

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTETRICO DEL HOSPITAL SAN JOSE DEL CALLAO DURANTE EL AÑO 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

GIULIANA KATHERYN OVIEDO MARAVI

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE LA TESIS

MG. GERMAN POMACHAGUA PEREZ
ASESOR

LIMA – PERU

2016

Agradecimientos a:

A los Médicos Asistentes, Médicos Residentes del Hospital San José y maestros dándome buenas enseñanzas y consejos durante mi año de Internado Médico, que contribuyeron a mi formación como profesional.

Al Mg. German Elías Pomachagua Pérez, por su invaluable asesoría en la realización de la presente tesis.

Dedicatoria:

A Dios, por permitirme culminar esta primera etapa de la carrera médica, que sin duda es una de las metas más importantes en mi vida.

A mis padres, por ser mi apoyo incondicional en cada meta trazada, por la perseverancia mostrada hacia mi persona para poder realizarme como profesional.

A mi mamita Aida, que con su apoyo incondicional y ejemplo de vida, me enseñó a ser perseverante, nunca rendirme y luchar por mis metas.

A mi hermano por su paciencia, apoyo y comprensión durante esta larga travesía.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional, analítico retrospectivo de casos y controles no pareados. Se desarrolla un diseño de casos y controles, 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.

RESULTADO: 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.

CONCLUSIONES: El grado más frecuente de desgarro perineal de fue el de primer grado con un 79.23%. Estadísticamente los resultados en este estudio fueron significativo, se encontró relación entre la edad, anemia, paridad, periodo intergenesico y peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal.

PALABRA CLAVE: Desgarros perineales

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine factors associated with perineal laceration in pregnant adolescents seen in the obstetric center of Hospital San José del Callao during 2014.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective analytical study of cases and controls matched. Design of case-control developed, with 130 medical records for cases group and 130 medical records for the control group at the Hospital San José del Callao in the period from January to December 2014.

RESULT: Of the total cases of patients with a torn 79.2% had first-degree laceration. In the laceration group: the 70.86% are under 15 years of age and 29.2% greater than or equal to 15 years of age; 56.9% had anemia and 43.1% do not; 73.8% had no psychoprophylactic therapy and 26.2% do; 63.1% were primiparous and 36.9% multiparous; 78.5% showed a shorter expulsion 10 minutes and 21.5% was 11 to 30 minutes; 69.2% showed a long PIG, 21.5% with proper PIG and 9.2% a short PIG; 61.5% showed a newborn with a healthy weight, 37.7% with a newborn macrosomic and 0.8% underweight.

CONCLUSIONS: The most frequent grade of perineal laceration was the first grade with 79.23%. Statistically the results in this study were significant relationship between ages, anemia, parity, intergenetic period and birth weight and the development of perineal laceration.

KEYWORD: perineal lacerations

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en el campo de la gineco-obstetricia, el desgarro perineal sigue siendo un problema para las parturientas, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas.

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. 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 desgarros perineales 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 dispaurenia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.

Además, los desgarros perineales se clasifican según los tejidos comprometidos por el mismo: de primer grado (lesión del epitelio vaginal o la piel del periné únicamente), de segundo grado (involucra además los músculos perineales pero no el esfínter anal), de tercer grado (disrupción de los músculos del esfínter anal) y de cuarto grado (desgarro de tercer grado con disrupción del epitelio anal). Los desgarros de grado 3 y 4 son considerados severos.

Por consiguiente, el presente estudio se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a desgarro perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico y así poder minimizar su ocurrencia.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Justificación de la investigación.....	9
1.4 Delimitación del problema	9
1.5 Objetivo de la Investigación	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes de la investigación	11
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de conceptos operacionales.....	19
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Hipótesis	20
3.2 Variables: indicadores	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1 Tipo de la Investigación	22
4.2 Método de investigación	22
4.3 Población y muestra	22
4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos	24
4.5 Recolección de datos.....	24
4.6Técnica de procesamiento y análisis de datos	25
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
5.1 Resultados	26
5.2 Discusión de resultados.....	45
Conclusiones y recomendaciones	48
Conclusiones.....	48
Recomendaciones	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	52

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Los desgarros perineales ocurren habitualmente durante el parto. La mayoría de las veces se suturan. La reparación quirúrgica puede asociarse con resultados adversos como dolor, malestar e interferencia en las actividades normales durante el puerperio y posiblemente la lactancia. La reparación quirúrgica también repercute sobre el volumen de trabajo clínico y los recursos humanos y financieros.

El parto vaginal es un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico por el riesgo de rotura del esfínter anal. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios. La frecuencia de lesiones (0,4-5%) difiere según el tipo de parto, peso fetal, paridad, necesidad de episiotomía, edad materna, etc. El 15-30% de las mujeres que tienen un parto vaginal presentan una lesión significativa del componente puborrectal del músculo elevador del ano. El desgarro del músculo elevador del ano está relacionado con la edad materna en el primer parto.

4, 22

El traumatismo perineal y su reparación se asocian estrechamente con morbilidad posnatal que incluye hemorragia, infección, dolor, incontinencia urinaria y fecal, y disfunción sexual. El traumatismo perineal espontáneo de desgarros perineales de diferentes grados (primer, segundo, tercer o cuarto grado), de diferente localización anatómica (labial, periuretral, vaginal o perineal) se asocia con el parto vaginal espontáneo o asistido, independientemente de la paridad (nulípara o multípara) a falta de factores de riesgo como la diabetes mellitus, o a un mayor riesgo de infección, hemorragia o hematoma.^{18, 20}

A nivel mundial, diferentes estudios han sido realizados para identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de desgarros perineales durante el parto vaginal, con el fin de minimizar su ocurrencia. En Colombia, en el Hospital Universitario de Bogotá determinaron que los factores maternos están asociados a desgarros perineales de tercer y cuarto grado, tales como la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la nuliparidad, el uso de episiotomía, el parto vaginal instrumentado (fórceps y/o vacuum), el peso al nacer del recién nacido, el expulsivo prolongado y la inducción del trabajo de parto.⁷

En el Perú, en el Hospital Santa Rosa en Lima, se determinó que dentro de los factores maternos, respecto a la edad, las adolescentes o mayores de 35 años, aumenta el riesgo para la presencia

de desgarro perineal, la presencia de anemia también influye en la presentación del desgarro. En cuanto a los factores obstétricos, en relación a la paridad se concluye que las primíparas tienen más riesgo que las múltiparas, aquellas con un periodo intergenésico largo tienen más riesgo de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado. Respecto a los factores neonatales, en relación al peso del recién nacido, a mayor peso más riesgo de hacer desgarro perineal.⁶

1.2 Formulación del problema

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE EL AÑO 2014?

1.3 Justificación de la investigación

El desgarro perineal sigue siendo un problema para las parturientas, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas, estas consecuencias que tienen un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc.

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo y pobres resultados perinatales, existen muchos factores de riesgo para que una parturienta haga desgarro en el expulsivo del parto tales como 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.

Por ello con el presente estudio se pretende conocer aquellos factores asociados a la presencia de desgarro perineal en gestantes adolescentes para, de esta manera recomendar algunas prácticas que ayuden a reducir su prevalencia.

1.4 Delimitación del problema

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital San José del Callao, en el centro obstétrico del Servicio de Gineco-Obstetricia, en la pacientes menores de 19 años, las cuales son divididas según rango de edad como menores de 15 años (13 años a 14 años 11 meses y 30 días) y mayores o iguales a 15 años (15 a 19 años), utilizando el periodo de tiempo del año 2014.

1.5 Objetivo de la Investigación

1.5.1 Objetivo General

- El objetivo general de este estudio es determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar el grado de desgarro perineal más frecuente en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014.
- Determinar la asociación de los factores maternos con el desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014.
- Identificar la asociación de los factores obstétricos con el desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014.
- Determinar la asociación de los factores neonatales con el desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Valdes Dacal, Sigfrido. En Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones en el Hospital Municipal de Santa Cruz en México en el año 2000, encontró que las complicaciones maternas fueron mucho más frecuentes en las adolescentes (42.4%), y que una de las principales complicaciones son los desgarros perineales (15.1%).¹

Mejía, Elíseo. En "Características del Embarazo parto y Recién Nacido de la gestante adolescente en la altura" en Jauja en el año 2008, observó que dentro de las causas de puerperio anormal se encuentran los desgarros vulvoperineales de 2do grado (1%), y la incidencia de complicaciones maternas son mayores en la gestante adolescente que en la gestante de 19 a 30 años de edad, siendo más frecuente en la altura que al nivel del mar.²

Bendezú Martínez, Guido en la investigación "Gestación en edad avanzada" en el año 2001, en Ica, encontró que una de las principales complicaciones del parto fueron los desgarros vulvoperineales presentándose en un 2.6 %.⁴

Luna Z. Tania, Casanova. En "Estudio comparativo entre uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulípara en el Hospital San Bartolomé" en el año 2002, encontró que en el grupo de episiotomía con indicación, el 9.6% de las pacientes sufrió un desgarro perineal. En el de episiotomía sistemática el 8% y en el de no episiotomía el 51.5%, siendo estos en su mayoría de primer grado (41.7%). Además se encontró que la mayor cantidad de gestantes oscilan entre las edades de 20 a 34 años (66%), seguidos por el grupo de 25 a 29 años (23.1%) y por el de 30 a 34 años (10.9%). Se observó también que la media del tiempo de expulsivo para el grupo de episiotomía con indicación fue aproximadamente de 40 minutos seguidos por el grupo de episiotomía sistemática que fue aproximadamente 13 minutos y finalmente el grupo de no episiotomía en el cual la media del tiempo de expulsivo fue de 14 minutos.⁵

Por último, Avila Fabian, Adela. En desgarros vulvoperineales y factores de riesgos en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa. En el año 2002, encontró que la lesión con mayor frecuencia corresponde a los desgarros de primer grado con (79%), siguiendo los de segundo grado con (20%) y el de tercer grado (1%). En cuanto a la frecuencia según la paridad se halló que ocurren en mayor porcentaje en múltiparas con (79%) siendo las de segunda paridad las que presentaron el mayor número de desgarros (65.6%), siguiendo las primíparas con (20%) y las gran múltiparas con (1%). En cuanto a la edad se observó que la mayor frecuencia de desgarros se encontró entre los 20 y 34 años con (82%) siguiendo las mayores de 34 años

(14.8%) finalmente las adolescentes con (3.1%). El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarros fluctúa entre 2500 y 3500g. Siguiendo los recién nacidos de 3500 a 4000g. Con (33%) encontrándose en este grupo 1 desgarro de tercer grado. En cuanto al tiempo de expulsivo se apreció que la mayor frecuencia de desgarros ocurrió de 10 a 20 minutos (68%) siguiendo aquellos que se produjeron en menos de 10 minutos siendo estos (20%) y por ultimo (12%) de 20 a 30 minutos de expulsivo. ⁶

J Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos. En Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales, en el Hospital Civil de Guadalajara en el año 2011, en Guadalajara-México, encontró que en las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de nacimiento y molestias habituales durante el embarazo. ⁷

2.2 Bases teóricas

Los desgarros vulvoperineales constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa

2.2.1 MADRE ADOLESCENTE

Se considera “madre adolescente” a las mujeres menores de 19 años, y es madre saliendo embarazada en esta etapa de su vida, generalmente, se produce por no utilizar métodos anticonceptivos y no por ser voluntariamente buscado, está considerado de alto riesgo, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aún no está suficientemente maduro como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso. Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones existen. Y es que la llegada de la edad fértil con la aparición de la menstruación no implica que la fisionomía de la afectada esté aun suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz de forma natural.⁷

2.2.2 DESGARRO PERINEAL:

2.2.2.1 CONCEPTO DE DESGARRO

Los desgarros son perdidos 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. ⁸

2.2.2.2 FRECUENCIA DE DESGARRO PERINEAL

Según la bibliografías consultadas la frecuencia varía del 2% al 15% .^{9, 10} En el INMP representan el 14 % para el año 2009.¹¹

2.2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS:

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados: ¹²

1º grado: Lesión de piel perineal

2º grado: Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal

3º grado: Lesión del esfínter anal

3a: Lesión del esfínter externo <50%

3b: Lesión del esfínter externo >50%

3c: Lesión de esfínter externo e interno

4º grado: Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal

2.2.2.4 CONSECUENCIAS DE LOS DESGARROS PERINEALES:

La 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. ¹³

2.2.3 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL:

2.2.3.1 FACTORES MATERNAS:

2.2.3.1.1 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, 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. ¹⁴

2.2.3.1.2ANEMIA MATERNA

La anemia en la gestación se define como el nivel bajo de hemoglobina, en el primer trimestre menor a 11g/dL, en el segundo trimestre menor a 10.5g/dL, en el tercer trimestre menos de 11 g/dL. La hemoglobina transporta el oxígeno a los tejidos de todo el cuerpo dentro de los glóbulos rojos o hematíes, por lo que es imprescindible para una buena respiración (oxigenación) de los tejidos. A nivel del periné puede ocasionar que los tejidos sean friables.

La anemia materna por deficiencia de hierro es la más frecuente en la gestante, lo importante de la dieta y la administración de sulfato ferroso durante el embarazo radica en que si la anemia es factor de riesgo para algunas complicaciones, ya que si es un factor riesgo puede ser controlable, en este caso específico con la administración de suplemento de sulfato ferroso.¹⁵

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA¹⁶

Anemia leve: presencia de hemoglobina entre 9 y 11 g/dL

Anemia moderada: la hemoglobina se encuentra ente 7 y 11 g/dL.

Anemia severa: la hemoglobina se encuentra por debajo de 7 g/dL.

2.2.3.1.3PSICOPROFILAXIS MATERNA

La psicoprofilaxis es considerada como un curso que reciben las gestantes para la preparación del momento del parto, orienta a como tomar decisiones conscientes y responsables respecto al embarazo, parto, postparto y tipo de alimentación para su bebé.

El apoyo emocional brindado elimina la ansiedad que suele existir en esta etapa tan importante en la vida de la mujer.

La mujer que ha tenido un parto natural garantiza un vínculo estrecho con su bebé y facilita el proceso de la lactancia, ya que la experiencia de su participación activa la dispone a un estado emocional óptimo.

Las mujeres que recibieron psicoprofilaxis según estudios descritos hicieron menos desgarro perineal, esto porque operan el triángulo, dolor, temor, tensión, por lo tanto el expulsivo es manejado de acuerdo a prácticas de respiración que garantizan una mayor participación de las gestantes para controlar la sensación

de pujo, evitando partos precipitados o prolongados, en las clases de psicoprofilaxis muchas veces se incluyen los ejercicios de kegel que ayudan a la preparación del periné. ¹⁷

2.2.3.2 FACTORES OBSTÉTRICAS:

2.2.3.2.1 PARIDAD

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, aquí se incluyen las primíparas y multíparas, esto dependiendo si es el primer parto o más de dos 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 multíparas por el número de veces que ha sido distendido el periné. ¹⁸ sin embargo según conceptos manejados existe mayor riesgo en las primíparas. A diferencia de esto en estudios revisados son las multíparas quienes presentan más desgarros que las primíparas.

2.2.3.2.2 TIEMPO DEL EXPULSIVO

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. 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. ¹⁹

2.2.3.2.3 PERIODO INTERGENÉSICO

El periodo intergenésico se define como el lapso de tiempo que se espera entre un embarazo y otro. Se recomienda según estudios que el mínimo es de dos años. ²⁰ 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 anatomofisiológicos.²¹

2.2.3.3 FACTORES NEONATALES:

2.2.3.3.1 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 al peso en gramos con el que nace un individuo.²²

- 2500-4000 gr: peso adecuado
- <2500 gr: recién nacido de bajo peso
- >4000 gr: recién nacido macrosómico

Ésta clasificación es importante conocerla, según estudios presentados, mientras más peso tenga un recién nacido, mayor es el riesgo de desarrollar desgarro perineal, el trauma obstétrico que recibe el periné al exponerse a fetos macrosómico es sin duda un factor de riesgo.²³

2.2.3 PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL

2.2.3.1 EPISIOTOMÍA

Es la incisión en el sector que va desde la vulva al ano, en la zona llamada periné – la piel y los músculos – que se sitúan entre la vagina y el recto, se efectúa con la tijera poco antes de la salida de la cabeza del bebe.^{24, 25}

Propósitos de la episiotomía

Sustituye por una incisión quirúrgica limpia y recta a la laceración de los bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia Su reparación es más fácil y la cicatrización mejora en comparación con un desgarro^{24, 25}

Momento de la episiotomía

Es práctica común efectúa la episiotomía cuando la cabeza es visible, durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm. Evitando realizar una episiotomía temprana

que dará lugar a una hemorragia de la incisión pudiendo ser considerada durante el ínterin entre la episiotomía y el parto. Si se realiza tarde, los musculo del piso perianal y habrán sufrido un estiramiento excesivo dando lugar a los desgarros.^{24, 25}

Clases de episiotomía: media y mediolateral

Media: tiene una reparación quirúrgica fácil, rara cicatrización defectuosa, mínimo dolor, excelente resultados anatómicos, menos pérdida de sangre, rara presentación de dispaurenia, frecuentes extensiones^{24, 25}

Mediolateral: tiene una reparación quirúrgica difícil, frecuente cicatrización defectuosa, dolor frecuente, resultados anatómicos defectuosos, mayor pérdida de sangre, presentación ocasional de dispaurenia, infrecuentes extensiones

2.2.3.2 PSICOPROFILAXIS MATERNA

Preparación psicofísica del embarazo, parto y puerperio cuyas ventajas consisten en conseguir mayor flexibilidad de los músculos que intervendrá en el momento del parto, logrando romper a su vez con el círculo vicioso de temor, tensión y dolor.²⁵

2.2.3.3 EJERCICIO DE KEGEL

Estos ejercicios sirven para fortalecer los musculo perineales, obteniendo un tono adecuado a su vez ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. El ejercicio consiste en identificar los musculo que participan en este acontecimiento y mantenerlo contraídos durante cinco segundos y luego relajarlos. Se deben hacer doscientas repeticiones por día, pero no todas a la vez.²⁵

La manera más sencilla de reconocer el musculo perineal es deteniendo al micción a intervalos. Se siente con las piernas confortablemente abiertas, se intenta detener la orina y vuelve a dejar fluir sin mover las piernas. Se puede hacer sin esfuerzo, si es que se tiene músculos pélvicos fuertes.²⁵

2.3 Definición de conceptos operacionales

2.3.1 DESGARRO VULVOPERINEAL: solución de continuidad traumática de la vulva y periné al momento del descenso, rotación y salida de la cabeza del bebe

2.3.2 EDAD DE LA GESTANTE: cantidad de años cronológicos, desde su nacimiento hasta la fecha del parto

2.3.3 ANEMIA: reducción simultanea del número de glóbulos rojos y de la hemoglobina por debajo de los valores considerados normales (<11g/dl)

2.3.4 PSICOPROFILAXIS: preparación física y mental para sobrellevar de una manera opima el embarazo, parto y puerperio.

2.3.5 PARIDAD: número de hijos nacidos vivos o muertos que pesan 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, pueden ser

Primípara: aquella que tiene un hijo

Múltipara: aquella que tiene 2 a 5 hijos

Gran múltipara: aquella que tiene más de 5 hijos

2.3.6 PESO DEL RECIÉN NACIDO: medida somatométrica e indicador expresado en gramos, clasificándose de la siguiente manera:

< 1000gr. Extremadamente muy bajo peso al nacer

<1500gr muy bajo peso al nacer

< 2500 bajo peso al nacer

≥ 2500gr peso adecuado al nacer

≥ 400gr macrostomia

2.3.7 PERIODO EXPULSIVO: comienza cuando la dilatación cervical ha completado y termina con la expulsión fetal, en este proceso se cumplen los mecanismos del parto, su duración de 1-2 horas en primerizas y 30 minutos en múltiparas

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Los factores maternos, obstétricos y neonatales están asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014.

3.1.2 Hipótesis específicas

El desgarro grado uno es el más frecuente en los desgarros perineales en las gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

Existe relación entre la edad de la paciente con el desarrollo de desgarro perineal en las gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

La presencia de anemia es un factor para el desarrollo de desgarro perineal en las gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

La preparación psicoprofiláctica tiene relación con la prevención de desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

Existe relación entre la paridad de la gestante y el desarrollo de desgarro perineal en las gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

La duración del periodo de expulsivo tiene relación con el desarrollo de desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

El periodo intergenesico tiene relación con el desarrollo de desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

Existe relación entre el peso del recién nacido y el desarrollo de desgarro perineal en las gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José durante el año 2014

3.2 Variables: indicadores

La presente investigación por ser de casos y controles, desde el punto de vista epidemiológico describe a la variable dependiente como la de efecto, y a las variables independientes como las causales. Estas son las siguientes:

- VARIABLE EFECTO O DEPENDIENTE: presencia de desgarro perineal
- VARIABLES CAUSALES O INDEPENDIENTES: edad materna, partos vaginales, anemia, peso del recién nacido, tiempo del expulsivo, psicoprofilaxis, atenciones prenatales y periodo intergenésico

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo de la Investigación

La presente investigación es un estudio observacional analítico, retrospectivo, de casos y controles no pareados.

4.2 Método de investigación

Se utilizó historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao, en el año 2014

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población de estudio

Como población tenemos a dos grupos de puérperas adolescentes de parto vaginal que acuden para atención en el Centro Obstétrico del Hospital San José durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2014. El primer grupo con desgarro perineal (casos) y el segundo sin desgarro perineal (control)

4.3.2 Muestra de estudio

Se utilizó la siguiente fórmula para hallar la muestra respectiva:

Al día en promedio en el HSJ se atienden 15 partos de los cuales 2 presentan desgarro y cumplen nuestros criterios de inclusión. En el periodo de estudio se produjeron 720 casos.

Se conoce por lo tanto:

- $N = 720$
- $P = 2/15 = 13\%$

La fórmula utilizada fue:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

$$N = \frac{1.96^2(0.13)(0.87)720}{(720 - 1)0.05^2 + 1.96^2(0.13)(1.87)} = 130$$

:

De donde se sabe:

- N es igual a 720
- Z es igual a 1.96
- P es igual a 0.13
- E es igual a 0.05

4.3.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Los sujetos de estudio fueron las puérperas adolescentes del Hospital San José atendidas por parto vaginal en el periodo comprendido entre de enero a diciembre del 2014. Estas fueron separadas en dos grupos, el primero conformado por 130 pacientes con desgarro y el segundo con la misma cantidad pero sin desgarro perineal.

Para la selección de sujetos de ambos grupos se consideró los siguientes aspectos:

4.3.2.1.1 Criterios de inclusión

Presencia de desgarros perineales (independientemente del grado) para el primer grupo.

Ausencia de desgarros perineales para el segundo grupo.

Mujer con embarazo de 37 a 40 semanas por última regla.

Parto con presentación cefálica.

Inicio de trabajo de parto espontáneo.

4.3.2.1.2 Criterios de exclusión

Mujeres con embarazos prolongados o prematuros

Parto con presentaciones distócicas.

Partos inducidos o acentuados.

Periodo expulsivo mayor de una hora.

Pacientes a las que se les practicó episiotomía.

Partos fuera de la institución.

4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada será la observación documental y la recopilación de datos de las historias clínicas de las pacientes con y sin desgarro perineal. Con el número de las historias clínicas de las pacientes se procedió al llenado de la ficha de recolección para ambos grupos.

Se desarrolla un diseño de casos y controles, 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, se identificaron las características generales, obstétrica, neonatales y los factores de riesgo para presentar desgarro perineal, con el cuestionario utilizado como instrumento.

4.5 Recolección de datos

Se diseñó una ficha de recolección de datos, en la cual se consignó la información de la edad, periodo intergenesico, paridad, tiempo de expulsivo, hemoglobina, psicoprofilaxis, grado del desgarro y peso del recién nacido. Con esta información se construyó una Base de Datos en el software estadístico SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences) versión 20.0, para el procesamiento de datos. Los resultados fueron expresados mediante porcentajes y mostrados en tablas.

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

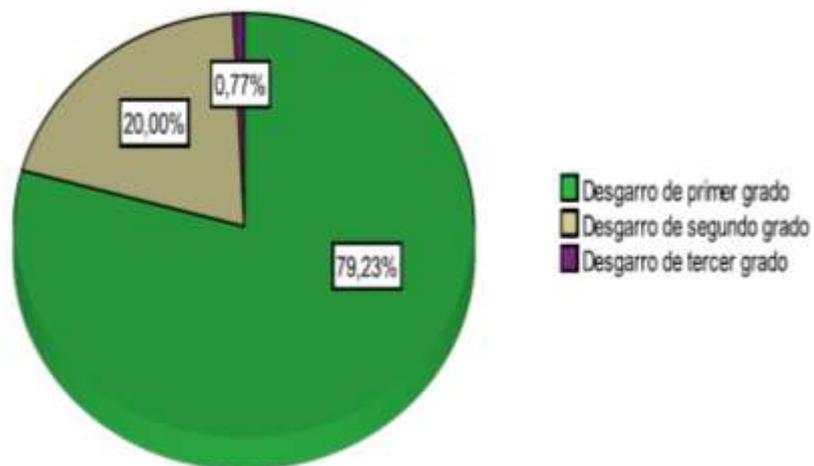
Los datos obtenidos en el programa SPSS ver 20.0, sirvieron para realizar todas las tablas respectivas y presentadas en la presente investigación, además se halló todos los datos estadísticos como el Chi cuadrado y el OR que son los que utilizamos para el análisis de nuestras variables. Se utilizó a un nivel de significancia de 95%.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Como se ha venido mencionando a lo largo de la investigación los sujetos de estudios estuvieron divididos en dos grupos de 130 casos con desgarro perineal y 130 controles sin desgarro perineal. Del grupo con desgarro se observó lo siguiente:

GRAFICA 1: Clasificación de los desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014



Del siguiente gráfico se observa que del total de casos de pacientes con desgarro (130) el 79.2% presentó desgarro de primer grado, el 20% con desgarro de segundo grado y solo el 0.8% representa un solo caso de desgarro de tercer grado. No hubo ningún caso con desgarro de cuarto grado.

TABLA 1: Grupo de edad de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

edad*Presencia de desgarro tabulación cruzada

		Presencia de desgarro		Total
		Si	No	
edad <15 años	Recuento	92	60	152
	% dentro de Presencia de desgarro	70,8%	46,2%	58,5%
>= 15 años	Recuento	38	70	108
	% dentro de Presencia de desgarro	29,2%	53,8%	41,5%
Total	Recuento	130	130	260
	% dentro de Presencia de desgarro	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla se observa que el grupo con desgarro, el 70.86% (92 pacientes) se encuentre en el rango de menores 15 años edad y el 29.2% (38 pacientes) en el de mayor o igual a 15 años de edad.

Del grupo que no presento desgarro, el 53.8% (70 pacientes) se encuentra en el rango de mayor o igual a 15 años de edad, y el 46. 2% (60 pacientes) en el rango de menores 15 años edad.

Del total de pacientes, tanto del grupo que presento y no desgarro, el 58,5% (152 pacientes) es el de menores 15 años edad, y 41,5% (108 pacientes) en el de mayor o igual a 15 años de edad.

TABLA2: Chi-cuadrado en el grupo de edad de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significaci ón exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	16,218 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	15,221	1	,000		
Razón de verosimilitud	16,413	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	16,156	1	,000		
N de casos válidos	260				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 54,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla se aprecia que el Chi cuadrado resultó significativo ($p < 0.05$), es decir que la edad del paciente si guarda relación con el desarrollo de desgarro vulvoperineal.

TABLA3: Estimación de riesgo en el grupo de edad y desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para edad (<15 años / >= 15 años)	2,825	1,693	4,711
Para cohorte Presencia de desgarro = Si	1,720	1,292	2,291
Para cohorte Presencia de desgarro = No	,609	,479	,775
N de casos válidos	260		

En la tabla se observa, que la edad si es un factor de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal. Menores de 15 años tienen un 2.8 más riesgo de desgarro perineal (OR: 2.825, IC 95% 1.693-4.711).

TABLA 4: Anemia materna y desgarro perineal engestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Hemoglobina*Presencia de desgarro tabulación cruzada

			Presencia de desgarro		Total
			Si	No	
Hemoglobina Anemia	Recuento	74	37	111	
	% dentro de Presencia de desgarro	56,9%	28,5%	42,7%	
Sin anemia	Recuento	56	93	149	
	% dentro de Presencia de desgarro	43,1%	71,5%	57,3%	
Total	Recuento	130	130	260	
	% dentro de Presencia de desgarro	100,0%	100,0%	100,0%	

En la tabla se observa que el grupo con desgarro, el 56,9% (74 pacientes) presentó anemia y el 43,1% (56 pacientes) no.

Del grupo que no presentó desgarro, el 71,5% (93 pacientes) no presentó anemia, y el 28,5% (37 pacientes) sí.

Del total de pacientes, tanto del grupo que presentó y no desgarro, el 57,3% (149 pacientes) no presentó anemia, y 42,7% (111 pacientes) sí.

TABLA5: Chi-cuadrado en el grupo de anemia materna y desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	21,521 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	20,374	1	,000		
Razón de verosimilitud	21,857	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	21,438	1	,000		
N de casos válidos	260				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 55,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla se aprecia que el Chi cuadrado resultó significativo ($p < 0.05$), es decir que la anemia materna si guarda relación con el desarrollo de desgarro vulvoperineal.

TABLA6: Estimación de riesgo en el grupo de anemia materna y desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Hemoglobina (Anemia / Sin anemia)	3,321	1,984	5,561
Para cohorte Presencia de desgarro = Si	1,774	1,388	2,267
Para cohorte Presencia de desgarro = No	,534	,399	,715
N de casos válidos	260		

En la tabla se observa, que la anemia materna si es un factor de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal. Las pacientes con anemia tienen 3,321 veces más riesgo de presentar desgarro que aquellas no presentan esta patología. (OR: 3.321, IC 95% 1,984-5,561)

**TABLA7:Preparación psicoprofiláctica y desgarro perineal engestantes
adolescentesatendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el
año 2014**

Tabla cruzada psicoprofilaxis*Presencia de desgarro

			Presencia de desgarro		Total
			Si	No	
psicoprofilaxis	Si	Recuento	34	34	68
		% dentro de Presencia de desgarro	26,2%	26,2%	26,2%
	No	Recuento	96	96	192
		% dentro de Presencia de desgarro	73,8%	73,8%	73,8%
Total		Recuento	130	130	260
		% dentro de Presencia de desgarro	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla se observa que el grupo que presento desgarro perineal, el 73.8% (96pacientes) no tuvo clases de psicoprofilaxis y el 26.2% (34pacientes) si tuvo preparación psicoprofiláctica. Del grupo que no tuvo desgarro fueron los mismos porcentajes.

Del total de pacientes, tanto del grupo que presento y no desgarro, el 73.8%(260pacientes) no tuvo clases de psicoprofilaxis, y el 26.2% (68pacientes) sí.

TABLA8: Chi-cuadrado en el grupo de preparación psicoprofiláctica y desgarro perineal engestantes adolescentesatendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	1	1,000		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,000	1	1,000		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,556
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000		
N de casos válidos	260				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla se aprecia que el Chi cuadrado resultó no significativo ($p \geq 0.05$), es decir que no existe relación entre la psicoprofilaxis y el desarrollo del desgarro perineal.

TABLA9: Estimación de riesgo en el grupo de preparación psicoprofiláctica y desgarro perineal engestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para psicoprofilaxis (Si / No)	1,000	,575	1,739
Para cohorte Presencia de desgarro = Si	1,000	,758	1,319
Para cohorte Presencia de desgarro = No	1,000	,758	1,319
N de casos válidos	260		

En la tabla se observa, que la realización de psicoprofilaxis no es un factor de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal, es decir que la realización de psicoprofilaxis es independiente para presentar o no el desgarro perineal. (OR: 1,000 IC 95% ,575-1,739)

TABLA10: Número de partos vaginales y desgarro perineal engestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Partos*Presencia de desgarro tabulación cruzada

			Presencia de desgarro		Total
			Si	No	
Partos	Primípara	Recuento	82	46	128
		% dentro de Presencia de desgarro	63,1%	35,4%	49,2%
	Multípara	Recuento	48	84	132
		% dentro de Presencia de desgarro	36,9%	64,6%	50,8%
Total		Recuento	130	130	260
		% dentro de Presencia de desgarro	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla se observa que el grupo con desgarro perineal, el 63,1% (82pacientes) son primíparas y el 36,9% (48pacientes) multíparas.

Del grupo que no presento desgarro, el 64,6% (84pacientes)son multíparas y el 35,4% (46pacientes) primíparas.

Del total de pacientes, tanto del grupo que presento y no desgarro, el 50,8%(132pacientes) son multíparas, y 49,2%(128pacientes) primíparas.

TABLA11: Chi-cuadrado en el grupo de número de partos vaginales y desgarro perineal engestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	19,943 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	18,851	1	,000		
Razón de verosimilitud	20,207	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	19,866	1	,000		
N de casos válidos	260				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 64,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla se aprecia que el Chi cuadrado si resultó significativo ($p < 0.05$), es decir que si existe relación entre la paridad y el desarrollo del desgarro perineal.

TABLA12: Estimación de riesgo en el grupo de partos vaginales y desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Partos (Primípara / Multípara)	3,120	1,881	5,175
Para cohorte Presencia de desgarro = Si	1,762	1,358	2,286
Para cohorte Presencia de desgarro = No	,565	,433	,736
N de casos válidos	260		

En la tabla se observa, que la paridad si es un factor de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal. Las pacientes primíparas tienen 3,120 veces más riesgo de presentar desgarro que las multíparas. (OR: 3,120, IC 95% 1,881-5,175).

TABLA13: Tiempo del expulsivo y desgarro perineal engestantes adolescentesatendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

TIEMPO DEL EXPULSIVO*Presencia de desgarro tabulación cruzada

			Presencia de desgarro		Total
			Si	No	
TIEMPO DEL EXPULSIVO	Menos de 15 min.	Recuento	102	89	191
		% dentro de Presencia de desgarro	78,5%	68,5%	73,5%
	Mayor o igual a 15 min.	Recuento	28	41	69
		% dentro de Presencia de desgarro	21,5%	31,5%	26,5%
Total		Recuento	130	130	260
		% dentro de Presencia de desgarro	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla se observa que el grupo que con desgarro perineal, el 78,5% (102pacientes) presentó un tiempo de expulsivo menor a 15 minutos, y el 21.5% (28pacientes) su tiempo fue mayor o igual a 15 minutos.

Del grupo que no presentó desgarro, el 68.5% (89pacientes) tuvo un tiempo de expulsivo menor a 15 minutos, y el 31,5% (41pacientes) fue mayor o igual a 15 minutos.

Del total de pacientes, tanto del grupo que presentó y no desgarro, el 73,5%(191pacientes) tuvo un tiempo de expulsivo menor a 15 minutos y el 26,5% (69pacientes) mayor o igual a 15 minutos.

TABLA14: Chi-cuadrado en el grupo tiempo del expulsivo y desgarró perineal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,334 ^a	1	,068		
Corrección de continuidad ^b	2,841	1	,092		
Razón de verosimilitud	3,349	1	,067		
Prueba exacta de Fisher				,091	,046
Asociación lineal por lineal	3,321	1	,068		
N de casos válidos	260				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla se aprecia que el Chi cuadrado resultó no significativo ($p >= 0.05$), es decir que no existe relación entre el tiempo de expulsivo y el desgarró perineal.

TABLA15: Estimación de riesgo en el grupo de tiempo del expulsivo y desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para TIEMPO DEL EXPULSIVO (Menos de 10 min. / Mayor o igual a 15 min.)	1,678	,960	2,933
Para cohorte Presencia de desgarro = Si	1,316	,961	1,803
Para cohorte Presencia de desgarro = No	,784	,612	1,004
N de casos válidos	260		

En la tabla se observa, que el tiempo de expulsivo no es un factor de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal. (OR: 1,678 IC 95% ,960-2,933)

TABLA16:Periodo intergenésico y desgarro perineal engestantes adolescentesatendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Periodo intergenésico *Presencia de desgarro tabulación cruzada

			Presencia de desgarro		Total
			Si	No	
Periodo intergenésico	PIG corto	Recuento	12	19	31
		% dentro de Presencia de desgarro	9,2%	14,6%	11,9%
	PIG adecuado	Recuento	28	67	95
		% dentro de Presencia de desgarro	21,5%	51,5%	36,5%
	PIG largo	Recuento	90	44	134
		% dentro de Presencia de desgarro	69,2%	33,8%	51,5%
Total		Recuento	130	130	260
		% dentro de Presencia de desgarro	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla se observa que el grupo con desgarro perineal, el 69,2% (90pacientes) presentó un PIG largo, el 21.5% (28pacientes) un PIG adecuado y el 9,2% (12 pacientes) un PIG corto.

Del grupo que no presentó desgarro, el 51,5% (67pacientes) tuvo un PIG adecuado, el 33,8% (44pacientes) un PIG largo y el 14,6% (19pacientes) un PIG corto.

Del total de pacientes, tanto del grupo que presentó y no desgarro, el 51,5% (134pacientes) tuvo un PIG largo, el 36,5%(95pacientes) un PIG adecuado y el 11,9%(31pacientes) un PIG corto.

TABLA 17: Chi-cuadrado en el periodo intergenésico y desgarro perineal engestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	33,382 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	34,205	2	,000
Asociación lineal por lineal	22,530	1	,000
N de casos válidos	260		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,50.

En la tabla se aprecia que el Chi cuadrado resultó significativo ($p < 0.05$), es decir que si existe relación entre el periodo intergenésico y el desarrollo del desgarro perineal.

TABLA18: Peso del recién nacido y desgarro perineal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao en el año 2014

Peso del recién nacido*Presencia de desgarro tabulación cruzada

			Presencia de desgarro		Total
			Si	No	
Peso del recién nacido	Bajo peso	Recuento	1	29	30
		% dentro de Presencia de desgarro	0,8%	22,3%	11,5%
	Peso adecuado	Recuento	80	100	180
		% dentro de Presencia de desgarro	61,5%	76,9%	69,2%
	Macrosómico	Recuento	49	1	50
		% dentro de Presencia de desgarro	37,7%	0,8%	19,2%
Total		Recuento	130	130	260
		% dentro de Presencia de desgarro	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla se observa que el grupo con desgarro perineal, el 61,5% (80pacientes) tuvo un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% (49pacientes) un recién nacido macrosómico y el 0,8% (1 paciente) uno de bajo peso.

Del grupo que no presento desgarro, el 76,9%(100pacientes) presentó un recién nacido con un peso adecuado, el 22,3%(29pacientes) un recién nacido de bajo peso y el 0,8% (1 paciente) uno macrosómico.

Del total de pacientes, tanto del grupo que presento y no desgarro, el 69,2%(180pacientes) presentó un recién nacido con un peso adecuado, el 19,2% (50pacientes) un recién nacido macrosómico y el 11,5% (30 pacientes) uno con bajo peso.

**TABLA19:Chi-cuadrado en peso del recién nacido y desgarro
perinealengestantes adolescentesatendidas en el Centro Obstétrico del Hospital
San José del Callao en el año 2014**

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	74,436 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	94,558	2	,000
Asociación lineal por lineal	73,333	1	,000
N de casos válidos	260		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,00.

En la tabla se aprecia que el Chi cuadrado resultó significativo ($p < 0.05$), es decir que si existe relación entre el peso del recién nacido y el desgarro perineal.

5.2 Discusión de resultados

En este estudio se tuvo dos grupos, el primer grupo con 130 pacientes con desgarro perineal (caso) y el segundo con la misma cantidad de pacientes, 130, sin desgarro perineal (control).

Del primer grupo con desgarro perineal, el desgarro de primer grado fue el más frecuente con 103 casos (79.2 %) y el menos frecuente, el de tercer grado con 1 caso (0.8%). Esto concuerda con el estudio realizado por Mejía, Eliseo en Jauja en el año 2005 en el cual se observa que el mayor número de desgarros perineales es de primer grado (52.4%), y el de menor porcentaje son los desgarros de tercer grado (2.9%).

En cuanto a la edad de las pacientes del presente estudio, se encontró que en ambos grupos, tanto el que presentó desgarro perineal y el que no, la mayor prevalencia fluctúa entre las menores de 15 años con 152 pacientes (58,5%). En un menor porcentaje, se encontró al grupo mayor o igual a 15 años con 49 pacientes (18.9%). Respecto al grupo que presentó desgarro, el 70.86% (92 pacientes) se encuentre en el rango de menores 15 años edad y el 29.2% (38 pacientes) en el de mayor o igual a 15 años de edad. Teóricamente se acepta que a edades muy tempranas o tardías, el riesgo de desgarros perineales aumenta, lo que pudo ser confirmado estadísticamente en este trabajo, ya que resultó que si existe relación entre la edad y el desgarro ($p < 0.05$), y según nuestra estimación de riesgo, las menores de 15 años tienen 2.8 más riesgo para la presencia de desgarro perineal (OR: 2.825, IC 95% 1.693-4.711).

Respecto a la presencia de anemia en la gestación, resultó que en ambos grupos, el caso y control, el 57,3% (149 pacientes) no presento anemia, y el 42,7% (111 pacientes) sí. El grupo con desgarro perineal, en un mayor porcentaje con un 56,9% (74 pacientes) presentó anemia en la gestación y el 43,1% (56 pacientes) no. Estadísticamente los resultado de este, fueron significativos, debido que se encontró relación en la presencia de anemia en la gestación y el desgarro perineal ($p < 0.05$). La anemia materna si es un factor de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal. Las pacientes con anemia tienen 3,321 veces más riesgo de presentar desgarro que aquellas no presentan esta patología, según nuestro resultados (OR: 3.321, IC 95% 1,984-5,561). Esto concuerda con el estudio realizado por Ávila Fabián en el Hospital Santa Rosa, donde se encontró que el 51.4% de pacientes con desgarro tuvo anemia antes del parto, y es considerado factor de riesgo.

En cuanto a la preparación psicoprofiláctica en ambos grupos se obtuvo que 73.9% de pacientes (192 pacientes) no lo realizo y 26.1% (68 pacientes) si tuvo una preparación psicoprofiláctica. En el grupo con desgarro, el 73.8% (96 pacientes) no tuvo clases de psicoprofilaxis y el

26.2% (34 pacientes) si tuvo preparación psicoprofiláctica. Estadísticamente el resultado no fue significativo, no se encontró relación ($p \geq 0.05$), y no es considerado riesgo ni beneficio el presentar preparación psicoprofiláctica (OR: 1,000 IC 95% 0,575-1,739). Esto no concuerda con el estudio de Ávila, Fabián realizado en el Hospital Santa Rosa, donde se menciona que la falta de psicoprofilaxis es considerado factor de riesgo para presentar desgarro perineal, del total de pacientes con desgarro en ese estudio se muestra que el 93% no acudieron a psicoprofilaxis.

Respecto a la paridad, del total de pacientes en este estudio, tanto del grupo que presento y no desgarro, las multíparas tuvo el mayor porcentaje con un 50,8% (132 pacientes), y 49,2% (128 pacientes) son primíparas. En el grupo de pacientes con desgarro perineal el 63,1% (82 pacientes) son primíparas y el 36,9% (48 pacientes) multíparas. Estadísticamente nuestro resultado en este estudio fue significativo, se encontró relación entre la paridad y el desarrollo del desgarro perineal ($p < 0.05$). Además, la paridad si es un factor de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal, y que las pacientes primíparas tienen 3,120 veces más riesgo de presentar desgarro que las multíparas. (OR: 3,120, IC 95% 1,881-5,175). Esto concuerda con la parte teórica donde se determina que la elasticidad del periné, afectado por frecuencias del parto, es diferente en una primípara que en una que haya tenido más de 2 parto, por lo que se le considera como un factor de riesgo para el desarrollo de un desgarro perineal. Sin embargo, esto se no se observa en un estudio realizado por Ávila, Fabián en el Hospital Santa Rosa en Lima, año 2008, donde menciona que la mayor frecuencia de desgarros perineales corresponde a las multíparas con 124 desgarros (79%).

En cuanto al tiempo de expulsivo, del total de pacientes en este estudio, tanto del grupo que presentó y no desgarro, el 73,5% (191pacientes) presento un tiempo de expulsivo menor a 15 minutos y el 26,5% (69pacientes) su tiempo fue mayor o igual a 15 minutos. Respecto al grupo con desgarro perineal, el 78,5% (102pacientes) presento un tiempo de expulsivo menor a los 15 minutos, y el 21.5% (28pacientes) su tiempo fue mayor o igual a 15 minutos. Estadísticamente estos resultados no fueron significativos, ya que no se encontró relación ($p \geq 0.05$), ni factor de riesgo entre el tiempo de expulsivo y el desarrollo del desgarro perineal (OR: 1,678 IC 95% ,960-2,933).

El periodo intergenésico más frecuente en todas las pacientes estudiadas fue el 51,5% (134pacientes) con un PIG largo, seguido de un PIG adecuado con un 36,5% (95pacientes) y el 11,9% (31pacientes) un PIG corto. En cuanto a las pacientes con desgarro perineal, el 69,2% (90pacientes) presento un PIG largo, el 21.5% (28pacientes) con un PIG adecuado y el 9,2% (12 pacientes) un PIG corto. Esto coincide con las literaturas, donde indican que tener un PIG adecuado disminuye muchos riesgos reproductivos. Estadísticamente este trabajo fue

significativo, ya que se encontró relación entre el periodo intergenésico y el desarrollo del desgarro perineal ($p < 0.05$).

Respecto al peso del recién nacido en el que se observó en todas las pacientes, tanto con y sin desgarro perineal, el 69,2% (180pacientes) presento un recién nacido con un peso adecuado de 2501 a 3999 gramos, el 19,2% (50pacientes) con un recién nacido macrosómico con un peso mayor o igual a 4000 gramos y el 11,5% (30 pacientes) con bajo peso menor igual a 2500 gramos. En las pacientes con desgarro perineal, se encontró que el 61,5% (80pacientes) presento un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% (49pacientes) con un recién nacido macrosómico y el 0,8% (1 paciente) con uno de bajo peso. Estadísticamente resultó significativo ya que se encontró relación entre el peso del recién nacido y el desgarro perineal ($p < 0.05$). Esto coincide con un estudio realizado por Luna Z. Tania, Casanova, en el Hospital San Bartolomé, Lima 2009, donde se encontró que la frecuencia de desgarro se presentó cuando los recién nacidos estaban entre 2500 y 3500 g de peso. Así en el caso de los macrosómico tiene hasta 20 veces más riesgo que los de peso adecuado para provocar la presencia de desgarro perineal. Es decir que a mayor peso del recién nacido, mayor será el riesgo para desarrollar un desgarro perineal.

Finalmente, tomando en consideración los resultados obtenidos, algunos de estos tales como la edad de la paciente, la anemia durante la gestación, la paridad de la paciente, el periodo intergenesico y el peso del recién nacido, tienen relación y son factores de riesgo para el desarrollo de desgarros perineales en las gestantes adolescentes.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Se encontró que el grado más frecuente de desgarro perineal fue el de primer grado con un 79.23%.
- A menos edad en las pacientes, mayor es el riesgo para desarrollar desgarro perineal. Las menores de 15 años tienen 2.8 más riesgo para la presentar desgarro perineal que las mayores de 15.
- Las pacientes con anemia tienen unas 3,321 veces más riesgo de presentar desgarro perineal que las pacientes que no lo presentan.
- La presencia o ausencia de psicoprofilaxis no se relaciona con el desarrollo de desgarro perineal.
- En relación a la paridad se concluye que este fue estadísticamente significativo, la pacientes primíparas tienen 3,120 veces más riesgo de presentar desgarro que las multíparas.
- El tiempo de expulsivo no tuvo resultados significativos, lo que significa que no hay relación con el desgarro perineal.
- Aquellas con un periodo intergenésico más largo tienen mayor riesgo de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado.
- En relación al peso del recién nacido, se obtuvo un resultado significativo, es decir que a mayor peso del recién nacido, mayor será el riesgo para desarrollar un desgarro perineal.

Recomendaciones

- Se recomienda evitar la gestación durante la adolescencia, debido que a menor edad, mayor será el riesgo para un desgarro perianal, por ende mayor complicaciones.
- Se debe tomar en cuenta en la atención prenatal, el dosaje de hemoglobina para detectar precozmente los casos de anemia, ya que en nuestro estudio se demostró que las pacientes con anemia tienen más riesgo de presentar desgarro perineal en las gestantes adolescentes.
- Se deber realizar nuevos estudios sobre la intervención de la psicoprofilaxis como preparación beneficiosa para las gestantes, en el presente estudio resultó independiente para el desgarro perineal. Sin embargo con inclusión de algunos ejercicios como los de Kegel y el masaje perineal, los resultados pueden variar.
- Se debe concientizar a las pacientes a esperar un tiempo prudente entre gestaciones, debido que un periodo intergenesico largo tiene mayor riesgo de presentar desgarro perineal que aquellas con uno adecuado.
- Se recomienda valorar el uso de la episiotomía en los recién nacidos macrosómicos. Ya que en el presente estudio a mayor peso del recién nacido, mayor será el riesgo para desarrollar un desgarro perineal en las gestantes adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ValdesDacal, Sigfrido. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Mexicana 2004 Vol. 40 Nro. 14.
2. Mejía, Elíseo. "Características del Embarazo parto y Recién Nacido de la gestante adolescente en la altura". Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Abril 2005. Vol. 46. Nro. 3.
3. Sánchez José, Escudero F. Riesgo materno Perinatal en gestantes mayores de 35 años. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia julio 2005 Vol. 46 Nro. 3.
4. Bendezú Martínez, Guido. Gestación en edad avanzada. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia 2003 vol. 47 Nro. 3. Pág. 169
5. Luna Z. Tania, Casanova. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en multíparas, Hospital docente Madre Niño San Bartolomé. Cybertesis 2009
6. Avila, Fabian. Desgarros vulvoperineales y factores de riesgos en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa. Cybertesis Perú. 2009
7. J Guadalupe Panduro Barón, Priscila Magaly Jiménez Castellanos, Elizabeth Guadalupe Panduro Moore. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704 <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211c.pdf>
8. Francis Paulina Abril-González, Alexandra Sofía Guevara-Villareal, Alveiro Ramos-Cruz, Jorge Andrés Rubio-Romero, "Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendido por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá", Colombia 2010
9. Ronald Paul Barrezueta. Factores Psicológicos Asociados A La Depresion En Las Adolescentes Embarazadas Asistidas En El Hospital Obstétrico Angela Loayza De Ollague En La Ciudad De Santa Rosa, Periodo 2011-2012.
10. McGuinness M, Norr K, Nacion K. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. J Nurse Midwifery 2011; 36(3):192-8.
11. Mongrut Steane Andres. Tratado de Obstetricia 4ta edición Lima – Perú
12. Williams Obstetricia. 23a edición. Argentina: Editorial Medica Panamericana. 2014
13. Ministerio de salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. <http://inmp.gob.pe/>
14. Lorenzana, Espinal. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela. Rev. Med. Vol. 6 no. 2. mayo-agosto, 2009 pag. 2
15. Ministerio de Salud. Manual de Salud Reproductiva. Managua 2008
16. Garay Cunningham, F y col. Hemorragia Obstétrica - Williams Obstetricia. 22ava. edición 2008, editorial Médica. Panamericana Pág. 315-316

17. Organización Mundial de la Salud, Deficiencia de hierro y anemia, OMS página oficial, <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.html>
18. Asociación Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica <http://www.asppo.org/>
19. Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica, manejo del primer y segundo estadios del parto 2005; 32 (2): 201-218.
20. La atención calificada durante el parto <http://www.familycareintl.org/>
21. Vega Yolanda, Relación del crecimiento y desarrollo de niños de 1 a 5 años con periodo intergenésico corto y adecuado, Bolivia-Punata 1994.
22. MassoniJorgelina, ¿Cuánto esperar entre un embarazo y otro? 2008<http://www.bebesychupetes.com/%c2%bfcuanto-esperar-entre-un-embarazo-y-otro.html>
23. Beischer N, Mackay E. Obstetricia Práctica con cuidados del recién nacido. Bs As: Nueva Editorial Interamericana, 2001.
24. Balaskas, Janet, Active Birth. Boston: Harvard Common Press. 2002
25. Methods to prevent an episiotomy. What is The Prevention For Episiotomy. PageWise Inc. USA 2009
26. Lotour R, Rafael, Manejo y control del riesgo reproductivo preconcepcional, Revista Ciencia.com, Mexico, 2009
27. LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Servei de Medicina Maternofetal. InstitutClínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf
28. Jorge Andrés Rubio. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un Hospital Univesitario. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.2 • 2007 • (116-126). <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n2/v56n2a02>

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<u>Desgarro perineal</u>	Laceración que se produce en el parto	Cualitativa	Ordinal	Primer grado Segundo grado Tercer grado Cuarto grado	Historia clínica Hoja de resumen de parto
Edad	Edad de la gestante expresada en años	Cuantitativa	Nominal	Menores de 15 Mayor o igual a 15	Historia clínica Hoja de resumen de parto
<u>Tiempo de expulsivo</u>	Tiempo que transcurre desde dilatación 10 hasta nacimiento del feto expresado en minutos	Cuantitativa	Discreta	Minutos que dura el expulsivo	Historia clínica Hoja de resumen de parto
<u>Peso del recién nacido</u>	Peso en gramos del recién nacido	Cuantitativa	Nominal	Bajo peso (≤ 2500 g) Peso adecuado (2501 – 3999 g) Macrosomía (≥ 4000 g)	Historia clínica Hoja pelmatoscópica
<u>Paridad de la gestante</u>	Número de partos	Cuantitativa	Nominal	Primípara (≤ 1 parto) Multíparas (≥ 2 partos)	En historia clínica, carnet perinatal

<u>Anemia materna</u>	Grado de anemia según hemoglobina	Cuantitativa	Continua	En g/ dL	En hoja de laboratorio tomado en emergencia al ingreso de la paciente para su atención de parto
<u>Psicoprofilaxis</u>	Número de sesiones	Cuantitativa	Discreta	En número	En carnet perinatal
<u>PIG</u>	Tiempo que pasa entre un embarazo y otro.	Cuantitativa	Nominal	PIG Corto (≤ 1.9 años) PIG adecuado (2 – 4 años) PIG largo (≥ 5 años)	Historia clínica

ANEXO 02: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº de HC-----

Fecha de recolección:-----

I.DATOS GENERALES:

1. Edad por categoría: ____ menor de 15 años
mayor o igual a 15 años

II.DATOS OBSTÉTRICOS:

2. Formula obstétrica G ____ P _____
3. Periodo íntergenésico ____ años
4. Número de partos _____ cesáreas _____ vaginales _____
5. Tiempo del expulsivo _____ minutos
6. Hemoglobina: _____ mg/dl
7. Psicoprofilaxis _____ sesiones
8. Desgarro:
 - Primer grado ____
 - Segundo grado ____
 - Tercer grado ____
 - Cuarto grado ____

III.DATOS NEONATALES:

9. Peso del recién nacido: _____ gramos

