



Universidad Andina del Cusco
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia



**Factores de Riesgo Asociados a Pacientes con Traumas Obstétricos Maternos y
Perinatales Atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.**

Tesis presentada por:

Bch. Chavez Ventura Bettzi Estefanny

Bch. Ortiz De Orue Condori Yeshica

Título a optar:

Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Dra. Obst. Gladis Edith Rojas Salas

Cusco – Perú

2019



Dedicatoria

“Primeramente a Dios por la vida, por estar conmigo en cada paso que doy, por haberme puesto en mi camino a personas que han sido de mucha ayuda en todo este tiempo.”

“Con mucho amor a mis papitos Juan Segundo Ventura Pinedo y Adelaida Montalvo Huayhua por estar conmigo en los momentos felices y tristes, enseñarme grandes valores gracias por su apoyo incondicional. Enseñarme a nunca rendirme siempre levantarme y seguir adelante.”

“A mi mama Bettzi Ventura Montalvo por haberme apoyado a continuar mis sueños, por sus consejos por su apoyo incondicional para terminar esta etapa de mi vida.”

Bettzi Estefanny Chavez Ventura



Dedicatoria

“El presente trabajo está dedicado a Dios por ser mi principal inspirador, a mi madre querida Rosa Condori Serna por ser mi apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera universitaria, luchando por hacerme persona de bien y a mi hermana. A mi papá Oscar Ortiz De Orue Arrosquipa por su apoyo moral y por sus valiosos consejos.”

“A toda mi familia por su paciencia, buenos valores, que ayudaron a trazar mi camino. Así mismo a las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación profesional y como persona.”

Yeshica Ortiz De Orue Condori.



Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a Dios, a nuestra familia, docentes de la Universidad Andina Del Cusco de la Escuela Profesional de Obstetricia por haber compartido sus conocimientos a lo largo de nuestra profesión, de manera especial, a la Dra. Gladis Rojas Salas, por su asesoría de nuestra tesis quien ha guiado con su paciencia y sabiduría.

Así mismo nuestro reconocimiento al Hospital Antonio Lorena Del Cusco por todas las atenciones y la información brindada a lo largo de esta investigación.

Las bachilleres



Introducción

En el parto se puede presentar complicaciones tanto en la madre como en el neonato, el periodo expulsivo prolongado puede determinar algunas complicaciones como son traumatismos obstétricos y traumatismos en el neonato, los cuales incrementan la morbilidad materna, por lo tanto es importante conocer los factores de riesgo que acompañan a estas pacientes de esta manera incidir en actividades de prevención para disminuir las altas tasas de mortalidad materna y perinatal.¹

Cuando existen traumas obstétricos se evidencian el compromiso de partes del aparato reproductor femenino, por lo tanto habrá esto se verá afectado en la calidad de vida de las madres.²

La presente investigación cumple con la estructura según el Reglamento de Grados i Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia, en base a cuatro capítulos, donde el 1er capítulo remarca el planteamiento y formulación del problema, así como los objetivos, el 2do capítulo da a conocer el marco teórico mostrando los estudios realizados a nivel internacional, nacional y bases teóricas, en el 3er capítulo se plasma todo el aspecto de la metodología utilizada en la presente investigación así como la

¹ Delgado M. Traumatismos del recién nacido. Revista de Ginecología y Obstetricia México 2017 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom077j.pdf> [citado 2018, julio10]

² Cabero R. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción, Tomo II, segunda edición España 2011



descripción de la población y muestra, para que por último en el 4to capítulo se den a conocer los resultados con su respectivo análisis, discusión y conclusiones.



Resumen

Factores de riesgo asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco – 2018, investigación cuyo objetivo fue estimar la incidencia e identificar los factores de riesgo gestacionales e intraparto asociados a traumas obstétricos maternos y perinatales. Es un estudio cuantitativo, analítico, correlacional, de diseño no experimental, cohorte transversal. Resultados: La incidencia es de 118 (85%) desgarros vulvo perineales, 12 (9%) desgarros cervicales y 9 (6%) hematomas vulvares, por otro lado, la frecuencia de pacientes con traumas perinatales son caput succedaneum 26 (87%), cefalohematoma 2 (7%), fractura de clavícula 1 (3%), parálisis del plexo braquial 1 (3%). Las características sociodemográficas son edad de 35 años a más, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria. Los factores de riesgo gestacionales asociados son pacientes multigestas, índice de masa corporal: desnutrición, sobrepeso y obesidad, con antecedente de trauma obstétrico, patologías durante la gestación como hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones, trabajo de parto en el momento de la hospitalización: fase activa/periodo expulsivo. Los factores de riesgo intraparto son vía del término de la gestación: parto vaginal distócico o cesárea de emergencia, peso del recién nacido: Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr., presencia de distocia fetal, maniobras de Kristeller

Palabras clave: Factores de riesgo, traumas obstétricos maternos y perinatales.



Abstract

Risk factors associated with patients with maternal and perinatal obstetric trauma treated at the Antonio Lorena Hospital Cusco - 2018, whose objective was to estimate the incidence and identify the gestational and intrapartum risk factors associated with maternal and perinatal obstetric traumas. It is a quantitative, analytical, correlational, non-experimental, cross-sectional study. Results: The incidence is of 118 (85%) perineal vulvo tears, 12 (9%) cervical tears and 9 (6%) vulvar hematomas, on the other hand the incidence of patients with perinatal traumas are caput succedaneum 26 (87%), cephalohematoma 2 (7%), clavicle 1 fracture (3%), brachial plexus palsy 1 (3%). The sociodemographic characteristics are 35 years old and over, cohabiting civil status, secondary education level. The associated gestational risk factors are multigesta patients, body mass index: malnutrition, overweight and obesity, with a history of obstetric trauma, pathologies during pregnancy such as hemorrhages, hypertensive disorders and infections, labor at the time of hospitalization: phase active / expulsive period. Intrapartum risk factors are via the end of pregnancy: dystocic vaginal delivery or emergency caesarean section, weight of the newborn: Less than 2500 Kgr. / More than 4,000 Kgr., Presence of fetal dystocia, Kristeller maneuvers

Key words: Risk factors, maternal and perinatal obstetric traumas.



Índice

<i>Dedicatoria</i>	
<i>Agradecimiento</i>	
<i>Introducción</i>	
<i>Resumen</i>	
<i>Abstract</i>	
<i>Índice</i>	
<i>Capítulo I: Planteamiento del Problema</i>	
<i>1.1. Caracterización del problema</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Formulación del problema</i>	<i>3</i>
<i>1.2.1 Problema general</i>	<i>3</i>
<i>1.2.2. Problemas específicos</i>	<i>3</i>
<i>1.3. Justificación e importancia de problema</i>	<i>3</i>
<i>1.4. Limitaciones de la investigación</i>	<i>5</i>
<i>1.5 Aspectos éticos</i>	<i>5</i>
<i>1.6 Objetivos de la investigación</i>	<i>5</i>
<i>1.6.1 Objetivo general</i>	<i>5</i>
<i>1.6.2. Objetivos específicos</i>	<i>5</i>
<i>1.7. Delimitación del estudio</i>	<i>6</i>
<i>1.5.1 Delimitación espacial</i>	<i>6</i>
<i>1.5.2. Delimitación temporal</i>	<i>6</i>

**Capítulo II: Marco Teórico**

2.1. Aspectos teóricos pertinentes	7
2.1.1 Antecedentes de estudios	8
2.1.2 Bases teóricas	12
2.2 Definición de términos	21
2.3 Hipótesis	22
2.4. Definición de variables	24
2.5. Operacionalización de variables	25

Capítulo III: Metodología

3.1. Tipo de estudio	28
3.2 Diseño de investigación	29
3.3 Población	30
3.4 Técnicas e instrumentos	32
3.5 Procedimiento de recolección de datos	33
3.6 Procedimiento de análisis de datos	33

Capítulo IV: Resultados

Resultados	34
Discusión	57
Conclusiones	61
Recomendaciones	62
Referencias bibliográficas	63
Anexos	67



Capítulo I

Planteamiento del Problema

1.1. Caracterización del problema

Las embarazadas en el momento del parto son susceptibles de sufrir alguna lesión o trauma obstétrico, que, con el avance tecnológico, científico, técnicas obstétricas utilizadas en la atención del parto han disminuido y las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal han decrecido considerablemente.³

³Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo ¡cada madre y cada niño contarán!, Ginebra2010.Disponible:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf;jsessionid=f8cb6af443c20107a11aaf6c7aa64a43?sequence=1> [citado 2018, julio10]



Según el estudio realizado en otros países se establece que el mayor porcentaje de traumas obstétricos maternos un 70% se produce por hemorragia post parto, por alumbramiento incompleto y una hemorragia de tipo no uterina producida por desgarro vaginal en un 42%.⁴ La Organización Mundial de la Salud reporta que existe en el mundo 529.000 muertes maternas al año, las cuales 166.000 son originadas por hemorragias obstétricas lo que representa el 25% de las muertes maternas, labor prolongado o retenido 8%, la hemorragia en el parto es una de las causas más frecuentes producidas por traumas obstétricos maternos en un 99%. Entre los traumas obstétricos fetales el que ocupa mayor porcentaje es el tamaño de feto. Se ha comprobado que un 55% de los casos se produce con peso superior a 4,000 gramos.⁵

En Perú según el estudio de Cuello⁶. Los traumas obstétricos en el recién nacido son la fractura de clavícula que fue la lesión más frecuente, Caput Succedáneum. Los traumas obstétricos estadísticamente significativos fueron el trabajo de parto prolongado, maniobra externa del (kristeller) y el uso del fórceps.

En la ciudad del Cusco se tiene escasa investigación sobre factores de riesgo de traumas obstétricos maternos y perinatales.

⁴ Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el Perú, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Banco Mundial y Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Factores de éxito en la salud de las mujeres y los niños: Perú. Ginebra 2012.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Ginebra 2016 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/> [citado 2018, julio 10]

⁶ Cuello F. Factores de riesgos asociados a traumatismo obstétrico en recién nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016. Lima Perú 2017



1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo gestacionales asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo intraparto asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?

1.3 Justificación

En importante la salud integral de las personas, es por esto la preocupación de fomentar la investigación científica y estadística sobre los principales problemas de salud, por ello en la presente investigación se podrá determinar que traumas



obstétricos se están presentando por lo tanto tomar estrategias para prevenirlos y evitar morbi mortalidad en las madres y perinatos. El concepto de trauma obstétrico son las lesiones físicas originadas durante el parto en la madre y feto.

La presente investigación es relevante socialmente porque aporta datos importantes para mejorar la calidad de vida de las mujeres que por cursar una gestación muchas veces tienen secuelas que dañan su vida reproductiva y sexual, es importante conocer los factores de riesgo de traumas obstétricos maternos y perinatales para trabajar en base a ello la vigilancia y el seguimiento es primordial a fin de evitar que la gestación no salga de los límites fisiológicos y en caso de suceder estas sean detectadas en fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el manejo adecuado y reducir la tasa de morbilidad materna y fetal.

La presente investigación tiene implicancias prácticas porque los traumatismos obstétricos tienen un impacto social considerado como perjuicio para las madres y recién nacido. Así mismo es necesario que el personal obstetra cuente con datos actuales acerca de los factores de riesgo de traumas obstétricos en el parto para que en base a ello mejoren las prácticas y manejo.

Los resultados darán información necesaria para conocer a profundidad los traumas obstétricos que se están presentando y mejorar la prevención o manejo oportuno, así mismo aportara datos necesarios para continuar investigando al respecto.

En la actualidad, se evidencia pocos estudios sobre los factores de riesgo de los traumas obstétricos maternos perinatales. Al no investigar no podríamos determinar las principales causas del problema en investigación.



1.4 Limitación de la investigación

Las limitaciones fueron al encontrar historias clínicas incompletas, las cuales previas coordinaciones se verificaron con cuadernos de seguimiento y con el SIP 2000 para la buena recolección de datos y de esta manera evitar sesgos de información.

1.5 Aspectos éticos

- Para la recolección de datos de la presente investigación se cumplió con solicitar permiso a la dirección del Hospital Antonio Lorena y al área de capacitación para poder recolectar los datos en áreas como estadística y SIP 2000.
- Los datos obtenidos son exclusivamente utilizados para cumplir con los objetivos planteados

1.6. Objetivos de la investigación

1.6.1 Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018

1.6.2. Objetivos específicos

- Estimar la incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.
- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.



- Especificar los factores de riesgo gestacionales asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.
- Identificar los factores de riesgo intraparto asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018

1.7 Delimitación del estudio

1.7.1 Delimitación espacial

La presenta investigación se desarrolló en la ciudad del Cusco en el hospital Antonio Lorena Cusco del distrito de santiago, provincia y departamento del Cusco.

1.4.2 Delimitación temporal

El presente estudio se desarrolló en base a la revisión de las historias clínicas de pacientes que presentaron trauma obstétrico y perinatal en la atención del parto durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2018.



Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Aspectos teóricos pertinentes

2.1.1 Estudios previos

Antecedentes internacionales

- *Cedeño M., Delgado K.* “Traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, febrero julio 2014. Portoviejo Manabi Ecuador 2014.”⁷

Objetivo: “Identificar traumas obstétricos del recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en el periodo Febrero - Julio del 2014.

Metodología: estudio prospectivo, tomando en cuenta datos actuales y relacionados con el problema., descriptiva

⁷ Cedeño M., Delgado K. Traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, febrero julio 2014. Portoviejo Manabi Ecuador 2014



Resultados: “Nivel de instrucción materna fue primaria y secundaria, predominó en la edad de 19 a 23 años, con estado civil de unión libre y casadas, con antecedentes patológicos entre los 24 a 33 años de diabetes y caso de eclampsia, donde la mayor parte provienen del sector urbano y rural. En los controles prenatales el 67 % entre la edad de 28 a 33 años se realizan entre 1 a 2 controles. Por su parte el 31 % y el 45 % en la edad entre 19 a 23 años lo hace en 3 a 4 y de 5 a 6 controles en su periodo de embarazo, donde el 29 % de las mujeres fueron primigesta y estuvieron en el rango entre 14 y 18 años. Mientras que multigesta lo estableció el 50% para las edades entre 19 a 23 años y tuvieron un tipo de presentación cefálica. En la edad y tipo de partos en el distócico y eutócico predominó en el rango de 19 a 23 años con el 36 % y 43 %. Por su parte en las emergencias de cesáreas el 40% correspondió a la edad entre 14 a 18 años y 24 a 28 años, donde el 37 % de los casos encontrados en partos distócicos los recién nacidos tuvieron peso entre 2.000-3.500 gramos a >4.000 gramos, predominando el género femenino sobre el masculino. El 60 % al minuto del Apgar en los recién nacidos se ubicó en la escala de >7. Por su parte a los cinco minutos el 35 % se reportó entre los 4-6 y 0-3 respectivamente y el 40.74% de los casos en traumas en niños recién nacidos correspondieron a asfixia perinatal. Mientras que el 22 % correspondió a cefalohematoma y el 19 % a caputsucedaneum, con el 15.”



- *Guamán M.* “Trauma obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil Ecuador 2013.”⁸

Objetivo: “Determinar los casos de trauma obstétrico y factores de riesgo durante el trabajo de parto, mediante análisis de las historias clínicas en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. En el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

Metodología: Donde el tipo de investigación es retrospectivo, descriptivo, analítico, de diseño no experimental.

Resultados: “El 30 % tienen complicaciones o traumas en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52 %; teniendo como riesgo asociado el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2.501 a 3.500 gr que fue el porcentaje más alto.”

⁸ Guamán M. Trauma obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil Ecuador 2013.



- *Llumiquinca D.* “Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril a diciembre del 2011. Ecuador 2011.”⁹

Objetivo: Determinar la incidencia de traumatismos que se presentan en la madre y el niño a causa del expulsivo prolongado y que pueden estar asociados a complicaciones en la vida futura.”

Metodología: Investigación explicativa; identificando las causas o los por qué de la ocurrencia del fenómeno, de cuáles son las variables o características que presenta y de cómo se dan sus interrelaciones.

Resultados: “Los antecedentes ginecobstetricos; el 57% corresponde a Primigestas, el 33% a multíparas y el 10% a gran multíparas. El 67% se le realizó episiotomía por encontrarse en periodo expulsivo prolongado, mientras que el 33% no se le realizó por no cumplir con un criterio selectivo. De la muestra obtenida el 24% presentó desgarro de primer grado, y el 9% desgarro de segundo grado. En relación con los traumatismos neonatales el 37% corresponde al Caput succedaneum, seguido con el 28% fractura de clavícula. Los traumatismos obstétricos en general corresponden al 67% de los casos estudiados mientras que los traumatismos neonatales corresponden al 90% de los casos, los mismos que guardan relación con el expulsivo prolongado que corresponde al 33% del total de la muestra.”

⁹ Llumiquinca D. Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril a diciembre del 2011 Ecuador 2011.



Antecedentes nacionales

- *Cuello F.* “Factores de riesgos asociados a traumatismo obstétrico en recién nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016. Lima Perú 2017.”¹⁰

Objetivo: Investigación que determino los factores que se asocian a traumatismo obstétrico en recién nacidos.

Metodología: Investigación cuantitativa, analítico, de corte transversal, retrospectivo, de casos y controles. Se estudiaron 35 recién nacidos con traumatismo obstétrico de una población total de 5530 nacidos vivos en el HNHU durante el periodo analizado, se consideró como control al nacimiento subsecuente al caso estudiado. Fueron analizadas variables maternas, del parto y recién nacido, utilizando el programa estadístico SPSS, se realizó análisis descriptivo para estimar frecuencias simples, el análisis de riesgo se efectuó mediante el cálculo de Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Donde encontraron que durante el periodo citado se reportaron 35 casos de recién nacidos de parto vaginal con traumatismo obstétrico, cuya prevalencia fue de 6.3 por mil recién nacidos. La fractura de clavícula fue la lesión más frecuente (n= 29; 59.2%), seguida de Caput Succedáneum (n=9; 18.4%). Los factores de riesgo de trauma obstétrico estadísticamente significativos fueron: trabajo de parto prolongado, maniobra externa (kristeller) y uso de fórceps.

¹⁰ Cuello F. Factores de riesgos asociados a traumatismo obstétrico en recién nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016. Lima Perú 2017



2.1.2 Bases teóricas

A. Trauma obstétrico

Conocemos por traumatismo obstétrico a las lesiones producidas durante el parto, estas lesiones pueden ser provocadas por las fuerzas mecánicas exageradas que provocan en el recién nacido hemorragia, edema o rotura de tejido, esta complicación puede ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico. El parto expone al feto y a la madre a traumas obstétricos.

Su frecuencia es menor en los partos eutócicos simple, que en otros tipos de partos, el trauma deja lesiones que pueden requerir desde simple observación hasta un tratamiento urgente.

Define la lesión al nacimiento como toda aquella situación desfavorable que afecta al feto en el trabajo de parto. ¹¹

Traumas obstétricos maternos:

- a. Desgarros vulvoperineales
- b. Desgarros cervicales
- c. Hematomas

Se desarrollan a continuación:

¹¹ Adrianzén O. Traumatismo obstétrico. Editorial Ginecología y Obstetricia Corp. S.A. Lima Perú 2012
Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2777/4/cuello_zfe.pdf [citado 2018, julio10]



a. Desgarros vulvoperineales

Las laceraciones en el momento del parto se producen como desgarros perineales, lesiones de la vagina y la vulva, éstas se clasifican en:

Primer grado:

“Es la laceración que toma la horquilla, piel y vagina, sin lesionar el plano muscular.”

Segundo grado:

“Además de las lesiones de la piel y mucosa, se agrega el plano muscular, bulbo cavernoso y transverso superficial.”

Tercer grado:

“Así se denomina la laceración que, además de la lesiones del desgarro de segundo grado, lesiona el esfínter anal.”

Cuarto grado:

“Comprometen mucosa vaginal, musculo y mucosa rectal.”^{12,13}

¹² Inpier Revisión sistemática de traumas obstétricos. Factores de Riesgo. El Salvador: Editorial Salud Global S.A. El Salvador 2011.

¹³ Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva” Revisión de canal de parto Pág. 16 Lima Perú 2004.



b. Desgarros cervicales

Los desgarros del cuello del útero son soluciones de continuidad de extensión variable. Prácticamente se producen pequeños desgarros en todos los partos. Eso explica que el orificio cervical externo no recupere la forma circular que tiene en nulíparas.

La hemorragia es el principal signo, donde la intensidad varía de acuerdo a la longitud del desgarro del calibre de los vasos afectados.

Pueden ser:

- Desgarro cervical único
- Desgarro cervical bilateral
- Desgarro cervical radiado. ^{14, 15}

c. Hematomas

Presenta hemorragia dentro de la vulva (área de los labios menores), puede llegar a medir entre 10 a 15 cm., presenta dolor en la zona afectada, así como toma un color aculado, se puede evidenciar tumefacción y hemorragia. ¹⁶

¹⁴ Díaz R. Traumatismos obstétrico. Incidencia, clasificación y factores asociados. Honduras: Editorial Pertin. S.A. Honduras 2014

¹⁵ Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.” Revisión de canal del parto Pág. 15 Lima Perú 2004.

¹⁶ Madi J., Vieira R., Fauth B., Viecceli C., Ongaratto D., Pavan G. Factores de riesgo asociados a traumatismo al nacimiento. Revista Chile Obstetricia y Ginecología 2012.



Traumas obstétricos perinatales:

Se puede evidenciar algunas de estas lesiones:

- Lesiones evidentes en cuero cabelludo (cefalohematomas, equimosis)
- Lesiones equimóticas en algún aparte del cuerpo (diferenciar manchas mongólicas)
- Parálisis braquial o no mueve alguno de los brazos (moro asimétrico)
- Fracturas: clavícula, húmero y fémur

En resumen son estos:

- a. Caput succedaneum
- b. Cefalohematoma
- c. Fractura de clavícula
- d. Fracturas de húmero
- e. Fractura de fémur
- f. Parálisis del nervio facial
- g. Parálisis del plexo braquial

a. Caput succedaneum

“Es la tumefacción difusa edematosa de los tejidos blandos del cuero cabelludo, aparece en la presentación cefálica. Esta tumefacción contiene suero y/o sangre y se produce por la alta presión que ejerce el útero y paredes vaginales sobre la presentación. La tumefacción es superficial, sobre el periostio y puede sobrepasarse la línea media y las suturas.”¹⁷

¹⁷ García H. Peña A. Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacido Revista Lima Perú 2014

**b. Cefalohematoma**

“Hemorragia subperióstica que aparece en el cabeza. Se produce durante el trabajo de parto, ruptura de vasos sanguíneos que van desde los huesos al periostio. Esta limitado al hueso craneal sobre el que se asienta, no sobrepasando las suturas ni fontanelas. La localización es sobre uno de los parietales, es raro que afecte al occipital y al frontal. Debido a que el sangrado es lento, se aprecia entre las 6 y 24 horas después del parto.”¹⁸

c. Fractura de clavícula

“Es la fractura frecuente durante el parto, produciéndose en el 1.8 a 2% de los recién nacidos vivos. La mayor parte de ellas son en tallo verde, y en un pequeño porcentaje son completas. Se producen por retención de hombros durante el parto, especialmente en recién nacidos grandes para la edad gestacional y en parto en podálica con extensión de brazos. La fractura en tallo verde usualmente es asintomática, y se diagnostica por la aparición del callo de fractura alrededor del séptimo día del nacimiento. La fractura completa produce disminución o ausencia de movimientos del brazo del lado afectado, dolor a la movilización pasiva con llanto y reflejo de Moro incompleto.”¹⁹

¹⁸ García H., Rubio J. Factores de riesgos asociados a traumatismo al nacimiento. Revista de Investigación clínica Argentina 2016

¹⁹ Ponce De León J. Frecuencia y tipo de lesiones obstétricas en neonatos nacidos en un Hospital general. Editorial Tompson México 2016

**d. Fractura de húmero**

“El mecanismo más común es la retención de hombros en presentación de vértice o la extensión de los brazos en presentación podálica. La ubicación más frecuente es en la diáfisis. Suele ser en tallo verde y más raramente completa con desviación de fragmentos. Al igual que en el caso de la fractura de clavícula, la fractura en tallo verde sólo se diagnostica por la aparición del callo de fractura. La fractura se presenta clínicamente por deformación del brazo afectado, ausencia del reflejo de Moro, dolor y crepitación a la palpación.”²⁰

e. Fractura de fémur

“Es frecuente las fracturas de las extremidades inferiores en el recién nacido, sobre todo en parto en nalgas con encajamiento de hombros o brazos, en el que hay que traccionar de las piernas. Clínicamente se manifiesta por deformidad, ausencia de movimiento y dolor a la movilización pasiva de la extremidad afectada.”²¹

f. Parálisis del nervio facial

“Es originada por la presión a la salida del agujero estilomastoideo, ya sea por instrumentos o por el promontorio durante la rotación de la cabeza. Clínicamente se dificulta para cerrar el ojo del lado afectado y con la desviación de la comisura bucal hacia el lado opuesto.”²²

²⁰ Valbuena I. Trauma obstétrico en el Hospital Dr. Adolfo Pons. Revista Obstétrica y Ginecológica de Venezuela 2015

²¹ Organización Panamericana de la Salud. Los traumas en los neonatos y su tratamiento. Panamá 2013.

²² López T. Parálisis del plexo braquial con traumatismo obstétrico. Editorial Trillas S.A. México 2015

**g. Parálisis del plexo braquial**

“Es causada con frecuencia durante el parto podálico por la tracción del plexo braquial lo que origina hemorragia, edema e incluso desgarro de las raíces nerviosas. Es frecuente en niños macrosomicos, que pueden producir distocias de hombros, que dificultan la extracción de la cabeza.”²²

B. Factores de riesgo

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

Factores de riesgo antes de la gestación**a) Edad**

“Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento de su atención obstétrica, menores de 19 años o mayores de 35 años de edad se consideran edad extrema, y las pacientes con edades entre los 19 a 34 años son edad adecuada obstéticamente.”²³

b) Incremento de masa corporal

“Una medida de la obesidad se determina mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros (IMC = peso en kg/ estatura en m²).” Se considera que una persona tiene diagnóstico nutricional de:

²³ Instituto Nacional de Informática y Estadística Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf> [citado 2018, junio 24]



- Desnutrición = IMC < 18.5
- Normal = IMC 18.5 a 24.9
- Sobrepeso = IMC a 25-29.9
- Obesidad = IMC > 30.²⁴

Factores de riesgo en la gestación

a) Atención prenatal

“En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas.”²⁵

b) Edad gestacional

“La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.”²⁶

²⁴ Revista de Salud Ocupacional Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/bmi_calculator_span.cfm [citado 2018, julio 20]

²⁵ Revista de Ginecología y Obstetricia Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/ [citado 2018, julio 16]

²⁶ Mediplus Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish> [citado 2018, junio 22]



Factores de riesgo intraparto

a) Vía del término de la gestación

“Es la vía en la que se decidió culminar con la gestación, la cual puede ser vía vaginal de forma eutócica o distócica, es decir, inducida o conducida.”²⁷

b) Peso del recién nacido

“Se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento. Tiene correlación directa con la edad a la que nació el bebé y puede estimarse durante el embarazo midiendo la altura uterina. Un neonato que se halle dentro del rango normal de peso para su edad gestacional se considera apropiado para la edad gestacional (AEG), mientras que el que nace por encima o por debajo del límite definido para la edad gestacional ha sido expuesto a un desarrollo fetal que lo predispone a complicaciones tanto para su salud como para la de su madre.”²⁸

c) Distocia fetal

“La distocia fetal es un tamaño anormalmente grande o una posición que dificultan el parto. El diagnóstico se realiza mediante el examen, la ecografía o la respuesta al trabajo de parto.”²⁸

²⁷ Saconne J. Clínica del inicio de trabajo de parto Lima Perú 2013

²⁸ Ministerio de Salud. Protocolo de atención del recién nacido Lima Perú 2013

d) Maniobra de Kristeller

Consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos». La idea de este procedimiento es fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, masajeando el útero y presionándolo en el fondo repetidamente en dirección hacia el canal del parto.²⁹

2.2 Definición de términos

Incidencia. - Es la cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año. La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha enfermedad.³⁰

Características sociodemográficas. - Datos de la paciente y del acompañante tales como: edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación.

Traumatismo o trauma.- Lesión física producida por una acción violenta o por una introducción en el organismo de una sustancia toxica o cuerpo extraño.

Factores de riesgo.- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

²⁹ SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/82-9-art-revision-maniobra-12-3.pdf> [citado 2019, junio 10]

³⁰ Mediplus Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002387.htm>



Traumatismos obstétricos.- Desgarros o laceraciones perineales que acompañan de lesiones de la vagina y la vulva, excepto los más superficiales, y pueden lesionar el esfínter anal y la mucosa rectal.

Traumatismo neonatal.- Traumatismo sufrido por un recién nacido en el curso del parto.

Parto normal.- Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta.

Parto distócico.- Se define por distocia a una dificultad para el progreso adecuado del parto vaginal o normal.

Atención de parto.- “Conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.”³¹

2.3. Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Los factores de riesgo asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018. Son índice de masa corporal (obesidad) edad avanzada, multigesta; Perinatales, macrosomia fetal, maniobra de Kristeller.

³¹ Rodríguez C. La patología asociada al proceso del parto. Editorial Asociación Española de Pediatría Madrid España 2016.



2.3.2 Hipótesis específicas

- La incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 con frecuencia son los desgarros vulvo perineales, desgarros cervicales y hematomas vulvares,
- Las características sociodemográficas de la población de estudio atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son las edades extremas, menor de 19 años y mayor de 35 años, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria.
- Los factores de riesgo gestacionales asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son edad gestacional a término, atención prenatal menor de seis controles y trabajo de parto distócico.
- Los factores de riesgo intraparto asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son parto distócico, parto precipitado y en el recién nacido, macrosómico, con presencia de distocia fetal, maniobra de kristeller.



2.4. Definición de variables

2.3.1 Variable dependiente

Trauma obstétrico: Trauma obstétrico materno
 Trauma obstétrico perinatal

2.3.2 Variables independientes

Características Sociodemográficos

Factores de riesgo

 Factores de riesgo gestacionales

 Factores de riesgo intraparto

2.5. Operacionalización de variables



Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Expresión final	Escala	Instrumento
Trauma obstétrico	Lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y su paso por el canal vaginal donde se ven afectados tanto la madre como el perinato.	Lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y su paso por el canal vaginal donde se ven afectados tanto la madre como el perinato que serán estudiados en la presente investigación.	Traumas obstétricos maternos	Desgarros vulvo perineales	Primer grado Segundo grado Tercer grado Cuarto grado	Ordinal	Ficha de recolección de datos
					Desgarro cervical	Nominal	
				Hematoma	Hematoma vulvar	Nominal	
			Traumas perinatales	Caput succedaneum	Caput succedaneum	Nominal	
				Cefalohematoma	Cefalohematoma		
				Fractura de clavícula	Fractura de clavícula		
				Fracturas de humero	Fracturas de humero		
				Fracturas de fémur	Fracturas de fémur		
			Parálisis del nervio facial	Parálisis del nervio facial			
			Parálisis del plexo braquial	Parálisis del plexo braquial			



Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Expresión Final	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas	Conjunto de características socioeconómicas que están presentes en la paciente y que se asocian con traumas obstétricos	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas que están presentes en la paciente antes de la gestación y que se asocian con traumas obstétricos que puedan ser medibles en la presente investigación.	Edad	Menor de 19 años	Adolescente	Intervalo	Ficha de recolección de datos
				De 19 a 34 años	Adulta		
				35 años a más	Adulta mayor		
			Estado civil	Soltera	Soltera	Nominal	
				Casada	Casada		
				Conviviente	Conviviente		
			Grado de instrucción	Primaria	Primaria	Ordinal	
				Secundaria	Secundaria		
				Superior técnica	Superior técnica		
				Superior universitaria	Superior universitaria		

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Expresión Final	Escala	Instrumento
Factores de riesgo gestacionales	Conjunto de características que están presentes en la paciente en la gestación y que se asocian con traumas obstétricos	Conjunto de características que están presentes en la paciente en la gestación y que se asocian con traumas obstétricos que puedan ser medibles en la presente investigación	Gestaciones	Primigesta / Segundigesta	Primigesta / Segundigesta	Ordinal	Ficha de recolección de datos
				Multigesta	Multigesta		
			Índice de masa corporal	Normal (IMC 18.5 a 24.99)	Normal	Ordinal	
				Desnutrición (IMC < 18.5), Sobrepeso (IMC ≥ 25,00), Obesidad (IMC ≥ 30,00)	Desnutrición, Sobrepeso y Obesidad		
			Antecedente de trauma obstétrico	Si	Si	Nominal	
				No	No		
			Edad gestacional al término de la gestación	Menor de 37 sem y Mayor de 40 sem	Pre termino y Post termino	Intervalo	
				37 a 40 sem	A termino		
			Atención prenatal	Ausente o 1-5 APN	Ausente	Ordinal	
				De 6 o más APN	Presente		
			Patologías durante la gestación	Hemorragias, Trastornos hipertensivos e Infecciones	Hemorragias, Trastornos hipertensivos e Infecciones	Nominal	
				No presentó patologías	No presentó patologías		
Trabajo de parto en el momento de la hospitalización	No trabajo de parto/Trabajo de parto fase latente	No trabajo de parto/Trabajo de parto fase latente	Nominal				
	Trabajo de parto fase activa/Periodo expulsivo	Trabajo de parto fase activa/Periodo expulsivo					



Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Expresión Final	Escala	Instrumento
Factores de riesgo intraparto	Conjunto de características que se presentan en la paciente durante la atención de parto y que se asocian con traumas obstétricos	Conjunto de características que se presentan en la paciente durante la atención de parto y que se asocian con traumas obstétricos que puedan ser medibles en la presente investigación.	Vía del término de la gestación	Parto vaginal eutócico / cesárea programada	Parto vaginal eutócico / cesárea programada	Cualitativa	Ficha de recolección de datos
				Parto vaginal distócico / cesárea de emergencia	Parto vaginal distócico / cesárea de emergencia		
			Peso del recién nacido	Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr	Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr	Cuantitativa	
				De 2500 a 3 999 Kgr	De 2500 a 3 999 Kgr		
			Distocia fetal	Si	Si	Cualitativa	
				No	No		
Maniobra de Kristeller	Si	Si	Cualitativa				
No	No						



Capítulo III

Metodología

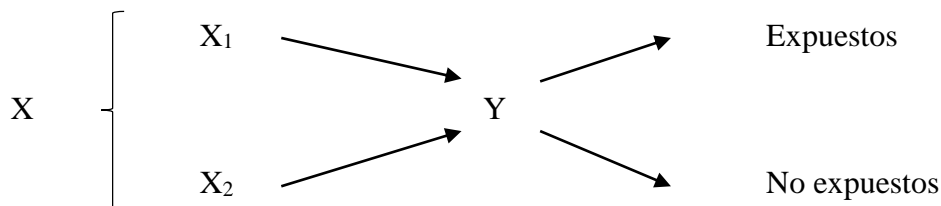
3.1. Tipo de estudio

Estudio analítico, correlacional porque está orientado a describir de manera independiente cada variable de estudio, luego mediante métodos estadísticos de correlación se verificará el grado de relación existente entre ellas, de enfoque cuantitativo, en la medida que se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, 2008).

3.2. Diseño de investigación

Es una investigación de tipo no experimental, de cohorte transversal porque los datos se obtuvieron en una sola oportunidad. El diagrama de este diseño es el siguiente:

(Hernández et al, 2008)



Dónde:

X: Población

X₁: Muestra de casos

X₂: Muestra de controles

Y: factores de riesgo

En un estudio de casos y controles, sujetos con una enfermedad o condición particular (los casos) son seleccionados para compararlos con una serie de sujetos en los que la enfermedad o condición está ausente (los controles). Casos y controles se comparan respecto a atributos o exposiciones presentes o pasadas que se supone están relacionadas con el desarrollo de la enfermedad o condición bajo estudio. Los hechos estudiados son anteriores a la realización del estudio, por lo que son retrospectivos (secuencia efecto-causa).



3.3. Población

3.3.1. Descripción de la población

La población estuvo compuesta por pacientes que acudieron para atención de parto en el Hospital Antonio Lorena de la Ciudad del Cusco, siendo los casos aquellas que presentaron traumas obstétricos tanto maternos como perinatales y controles las madres sin traumas obstétricos tanto maternos como perinatales.

Según el sistema de información perinatal SIP 2000 los partos durante el año 2018 son de 3, 432, es así que el reporte de pacientes con trauma obstétrico es de 1046, para la presente investigación se considerara los casos presentados en los meses de octubre, noviembre y diciembre siendo un total de 302.

3.3.2. Muestra y método de muestreo

El cálculo de la muestra se efectuó según la fórmula de dos proporciones para comprobar una hipótesis en estudio de casos y controles con índice de confianza de 95% y nivel de significación de 0.05.

El tipo de muestreo es probabilístico debido a que se conoce la población y la muestra es hallada mediante esta fórmula para poblaciones finitas:

$$n_{\text{opt.}} = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

$N = \text{Universo (población)} = 302$

$E = \text{error muestra} = 0.05$

$Z = 1.96$ (niveles de confianza)

$p = 0.50$ (probabilidad de éxito)

$q = 0.50$ (probabilidad de fracaso)

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times p \times q} = \frac{290.0408}{0.7525} = 169$$

En tal sentido la muestra se considerará 169 para los casos y 169 para los controles.

3.3.3. Criterios de selección

Casos:

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas, pacientes con el diagnóstico de traumas obstétricos perinatales que cuente con historia clínica completa



Criterios de exclusión.

- Historias clínicas, paciente con el diagnóstico de traumas obstétricos perinatales que cuente con historia clínica incompleta

Controles:

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas, paciente sin el diagnóstico de traumas obstétricos perinatales, que cuente con historia clínica completa.

Criterios de exclusión.

- Historias clínicas, paciente sin el diagnóstico de traumas obstétricos perinatales, que cuente con historia clínica incompleta.

3.4 Técnica e instrumento

La técnica es de observación directa del caso, revisión de la historia clínica, el instrumento es una ficha de recolección de datos, el cual esta validada mediante el juicio de cinco expertos logrando la adecuación y poder utilizar el instrumento.



3.5. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos cumplió requisitos como contar con el permiso del área de capacitación del Hospital Antonio Lorena Cusco y cumplir estrictamente con el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, en base a ello se registró los datos obtenidos de las historias clínicas en la ficha de recolección de datos.

3.6. Procedimiento de análisis de datos

Los datos encontrados plasmados en la ficha de recolección de datos fueron revisados por las tesisistas y luego trasladados al paquete estadístico SPSS Versión 23 para conseguir las tablas y poder realizar el análisis e interpretación respectiva, así mismo con ayuda del paquete estadístico EPI Info se logró obtener el valor de chi cuadrado, el valor de p y el OR para poder ver si existe relación entre las variables estudiadas.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

I. Incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales

Tabla N° 1 Incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018

Traumas obstétricos		f	%
Traumas obstétricos maternos	Desgarros vulvo perineales	118	85%
	Desgarros cervicales	12	9%
	Hematomas vulvares	9	6%
Total		139	100%
Traumas perinatales	Caput succedaneum	26	87%
	Cefalohematoma	2	7%
	Fractura de clavícula	1	3%
	Parálisis del plexo braquial	1	3%
Total		30	100%

Fuente.- Ficha de recolección de datos.

La incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018 es de 118 (85%) desgarros vulvo perineales, 12 (9%) desgarros cervicales y 9 (6%) hematomas vulvares, por otro lado la incidencia de pacientes con traumas perinatales son caput succedaneum 26 (87%), cefalohematoma 2 (7%), fractura de clavícula 1 (3%), parálisis del plexo braquial 1 (3%).

II. Características sociodemográficas de la población en estudio.

Tabla N° 2: Características sociodemográficas de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018

Variables	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Edad materna	Menor de 19 años	32	19	38	22
	De 19 a 34 años	45	27	53	32
	35 años a más	92	54	78	46
Total	169	100	169	100	
Estado civil	Soltera	20	12	15	9
	Casada	47	28	42	25
	Conviviente	102	60	112	66
Total	169	100	169	100	
Grado de instrucción	Primaria	10	6	8	5
	Secundaria	136	81	144	85
	Superior técnica	17	10	13	8
	Superior universitaria	6	3	4	2
Total	169	100	169	100	

Fuente.- Ficha de recolección de datos.



Las características sociodemográficas de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco atendidos en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2018 son edad de 35 años a más con el 54% (92) en los casos y 46% (78) para los controles; el estado civil se presenta como conviviente 60% (102) en los casos y 66% (112) para los controles; el grado de instrucción es secundaria 81% (136) para los casos y 85% (144) para los controles.

Tabla N° 3: Características gestacionales en pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales

Variables	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Gestaciones	Primigesta/segundigesta	49	29	93	55
	Multigesta	120	71	76	45
	Total	169	100	169	100
Índice de masa corporal	Normal	61	36	98	58
	Desnutrición, Sobrepeso y obesidad	108	64	71	42
	Total	169	100	169	100
Antecedente de trauma obstétrico	Si	73	43	22	13
	No	96	57	147	87
	Total	169	100	169	100
Edad gestacional al término de la gestación	Menor de 37 sem ó mayor de 40 sem	91	54	67	40
	37 a 40 sem	78	46	102	60
	Total	169	100	169	100
Atención prenatal	Ausente o de 1-5 APN	101	60	76	45
	De 6 o más APN	68	40	93	55
	Total	169	100	169	100
Patologías durante la gestación	Hemorragias, Trastornos hipertensivos e infecciones	105	62	81	48
	No presentó patologías	64	38	88	52
	Total	169	100	169	100
Trabajo de parto en el momento de la hospitalización	No trabajo de parto/Trabajo de parto fase latente	77	46	102	60
	Trabajo de parto fase activa/Periodo expulsivo	92	54	67	40
	Total	169	100	169	100

Fuente.- Ficha de recolección de datos.



Las características gestacionales de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco atendidos en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2018 se presenta con gestaciones de tres a más con el 71% (120) para los casos, respecto a los controles son primigestas y segundigestas con el 55% (93); el índice de masa corporal se presenta como 64% (108) con desnutrición, sobrepeso u obesidad para los casos y en los controles es de 58% (98) como normal; el antecedente de trauma obstétrico es de 57% (96) y 87% (147) para los casos y controles respectivamente; la edad gestacional al término de la gestación es de 54% (91) como menor de 37 semanas o mayor de 40 semanas en los casos y 60% (102) con entre 37 a 40 semanas de edad gestacional para los controles; la atención prenatal es de 60% (101) en los casos como ausente o de 1 a 5 atenciones prenatales, por el contrario en los controles es de 55% (93) para 6 a más atenciones prenatales; las patologías durante la gestación se presenta como hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones con el 62% (105) en los casos y 52% (88) como ausencia de patología en los controles; el trabajo de parto en el momento de la hospitalización se presenta como 54% (92) como trabajo de parto fase activa o periodo expulsivo, en los controles se presenta como 60% (102) en el enunciado que indica que en el momento de la hospitalización ingresaron como no trabajo de parto o trabajo de parto fase latente.

Tabla N° 4: Características intraparto en pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018

Variable	Casos		Controles		
	F	%	f	%	
Vía del término de la gestación	Parto vaginal eutócico / cesárea programada	78	46	102	60
	Parto vaginal distócico / cesárea de emergencia	91	54	67	40
Total	169	100	169	100	
Peso del recién nacido	Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr	97	57	94	56
	De 2500 a 3 999 Kgr.	72	43	75	44
Total	169	100	169	100	
Distocia fetal	Si	55	33	97	57
	No	114	67	72	43
Total	169	100	169	100	
Maniobra de Kristeller	Si	32	19	12	7
	No	137	81	157	93
Total	169	100	169	100	

Fuente.- Ficha de recolección de datos.



Las características intraparto de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco atendidos en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2018 son vía de término de la gestación con 54% (91) como parto vaginal distócico o cesárea de emergencia en los casos y con 60% (102) para los controles refiriendo que la vía fue parto vaginal eutócico o cesárea programada; el peso del recién nacido es 57% (97) con menos de 2500 Kgr o más de 4000 Kgr y con 56% (94) tanto para los casos como para los controles respectivamente; la distocia fetal es de 67% (114) negándolo y 57% (97) refiere que si hubo distocia fetal con el 57% (97); la maniobra de Kristeller no se presentó en el 81% (137) y 93% (137) para los casos y controles.

Tabla N° 5: Factores de riesgo gestacionales asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables	OR	IC 95%
Gestaciones: Multigesta	1.44	[1.06 - 1.62]
Índice de masa corporal: Desnutrición, Sobrepeso y obesidad	2.01	[1.36 - 3.22]
Antecedente de trauma obstétrico: Si	0.42	[0.25 - 1.32]
Edad gestacional al término de la gestación: Menor de 37 sem ó mayor de 40 sem	0.34	[1.66 - 3.21]
Atención prenatal: Ausente o de 1-5 APN	0.51	[0.40 - 1.20]
Patologías durante la gestación: Hemorragias, Trastornos hipertensivos e infecciones	3.71	[2.28 – 4.76]
Trabajo de parto en el momento de la hospitalización: Trabajo de parto fase activa/Periodo expulsivo	2.92	[2.20 - 3.54]

Fuente.- Ficha de recolección de datos.



Los factores de riesgo gestacionales asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, durante el año 2018 son el número de gestaciones: multigestas con OR: 1.44 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.06 a 1.62, el índice de masa corporal: desnutrición, sobrepeso y obesidad con OR: 2.01 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.36 a 3.22, con antecedente de trauma obstétrico con OR: 0.42 y con un intervalo de confianza al 95% de 0.25 a 1.32, atención prenatal: ausente o de 1 – 5 atenciones prenatales con OR: 0.51 y con un intervalo de confianza al 95% de 0.40 a 1.20, las patologías durante la gestación como hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones con OR: 3.71 y con un intervalo de confianza al 95% de 2.28 a 4.76, trabajo de parto en el momento de la hospitalización: trabajo de parto fase activa/periodo expulsivo con OR: 2.92 y con un intervalo de confianza al 95% de 2.20 a 3.54.

Tabla N° 6: Gestación asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables	Casos		Controles		
	F	%	f	%	
Multigesta	Si	120	71%	76	45%
	No	49	29%	93	55%
Total	169	100%	169	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	32.456
Valor de p	0.002
OR	1.44
IC 95%	[1.06 - 1.62]

Interpretación: El número de gestaciones asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 71% (120) como multigestas, caso contrario ocurre en los controles donde el 55% (93) no son multigestas. La razón entre pacientes multigestas con traumas obstétricos versus las que no presentaron es 1,44 veces mayor con intervalo entre 1.06 – 1.62, por lo tanto esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 7: Índice de masa corporal asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Desnutrición, Sobrepeso y obesidad	Si	108	64%	71	42%
	No	61	36%	98	58%
Total	169	100%	169	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	26.124
Valor de p	0.011
OR	2.01
IC 95%	[1.36 - 3.22]

Interpretación: El índice de masa corporal asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018 se presenta con el 64% (108) casos, por el contrario, con el 58% (98) en los controles. La razón entre pacientes con desnutrición, sobrepeso y obesidad y presenten traumas obstétricos versus las que no presentaron es 2,01 veces mayor con intervalo entre 1.36 – 3.22, por lo tanto esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 8: Antecedente de trauma obstétrico asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Antecedente de trauma obstétrico	Si	73	43%	22	13%
	No	96	57%	147	87%
Total	169	100%	169	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	17.109
Valor de p	0.011
OR	0.42
IC 95%	[0.25 - 1.32]

Interpretación: El antecedente de trauma obstétrico asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 43% (73) en casos y en los controles no hubo antecedente de trauma obstétrico con el 87% (147). La razón entre pacientes con antecedente de trauma obstétrico y la presencia actual de traumas obstétricos versus las que no presentaron es 0,42 veces mayor con intervalo entre 0.25 – 1.32, por lo tanto esta asociación no es estadísticamente significativa.

Tabla N° 9: Edad gestacional al término de la gestación asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables		Casos		Controles	
		f	%	f	%
Edad gestacional al término de la gestación: Menor de 37 sem ó mayor de 40 sem	Si	91	54%	67	40%
	No	78	46%	102	60%
Total		169	100%	169	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	6.122
Valor de p	0.051
OR	3.14
IC 95%	[2.66 - 4.21]

Interpretación: La edad gestacional al término de la gestación con menor de 37 semanas o mayor de 40 semanas asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 54% (91) de casos y en los controles el 60% (102) tuvieron edad gestacional a término. La razón entre pacientes con edad gestacional al término de la gestación con menor de 37 semanas o mayor de 40 semanas asociado a pacientes con traumas obstétricos versus las que no presentaron es 3.14 veces mayor con intervalo entre 2.66 – 4.21, por lo tanto esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 10: Atención prenatal de la gestación asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Atención prenatal: Ausente o de 1-5 APN	Si	101	60%	76	45%
	No	68	40%	93	55%
Total	169	100%	169	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	12.232
Valor de p	0.051
OR	0.51
IC 95%	[0.40 - 1.20]

Interpretación: La atención prenatal como ausente o de 1 a 5 asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 60% (101) y en los controles el 55% (93) tuvieron atenciones prenatales de 6 a más. La razón entre pacientes con atención prenatal como ausente o de 1 a 5 asociado a pacientes con traumas obstétricos versus las que no presentaron es 0.51 veces mayor con intervalo entre 0.40 – 1.20, por lo tanto esta asociación no es estadísticamente significativa.

Tabla N° 11: Patologías durante la gestación asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Patologías durante la gestación: Hemorragias, Trastornos hipertensivos e infecciones	Si	105	62%	81	48%
	No	64	38%	88	52%
Total		169	100%	169	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	23.987
Valor de p	0.004
OR	3.71
IC 95%	[2.28 - 4.76]

Interpretación: La presencia de patologías durante la gestación asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 62% (105) y en los controles el 52% (88) no tuvieron patologías. La razón entre pacientes con patologías asociado a pacientes con traumas obstétricos versus las que no presentaron es 3.71 veces mayor con intervalo entre 2.28 – 4.76, por lo tanto esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 12: Trabajo de parto en el momento de la hospitalización asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variables		Casos		Controles	
		F	%	f	%
Trabajo de parto en el momento de la hospitalización: Trabajo parto fase activa/Periodo expulsivo	No	77	46%	102	60%
	Si	92	54%	67	40%
Total		169	100%	169	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	12.811
Valor de p	0.041
OR	2.92
IC 95%	[2.20 - 3.54]

Interpretación: El trabajo de parto en el momento de la hospitalización como fase activa o en periodo expulsivo asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 54% (92) y en los controles ingresan como no trabajo de parto o fase latente con el 60% (102). La razón entre pacientes con trabajo de parto fase activa o en periodo expulsivo a pacientes con traumas obstétricos versus las que no presentaron es 2.92 veces mayor con intervalo entre 2.20 – 3.54, por lo tanto esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 13: Factores de riesgo intraparto asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018

Variable	OR	IC 95%
Vía del término de la gestación: Parto vaginal distócico / cesárea de emergencia		
Si	3.13	[2.10 - 4.02]
No		
Peso del recién nacido: Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr		
Si	2.14	[1.90 - 2.48]
No		
Distocia fetal		
Si	2.24	[1.12 - 2.34]
No		
Maniobra de Kristeller		
Si	1.05	[0.56 - 1.71]
No		

Fuente.- Ficha de recolección de datos.



Los factores de riesgo intraparto asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presentan como vía del término de la gestación: parto vaginal distócico o cesárea de emergencia con OR: 3.13 y con un intervalo de confianza al 95% de 2.10 a 4.02, peso del recién nacido: Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr con OR: 2.14 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.90 a 2.48, la presencia de distocia fetal con OR: 2.24 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.12 a 2.34, las maniobras de Kristeller con OR: 1.05 y con un intervalo de confianza al 95% de 0.56 a 1.71.

Tabla N° 14: Vía del término de la gestación asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variable		Casos		Controles	
		f	%	f	%
Vía del término de la gestación: Parto vaginal distócico / cesárea de emergencia	Si	91	54%	67	40%
	No	78	46%	102	60%
Total		169	100%	169	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	19.521
Valor de p	0.002
OR	3.13
IC 95%	[2.10 - 4.02]

Interpretación: La vía de término de la gestación como parto vaginal distócico o cesárea de emergencia asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 54% (91) y en los controles el 60% (102) como parto eutócico o cesárea programada. La razón entre pacientes con vía de término de la gestación como parto vaginal distócico o cesárea de emergencia con traumas obstétricos versus las que no presentaron es 3.13 veces mayor con intervalo entre 2.10 – 4.02, por lo tanto esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 15: Peso del recién nacido asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variable		Casos		Controles	
		f	%	f	%
Peso del recién nacido: Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr	Si	97	57%	94	56%
	No	72	43%	75	44%
Total		169	100%	169	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	21.101
Valor de p	0.000
OR	2.14
IC 95%	[1.90 - 2.48]

Interpretación: El peso del recién nacido menos de 2500 Kgr o más de 4000 Kgr. asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 57% (97) y en los controles el 56% (94) menos de 2500 Kgr o más de 4000 Kgr. La razón entre pacientes menos de 2500 Kgr o más de 4000 Kgr versus las que no presentaron es 2.14 veces mayor con intervalo entre 1.90-2.48, por lo tanto, esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 16: Distocia fetal asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variable	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Distocia fetal	Si	55	33%	97	57%
	No	114	67%	72	43%
Total	169	100%	169	100%	

Fuente.- Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	23.041
Valor de p	0.001
OR	2.24
IC 95%	[1.12 - 2.34]

Interpretación: La presencia de distocias fetales asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 33% (55) y en los controles el 57% (97) como la ausencia de distocias fetales. La razón entre pacientes que presentaron distocias fetales y que tuvieron traumas obstétricos versus las que no presentaron es 2.24 veces mayor con intervalo entre 1.12 – 2.34, por lo tanto esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 17: Maniobra de Kristeller asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variable	Casos		Controles		
	f	%	f	%	
Maniobra de Kristeller	Si	32	19%	12	7%
	No	137	81%	157	93%
Total		169	100%	169	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gestaciones	
Chi cuadrado	16.001
Valor de p	0.000
OR	1.05
IC 95%	[0.56 - 2.11]

Interpretación: La maniobra de Kristeller asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018, se presenta con el 19% (32) y en los controles fue el 7% (12). La razón entre pacientes en las que se hicieron maniobras de Kristeller y que tuvieron traumas obstétricos versus las que no presentaron es 1.05 veces mayor con intervalo entre 0.56 – 2.11, por lo tanto, esta asociación es estadísticamente significativa.



Discusión

- La incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018 es de 118 (85%) desgarros vulvo perineales, 12 (9%) desgarros cervicales y 9 (6%) hematomas vulvares, por otro lado, la incidencia de pacientes con traumas perinatales son caput succedaneum 26 (87%), cefalohematoma 2 (7%), fractura de clavícula 1 (3%), parálisis del plexo braquial 1 (3%).
- La investigación de Guamán M. en Trauma obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil Ecuador 2013 concluye que el 30% tienen complicaciones o traumas en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%. De igual manera el estudio de Llumiquinca D. en Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril a diciembre del 2011. Ecuador 2011 concluye que el 24% presentó desgarro de primer grado, y el 9% desgarro de segundo grado. En relación con los traumatismos neonatales el 37% corresponde al Caput succedaneum, seguido con el 28% fractura de clavícula.
- Las características sociodemográficas de la población en estudio son edad de 35 años a más tanto para los casos (54%) como para los controles (46%) es decir edades consideradas de riesgo o extremas para la gestación; el estado civil es conviviente (60%) en los casos y (66%) en los controles, un estado civil que predomina en la



población que acude a este establecimiento de salud y el grado de instrucción es secundaria con (81%) para los casos y (85%) para los controles, un grado de instrucción considerada con estudio básico. Datos contrarios fueron encontrados por Cedeño M., Delgado K. Traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, febrero julio 2014. Portoviejo Manabi Ecuador 2014, quienes concluyen que el nivel de instrucción materna fue primaria y secundaria, predominó en la edad de 19 a 23 años, con estado civil de unión libre y casadas.

- Los factores de riesgo gestacionales asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son pacientes multigestas (OR: 1.44 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.06 a 1.62), la pacientes con tres a más gestaciones por lo general son más susceptibles de sufrir complicaciones, sin embargo el estudio de Llumiquinca D. en Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril a diciembre del 2011. Ecuador 2011 concluyo que dentro de los antecedentes ginecobstetricos; el 57% corresponde a Primigestas, el 33% a multíparas y el 10% a gran multíparas.
- El índice de masa corporal: desnutrición, sobrepeso y obesidad (OR: 2.01 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.36 a 3.22), con antecedente de trauma obstétrico (OR: 0.42 y con un intervalo de confianza al 95% de 0.25 a 1.32), patologías durante la gestación como hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones (OR: 3.71 y con un intervalo de confianza al 95% de 2.28 a 4.76).



- El trabajo de parto en el momento de la hospitalización: trabajo de parto fase activa/periodo expulsivo (OR: 2.92 y con un intervalo de confianza al 95% de 2.20 a 3.54). el estudio de Llumiquinca D. en Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril a diciembre del 2011. Ecuador 2011 concluye que los traumatismos obstétricos en general corresponden al 67% de los casos estudiados mientras que los traumatismos neonatales corresponden al 90% de los casos, los mismos que guardan relación con el expulsivo prolongado que corresponde al 33% del total de la muestra.
- Los factores de riesgo intraparto asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son vía del término de la gestación: parto vaginal distócico o cesárea de emergencia (OR: 3.13 y con un intervalo de confianza al 95% de 2.10 a 4.02), peso del recién nacido: Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr (OR: 2.14 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.90 a 2.48), la presencia de distocia fetal (OR: 2.24 y con un intervalo de confianza al 95% de 1.12 a 2.34).
- El estudio de Cuello F. en Factores de riesgos asociados a traumatismo obstétrico en recién nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016. Lima Perú 2017 concluyen que los factores de riesgo para trauma obstétrico es estadísticamente significativo fueron: trabajo de parto prolongado OR 2,09 IC [1.63-2.6].



- Las maniobras de Kristeller se asocian a traumatismos obstétricos con OR: 1.05 y con un intervalo de confianza al 95% de 0.56 a 1.71, en tal sentido el estudio de Cuello F. en Factores de riesgos asociados a traumatismo obstétrico en recién nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016. Lima Perú 2017, concluye al respecto que un factor de riesgo para sufrir traumas obstétricos estadísticamente significativos fue la práctica de maniobra externa (kristeller) OR 10.07 [1.18- 85.5] y el uso de fórceps OR 2.02 IC [1.59-2.57], prácticas que no están recomendadas debido a las complicaciones que traen consigo, pese a ello en la presente investigación se evidencio que aún se practican sobre todo la maniobra de Kristeler.



Conclusiones

- La incidencia de pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco durante el año 2018 es de 118 (85%) desgarros vulvo perineales, 12 (9%) desgarros cervicales y 9 (6%) hematomas vulvares, por otro lado la incidencia de pacientes con traumas perinatales son caput succedaneum 26 (87%), cefalohematoma 2 (7%), fractura de clavícula 1 (3%), parálisis del plexo braquial 1 (3%).
- Las características sociodemográficas de la población en estudio son edad de 35 años a más, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria.
- Los factores de riesgo gestacionales asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son pacientes multigestas, índice de masa corporal: desnutrición, sobrepeso y obesidad, con antecedente de trauma obstétrico, patologías durante la gestación como hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones, trabajo de parto en el momento de la hospitalización: fase activa/periodo expulsivo.
- Los factores de riesgo intraparto asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son vía del término de la gestación: parto vaginal distócico o cesárea de emergencia, peso del recién nacido: Menos de 2500 Kgr. / Más de 4 000 Kgr., presencia de distocia fetal, maniobras de Kristeller



Recomendaciones

- Es importante dar a conocer los resultados de la presente investigación al personal obstetra que se encarga de la atención de parto para poder lograr un análisis de las frecuencias de traumas obstétricos tanto en la madre como en el perinato, para en base a ello lograr actualizar los manuales de atención y sobre todo evidenciar oportunamente desviaciones de la condición de normalidad en el progreso de la labor, identificando el riesgo para la toma de decisiones.
- Replantear las actividades preventiva promocionales como son la orientación de signos y síntomas de alarma para acudir oportunamente a un establecimiento de salud y de esta manera evitar posibles complicaciones o intervenciones de emergencia, atenciones prenatales más comprometidas a resaltar las características sociodemográficas de riesgo, y reaperturar las actividades de psicoprofilaxis para un mejor manejo en los periodos de trabajo de parto.
- En el momento del parto de debe proteger adecuadamente el periné y realizar una buena evaluación de la elasticidad para evitar los desgarros vulvoperineales con un manejo obstétrico adecuado.
- Realizar adecuada valoración de la pelvis materna, para determinar la vía de nacimiento de tal manera que disminuya la probabilidad de lesiones en el recién nacido, así mismo verificar antes del parto el ponderado fetal por diferentes métodos para evitar complicaciones en el perinato.



Referencias bibliográficas

1. Delgado M. Traumatismos del recién nacido. Revista de Ginecología y Obstetricia México 2017 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom077j.pdf> [citado 2018, julio10]
2. Cabero R. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción, Tomo II, segunda edición España 2011
3. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo ¡cada madre y cada niño contarán!, Ginebra 2010. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf;jsessionid=f8cb6af443c20107a11aaf6c7aa64a43?sequence=1> [citado 2018, julio10]
4. Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el Perú, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Banco Mundial y Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Factores de éxito en la salud de las mujeres y los niños: Perú. Ginebra 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Ginebra 2016 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/> [citado 2018, julio10]
6. Cuello F. Factores de riesgos asociados a traumatismo obstétrico en recién nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016. Lima Perú 2017
7. Cedeño M., Delgado K. Traumas obstétricos en recién nacidos atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda, febrero julio 2014. Portoviejo Manabi Ecuador 2014



8. Guamán M. Trauma obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil Ecuador 2013.
9. Llumiquinca D. Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril a diciembre del 2011 Ecuador 2011.
10. Cuello F. Factores de riesgos asociados a traumatismo obstétrico en recién nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016. Lima Perú 2017
11. Adrianzén O. Traumatismo obstétrico. Editorial Ginecología y Obstetricia Corp. S.A. LimaPerú 2012 Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2777/4/cuello_zfe.pdf [citado 2018, julio10]
12. Inpier Revisión sistemática de traumas obstétricos. Factores de Riesgo. El Salvador: Editorial Salud Global S.A. El Salvador 2011.
13. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva” Revisión de canal de parto Pág. 16 Lima Perú 2004.
14. Díaz R. Traumatismos obstétrico. Incidencia, clasificación y factores asociados. Honduras: Editorial Pertin. S.A. Honduras 2014
15. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.” Revisión de canal del parto Pág. 15 Lima Perú 2004.



16. Madi J., Vieira R., Fauth B., Viecceli C., Ongaratto D., Pavan G. Factores de riesgo asociados a traumatismo al nacimiento. Revista Chile Obstetricia y Ginecología 2012.
17. García H. Peña A. Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacido
Revista Lima Perú 2014
18. García H., Rubio J. Factores de riesgos asociados a traumatismo al nacimiento.
Revista de Investigación clínica Argentina 2016
19. Ponce De León J. Frecuencia y tipo de lesiones obstétricas en neonatos nacidos en un
Hospital general. Editorial Tompson México 2016
20. Valbuena I. Trauma obstétrico en el Hospital Dr. Adolfo Pons. Revista Obstétrica y
Ginecológica de Venezuela 2015
21. Organización Panamericana de la Salud. Los traumas en los neonatos y su
tratamiento. Panamá 2013.
22. López T. Parálisis del plexo braquial con traumatismo obstétrico. Editorial Trillas
S.A. México 2015
23. Instituto Nacional de Informática y Estadística Disponible en:
<http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf> [citado 2018, junio 24]
24. Revista de Salud Ocupacional Disponible en:
http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/bmi_calculator_span.cfm [citado
2018, julio 20]
25. Revista de Ginecología y Obstetricia Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/ [citado 2018, julio 16]
26. Mediplus Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish> [citado 2018, junio 22]
27. Saconne J. Clínica del inicio de trabajo de parto Lima Perú 2013



28. Ministerio de Salud. Protocolo de atención del recién nacido Lima Perú 2013
29. SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/82-9-art-revision-maniobra-12-3.pdf>
[citado 2019, junio 10]
30. Mediplus Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002387.htm>
[citado 2019, junio 10]



ANEXO 1



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº _____

Trauma obstétrico: materno []: _____

perinatal []: _____

Traumas obstétricos maternos

1. Desgarros vulvo perineales

a) Primer grado []

b) Segundo grado []

c) Tercer grado []

d) Cuarto grado []

2. Hematoma vulvar

a) Si []

b) No []

Traumas obstétricos perinatales

1. Caput succedaneum

a) Si []

b) No []

2. Cefalohematoma

a) Si []

b) No []



3. Fractura de clavícula

a) Si []

b) No []

3. Fractura de humero

a) Si []

b) No []

4. Fractura de fémur

a) Si []

b) No []

5. Parálisis de nervio facial

a) Si []

b) No []

6. Parálisis de plexo braquial

a) Si []

b) No []

I: Características sociodemográficas

1. Edad

a) Menor de 19 años []

b) De 19 a 34 años []

c) De 35 años a más []

2. Estado civil

a) Soltera []



b) Casada []

c) Conviviente []

3. Grado de instrucción

a) Primaria []

b) Secundaria []

c) Superior técnica []

d) Superior universitaria []

II. Factores de riesgo en la gestación

1. Gestaciones

a) Primigesta, Segundigesta []

b) Multigesta []

2. Índice de masa corporal

a) Normal []

b) Desnutrición, Sobrepeso, Obesidad []

3. Antecedente de trauma obstétrico

a) Si []

b) No []

4. Edad gestacional al término de la gestación

a) Pre término, Post término []

b) A término []

5. Atención prenatal

a) Ausente, de 1- 5 APN []



- b) De 6 a más APN []
- 6. Patologías durante la gestación
 - a) Hemorragia, Trastorno hipertensivo e Infecciones []
 - b) No presento patologías []
- 7. Trabajo de parto en el momento de la hospitalización
 - a) No trabajo de parto, Trabajo de parto fase latente []
 - b) Trabajo de parto fase activa, Periodo expulsivo []

III: Factores de riesgo intraparto

- 8. Vía del término de la gestación
 - a) Parto vaginal eutócico, Parto por cesárea programada []
 - b) Parto vaginal distócico, Parto por cesárea de emergencia []
- 9. Peso del recién nacido.
 - a) Macrosomico, Bajo peso []
 - b) Normopeso []
- 10. Distocia fetal.
 - a) Si []
Especificar.....
 - b) No
- 11. Maniobra de Kristeller
 - a) Si []
 - b) No []



ANEXO 2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una solución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución de ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignada cuando se aprecie que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera total suficiente.

Marque con aspa (X) en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

ANEXO 3

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

Firma y sello del experto

ANEXO 4

Procedimiento de calificación

1. Se construyó una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de acuerdo al número de expertos consultados.

Nº ÍTEM	CRITERIO DE EXPERTOS					VALOR MÁXIMO (X)	PROMEDIO (Y)
	A	B	C	D	E		
PRIMERO	5	4	5	5	3	5	4.4
SEGUNDO	5	5	5	4	3	5	4.4
TERCERO	5	5	5	4	3	5	4.4
CUARTO	5	5	5	5	3	5	4.6
QUINTO	5	5	5	5	3	5	4.6
SEXTO	5	5	4	5	3	5	4.4
SÉPTIMO	5	5	5	5	3	5	4.6
OCTAVO	5	5	4	4	3	5	4.2
NOVENO	5	5	4	4	3	5	4.2

EXPERTOS	NOMBRES Y APELLIDOS
A	Dra. Zoraya La Fuente Peña
B	Dr. Juan Carlos Asin Hanco
C	Dr. Carlos Romoaca Huaman
D	DR. Willian Peter Mamani
E	Obst. Gladys Montes Paredes



2. Con los promedios hallados se determina la distancia de punto múltiple (DPP) usando la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X1 - Y1)^2 + (X2 - Y2)^2 + \dots + (X9 - Y9)^2}$$

$$DPP = 2.0$$

Dónde:

X= Valor máximo de cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

3. Se determinó la distancia del valor obtenido respecto al punto de referencia 0 (cero) con la ecuación siguiente:

$$Dmáx = \sqrt{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + \dots + (X9 - 1)^2}$$

$$D máx = 12$$

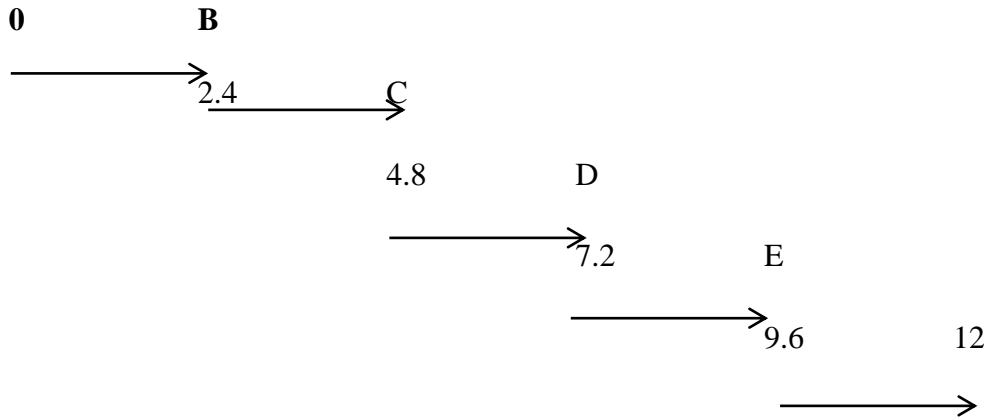
Donde:

X= Valor máximo para cada ítem en la escala, es decir 5.

Y= Valor mínimos de la escala para cada ítem, es decir 1.

4. La D máx. Se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da valor de 2.0
5. Con el valor hallado anteriormente (apartado 4) se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx; se dividió en intervalos iguales entre si y denominado con letras A, B,C,D y E.

A



Se debe tener en cuenta que:

- A=Adecuación total.
- B=Adecuación en gran medida.
- C=Adecuación promedio.
- D=Escasa adecuación.
- E=Inadecuación

6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

Podemos observar que el valor de DPP en el presente estudio fue de 2.0, el cual se encuentra en la zona A, lo que significa una adecuación en gran medida del instrumento, motivo por el cual el instrumento para el presente estudio fue aplicado.

ANEXO 5



Foto N°1 Acceso al área de estadística del hospital Antonio Lorena Cusco.

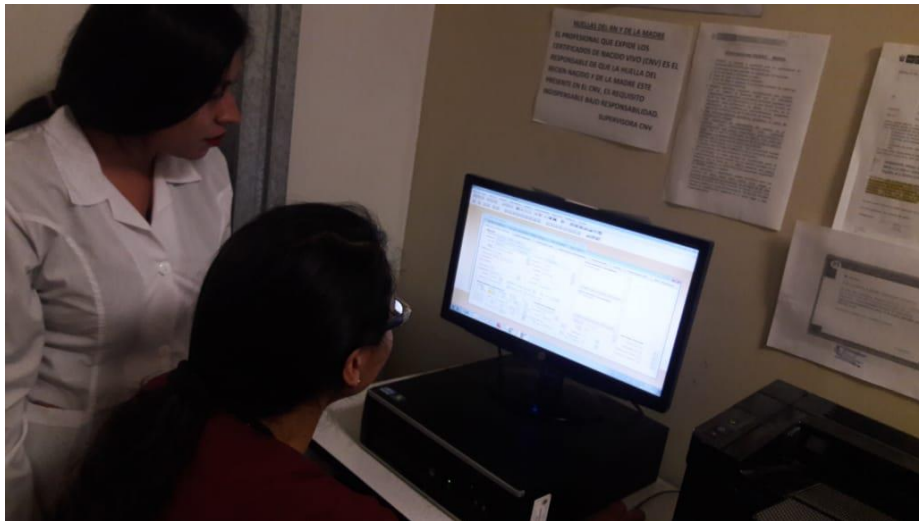


Foto N°2 Acceso al programas SIP 2000 del área de maternidad del hospital Antonio Lorena Cusco.



Foto N°3 *Recolección de datos de historias clínicas maternas, según nuestro instrumento, del hospital Antonio Lorena Cusco.*



Foto N°4 *Recolección de datos de historias clínicas, según nuestro instrumento, del hospital Antonio Lorena Cusco.*