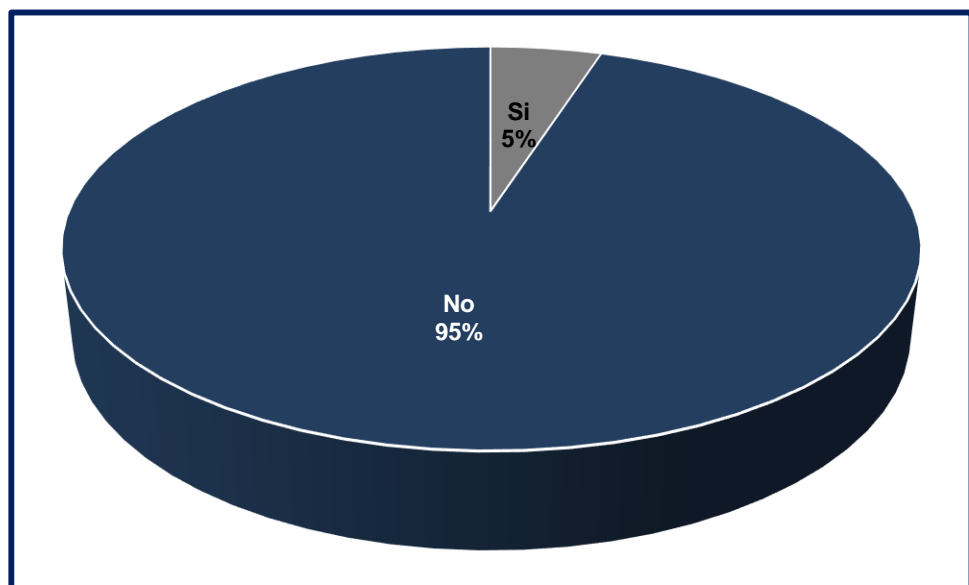


Figura 06. Desproporción feto pélvica

TABLA N°07

PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Peso del recién nacido	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Pequeño para la edad gestacional	12	4,6
Adecuado para la edad gestacional	232	89,2
Grande para la edad gestacional	16	6,2
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: La presente tabla nos muestra el peso de los recién nacidos de las puérperas donde el 6,2% fueron grandes para su edad gestacional (GEG) y el 4,6% pequeños para su edad gestacional (PEG).

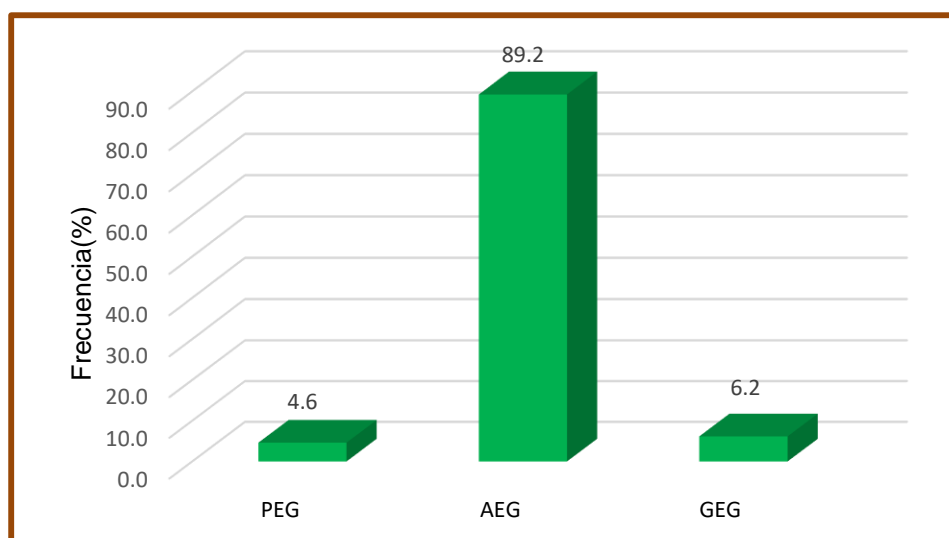


Figura 07. Peso de recién nacido.

Tabla N°08

PERÍMETRO CEFÁLICO DE RECIÉN NACIDOS DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Perímetro cefálico	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Micro cefálico	24	9,2
Normo cefálico	154	59,2
Macro cefálico	82	31,5
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia el perímetro cefálico de los recién nacidos de las primigestas donde el 31,5% de recién nacidos (RN) fue macro cefálico, 9,2% micro cefálico y más de la mitad es de decir 59,2% normo cefálico.

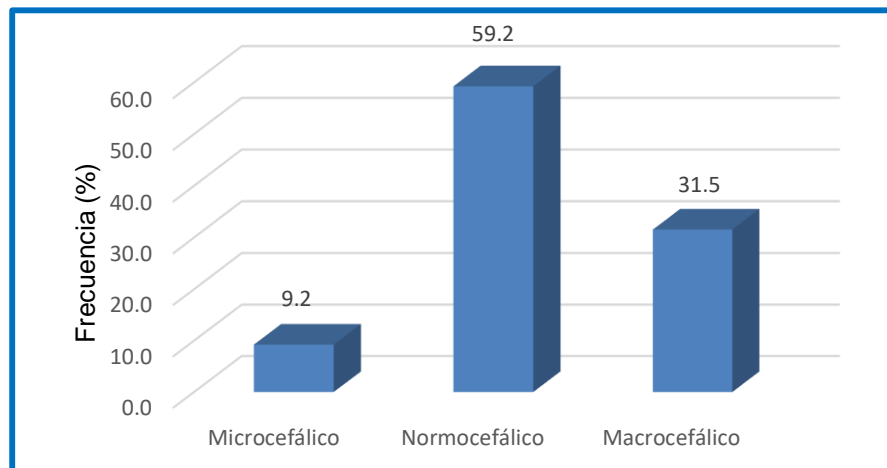


Figura 08. Perímetro cefálico.

Tabla N°09

DURACIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO DE LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Duración del segundo período del parto	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Inadecuado	01	0,4
Adecuado	259	99,6
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: La presente tabla nos muestra el tiempo de duración del segundo periodo del parto donde solo el 0,4% tuvo un periodo del parto anormal mientras que en su mayoría con 99,6% tuvo una duración normal.

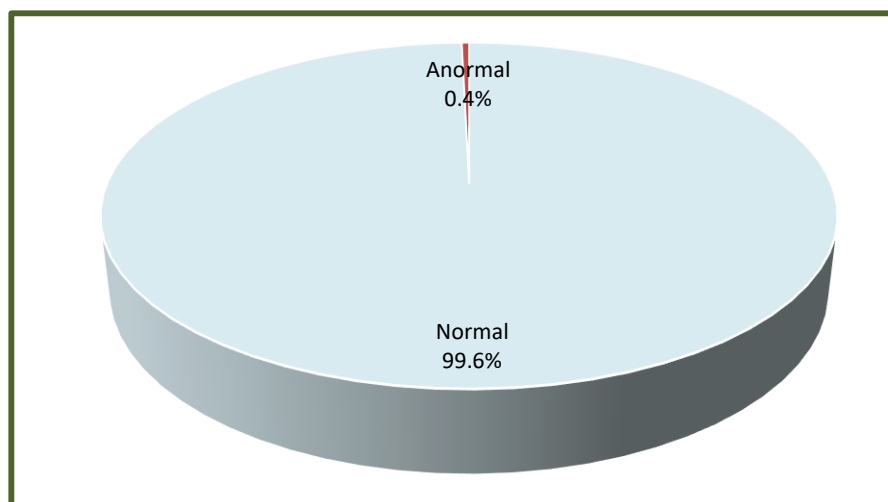


Figura 09. Duración del segundo periodo del parto.

Tabla N°10

PRESENTACIÓN ANÓMALA DEL FETO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Presentación anómala del feto	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	03	1,2
No	257	98,8
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presentación anómala del feto donde 1,2% tuvieron presentación anómala mientras que el 98,8% no.

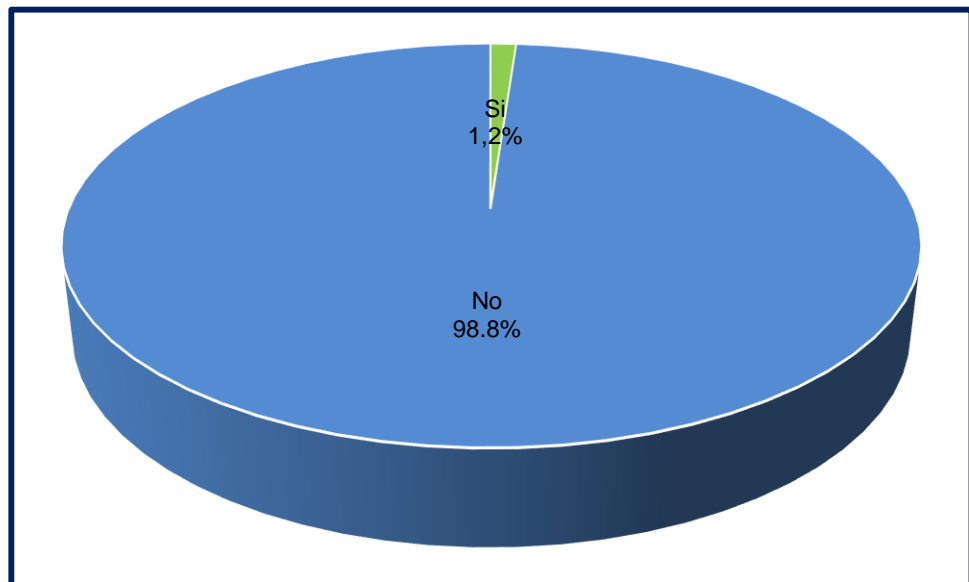


Figura 10. Presentación anómala

Tabla N°11

PRESENCIA DE DESGARRO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Desgarro	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Tercer grado	05	1,9
Segundo grado	13	5,0
Primer grado	214	82,3
Sin desgarro	28	10,8
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia de desgarro provocado durante la atención del parto en las puérperas, donde el 82,3 tuvieron desgarro de primer grado, 5,0% segundo grado y el 1,9% de tercer grado y el resto (10,8%) no presento desgarro alguno.

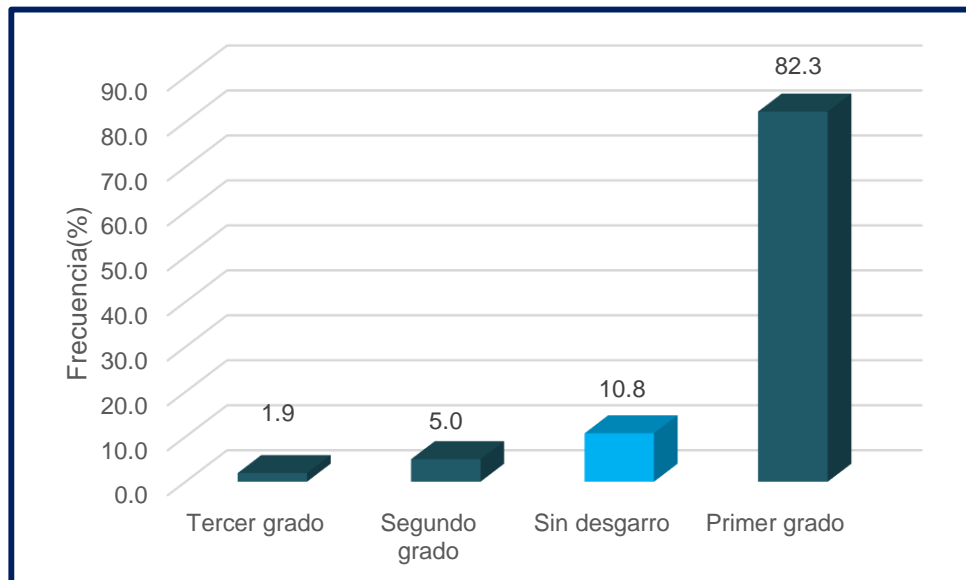


Figura 11. Desgarro.

Tabla N°12

HEMATOMA EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Hematoma	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	04	1,5
No	256	98,5
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia o no de hematoma en las puérperas, donde el 1,5% presentaron hematoma y el 98,5% no presentaron hematoma.

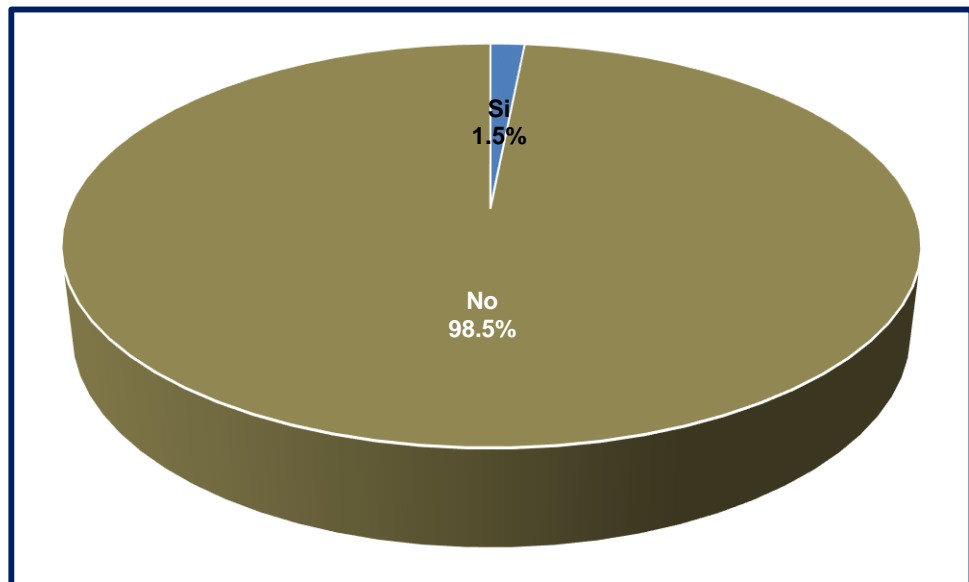


Figura 12. Hematoma

TABLA N°13

LACERACIÓN VULVOPERINEAL EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Laceración vulvo perineal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	42	16,2
No	218	83,8
Total	260	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia de laceraciones vulvoperineales en las puérperas encontrándose un 16,2% con laceraciones y el 83,8% sin laceraciones.

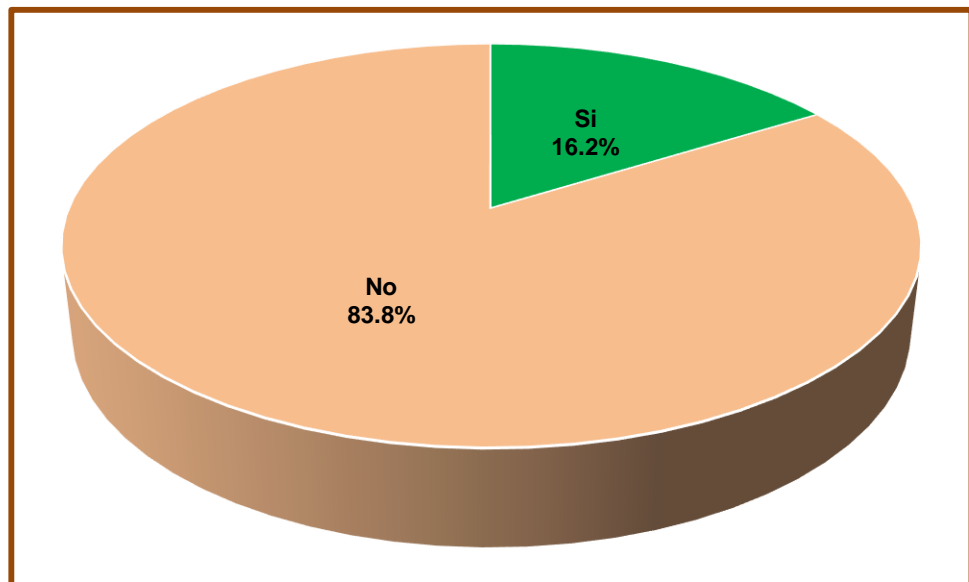


Figura 13. Laceración vulvoperineal

4.2. Comprobación de hipótesis

Factores Maternos

Tabla N°14

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DE LA EDAD PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

$$\chi^2 = 5,113 \quad (p = 0,002)$$

Edad	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
14_28 años	124	47,7	14	5,4	138	53,1
29_41 años	108	41,5	14	5,4	122	46,9
Total	232	89,2	28	10,8	260	100,0

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La edad no es uno de los factores de riesgo asociado para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: La edad es uno de los factores de riesgo asociado para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 002$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0.2% existe asociación entre la edad y el traumatismo.

Interpretación: En el Hospital Regional de Pucallpa la edad es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Aprobando la hipótesis de investigación.

Tabla N°15

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DE LA PARIDAD PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE

Paridad	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primípara	27	10,4	02	0,8	29	11,2
Múltipara	205	78,8	26	10,0	231	88,8
Total	232	16,2	218	83,8	260	100,0

PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

$$X^2 = 5,509(p = 0,000)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La paridad no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: La paridad es uno de los factores de riesgo asociado para el traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 000$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0.0% existe asociación entre la paridad y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa la paridad es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Aprobando la hipótesis de investigación.

Tabla N°16

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DE LA ANEMIA PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Anemia	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Con Anemia	88	33,8	10	3,8	98	37,7
Sin anemia	144	55,4	18	6,9	162	62,3
Total	232	89,2	28	10,8	260	100,0

$$X^2 = 0,521(p = 0,819)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La anemia no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: La anemia es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,819$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 81,9% no existe asociación entre la anemia y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa la anemia no es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Negando la hipótesis de investigación.

Tabla N°17

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DE LA VULVOVAGINITIS PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Vulvo vaginitis	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	79	30,4	11	4,2	90	34,6
No	153	58,8	17	6,5	170	65,4
Total	232	89,2	28	10,8	260	100,0

$$X^2 = 3,302(p = 0,041)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La vulvovaginitis no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: La vulvovaginitis es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0.041$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0,41% existe asociación entre la vulvo vaginitis y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa la vulvo vaginitis es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Aprobando la hipótesis de investigación.

Tabla N°18.

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DEL PERIODO INTER GENÉSICO PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Periodo inter genésico	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Inadecuado	123	47,3	13	5,0	136	52,3
Adecuado	109	41,9	15	5,8	124	47,7
Total	232	89,9	28	10,8	260	100,0

$$X^2 = 0,435(p = 0,510)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: El periodo inter genésico no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: El periodo inter genésico es uno de los factores de riesgo asociados al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0.510$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 51% no existe asociación entre el periodo inter genésico y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa el periodo inter genésico no es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Negando la hipótesis de investigación.

Tabla N°19

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DE LA DESPROPORCIÓN FETO PÉLVICA PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Desproporción feto pélvica	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	13	5,0	0	0,0	13	5,0
No	219	84,2	28	10,8	247	95,0
Total	232	89,2	28	10,8	260	100,0

$$X^2 = 4,652(p = 0,030)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La desproporción feto pélvica no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: La desproporción feto pélvica es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,030$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0,3% existe asociación entre la desproporción feto pélvico y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa la desproporción feto pélvico es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Aprobando la hipótesis de investigación.

Factores Neonatales

Tabla N°20

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DEL PESO DEL RECIÉN NACIDO PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

$X^2 = 1,641 (p = 0,050)$ + inadecuado para edad gestacional ++ adecuado para edad gestacional

Peso recién nacido	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
IEG ⁺	23	8,8	05	1,9	28	10,8
AEG ⁺⁺	209	80,4	23	8,8	232	89,2
Total	232	89,8	28	10,8	260	100,0

Planteamiento de Hipótesis

H₀: El peso del recién nacido no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: El peso de recién nacido es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,050$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0,5% existe asociación entre el peso del recién nacido y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa el peso del recién nacido es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Aprobando la hipótesis de investigación.

Tabla N°21

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DEL PERÍMETRO CEFÁLICO PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Perímetro cefálico	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Anormal	95	36,5	11	4,2	106	40,8
Normal	137	52,7	17	6,5	154	59,2
Total	232	89,2	28	10,8	260	100,0

$$X^2 = 5,723(p = 0,028)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: El perímetro cefálico no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: El perímetro cefálico es uno de los factores de riesgo asociados al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,028$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 0.28% existe asociación entre el perímetro cefálico y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa el perímetro cefálico es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Aprobando la hipótesis de investigación.

Factores Obstétricos

Tabla N°22

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DE LA DURACIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Duración del segundo periodo del parto	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Anormal	01	0,4	00	0,0	01	0,4
Normal	231	88,8	28	10,8	259	99,6
Total	232	89,2	28	10,8	260	100,0

$$X^2 = 0,121(p = 0,728)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La duración del segundo periodo del parto no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: La duración del segundo periodo del parto es uno de los factores de riesgo asociados al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de p = 0,728

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 72,8% no existe asociación entre el segundo periodo del parto y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa el segundo periodo del parto no es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Negando la hipótesis de investigación.

Tabla N°23

TABLA DE CONTINGENCIA PARA OBSERVAR LA INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN ANÓMALA DEL FETO PARA EL TRAUMATISMO EN LAS PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA SETIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019.

Presentación anómala del feto	Traumatismo				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	03	1,2	00	0,0	03	1,2
No	229	81,1	28	10,8	257	98,8
Total	232	89,2	28	10,8	260	100,0

$$X^2 = 0,366(p = 0,545)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: La presentación anómala del feto no es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

H_a: La presentación anómala del feto es uno de los factores de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa setiembre 2018 – febrero 2019.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,545$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 54,5% no existe asociación entre la presentación anómala del feto y el traumatismo.

Interpretación:

En el Hospital Regional de Pucallpa presentación anómala del feto no es un factor de riesgo asociado al traumatismo en las puérperas de parto vaginal sin episiotomía. Negando la hipótesis de investigación.

Cuadro N° 01

Resumen Estadístico por Dimensiones

Factores	Variable independiente	Variable dependiente	Prueba Estadístico	Valor	Valor de <i>p</i>
Maternos	Edad	Traumatismo	Chi cuadrado	$\chi^2 = 4,113$	$p=0,002$
	Paridad		Chi cuadrado	$\chi^2 = 5,509$	$p=0,000$
	Anemia		Chi cuadrado	$\chi^2 = 0,521$	$p=0,819$
	Vulvovaginitis		Chi cuadrado	$\chi^2 = 3,302$	$p=0,401$
	Periodo intergenésico		Chi cuadrado	$\chi^2 = 0,435$	$p=0,510$
	Desproporción feto pélvica		Chi cuadrado	$\chi^2 = 1,652$	$p=0,030$
Neonatales	Peso del R.N		Chi cuadrado	$\chi^2 = 1,641$	$p=0,050$
	Perímetro cefálico		Chi cuadrado	$\chi^2 = 5,723$	$p=0,028$
Obstétricos	Tiempo de duración del 2do periodo del parto		Chi cuadrado	$\chi^2 = 0,366$	$p=0,545$
	Presentación anómala del feto		Chi cuadrado	$\chi^2 = 0,366$	$p=0,545$

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene el objetivo de conocer los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en púerperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa: Setiembre 2018-febrero 2019. Respecto al traumatismo vulvoperineal de 260 pacientes se encontró que la edad promedio es 27,59 este resultado difiere con Nima en su estudio realizado en Lima en el año 2014 sobre Factores de riesgo y desgarró perineal en gestantes donde la edad promedio fue 22,65.

Los factores que se asocian a los traumatismos vulvoperineal se discutirán al orden en que se analizaron los factores maternos, factores neonatales, factores obstétricos: Iniciaremos por los factores maternos; la tabla 14 nos muestra que el 53,1% tienen entre 14 y 28 años, mientras que para Oviedo en un estudio similar en el Hospital San José del Callao el mayor porcentaje 70,86% fueron menor menores de 15 años de edad, pero también Flores en el año 2015 en el Hospital Regional de Loreto el mayor porcentaje fue de 36,4% entre las edades de 26 a 30 años, en ese mismo años Ríos también estudio sobre el tema donde el 74,6% de su muestra tenían entre 20 a 34 años. Otro punto muy importante que nos muestra la tabla 14 es la asociación que existe entre la edad y el traumatismo con un $p = 0,002$ coincidiendo con Oviedo y Ríos en estudios distintos donde nos mencionan que su estudio dio resultados significativos para la edad como factor de riesgo para el traumatismo específicamente el desgarró perineal. Mientras que para Cruz Angelly la edad no está asociado al traumatismo.

Tabla 15 nos muestra la asociación entre la paridad y los traumatismos donde con un $p = 0,000$ se muestra asociación entre la paridad y el traumatismo, este estudio coincide con Neira Franco en Ecuador quién indica que las primíparas están asociados al traumatismo desgarro perineal, Lethy Díaz Silva en Lima en año 2014 sus resultados muestran al 63,49% multíparas están asociadas al desgarro, Santos Katherin en la ciudad de Lima quién indica que la mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas, en un estudio realizado en el Hospital del Callao en el año 2016 por Oviedo también se menciona una asociación significativa entre estas dos variables Flores Hernández es quien hizo un estudio más amplio donde indica la asociación estadísticamente significativa entre la paridad y los traumas obstétricos(desgarro, hematoma y laceraciones) quien estaría más cerca a nuestros resultados. Mientras quienes no coinciden con nuestro resultado es para Congo en el año 2015 quien menciona que la paridad no está asociado al traumatismo de igual modo para Nima en la ciudad de Lima en el Hospital Sergio Enrique Bernales menciona que no es significativo la asociación entre estas variables.

La tabla 16 nos muestran un análisis estadístico entre la variable independiente anemia y las dependientes traumatismos ($p = 8,89$) al comparar con el estudio de Santos Malásquez, Katherine coincide con nuestro estudio ya que al realizar su tesis en el Hospital de Vitarte en el año 2014 menciona que el traumatismo desgarros perineales fueron más frecuentes en gestantes sin anemia pero quienes no están en concordancia con nuestros

resultados son: Lethy Díaz Silva ya que en su tesis menciona que las pacientes con anemia leve presentaron un 52.78% de desgarros perineales, Oviedo Maravi, Giuliana al estudiar en el Hospital San José del Callao en el año 2016 sus resultados muestran significancia para la anemia como factor para el desgarro.

La tabla 17 nos muestran el análisis estadístico entre la vulvovaginitis y el traumatismo ($p=0,041$), este resultado nos muestra una asociación significativa lo que nos indican que la vulvovaginitis es un factor de riesgo para el traumatismo, en los últimos 5 años no se ha encontrado estudios relacionados a estas variables pero sin embargo si un estudio similar donde se cruza las infecciones de transmisión sexual con el desgarro pero en dicho estudio menciona que no están asociados.

La tabla de contingencia 18 nos muestran el análisis estadístico entre el periodo intergenésico y los traumatismos ($p = 0,510$) que nos indica que no hay asociación. Con respecto a estas variables encontramos estudios que coinciden con nuestros resultados por ejemplo Nima el periodo intergenésico no está asociado al traumatismo del mismo modo menciona que el periodo intergenésico es un factor protector, mientras que para Oviedo en su estudio menciona que el periodo intergenésico es estadísticamente significativo al traumatismo, Cruz Angelly también observo que el periodo intergenésico está asociado a una mayor probabilidad de sufrir un traumatismo.

La tabla de contingencia 19 nos muestran el análisis o cruce de la variable desproporción feto pélvico con las variables traumatismo ($p = 0,030$), con

respecto a estas variables no se encontraron antecedentes en los últimos 5 años.

A continuación discutiremos en relación a los factores neonatales: la tabla de contingencia 20 nos muestran el cruce entre el peso del recién nacido y los traumatismos ($p = 0,050$), estos resultados al ser comparados con otros estudios coincidimos con Neira de Ecuador donde nos menciona que el peso del recién nacido influye en la aparición de la complicación llamada desgarró perineal, en ese mismo sentido coinciden al mencionar en sus estudios como significativos al peso del recién nacido a : Oviedo en el Hospital San José del Callao, Nima en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales e Isuiza en el Hospital Materno Infantil Carlos Showin Ferrari – Huánuco, por el contrario quienes no concuerdan con nuestros resultados son Santos en el Hospital de Vitarte y Ríos en el Hospital Regional de Loreto ya que en sus estudios el peso del recién nacido no está asociado al traumatismo.

La tabla de contingencia 21 nos muestran el cruce entre la variable perímetro cefálico y el traumatismo ($P = 0,028$), donde sus valores nos indican que hay significancia estadística al comparar con Neira del país de Ecuador coincidimos en los resultados ya que menciona que el perímetro cefálico si influye en la aparición del traumatismo, también coincidimos con Isuiza de Huánuco Perú quién menciona que entre los factores neonatales asociados al traumatismo desgarró es el perímetro cefálico.

La tabla de contingencia 22 muestran el cruce entre las variables duración del segundo periodo del parto y traumatismo ($p=0,728$), donde sus valores indican

que no existe asociación alguna, al compararlo con el estudio de Congo del año 2015 se observa que se contradice a nuestro resultado ya que menciona que el parto precipitado es un factor para el desgarro, quien también coincide con Congo es Isuiza del año 2017 en la ciudad de Huánuco donde es más específico y dice que la duración del expulsivo es un factor de riesgo para el desgarro.

La tabla de contingencia 23 muestran el análisis estadístico entre las variables presentación anómala del feto y desgarro ($p = 0,545$), al observar los valores de "p" nos indica que no existe significancia (asociación). En cuanto a estas variables no se encontró estudios o antecedentes en estos últimos 5 años.

CONCLUSIONES

1. En relación a los factores maternos podemos concluir, que los factores asociados a los traumatismos son: edad, paridad, vulvovaginitis y la desproporción feto pélvica y los no asociados son: anemia y el periodo intergenésico
2. En cuanto a los factores neonatales los asociados al traumatismo son el peso del recién nacido y el perímetro cefálico.
3. De los factores obstétricos se concluye que ninguno está asociado al traumatismo
4. En general concluimos que los factores asociados al traumatismo vulvoperineal son los maternos y los neonatales mientras que los obstétricos no están asociados.

SUGERENCIAS

De acuerdo a las conclusiones se sugiere:

1. Al personal del Hospital Regional de Pucallpa se recomienda en cuanto a los factores maternos focalizar en los factores de riesgo: edad, paridad, vulvovaginitis y desproporción feto pélvico; para realizar la prevención de los traumatismos vulvoperineales principalmente en este grupo focalizado.
2. Difundir los resultados del presente estudio al Hospital Regional de Pucallpa señalando que la anemia no es un factor de riesgo para los traumatismos vulvoperineales para este grupo poblacional.
3. Al personal del Hospital Regional de Pucallpa identificar los factores de riesgo maternos identificados en este estudio para los traumatismos vulvoperineales así disminuir la incidencia de estas.
4. Al personal del Hospital Regional de Pucallpa identificar los factores de riesgo neonatales identificados en este estudio para los traumatismos vulvoperineales así disminuir la incidencia de estas.
5. Según el estudio realizado se sugiere realizar una adecuada técnica de atención de parto, con la finalidad de evitar traumatismos vulvoperineales, capacitando al personal sobre atención de parto vaginal sin episiotomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guía de práctica clínica el "Manejo de los desgarros perinales de tercer y cuarto grado". 2015. Canda.
2. Avila Fabián C. Repositorio academico universidad de San Martín de Porres. [Online].; 2017 [cited 2019 junio 11. Available from: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2694>.
3. Abril González P, Guevara Villareal S, Ramos Cruz A, Rubio Romero JA. Scielo. [Online].; 2009 [cited 2019 junio 09. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a04.pdf>.
4. Abril Gonzales Francis . Factores de riesgo para desgarro perineal en parto sin episiotomia atendidas por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogota (Colombia). Revista colombia de Obstetricia y Ginecologia. 2007 11 de mayo del 2017; 60(2).
5. Santos Malásquez K. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 12. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/776>.
6. Salud OMdl. OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 Octubre 20. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/perineal-trauma-0>.

7. Rodriguez Gongora Edgar y Sanchez Inga Maria. Renati. [Online].; 2017 [cited 2018 Octubre 26. Available from: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2339>.
8. Guiterrez JE. Cybertesis. [Online].; 2017 [cited 2019 Junio 18. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/938/1/Guti%C3%A9rrez%20Rojas%20Johan%20Emanuel_2017.pdf.
9. Congo Chalá EA. REPOSITORIO DIGITAL UNVIVERSIDAD CENTRAL ECUADOR. [Online].; 2015 [cited 2017 Mayo 12. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4750>.
10. Neira Tapia FA. Universidad Católica de Cuenca. [Online].; 2017 [cited 2019 Mayo 16. Available from: <http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/reducacue/7485>.
11. Díaz Silva L. ALICIA. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 10. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UWIE_3b242a94f4efe1df3e1c40eb9133dc.
12. Robayo Villafuerte WM. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMABATO. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 23. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8381>.
13. Nina Valverde N. Repositorio Institucional - UAL. [Online].; 2016 [cited 2019 Mayo 12. Available from: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/29>.

14. Cruz Carrasco AB. ALICIA. [Online].; 2016 [cited 2019 Mayo 10. Available from: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2048>.
15. Flores Hernández JF. UNAP. [Online].; 2015 [cited 2018 Julio 10. Available from: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3705>.
16. Ríos Linares NB. Docplayer. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo 16. Available from: <https://docplayer.es/49915770-Factores-de-riesgos-que-contribuyen-al-desgarro-perineal-en-gestantes-durante-el-parto-en-el-hospital-regional-de-loreto-enero-a-diciembre-2015.html>.
17. Oviedo Maravi G. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. [Online].; 2016 [cited 2018 Julio 02. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/572>.
18. Isuiza Ramirez L. Renati. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo 12. Available from: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/1252>.
19. Maúrtua Blancas NA. Repositorio de la UPSB. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 11. Available from: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/135>.
20. Leyva Aguilar SS. Repositorio institucional. [Online].; 2018 [cited 2019 Junio 10. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2364>.
21. Mc Guinness N, Norr K NK. Comparison between diferentt Perineal out comesontissuehealing. J Nurse Midwifery. 1991 Marzo; 3(36).
22. Blandine G. El periné femenino Barcelona ; 1998.
23. Schwarz R. Desgarro Vaginal - Desgarros Vulvoperineales. In Ateneo E, editor. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo; 2008. p. 46-49.

24. Schwarcz R. Desgarro Vulvovaginal. In Schwarcz , editor. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo; 2008. p. 623.
25. Medicina Fetal Barcelona. [Online].; 2014 [cited 2017 Junio 25. Available from:
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf.
26. Espinal L. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del Hospital Escuela. Med. 2001 Mayo-Agosto; 6(2).
27. Pereira LS, Plascencia J, Ahued RA, Garcia CB, Prieto PI, Gómez CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. In Ginecología. Obstétrico. México; 2002. p. 270 - 274.
28. Figueroa Cabinas J. SliderShare. [Online].; 2016 [cited 2019 Mayo 31. Available from: 29.
<https://es.slideshare.net/albertojosegonzalezgonzalez5/lesiones-del-canal-de-parto>.
29. Mayo clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 13. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/vaginal-tears/sls-20077129?s=1>.
30. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2002 [cited 2017 Junio 29. Available from: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

31. Hornemann A. La edad avanzada es un factor de riesgo para las laceraciones perineales de grado superior durante el parto en mujeres nulíparas. ArchGynecolObstet. 2010; 281: p. 59 - 64.
32. Andrew J S, Jason A P. Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica. In España MHidE, editor. Manejo del primer y segundo estadios del parto. 2nd ed.: España, McGraw-Hill interamericana de España; 2005. p. 201 - 218.
33. Handa V. [Online].; 2010. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/pelvic-floor-disorders-associated-with-pregnancy-andchildbirth>.
34. Alejandra MS. Anemia y embarazo. Organo de Difusión de la Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología - FLASOG. 2017 -2020 2018; II(6-9): p. 315 - 328.
35. Schwarcz R. Duverges Sala. In Schwarcz R. Obstetricia. p. 327 - 329.
36. Williams. Infecciones ginecológicas. In Williams. Ginecología. p. 64 - 76.
37. Instituto Nacional Materno Perinatal. Instituto Nacional Materno Perinatal. [Online].; 2010 [cited 2018 Junio 23. Available from: https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t.pdf.
38. Puffer R SC. Cracteristicas del peso al Nacer. Organización Panamericana de la Salud. 1988 Febrero; 78(504).

39. Beicher NA, Mackay EV. Obstetricia práctica con cuidados del recién nacido. In Interamericana , editor. Obstetricia práctica; con cuidados del recién nacido. California: Interamericana; 1978. p. 170 - 173.
40. Douglas M. Neonatología - Tratamiento, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármaco. In Miembro de la Cámara Nacional de la industria , editor. Neonatología. 6th ed. México: Mexicana; 1978. p. 19 - 20.
41. Balaskas J. Active Birth. In Inc. GU, editor. THE NURSING MOTHERS COMPANION. USA: HARVARD COMMON PRESS; 2017. p. 436.
42. Schwarcz R, Ricardo F, Carlos D. Desgarro Vaginal - Desgarros Vulvoperineales. In ateneo E, editor. Obstetricia. Buenos Aires: El ateneo; 2008. p. 581 - 593.
43. José S, Francisco Escudero. Riesgo materno y perinatal en gestantes Mayores de 35 años. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2000; 46(3).
44. Marquez Loarte R, Plasencia Requejo MC. ALICIA. [Online].; 2018 [cited 2018 Octubre 10. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UWIE_ba7f03ca56df532a861cd93cc2f7c344.

ANEXOS

ANEXO 01

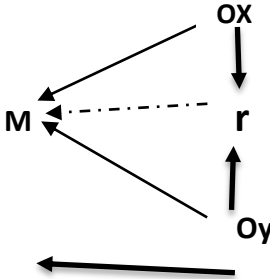
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE		TIPO	ESCALA	INDICADORES		CATEGORÍA O VALOR FINAL	FUENTE	ÍTEM EN EL INSTRUMENTO
1 VARIABLE INDEPENDIENTE	Factores asociados	Cuantitativo	Intervalo	Factores maternos	Edad	Edad en años	Historia clínica	1.1
		Cualitativo	Nominal		Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara • Gram multípara 		1.2
		Cualitativo	Ordinal		Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa 		1.3
		Cualitativo	Nominal		Vulvovaginitis	<ul style="list-style-type: none"> • Gardnerella vaginalis o haemophilus • Candida albicans • Trichomonas 		1.4
		Cuantitativo	Intervalo		Periodo intergenesico	<ul style="list-style-type: none"> • PIG Corto • PIG Adecuado • PIG Largo 		1.5
		Cualitativo	Nominal		Desproporción feto pélvica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		1.6
		Cualitativo	Nominal	Factor es neona	Peso RN	<ul style="list-style-type: none"> • PEG • AEG • GEG 		2.1

		Cualitativo	Nominal		Perímetro cefálico	<ul style="list-style-type: none"> • Micorcefálico • Normocefálico • Macrocefálico 	2.2
		Cualitativo	Nominal	Factores obstétricos	Tiempo de duración del 2do periodo del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Anormal 	3.1
		Cualitativo	Nominal		Presentaciones y posiciones anómalas del feto	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	3.2
VARIABLE DEPENDIENTE	Traumatismo vulvoperineal	Cualitativa	Nominal	Traumatismos	Desgarro perineal	<ul style="list-style-type: none"> • Primer grado • Segundo grado • Tercer grado • Cuarto grado 	4
		Cualitativa	Nominal		Hematoma	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	5
		Cualitativa	Nominal		Laceración vulvoperineal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	6

ANEXO 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA
FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES y DIMENSIONES	CATEGORÍA O VALOR FINAL	DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – Febrero 2019.? <p>ESPECÍFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores maternos asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía? 	<p>GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa-Ucayali. Septiembre 2018 – Febrero 2019. <p>ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores 	<p>GENERAL</p> <p>H1 Los factores maternos, neonatales y obstétricos están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – Febrero 2019</p> <p>Ho Los factores maternos, neonatales y obstétricos no están asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – Febrero 2019.</p>	<p>V.1 Factores asociados al traumatismo vulvoperineal</p> <p>Factores Maternos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Paridad • Anemia • Periodo intergenesico • DCP • vulvovaginitis <p>FACTORES NEONATALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso del RN. • Perímetro Cefálico <p>FACTORES OBSTÉTRICOS</p>	<p>FACTORES MATERNOS</p> <p>Edad: Edad en años</p> <p>Paridad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primípara 2. Multípara 3. Gran Multípara <p>Anemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leve. 2. Moderada. 3. Severa <p>Periodo Intergenésico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. corto (< 3 años). 2. adecuado (3-5 años) 3. largo (> 5 años). <p>Desproporción feto pélvica:</p>	<p>NIVEL Y TIPO DE INV.</p> <p>El nivel de investigación:</p> <p>No experimental, descriptivo correlacional.</p> <p>El tipo de investigación</p> <p>Descriptivo correlacional, retrospectivo, transversal, analítico bivariado</p> <p>Método de inv.</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Diseño de inv.</p> <p>No experimental – analítico correlacional</p> <p>ESQUEMA:</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>Estará constituida por puérperas de parto vaginal en el periodo de septiembre del 2018 a febrero del 2019, siendo un total de 550 partos</p> <p>MUESTRA POBLACIONAL:</p> <p>Estará constituida por 260 puérperas de parto vaginal sin episiotomía.</p> <p>MUESTREO:</p> <p>Finita o conocida</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Técnica:</p>

<p>•¿Cuáles son los factores neonatales asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía?</p> <p>• ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía?</p> <p>• ¿Qué relación existe entre los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía?</p>	<p>maternos asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía.</p> <p>•Identificar los factores neonatales asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía.</p> <p>•Identificar los factores obstétricos asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de duración del segundo periodo del parto. • Presentaciones y posiciones anómalas del feto <p>V.2 Traumatismo vulvoperineal</p> <p>DESGARROS PERINEALES</p> <p>HEMATOMAS</p> <p>LACERACIONES</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>FACTORES NEONATALES</p> <p>Peso del RN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.AEG (> 2500 gr- <4000 gr). 2. PEG (< 2500 gr). 3. GEG (> 4000 gr). <p>Perímetro Cefálico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Micro cefálico 2. Normo cefálico 3. macro cefálico <p>FACTORES OBSTÉTRICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de duración del segundo periodo del parto: <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Anormal <ul style="list-style-type: none"> • Presentaciones y posiciones 	 <p>LEYENDA:</p> <p>M= Muestra Ox= Observación de la Var. Independiente. Oy= Observación de la variable dependiente. R= relación entre variables.</p>	<p>La técnica será análisis documental.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Será ficha de recolección de datos</p> <p>TECNICAS ESTADISTICAS</p> <p>Prueba de hipótesis se realizará con Chi cuadrada.</p> $x^2 = \sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$
---	--	--	--	---	--	---

	<p>•Establecer la relación que existe entre los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía.</p>			<p>anómalas del feto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO <p>DESGARROS PERINEALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desgarro grado 1° 2. Desgarro grado 2° 3. Desgarro grado 3° 4. Desgarro grado 4° <p>HEMATOMAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>LACERACIONES VULVOPERINEALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 		
--	---	--	--	--	--	--

ANEXO 03**INSTRUMENTO****FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

“FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUÉRPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019”.

OBJETIVO: “Conocer los factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. septiembre 2018 – febrero 2019”.

Instrucciones: Consignar o marcar los datos de forma clara y anónima.

I. DATOS SOBRE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO PERINEAL.

1. FACTORES MATERNOS

1.1. Edad años

1.2. Paridad

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

1.3. Anemia

- a) Anemia leve
- b) Anemia moderada
- c) Anemia severa

1.4. Vulvovaginitis

- a) Si
- b) No

1.5. Periodo Intergenesico

- a) PIG Corto (< 2 años)
- b) PIG Óptimo (2-5 años)
- c) PIG Largo (> 5 años)

1.6. Desproporción feto pélvica

- a) Si
- b) No

2. FACTORES NEONATALES

2.1. Peso del recién nacido

- a) PEG ()
- b) AEG ()
- c) GEG ()

2.2. Perímetro cefálico

- a) Microcefálico ()
- b) Normocefálico ()
- c) Macrocefálico ()

3. FACTORES OBSTÉTRICOS

3.1. Tiempo de duración del segundo periodo del parto

- a) Normal
- b) Anormal

3.2. Presentaciones y anómalas del feto

- a) Si
- b) No

II. DATOS SOBRE LA VARIABLE DEPENDIENTE: TRAUMATISMO PERINEAL EN LA ATENCIÓN DEL PARTO A TÉRMINO.

4. Desgarro perineal

- a) Primer grado ()
- b) Segundo grado ()
- c) Tercer grado ()
- d) Cuarto grado ()

5. Hematomas

a) Si

b) No

6. Laceraciones vulvoperineales

a) Si

b) No

7. Traumatismo vulvoperineal

a) Si

b) No

ANEXO 04



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 176-2019-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 03 de Mayo del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0474824 de fecha 12.ABR.2019 presentado por las alumnas Sandra Katy HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, quienes solicitan la emisión de Resolución de regularización de exclusividad de tema, en cuatro (04) folios y un (01) anillado;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 062-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 15.MAR.19 se nombra a la Dra. Jessye M. RAMOS GARCÍA como Asesora de las alumnas Sandra Katy HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del trabajo de Investigación;

Que, las alumnas Sandra Katy HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, solicitan exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019", elaborado durante el curso de Seminario de Tesis;

Que, con Proveído N° 371-2019-UNHEVAL-FOBST-D de fecha 12.ABR.2019 se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema de las mencionadas estudiantes;

Que, con Oficio N° 013-DIU/FOBST-UNHEVAL-2019 de fecha 02.MAY.2019 la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, opina PROCEDENTE la exclusividad de tema;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador FI-PM-01.3.3 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como Asesores de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana Interina de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 0002-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 07 marzo de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** la exclusividad del título de Proyecto de Investigación: "**FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019**", de las alumnas **Sandra Katy HUAMAN LEANDRO** y **Delicia MANDUJANO TRUJILLO** y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia, asesoradas por la Dra. Jessye M. RAMOS GARCÍA.
- 2° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como Asesor del Proyecto de Tesis por docente.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Mague Ponce
DECANA

Distribución:

Asesor, Interesados, Com GyT, OUIInv., Archivo
Sec/RSC

ANEXO 05



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



Sec/RSC

RESOLUCIÓN N° 200-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 17 de Mayo del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0479064 de fecha 14.MAY.2019 presentado por las alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, quienes solicitan Reconsideración de la Resolución N° 176-2019-UNHEVAL/FOBST-D, de fecha 03.may.2019, en cuatro (04) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 062-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 15.MAR.19 se nombra a la Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA como Asesora de las alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del trabajo de Investigación;

Que, mediante Resolución N° 176-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 03.MAY.19 se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019", de las alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO;

Que, las alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO solicitan Reconsideración de la Resolución N° 176-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 03.MAY.19 del proyecto de investigación "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019", que se considere en vías de regularización;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador FI-PM-01.3.3 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como Asesores de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana Interina de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 0002-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 07 marzo de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución N° N° 176-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 03.MAY.19, en el que se aprueba la exclusividad del título del proyecto de investigación de las alumnas **Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO.**
- 2° **APROBAR en vías de regularización** la exclusividad del título del Proyecto de Investigación: "**FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019**", de las alumnas **Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO** y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia, asesoradas por la Mg. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA.
- 2° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como Asesor del Proyecto de Tesis por docente.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD OBSTETRICIA

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:

Asesora, Interesadas, Com GyT, DIU., Archivo
Sec/RSC

Dra. Mary L. Mague Ponce
DECANA

ANEXO 06



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN 086-2018-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 27 de marzo de 2018.

VISTO:

La solicitud N° 0389437, con registro N° 189, de fecha 12.ENE.2017;

CONSIDERANDO:

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia HUAMAN LEANDRO Sandra Katty y MANDUJANO TRUJILLO Delicia, solicitan nombramiento del Asesor de Tesis";

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, Art. 14° señala: "El alumno que va a obtener el título profesional por la modalidad de tesis debe presentar (...), solicitando al Decano de la Facultad el nombramiento de un Asesor de Tesis (...);

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo V del Asesor de Tesis, Art. 29° señala: "El asesor deberá trabajar conjuntamente con el alumno para planificar el proceso de asesoría, esto es, clarificar los propósitos de la asesoría y elaborar la estrategia de trabajo, la lista de actividades a realizar, el cronograma para cumplir dichas actividades y el sistema de verificación de logros. Además definirá un compromiso de trabajo que deberá cumplirse de acuerdo a lo pautado. En resumen, es el responsable del contenido y calidad de la tesis", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **NOMBRAR** a la **Mg. Jessye RAMOS GARCIA, Asesora de Tesis** de las alumnas **HUAMAN LEANDRO Sandra Katty y MANDUJANO TRUJILLO Delicia**, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:

Asesor
Interesado
Archivo
MMP/mgr

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dra. Mary L. Maque Ronce
DECANA

ANEXO 07



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 184-2019-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 07 de mayo del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0477847 de fecha 06.MAY.19 presentado por las alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 176-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 03.MAY.2019 se aprobó como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019", de las alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO y se nombró a la Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, como Asesora de las estudiantes en mención;

Que, con Oficio N° 01-JMRG-FOBS/UNHEVAL-2019 de fecha 12.MAR.2019 la Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, asesora de las alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, informa que se ha concluido con la asesoría del proyecto de tesis titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019", presentada por las alumnas en mención;

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, presentaron un (01) ejemplar del Proyecto de Tesis arriba indicado para su aprobación;

Que, con Oficio N° 001-D-AMSR-FOBS/UNHEVAL-2019 de fecha 20.MAR.2019 la Mg. Ana María SOTO RUEGA y con Oficio N° 001-D-RDLMH-FOBS/UNHEVAL-2019 de fecha 25.MAR.2019 la Mg. Rosario de la MATA HUAPAYA, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019", de las alumnas de la Facultad de Obstetricia Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019", de las alumnas **Sandra Katty HUAMAN LEANDRO** y **Delicia MANDUJANO TRUJILLO**, asesoradas por la Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 11.MAR.2019.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
DUIFO, asesora, interesadas y archivo.
Sec/RSC

ANEXO 08



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 062-2019-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 15 de marzo del 2019

VISTO:

La Solicitud N° 0463195 de fecha 12.MAR.2019 presentada por las alumnas de la Facultad de Obstetricia Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 14° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: " Con el informe del asesor de Tesis será remitido a una comisión Revisora Adhoc, integrado por dos docentes...";

Que, mediante Resolución N° 086-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 27.MAR.2018, se nombró a la Mg. Jessye M. RAMOS GARCÍA como Asesora de Tesis de las alumnas de la Facultad de Obstetricia Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO solicitan la revisión y aprobación de su proyecto de tesis, adjuntando el informe de la Asesora de Tesis; asimismo adjunta 02 ejemplares del proyecto: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019";

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador F1-PM-01.3.2 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como jurado de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° **DESIGNAR** la Comisión Ad Hoc para revisión del proyecto de tesis: "**FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018-FEBRERO 2019**", presentado por las alumnas de la Facultad de Obstetricia **Sandra Katty HUAMAN LEANDRO** y **Delicia MANDUJANO TRUJILLO**; integrado por las siguientes docentes:

Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA
Mg. Ana María SOTO RUEDA

Especialista del Aspecto Metodológico
Especialista del Aspecto Temático

2° **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Proyecto de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

3° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como jurados de tesis por docente.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:
Comisión
Asesor
Interesadas
Archivo.
Sec/RSC

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dr. Mary L. Magre

ANEXO 09



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 274-2019-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 24 de Junio del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0484166 de fecha 20.JUN.2019 presentado por los ex alumnos Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 17° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18° señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesorio. El Jurado se compone de: Presidente, Secretario y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, los ex alumnos de la Facultad de Obstetricia Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO; solicitan designación del tercer jurado para la revisión del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SETIEMBRE 2018- FEBRERO 2019", bajo el asesoramiento de la Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCÍA, quien informa la culminación del Informe final del Proyecto de Investigación y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador F1-PM-01.3.2 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como jurado de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° DESIGNAR** Jurados de la Tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SETIEMBRE 2018- FEBRERO 2019" de los ex alumnos de la Facultad de Obstetricia Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- | | | |
|-------------|---|--|
| PRESIDENTE | : | Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA |
| SECRETARIA | : | Mg. Rosario Del Pilar DE LA MATA HUAPAYA |
| VOCAL | : | Mg. Ana Maria SOTO RUEDA |
| ACCESITARIA | : | Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE |
- 2° DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Proyecto de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.
- 3° DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como jurados de tesis por docente.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

Distribución: Jurados, Asesor, Interesados, Com. GyT y Archivo.

ANEXO 10



PERÚ

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA



MINISTERIO DE SALUD
OFICINA OADI

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD”

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN PARA EJECUTAR PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente hago constar que las alumnas **HUAMÁN LEANDRO SANDRA KATTY** identificado con DNI: 75277976 y **MANDUJANO TRUJILLO DELICIA** identificado con DNI: 71936166 egresadas de la Facultad de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN” – HUANUCO** han sido aceptadas para realizar la Ejecución de Proyecto de Investigación y Tesis con el título **“FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SEPTIEMBRE 2018 – FEBRERO 2019”** se expide el presente documento ala solicitud de las interesadas para fines que se estime por convenio.

Pucallpa 26 de Abril del 2019

Atentamente


Johnny Paul Laguna Ramilla
 C.M.P. N° 32168 R.N.E. N° 25731
 MEDICO JEFE SADI - CARDIÓLOGO



NEXO 11**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe Mg. Carlos Carrillo y Espinoza, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "Factores Asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – Febrero 2019" elaborado por las alumnas Sandra Katty Huaman Leandro y Delicia Mandujano Trujillo de la Facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 04 de abril de 2019



Mg. Carlos Carrillo y Espinoza
DNI. 22518950.....

ANEXO 12



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



Título de la investigación: "Factores Asociados al Traumatismo Vulvoperineal en Púerperas de Parto Vaginal sin Episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2019 – Febrero 2019."

JUEZ REVISOR: Mg. Carlos Carrillo y Espinoza

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(✓)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(✓)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

.....
Mg. Carlos Carrillo y Espinoza
DNI: 22 518 950
TELEF 76 26 8882

ANEXO 13**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "Factores Asociados al traumatismo vulvoperineal en púerperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – Febrero 2019" elaborado por las alumnas Sandra Katty Huaman Leandro y Delicia Mandujano Trujillo de la Facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 04 de abril de 2019



Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz
DNI.....22.52.0276.....

ANEXO 14



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



Título de la investigación: "Factores Asociados al Traumatismo Vulvoperineal en Puérperas de Parto Vaginal sin Episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2019 – Febrero 2019."

JUEZ REVISOR: Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(2)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(2)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(2)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(2)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(2)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(2)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(2)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(2)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(2)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(2)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

Ruth Córdova
.....
Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz
DNI: 22520276
TELEF. 962074722

ANEXO 15**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe Mg. Julio Tueros Espinoza, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "Factores Asociados al traumatismo vulvoperineal en púerperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – Febrero 2019" elaborado por las alumnas Sandra Katty Huaman Leandro y Delicia Mandujano Trujillo de la Facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 04 de abril de 2019


Mg. Julio C. Tueros Espinoza
OBSTETRA
COP. 3134

Mg. Julio Tueros Espinoza
DNI. 06278286

ANEXO 16



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES



Título de la investigación: "Factores Asociados al Traumatismo Vulvoperineal en Puérperas de Parto Vaginal sin Episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2019 – Febrero 2019."

JUEZ REVISOR: Mg. Julio Tueros Espinoza

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

Julio Tueros Espinoza
Mg. Julio C. Tueros Espinoza
OBSTETRA
COP. 9124
Mg. Julio Tueros Espinoza
DNI: 06278286
TELEF. 962599684

ANEXO 17

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe DR. Gutarra Vara Jose, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "Factores asociados al traumatismo Vulvoperineal en púerperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – febrero 2019." elaborado por las alumnas Sandra Katty Huamán Leandro y Delicia Mandujano Trujillo de la Facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 20 de mayo de 2019




DR. Gutarra Vara Jose
DNI. 22642200

ANEXO 18



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES



Título de la investigación: "Factores Asociados al Traumatismo Vulvoperineal en Púerperas de Parto Vaginal sin Episiotomía Atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2019 – febrero 2019."

JUEZ REVISOR: DR. Gutarra Vara Jose

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL		

OBSERVACIONES:.....

.....

Dr. Jose Gutarra Vara Jose
M.C.M.P. 19630 - R.N.E. 16849

DR. Gutarra Vara Jose
DNI... 22.642.200
TELEF... 9.43.416.616

ANEXO 19**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe Dr. Leon Rocano Rojas, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado "Factores Asociados al traumatismo vulvoperineal en púerperas de parto vaginal sin episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 – Febrero 2019" elaborado por las alumnas Sandra Katty Huaman Leandro y Delicia Mandujano Trujillo de la Facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 04 de abril de 2019

Dr. Rocano Rojas Leon
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
Nº REG. L.I. FNº 311
OBSTETRIA
COPM 648

Dr. Leon Rocano Rojas
DNI. 272097082

ANEXO 20



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES



Título de la investigación: "Factores Asociados al Traumatismo Vulvoperineal en Púerperas de Parto Vaginal sin Episiotomía atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2019 – Febrero 2019."

JUEZ REVISOR: Dr. Leon Rocano Rojas

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	()	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL		

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

Dr. Rocano Rojas León
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
N° REG. PROF. 311
COP. 11018

Dr. Leon Rocano Rojas
DNI: 72691087
TELEF: 978797450



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 304-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 17 de Julio del 2019

VISTO:

La solicitud N° 486996 de fecha 17.JUL.2019 presentado por las ex alumnas Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N°274-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 24.JUN.2019 se designó al jurado examinador de la Tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SETIEMBRE 2018- FEBRERO 2019", de las bachilleres Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO;

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentra APTA para ser sustentada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, las bachilleres Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, solicitan se le declare expeditas y se le fije fecha y hora de sustentación de tesis;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 25° dice: "Una vez que los miembros del Jurado hubieran informado al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis, el Decano emitirá la resolución fijando día, hora y lugar para la sustentación...", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° DECLARAR expedito las bachilleres de la Facultad de Obstetricia **Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO** para la sustentación de tesis.

2° FIJAR fecha, hora y lugar de sustentación de la tesis Titulada: "**FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SETIEMBRE 2018- FEBRERO 2019**", de los bachilleres **Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

DÍA : Jueves 18 de Julio del 2019

HORA : 4:00 Pm.

LUGAR : Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia.

3° COMUNICAR a los Miembros del Jurado Calificador integrados por los siguientes docentes y a la Asesora Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA.

PRESIDENTE	:	Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
SECRETARIA	:	Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA
VOCAL	:	Mg. Ana Maria SOTO RUEDA
ACCESITARIA	:	Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE

4° DISPONER que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
Jurados, Asesora, Interesadas, Publicación y archivo.
Sec/CPH



RESOLUCIÓN N° 305-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 18 de Julio del 2019

VISTO:

La constancia, de fecha 18.JUL.19, que no puede asistir a la Sustentación la Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA, en calidad de jurada;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 304-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 17.JUL.19 se designó a la Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA como miembro jurado examinador de la tesis titulada: **"FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SETIEMBRE 2018- FEBRERO 2019"** de los bachilleres Sandra Katty HUAMAN LEANDRO y Delicia MANDUJANO TRUJILLO, en calidad de Secretaria;

Que, la Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA, hace constar que no podrá asistir a la Sustentación como jurado, quién coordinó con la Asesora Dra. Jessyee Mirtha Ramos Garcia;

Que, analizado el documento, se aprueba habilitar a la Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE como Secretaria del Jurado, en consecuencia dejar sin efecto la Resolución N° 304-2019-UNHEVAL/FOBST-D, debiendo quedar de la siguiente manera: PRESIDENTE: Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA, SECRETARIA: Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE, VOCAL: Mg. Ana Maria SOTO RUEDA y ACCESITARIA: Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° **Habilitar** a la Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE como Secretaria del Jurado, en consecuencia **DEJAR SIN EFECTO** la parte Resolutiva del Numeral 3° de la Resolución N° 304-2019-UNHEVAL/FOBST-D, de fecha 27.JUN.201, dejando subsistente los Numerales 1°, 2° y 4° de la referida Resolución; debiendo quedar de la siguiente manera:

PRESIDENTE	:	Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
SECRETARIA	:	Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
VOCAL	:	Mg. Ana Maria SOTO RUEDA

2° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
Jurados, Asesora, Interesada, Publicación y archivo.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 18 días del mes de Julio de 2019, siendo las 16:30 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "**FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SETIEMBRE 2018- FEBRERO 2019**", presentado por la bachiller **Sandra Katty HUAMAN LEANDRO**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTA	:	Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
SECRETARIA	:	Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
VOCAL	:	Mg. Ana María SOTO RUEDA

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
..... — Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 16 y cualitativa de: bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.


En fe, de lo cual firmamos.



Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
PRESIDENTA



Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
SECRETARIA



Mg. Ana María SOTO RUEDA
VOCAL

Asesor: Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA.



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los 10 días del mes de Julio de 2019, siendo las 16:30 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "**FACTORES ASOCIADOS AL TRAUMATISMO VULVOPERINEAL EN PUERPERAS DE PARTO VAGINAL SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA. SETIEMBRE 2018- FEBRERO 2019**", presentado por la bachiller **Delicia MANDUJANO TRUJILLO**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTA	:	Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
SECRETARIA	:	Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
VOCAL	:	Mg. Ana Maria SOTO RUEDA

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
..... - Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 16 y cualitativa de: bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.



Dra. Mónica Roxana TAMAYO GARCÍA
PRESIDENTA



Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
SECRETARIA



Mg. Ana Maria SOTO RUEDA
VOCAL

Aseor: Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Huaman Leandro Sandra Kitty

DNI: 75277976 Correo electrónico: sandra17-11@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 945227088 Oficina _____

Apellidos y Nombres: Mandujano Trujillo Delicia

DNI: 71936166 Correo electrónico: girs_m@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 920369799 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____


2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>Obstetricia</u>
E. P. :	<u>Obstetricia</u>

Título Profesional obtenido:

Obstetra

Título de la tesis:

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN	UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES		
	RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL		VERSION	FECHA	PAGINA
	OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL		0.0	06/01/2017	2 de 2

F Factores asociados al traumatismo vulvoperineal en puérperas de parto vaginal sin episiotomía en el Hospital Regional de Pucallpa. Septiembre 2018 - Febrero 2019.

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
 () 2 años
 () 3 años
 () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 19-07-2019

Firma del autor y/o autores:

