

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014”

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL
DE MEDICO CIRUJANO**

KATHERINE SANTOS MALÁSQUEZ

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE LA TESIS

Mg. Cecilia Salinas Salas
ASESORA

LIMA - PERÚ
2016

DEDICATORIA

A mis queridos padres Lucy y Macace por todo el esfuerzo y apoyo incondicional para el logro de mis aspiraciones profesionales.

RESUMEN

Introducción: 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.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo del desgarro perineal que se presentan con mayor frecuencia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014. Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, donde se revisó 215 historias clínicas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, el análisis fue con un $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) siguiendo los de segundo grado (15,8%) y por último el de tercer grado (0,5%). La edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). El 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa. El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%), el valor de significancia fue 0,129.

Palabras claves: Desgarro perineal, factores de riesgo, anemia.

ABSTRACT

Introduction: The morbidity associated with perineal tears is a health problem as more than 91% of women report at least one symptom persisting up to eight weeks after delivery.

Objective: Identify risk factors perineal tear occur most frequently in postpartum vaginal delivery in Vitarte Hospital in 2014. Methodology: Descriptive, retrospective, cross-sectional study, where 215 medical records that met inclusion and exclusion criteria were reviewed, the analysis was with $p < 0.05$ as significant.

Results: The degree of injury most frequently were first-degree lacerations (83.7%) following the second degree (15.8%) and finally the third degree (0.5%). The age at which highest frequency of tears was between 20 and 34 years (73.5%) following over 34 years (18.6%) and girls (7.9%) was observed. 25.1% of tears were found in the group of pregnant women with mild anemia, moderate anemia 6.0% and 2.3% with severe anemia. The birth weight in the higher frequency of perineal laceration was observed is between 2500-4000g (86.0%), the significance value was 0,129.

Keywords: Perineal tear, risk factors, anemia.

INTRODUCCIÓN

El parto es la expulsión de un feto con peso mayor de 500g. Normalmente, el parto ocurre cuando el producto de la concepción ha cumplido íntegramente con el ciclo de su vida intrauterina y la madre ha llegado al término de su embarazo, esto ocurre entre las 37 y 41 semanas de amenorrea (1).

El parto vaginal es un proceso natural que generalmente no requiere intervención médica significativa. El manejo guiado por el conocimiento actual de los exámenes auxiliares de monitoreo y del proceso de labor de parto puede aumentar enormemente la probabilidad de un parto y curso postparto sin complicaciones (1,2).

Entre las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto se encuentran los desgarros perineales. De acuerdo a algunos reportes, cerca del 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y del 2.2% al 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal (3,4).

Se puede definir el trauma perineal como cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o causado por una episiotomía (5).

Se clasifica el desgarro perineal en varios grados según la afectación de las estructuras: El primer grado afecta a la piel perineal y la mucosa vaginal; el segundo grado incluye la fascia y el músculo del cuerpo perineal; el tercer grado incluye el esfínter anal y el cuarto grado incluye la mucosa rectal (6).

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.

La incidencia de trauma perineal severo reportado internacionalmente varía, 2.9% a 10.2% en Estados Unidos, 2.0% en Australia y 1.58% en el Reino Unido (7).

La incidencia anual promedio de desgarro perineal posterior en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en nuestro país es 0.58% (8).

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 (9).

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 (10).

Por otro lado, 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.

Existen muchos factores de riesgo de desgarro perineal entre ellos tenemos: factores neonatales, maternos y obstétricos, por ende si no son atendidos a tiempo conllevan a complicaciones muy severas tanto para la madre como para el producto, para ello se debe llevar a cabo un seguimiento teniendo en cuenta: el peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc (8).

Se sabe que la mayoría de defunciones maternas está relacionada a complicaciones del embarazo, parto o puerperio no atendidas o deficientemente tratadas.

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgo del desgarro perineal en púerperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014 y con los resultados obtenidos en el estudio insistir en medidas de prevención para mitigar la frecuencia de dichos factores si fueran de riesgo para desgarro perineal.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN	8
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	12
2.2. BASES TEÓRICAS - ESTADÍSTICAS	21
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	32
3.1. HIPÓTESIS	32
3.2. VARIABLES: INDICADORES	32
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	33
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO	33
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	33
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	34
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
4.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	36
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
5.1. RESULTADOS	37
5.2. DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	48

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN

El presente estudio está en conformidad con las Prioridades de Investigación en Salud 2015-2021 DISAS Lima Sur y Lima Este; prioridad N° 2: Mortalidad perinatal; cuya ejecución será realizada en el Centro de Salud Maria Teresa de Calcuta establecimiento de primer nivel de atención correspondiente al distrito de El Agustino, Dirección de Salud IV Lima Este con una de las más altas incidencias en tuberculosis de la zona.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trauma perineal ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía.

La incidencia de trauma perineal severo reportado internacionalmente varía, 2.9% a 10.2% en Estados Unidos, 2.0% en Australia y 1.58% en el Reino Unido (7).

La incidencia anual promedio de desgarro perineal posterior en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en nuestro país es 0.58% (8).

Las pacientes embarazadas en el momento del trabajo de parto son susceptibles de sufrir alguna lesión o trauma perineal (9).

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 (10). Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal (10,11).

Según un estudio en Colombia, la duración de la fase activa y el peso del neonato son factores de riesgo para desgarro perineal. Por el contrario, ni la inducción del parto ni el nivel de formación del operador fueron factores de riesgo estadísticamente significativos (12).

Según un estudio en México, el uso de oxitocina, la duración del periodo expulsivo de más de 60 minutos, la episiotomía y el parto instrumentado con fórceps fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles (3).

Existen muchos factores de riesgo de desgarro perineal entre ellos tenemos: factores neonatales, maternos y obstétricos, por ende si no son atendidos a tiempo conllevan a complicaciones muy severas tanto para la madre como para el producto, para ello se debe llevar a cabo un seguimiento teniendo en cuenta: el peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc (8).

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Partiendo de la identificación y el impacto de los factores de riesgo que es susceptible de variación esto depende de las características de la población y del tipo de hospital, y la mayoría de los estudios sobre trauma perineal obstétrico han sido efectuados en países distintos al nuestro. Por lo tanto paso a formular esta pregunta ¿Cuáles son los factores de riesgo del desgarro perineal que se presentan con mayor frecuencia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014?

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El desgarro perineal es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento, cuya incidencia se está incrementando, realizándose muchos estudios con el fin de determinar los factores asociados a dicho aumento; y la existencia de estudios contradictorios acerca de la asociación o no de los factores de riesgo a estudiarse;

además, siendo el Hospital Vitarte, una institución del cono este en responder a una alta demanda de atención del parto en el servicio de gineco obstetricia por lo que es un estudio novedoso, este estudio ayudará a determinar los factores de riesgo del desgarro perineal en puérperas de parto vaginal. Por lo tanto la presente investigación tiene como finalidad aportar a la disminución de la morbilidad conociendo cuales son los factores de riesgo que participan en la presencia del desgarro perineal. A través de los resultados de este trabajo se busca concientizar al personal de salud para que puedan detectar a tiempo los posibles factores de riesgo de desgarro perineal que conlleven a complicaciones futuras. Tiene trascendencia poblacional porque afecta un porcentaje importante de la población del cono este que acude al Hospital Vitarte y es un estudio viable porque no conlleva un derroche de recursos humanos ni económicos.

1.5. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVOS GENERALES

- Determinar los factores de riesgo del desgarro perineal que se presentan con mayor frecuencia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014.

1.5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la frecuencia de grados de desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el 2014.
- Conocer la edad en la cual se presentan con mayor frecuencia los desgarros perineales en el Hospital Vitarte en el 2014.
- Determinar el grado de anemia materna con mayor frecuencia antes de presentar desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el 2014.
- Determinar la influencia del peso del recién nacido en el desarrollo de los desgarros perineal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el 2014.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Militza Angelina Lorenzo-Pliego, Luis Alberto Villanueva-Egan publicaron un estudio titulado: "Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias". Estudio de 173 casos de pacientes que presentaron desgarros perineales de tercer y cuarto grado y 517 controles sin lesión perineal evidente, atendidas de enero de 2004 a diciembre de 2007. Los resultados mostraron que el uso de oxitocina, la duración del período expulsivo de más de 60 minutos, la episiotomía y el parto instrumentado con fórceps fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles, sin diferencias en la antropometría de los neonatos o en el tipo de personal que atendió el parto.

Panduro Barón, J; Jiménez Castellanos, Priscila; Pérez Molina, J; Panduro Moore, Elizabeth; Peraza Martínez, Damián; Quezada Figueroa, Norma; publicaron en México, un estudio titulado: "Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales". La muestra lo constituyeron el grupo de casos conformados por 550 puérperas adolescentes ≤ 18 años que tuvieron un embarazo mayor de 27 semanas; el grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. Los resultados mostraron que en las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones, mayor frecuencia de rotura prematura de membranas, amenazas de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. No hubo diferencias en el número de consultas prenatales, vía de nacimiento, tipo de líquido amniótico y molestias habituales durante el embarazo.

Solis Almonacid, Nelson, en Perú, realizó un estudio titulado: "Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave en el Hospital

Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé entre enero del 2000 y diciembre del 2004". La población incluyó a todas las pacientes con el diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave durante el parto vaginal durante el 1 de Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2004. Los resultados obtenidos fueron: Se produjeron 25044 partos vaginales y 146 presentaron desgarros perineales posteriores graves, con una incidencia anual promedio de 0,58 x 100. De los 146 casos de desgarros perineales posteriores graves que se produjeron, se encontró que el 69,18% (101 casos) se les había realizado episiotomía medio lateral, 5,48% (8 casos) se les realizó episiotomía mediana, y en el 25,34% (37 casos) no se les había realizado episiotomía, lo cual indica que el uso de la episiotomía incrementa el riesgo de desgarro posterior grave. Los desgarros perineales posteriores graves se presentaron con mayor frecuencia en los partos vaginales (89,73%), en segundo lugar en los partos instrumentados con fórceps (8,9%) y finalmente en los partos instrumentados con vaccum extractor en el (1,37%), lo cual indica que el parto instrumentado con forceps en particular no incrementaría el riesgo de desgarro perineal posterior grave, pero además hay una tendencia marcada descendente al parto instrumentado en los últimos años. Los casos de desgarros perineales posteriores graves se presentaron más frecuentemente en nulíparas (80,14%) que en multíparas (19,86%), con lo cual podemos observar que la nuliparidad es un factor de riesgo que incrementa la presentación de desgarros perineales posteriores graves. En el 85,62% de los casos de desgarro perineal posterior grave pesaron menos de 4 Kg y solo en el 14,38% pesaron más de 4 Kg, no se observó que el peso mayor de 4 Kg incremente el riesgo de esta patología.

Barbecho Chuisaca, Paola y Barrera Campoverde, Tatiana, en Perú, publicaron un estudio titulado: "Incidencia, factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y parto de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1º de enero hasta el 31º de diciembre del 2011". La población está constituida por todas las mujeres embarazadas a término, que tuvieron productos grandes para la edad gestacional durante

el año 2011 en el hospital Vicente Corral Moscoso. En los resultados se obtuvo que el promedio de edad materna fue de $26.27 \pm 6,5$ años con un mínimo de 15 y un máximo de 44 años. El mayor porcentaje (31.56%) de madres de RNTGEG (Recién nacidos a término grandes para la edad gestacional) se ubican en el grupo etario comprendido entre los 20 y 24 años de edad. El promedio de talla de la población fue de 152 ± 5.7 cm con un mínimo de 140 y un máximo de 179 cm. El mayor porcentaje (60.94%) de madres con RNTGEG se ubican en el grupo comprendido entre los 145-154 cm de estatura. El 46,3%(n=148) de las madres RNTGEG tuvo sobrepeso previo al embarazo, de éstas, el 22,5% (n=72) tuvo una ganancia de peso por debajo de lo normal: mientras que en el 15,94% (n=51) la ganancia de peso fue normal y el 7,8% (n=25) tuvo una ganancia excesiva de peso. La obesidad y el sobrepeso constituyen los factores de riesgo más frecuentes en nuestra muestra de estudio, presentándose en el 71,88% de mujeres con RNTGEG; seguido del antecedente de RNTGEG con un 39,7%. Así mismo, el factor de riesgo que menos relación tuvo con RNTGEG fue la diabetes gestacional, encontrándose en el 6,25% de las mujeres. El sexo del RNTGEG predominante en cada uno de los intervalos de peso fue masculino, lo que corresponde al 60.2% del total de la muestra estudiada: excepto en los niños de 3500-3599 gramos en donde el sexo predominante fue el femenino (3,8%); del total de RNTGEG de sexo masculino el mayor porcentaje (16,6%) oscila en un peso de 3600-3699 gramos. La complicación con mayor frecuencia en la población de estudio fue la cesárea, seguida del parto prolongado con un 35,93% y desgarro de partes blandas en un 34.06%. El 91% de las madres con RNTGEG presentó alguna clase de complicaciones durante el parto, el 82% de las RNTGEG presentaron algún tipo de complicación en el periodo neonatal.

Tena Aguilar, Luis, en Perú, publicó un estudio titulado: "Complicaciones maternas y morbimortalidad neonatal en el parto del recién nacido macrosómico del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima-Perú". La población estuvo constituida por 5113 partos atendidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Lurigancho en Lima - Perú, de los cuales se estudiaron 222 recién nacidos Macrosómicos. Los

resultados determinaron que las complicaciones Maternas Predominantes fueron: La distocia de hombros 50.00%. El desgarro perineal 66.66%. Respecto al Recién Nacido Macrosómico predominó el Sufrimiento Fetal agudo 75.00%, la asfixia Neonatal 90.91%, antes y después del parto con una morbilidad neonatal de 8.56% y una mortalidad neonatal de 0.39 x 1000 nacidos vivos. La Prevalencia de Macrosómia fetal fue de 4.34%. Las características epidemiológicas halladas son: La edad promedio de la madre de 28 años, de estado civil conviviente 77.48%, con secundaria completa 53.60%, ocupación de la madre Ama de Casa 95.95%, con Multiparidad en el 81.98%. El sexo del recién nacido macrosómico fue masculino en un 66.22%, con una talla promedio de 52.34 cms. No hubo control prenatal en la madre gestante en el 29.09 %. La Tasa de Cesáreas fue para el grupo de macrosómicos de 27.93 % y en los no macrosómicos de 18.95 %.

Ramos Bustan, Viviana, en Ecuador, publicó un estudio titulado: "Complicaciones en pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba". La población fueron las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Los resultados obtenidos fueron: La edad de aparición más frecuente es de 19 a 26 años, 44%; las pacientes habitan en el sector rural, 53%; un 25% fue transferido desde otras unidades de salud; el control prenatal cumplieron el 70% de las pacientes, de éste un 34% cumplió con el control adecuado(más de 5); 52% son primigestas; 89% no refirieron ningún antecedente patológico personal; 94% parto por vía vaginal y las complicaciones que se presentaron fueron alumbramiento incompleto, 63%; desgarros vaginales ,10% e hipotonía uterina en un 9%.

Marques Salge, Ana; Fleury Lôbo, Sara; Machado Siqueira, Karina; Rossie Silva, Renata; Valadares Guimarães, Janaína, el 2012, en Brasil, publicaron un estudio titulado: "Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados". La población la constituyeron 1129 parturientas sometidas a parto normal, de junio 2009 a mayo 2010. Los resultados

obtenidos demostraron que la episiotomía fue utilizada en el 57.55% (n=636) de los partos normales y en 83,7% (n=325) de los partos de primerizas. La asociación entre el uso de la episiotomía y la primiparidad es estadísticamente significativa ($p<0,001$). Los datos sugieren la asociación de la episiotomía y el aumento de riesgo de laceraciones graves ($p<0,001$).

Asnat Groutz, Joseph Hasson, Anat Wengier, Ronen Gold, Avital Skornick-Rapaport, Joseph B. Lessing, en Estado Unidos, publicaron un estudio titulado: "Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium". La población la constituyeron 38.252 mujeres que dieron a luz en un centro médico, desde enero de 2005 hasta diciembre de 2009. En los resultados se encontraron cinco variables que son estadísticamente significativas como factores de riesgo independientes: el origen étnico asiático (OR 8,9; 95% intervalo de confianza [IC]: 4,2 a 18,9), primíparas (OR: 2,4, IC 95%, 1.5 a 3.7) , la persistencia occipital posterior (OR: 2,1, IC del 95%, 1-4,5), la entrega de vacío (OR, 2,7, IC 95%, 1.6 a 4.6), y el elevado peso al nacer (OR 1,001, IC del 95%, 1 a 1,001).

Abril González, Francis; Guevara Villareal, Alexandra; Ramos Cruz, Alveiro; Rubio Romero, Jorge; en Colombia, publicaron un estudio titulado: "Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007". La población estuvo constituida por 149 mujeres atendidas por parto vaginal en el Hospital de Engativá ESE nivel II entre noviembre de 2006 y mayo de 2007. Los resultados fueron que de un total de 149 pacientes, 81 (54,4%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura. Los factores de riesgo significativos para desgarro perineal durante el parto vaginal sin episiotomía fueron la duración de la fase activa del trabajo de parto mayor de 420 minutos ($RR=1,45$; IC95% 1.10-1,91), peso del neonato mayor de 3.100 g ($RR=1.43$; IC95% 1.05-1,94) y la inducción del trabajo de parto ($RR=1,38$; IC95% 1,03-1,86). El nivel de educación del operador, la paridad, el perímetro cefálico y la

duración del expulsivo no fueron estadísticamente significativos mientras que el análisis de regresión logística estableció que el peso (RR=2,6; IC95% 1,25-5,49) y la duración de la fase activa (RR=3,0; IC95% 1,33-6,48) fueron los factores de riesgo significativos.

Lorenzana-Cruz, Juan y Espinal-Rodríguez, José; en Honduras, publicó un estudio titulado: “Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de Labor y Parto del hospital Escuela”. La población estuvo constituida por 1936 madres atendidas por parto normal en la Sala de Labor y Partos del Hospital Escuela en un período de 1998 a 2000. Los resultados encontraron una frecuencia de desgarros de 23%; en relación al Grado III fue de 2.9% y al Grado IV fue de 3.3%. Hubo aumento en los desgarros GI y II al no hacer la episiotomía y disminuyeron los Grado III y IV. Al hacer episiotomía aumentan los grados III y IV.

Sánchez José; Escudero F; en Perú, publicó un estudio titulado: “Riesgo materno Perinatal en gestantes mayores de 35 años, en el Hospital Arzobispo Loayza”. La población estuvo constituida por un grupo de casos, que fueron los partos ocurridos en gestantes mayores de 35 años y un grupo de control que fueron las gestantes de 19 y 34 años que dieron a la luz entre el 1º de julio de 1997 y el 30 de junio de 1998, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza. En los resultados se encontró una asociación de las gestantes mayores de 35 años con los antecedentes de hipertensión arterial crónica y asma bronquial (p menor 0,05), y con complicaciones de placenta previa, cesárea electiva y desgarros vaginales durante el presente embarazo. El riesgo de preeclampsia existente se asoció al número elevado de gestaciones y al grado de instrucción bajo. En el neonato hubo muerte neonatal temprana y situaciones fetales anómalas, tipos transversa y oblicua (p menor 0,05).

Rubio Jorge Andrés, publicó en Colombia un artículo titulado “Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un hospital universitario”. Se incluyeron 3.674 partos vaginales en presentación cefálica entre 20 y 43 semanas de gestación y se excluyeron los partos

instrumentados. En los resultados se obtuvo que la política selectiva disminuyó significativamente la tasa global de episiotomía del 47,3% (IC95% 41,8-45,7) al 12,2% (IC95% 10,2-14,6) e incremento el Riesgo Relativo (RR) de desgarro a 1,5 (IC95% 1,34-1,67) comparado con el basal. El análisis estratificado mostro un leve aumento del riesgo de desgarro para las nulíparas, de 3,83 (IC95% 2,91-5,03) a 3,90 (IC95% 2,38-6,44) y una disminución significativa de este, de 4,06 (IC95% 3,68-6,15) a 0,58 (IC95% 0,34-0,98) para las múltíparas. La política selectiva disminuyó significativamente un 16,4% (IC95% 12,7-20,0) la necesidad de sutura perineal posparto.

Vigdis Aasheim, Anne Britt, Vika Nilsen, Mirjam Lukasse, Liv Merete Reinart, publicaron un estudio llamado "Técnicas perineales durante el periodo expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal". Se incluyeron ocho ensayos con 11 651 mujeres asignadas al azar. Los resultados demostraron un efecto significativo de las compresas calientes en la reducción de los desgarros de tercer y cuarto grado (cociente de riesgos [CR] 0,48, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,28 a 0,84; dos estudios, 1 525 mujeres). También hubo un efecto significativo que favoreció al masaje perineal versus ninguna intervención ("manos fuera") para reducir los desgarros de tercer y cuarto grado (CR 0,52, IC del 95%: 0,29 a 0,94; dos estudios, 2 147 mujeres). Ninguna intervención (o conducta expectante) versus la intervención no mostró efectos sobre los desgarros de tercer y cuarto grado, pero se observó un efecto significativo de ninguna intervención sobre la reducción de la tasa de episiotomía (CR 0,69, IC del 95%: 0,50 a 0,96; dos estudios, 6 547 mujeres).

Gálvez Toro A, Berral Asunción, Burgos Juan, Salido Ma Paz, en España, publicaron un estudio titulado "Efecto de las lesiones perineales del primer parto en la intensidad y severidad del trauma perineal en el segundo en partos eutócicos." La población en estudio estuvo conformado por el número de partos eutócicos para el periodo de estudio, que fue de 5959. Cumplieron los criterios de inclusión 1242 partos (621 mujeres). En los

resultados se demostró que el 57,32% de las mujeres se expusieron a la episiotomía en el primer parto. En la cohorte expuesta a episiotomía el riesgo de sufrir lesiones perineales superiores a segundo grado o episiotomía fue de 2.3 (1.742-3.115). En la cohorte expuesta a episiotomía o desgarro severo el riesgo relativo fue de 2,80 (1,937-4,065). Las mujeres con periné íntegro o con lesión de primer grado en el primer parto tienen menos riesgo de sufrir lesiones severas en el siguiente parto frente a las que tuvieron desgarro de segundo grado o superior (9.16% vs. 27.90%).

García José A, Reyes Ma. Isabel, Cazorla Manuel, Delgado Carolina, Martín Alicia, en España, publicaron un artículo titulado "Asistencia obstétrica y trauma perineal". La población en estudio fue de 90.030 partos vaginales que se realizaron en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias desde el 1 de enero de 1992 hasta el 31 de diciembre de 2005. Los resultados obtenidos demostraron que la frecuencia de desgarros de grados I o II es significativamente más elevada cuando no se realiza ningún tipo de episiotomía. No hay diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias de desgarros de grados I o II de las parturientas a las que se les ha realizado una episiotomía central o mediolateral. No hay diferencias estadísticas entre las frecuencias de desgarros de grados III o IV en las parturientas a las que se realizó una episiotomía central o mediolateral. En relación con el parto vaginal con aplicación de fórceps, cuando no se practica una episiotomía asistimos a una mayor frecuencia de desgarros, tanto de los de grados I o II (49,5%) como de los de grados III o IV (8,4%); son significativas las diferencias con las frecuencias de desgarros en las parturientas con episiotomía central (un 8,4% de desgarros de grados I o II y un 4,2% de grados III o IV) o mediolateral (un 10,2% de desgarros de grados I o II y un 4% de grados III o IV). No hay diferencias en la frecuencia de desgarros de grados III o IV al comparar las parturientas con episiotomía central con las parturientas con episiotomía mediolateral.

Figueira Lina, Ibarra Arias, Cortés Rafael, Blasco de Oro Marco, Mendoza Alexander, Velásquez Geraldine; en Caracas, publicaron un estudio

titulado “Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas”. La población estuvo constituida de 100 pacientes nulíparas entre marzo y noviembre de 2002 en el Hospital Dr. Domingo Luciani. Los resultados obtenidos fueron que la principal variable en el estudio fue el daño perineal. Los desgarros perineales severos fueron poco frecuentes y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo rutinario y el selectivo (4% vs 0%, $p= 0,495$), mientras que los desgarros anteriores y los perineales leves fueron más frecuentes en el grupo selectivo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la duración del período expulsivo, presencia de meconio, puntuación de Apgar, gasto en material de sutura, dolor y complicaciones a las 24 y 48 horas. La mayoría de las pacientes del grupo selectivo (76%) sólo presentaron desgarros leves o no presentaron desgarros; entre ellas un 30 % no requirieron sutura.

Pavón Patricia, Gogeoascoechea Ma. del Carmen, Durán Lilia, Becerra José, en México, realizaron un estudio titulado “Complicaciones obstétricas en un hospital de Ginecología y Obstetricia”. La población estuvo conformada por 1137 embarazadas. Los resultados obtenidos demostraron que del total de 1137 mujeres embarazadas, 114 presentaron complicaciones obstétricas durante el período estudiado, siendo la incidencia de 9.9 por cada 100 mujeres embarazadas. Se registraron 2 defunciones, una por hemorragia postparto y la otra por eclampsia. La tasa de mortalidad materna fue 2 por cada 1,000 nacimientos. De las 114 pacientes que presentaron complicación, 113 habían ingresado sin complicación, y solo una ingresó con diagnóstico de eclampsia, agravándose durante la estancia hospitalaria. Los tipos de complicación correspondieron a desgarro perineal durante el parto de grado no especificado, seguido por hemorragia postparto, infección, crisis convulsivas inducidas por la anestesia epidural administrada durante el trabajo de parto y parto, y eclampsia, siendo la incidencia de 8.9, 0.6, 0.3, 0.05 y 0.05 respectivamente por cada 100 mujeres embarazadas.

Hernández Diana, Ramírez Martha, Pichardo Mauricio, Moreno José Antonio, Rodríguez Miguel, Contreras Nilson, en México, realizaron un

estudio llamado “Complicaciones maternas y neonatales secundarias a parto vaginal instrumentado con fórceps”. La población estuvo conformada por 467 mujeres atendidas en el Hospital de la Mujer en el Distrito Federal, durante el 1 de enero de 2009 al 31 de mayo de 2011. Los resultados obtenidos fueron que las pacientes con desgarro perineal representaron el 38.5%; ruptura uterina 0.2%; complicación con hemorragia obstétrica 12.4%.

2.2. BASES TEÓRICAS - ESTADÍSTICAS

El desgarro es la pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto (7).

El desgarro perineal se constituye por ser la lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa (10).

De todas las gestantes primíparas el principal riesgo es presentar un desgarro perineal; en ellas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto, cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal (se describe a un feto con un peso mayor de 4000g), anomalías congénitas y rigidez de los tejidos ocasionando principalmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna e infecciones) facilitando los desgarros teniendo en cuenta la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presenta en pelvis estrechas y en variedades occípito sacras (13).

Según las bibliografías consultadas podemos evidenciar una diferencia de la frecuencia la cual varía del 2% al 15%. En el HNHU se representó el 10.2 % para el año 2004.

CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS

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

1º grado	Lesión de la piel perineal	
2º grado	Lesión de los músculos del periné (no del esfínter)	
3º grado	3a	Lesión del esfínter externo <50%
	3b	Lesión del esfínter externo >50%
	3c	Lesión del esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa	

REPARACIÓN DE LOS DESGARROS

Los desgarros perineales ocurren con frecuencia; mayormente los de primer grado, muchas veces no necesitan ser reparados; los de segundo grado generalmente pueden ser fácilmente suturados bajo anestesia local y cicatrizan sin mayores complicaciones. Los de tercer y cuarto grado necesitan una sutura especial, cuidados y a veces puede utilizarse antibiótico profiláctico (14).

CONSECUENCIAS DE LOS DESGARROS PERINEALES

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

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL

Según las bibliografías existen muchos factores de riesgo para presentar desgarro perineal:

A. EDAD MATERNA

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 siendo más frecuente 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. 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 otro rubro de edad en obstetricia son las consideradas entre 20 y 34 años de edad, la edad considerada como ideal para un embarazo, las complicaciones dentro este grupo son menores, sin embargo en algunos estudios se observaron que es el grupo con mayor caso de desgarro. Esto puede deberse quizá porque el mayor número de gestantes en los estudios se encontraban dentro de este grupo de edad (15).

Si la paciente es primigesta tienden a desarrollar un parto difícil con complicaciones como desgarros, rotura de útero, atonía, entre otras. La diabetes hace que los productos de la concepción sean grandes obstruyendo el canal del parto y predisponiendo a un posible desgarro perineal. 14 Las añosas, consideradas aquellas embarazadas con más de 35 años, también son consideradas como alto riesgo obstétrico porque la mayoría de patologías se encuentran dentro de este grupo, la diabetes, la hipertensión, malformaciones congénitas, problemas de la placenta, etc.

B. PARIDAD

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, aquí se incluyen las primíparas, multíparas y las gran multíparas, esto dependiendo si es el primer parto, de dos a 4 partos, y más de cinco partos correspondientemente. La elasticidad del periné por las frecuencias de parto es diferente en una primípara que en una que tuvo más de dos partos, por lo tanto podría incluirse como factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal. Sin embargo se debe tener en cuenta que el expulsivo precipitado es más frecuente en multíparas por el número de veces que ha sido distendido el periné. 18 sin embargo según conceptos manejados se sabe que existe mayor riesgo en las primíparas. A diferencia de esto en estudios revisados son las multíparas quienes presentan más desgarros que las primíparas (16).

C. 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 (17).

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL:

Según el peso para la edad gestacional se clasifican en:

AEG	Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
PEG	Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
GEG	Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PESO EN GRAMOS:

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

2500-4000 gr	Recién nacido de peso adecuado
<2500 gr	Recién nacido de bajo peso.
>4000 gr	Recién nacido macrosómico

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

D. ANEMIA MATERNA

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 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 ó 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 (18).

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA:

- ANEMIA LEVE: se define como la presencia de hemoglobina entre 9 y 10,9 g/dl
- ANEMIA MODERADA: la hemoglobina se encuentra ente 7 y 8,9 g/dL.
- ANEMIA SEVERA: la hemoglobina se encuentra por debajo de 7 g/dL.

E. TIEMPO DEL EXPULSIVO

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

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

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

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 (19).

F. PERIODO INTERGENÉSICO

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 periodo intergenésico se define como el lapso de tiempo que se espera entre un embarazo y otro. 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 (20).

G. PSICOPROFILAXIS 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.

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.

El apoyo emocional brindado elimina la ansiedad que suele existir en esta etapa tan importante en la vida de la mujer (17).

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.

H. OTROS FACTORES DE RIESGO

Estos factores de riesgos explicados y otros, como las infecciones vaginales durante el embarazo que también vuelven friables los tejidos, el número de atenciones prenatales, donde principalmente se identifican los factores de riesgo de una gestante, la alimentación, el profesional que atendió el parto, la colaboración de la paciente en el momento del expulsivo, etc. tienen influencia para desarrollar desgarro perineal, sin embargo lo más conocidos y resaltantes son los que se pretende estudiar en el presente trabajo (21).

PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL

Disminuir la presencia de desgarro es posible, por ejemplo con la episiotomía, que viene a ser un corte realizado al tejido perineal con la finalidad de ensanchar la salida vaginal; se realiza en el período expulsivo con la ayuda de unas tijeras y afecta a la piel, la mucosa y el músculo, la episiotomía tiene muchos beneficios y riesgos, pero en la práctica clínica su uso como técnica alternativa es muy útil.

Existen otras maneras de prevenir el desgarro perineal como (22):

- Buena nutrición
- Ejercicios de Kegel: Sirven para fortalecer los músculos perineales, obteniendo un tono adecuado a su vez ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. Consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y mantenerlos contraídos durante cinco segundos y luego relajarlos. Se deben hacer hasta doscientas repeticiones por día pero no todas a la vez. La manera más sencilla de reconocer el músculo perineal es deteniendo la micción a intervalos. Se sienta con las piernas confortablemente abiertas, se intenta detener la orina y se vuelve a dejar fluir sin mover las piernas. Se puede hacer sin esfuerzo, si es que se tiene músculos pélvicos fuertes (23).

- Comodidad durante el parto
- Masaje perineal: Ha demostrado que puede prevenir la realización de una episiotomía y disminuir los desgarros que algunas mujeres presentan durante el parto. Esto es de particular efectividad en embarazadas mayores de 20 años de edad. Contribuye a preparar la piel del periné para su distensión a la hora del parto, también contribuye a preparar la piel del periné para su distensión a la hora del parto, también contribuye a que aprendan las sensaciones del parto y como controlar los músculos que allí se encuentran. Se inicia el masaje aplicando gel lubricante, separando las piernas e introduciendo los dedos en la vagina, deprimiendo el periné hacia abajo y hacia los lados durante dos minutos, luego masajear alrededor del introito y por último empujar los pulgares hacia afuera, imaginando como presionar la cabeza del niño cuando salga (24).
- Parto atendido sin prisa
- Parto bajo el agua
- Jadeo y preparación

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

- Existen factores de riesgo asociados al desarrollo de desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014.
- Los desgarros perineales de primer grado en puérperas de parto vaginal se presentan con mayor frecuencia en el Hospital Vitarte en el año 2014.
- Las gestantes menores de 20 años presentan con mayor frecuencia desgarro perineal en el Hospital Vitarte en el año 2014.
- Los desgarros perineales se presentan con mayor frecuencia en las gestantes con anemia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014.
- El peso del recién nacido influye en el desarrollo de desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014.

3.2. VARIABLES: INDICADORES

Ver ANEXO 01

VARIABLES dependientes:

- Desgarro perineal

VARIABLES independientes:

- Edad
- Peso del Recién nacido
- Paridad de la gestante
- Anemia materna

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo retrospectivo transversal para determinar los factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas por parto vaginal en el Hospital Vitarte.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. UNIVERSO: Total de puérperas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Vitarte atendidas por parto vaginal en el 2014.

4.2.2. MUESTRA: Según el departamento de estadística del Hospital Vitarte en el período de estudio de 12 meses se produjeron 488 casos de desgarro perineal.

Toda muestra debe ser representativa, viable, suficiente y de tamaño adecuado; entonces para calcular el tamaño mínimo de la muestra como se conoce la población, obtuvimos la muestra mínima representativa por la fórmula de las proporciones y se adecuará a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot E^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Tamaño de la muestra
N = Tamaño de la población
E = Error de precisión (5%): 0.05
z = Nivel de confianza al 95% es 1.96
p = variabilidad positiva (50%): 0.5
q = variabilidad negativa (50%): 0.5

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 488}{488 \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 215$$

La muestra mínima representativa según el cálculo fue de 215 historias clínicas.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Presencia de desgarros perineales (independientemente del grado)
- Mujer con embarazo de 37 a 40 semanas por última regla.
- Parto con presentación cefálica
- Inicio de trabajo de parto espontáneo
- Mujeres con atención prenatal de la institución

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres con embarazo prolongado 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. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la observación documental y la recopilación de datos de las historias clínicas de las pacientes con desgarro perineal.

Posteriormente se procedió al llenado de la ficha de recolección.

El instrumento que se utilizó fueron las fichas de recolección de datos, donde incluye los datos necesarios para hacer el análisis respectivo de las variables. La ficha de recolección de datos contiene doce ítems establecidas entre cuatro categorías (datos generales, obstétricos, neonatales y reproductivos) las preguntas son de respuesta cerrada, ya que solo se transcribirá los datos de la historia clínica a la ficha, por ejemplo en el ítem edad, en el espacio que se dejó se transcribió la edad de la paciente, igual en los otros ítems como paridad, fórmula obstétrica, peso del recién nacido, hemoglobina en el tercer trimestre, etc.

La ficha que se utilizó para el registro de los datos ha pasado por un proceso de validación y prueba piloto.

4.5. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se realizaron los siguientes pasos:

1. Se identificaron los casos de desgarro perineal en el Hospital Vítarte por medio de registros estadísticos de la institución. De esta forma se obtuvo el número de historia clínica.
2. Se obtuvieron las historias clínicas de los casos y se revisaron que cumplan con los criterios de inclusión, los que no los tuvieron fueron excluidos.
3. Los datos solicitados por el estudio fueron obtenidos mediante la revisión de la historia clínica y luego el llenado de la ficha de recolección de datos (Anexo 01) de todos los casos que ingresaron al estudio.
4. Se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS21, se realizaron los cuadros y gráficos correspondientes a las variables estudiadas.
5. Métodos y modelos de análisis de datos según tipo de variables: Se realizó un análisis estadístico descriptivo, univariado. Todos los datos fueron procesados con un nivel de significancia estadística con $p < 0.05$ e IC95%. Los programas utilizados para el análisis de datos fueron los programas SPSS 21, Microsoft Office Word 2013, Microsoft Excel 2013 y Microsoft Power Point 2013
6. Se elaboró el informe de la tesis para revisión del Jurado de Tesis.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

5.1.1. Resultados descriptivos

Tabla 01. Relación entre grados de desgarros perineales y paridad

		PARIDAD					Total
		Primípara	Múltipara				
			2	3	4	5	
GRADO DESGARRO	Primer grado	32 14,9%	117 54,4%	27 12,6%	4 1,9%	0 0,0%	180 83,7%
	Segundo grado	3 1,4%	23 10,7%	6 2,8%	0 0,0%	2 0,9%	34 15,8%
	Tercer grado	1 0,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,5%
Total		38 16,7%	140 65,1%	33 15,3%	4 1,9%	2 0,9%	215 100,0%

TABLA 01: Al evaluar la tabla el grado de desgarro según la paridad de la gestante, se observó que el mayor número de desgarros perineales ocurrieron en las múltiparas (83,3%) siendo los desgarros de las de segunda paridad los de mayor frecuencia (65,1%).

Las primíparas presentaron el 16,7% del total de desgarros siendo los desgarros de primer grado 14,9%, siguiendo los desgarros de segundo grado con 1,4% y el de tercer grado 0,5%.

Los desgarros de primer grado de las de segunda paridad representaron el 54,4%, las de tercera paridad el 12,6%, las de cuarta paridad 1,9% y las de quinta paridad no presentaron desgarro. Es preciso mencionar que no existieron desgarros de tercer y cuarto grado en múltiparas. Se presentó solo un desgarro de tercer grado en primíparas.

Tabla 02. Relación entre grados de desgarros perineales y peso del recién nacido

		PESO RN (g)			Total
		<2500	≥2500 - <4000	≥4000	
DESGARRO	Primer grado	2 0,9%	155 72,1%	23 10,7%	180 83,7%
	Segundo grado	0 0,0%	30 14,0%	4 1,9%	34 15,8%
	Tercer grado	0 0,0%	0 0,0%	1 0,5%	1 0,5%
Total		2 0,9%	185 86,0%	28 13,0%	215 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,127 ^a	4	,129
Razón de verosimilitud	4,839	4	,304
Asociación lineal por lineal	,676	1	,411
N de casos válidos	215		

TABLA 02. Se muestra la relación del peso y su influencia en la presentación de desgarros perineales, donde se observó que en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 2500-4000g. se presentó el 86,0% de lesiones siendo el de primer grado el de mayor frecuencia (72,1%). Mientras que el grupo de los recién nacidos macrosómico presentó 13,0% de lesiones siendo el 10,7% de primer grado, 1,9% de segundo grado y 0,5% de tercer grado. El grupo de recién nacidos menor de 2500g. presentó 0,9% de lesiones siendo solo desgarros de primer grado.

El valor de Chi cuadrado es de 7,127 y el valor de significancia es de 0,129. Con este valor se concluye, que por ser mayor a 0,05 no existe diferencia estadísticamente significativa en el desgarro perineal con el peso del recién nacido.

Tabla 03. Relación entre grados de desgarros perineales y edad de la gestante

		EDAD (AÑOS)			Total
		≤19	20-34	≥ 35	
DESGARRO	Primer grado	14 6,5%	133 61,9%	33 15,3%	180 83,7%
	Segundo grado	3 1,4%	25 11,6%	6 2,8%	34 15,8%
	Tercer grado	0 0,0%	0 0,0%	1 0,5%	1 0,5%
Total		17 7,9%	158 73,5%	40 18,6%	215 100,0%

TABLA 03. Analizando la edad de la gestante se observó que el mayor número de desgarros (73,5%) se presentaron en mujeres de 20 a 34 años representando los desgarros de primer grado el 61,9% y los de segundo grado 11,6%.

Se observó también que las gestantes añosas presentaron mayor número de desgarros (18,6%) que las adolescentes (7,9%). El grupo de las gestantes añosas fue el único grupo que presentó desgarro de tercer grado.

Tabla 05: Relación entre grados de desgarros perineales y anemia

		Sin Anemia	Con Anemia			Total
			Leve	Moderada	Severa	
DESGARRO	Primer grado	119 55,3%	45 20,9%	12 5,6%	4 1,9%	180 83,7%
	Segundo grado	24 11,2%	9 4,2%	1 0,5%	0 0,0%	34 15,8%
	Tercer grado	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,5%	1 0,5%
Total		143 66,5%	54 25,1%	13 6,0%	5 2,3%	215 100,0%

TABLA 05: Se observó que el 66,5% de desgarros se produjo en gestantes que no presentaron anemia antes del parto siendo el 55,3% desgarros de primer grado y el 11,2% desgarros de segundo grado.

El 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve presentando desgarros de primer grado y segundo grado con 20,9% y 4,2% respectivamente.

El 6,0% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia moderada donde el 5,6% presentó desgarro de primer grado.

El 2,3% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia severa presentando 1,9% desgarros de primer grado y 1 desgarro de tercer grado.

Se puede notar a su vez que el mayor número de desgarros (66,5%) se produjo en gestantes que no presentaron anemia antes del parto.

5.2. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la investigación ha sido determinar los factores de riesgo del desgarro perineal en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el período de enero a diciembre del 2014.

La revisión bibliográfica muestra que el desgarro perineal se halla asociado a factores como nuliparidad, peso del recién nacido, anemia materna, entre otros. En este estudio, de los 215 casos de desgarro perineal, se encontró que en los grados de lesión, la mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado con 83,7% y el de menor frecuencia el de tercer grado 0,5%. Uno de los estudios que guardan una relación directa con la investigación realizada es la propuesta de investigación es la realizada por Atunca Sernaque, Danae Olimpia en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2010 donde el grado más frecuente de desgarro perineal fue el de primer grado con 103 casos (79.2 %) y el menos frecuente fue el de tercer grado con 1 caso (0.8%). También concuerda con el estudio realizado por Mejía, Eliseo en Jauja en el año 2000, 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%). Por lo que se concluye que el desgarro perineal de primer grado es el que predomina en las pacientes que asisten al Hospital Vitarte durante el año 2014.

En cuanto a la paridad se observó que el mayor número de desgarros perineales ocurrieron en las multíparas (83,3%) siendo los desgarros de las de segunda paridad los de mayor frecuencia (65,1%) (Tabla01). Esto concuerda con un estudio realizado por Ávila, Fabián en el Hospital Santa Rosa en Lima, año 2003, donde menciona que la mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas con 124 desgarros (79%). Lo mismo se encontró en un estudio de Francis Paulina, Alesandra Guevara en Colombia en el año 2007 donde las multíparas (63%) presentaron desgarro perineal mientras que el 37% de los desgarros lo presentaron las nulíparas. De manera distinta se encuentra en un estudio realizado por

Nelsón Solís en el Hospital Santa Bartolomé, año 2007, donde menciona que la mayor frecuencia de desgarros corresponde a las nulíparas (80,1%).

En cuanto a la edad de las pacientes del presente estudio se encontró que el mayor número de desgarros (73,5%) lo presentaron las mujeres de 20 a 34 años representando los desgarros de primer grado el 61,9% y los de segundo grado 11,6%, lo cual indica que en la población estudiada las edades son las adecuadas para un parto, según la OMS. Atunca Sernaque, Danae Olimpia han concordado con los resultados de este estudio. Aunque esto no concuerda con el estudio realizado por Sánchez y Escudero, en el Hospital Arzobispo Loayza, Lima año 2000, donde se observa que el mayor número de desgarros perineales fue más frecuente en las mayores de 35 años. Por lo que se concluye que las gestantes de 20 a 34 años presentan con mayor frecuencia desgarro perineal en el Hospital Vitarte en el año 2014.

En cuanto a la anemia, el 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia moderada y el 2,3% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia severa. Se puede notar a su vez que el 66,5% de los desgarros, las pacientes no presentaron anemia.

Esto no concuerda con el estudio realizado por Ávila Fabián en el Hospital Santa Rosa, Lima 2003, donde se encontró que el 51.4% de pacientes con desgarro tuvo anemia antes del parto.

El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%). Mientras que el grupo de los recién nacidos macrosómico presentó 13,0% de lesiones siendo el 10,7% de primer grado, 1,9% de segundo grado y sólo 1 caso de tercer grado. Esto coincide con un estudio realizado por Nelsón Solís en el Hospital Santa Bartolomé, año 2007, donde menciona que el 85,6% de los casos de desgarro los recién nacidos pesaron menos de 4000g y sólo en 14,4%, más de 4000g. Lo mismo se encontró en un con un estudio

realizado por Luna Z. Tania, Casanova, en el hospital San Bartolomé, Lima 2002, donde se encontró que la frecuencia de desgarro se presentó cuando los recién nacidos estaban entre 2500 y 3500 g de peso.

El valor de Chi cuadrado fue 7,127 y el valor de significancia fue 0,129. Con este valor se concluye, que por ser mayor a 0,05 no existe diferencia estadísticamente significativa en el desgarro perineal con el peso del recién nacido. Por lo tanto se puede concluir que el peso del recién nacido no influye en el desarrollo de desgarros. El peso fetal relacionado con el desarrollo de desgarros perineales ha sido establecido en diferentes estudios como superior a 4000g. el riesgo se explicaría por el mayor perímetro cefálico y el mayor diámetro biacromial del recién nacido. En este estudio sólo se encontraron 28 recién nacidos con peso mayor a 4000g. No obstante, el peso encontrado asociado con la presencia de desgarros es inferior al reportado en la literatura. La baja incidencia de recién nacidos macrosómico puede deberse a las características demográficas de la población atendida.

Por consiguiente, es necesario un estudio con una muestra mayor que permita establecer con certeza la magnitud de los factores de riesgo conocidos en la literatura relacionados al desarrollo de desgarro perineal.

El presente estudio debe contribuir para que se realicen mayores investigaciones en este campo, ya que el desgarro perineal puede llevar a complicaciones como dolor, infección, hematoma, dispareunia, incontinencia, fístula rectovaginal y dehiscencia de sutura. Así también, investigar sobre aquellas intervenciones que pueden prevenirlo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se concluye que la mayor frecuencia de desgarro perineal fue el de primer grado y el de menor frecuencia el de tercer grado en el Hospital Vitarte en el año 2014.
- Se concluye que las gestantes de 20 a 34 años presentan con mayor frecuencia desgarro perineal en el Hospital Vitarte en el año 2014.
- Los desgarros perineales se presentan con mayor frecuencia en las gestantes sin anemia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014.
- Se concluye que el peso del recién nacido no es un factor de riesgo que influye en el desarrollo de desgarros perineales en el Hospital Vitarte en el 2014.
- La mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas siendo las de segunda paridad las que presentaron el mayor número de desgarros en el Hospital Vitarte en el año 2014.

RECOMENDACIONES

- Se debería evaluar minuciosamente el canal del parto para evitar episiotomías innecesarias en gestantes que presentan condiciones anatómicas favorables, sobre todo en nulíparas y segundigestas que son a quienes con mayor frecuencia se les realiza.
- Al momento del parto se debe realizar la protección adecuada del periné, que contribuye a evitar los desgarros y obviar las laceraciones en el canal del parto.
- Se debe tomar en cuenta la atención prenatal para detectar precozmente los casos de anemia, ya que en nuestro estudio se encontró que el 33,5% de los desgarros perineales presentaron anemia.
- Se debería considerar al personal que atiende el parto para determinar su influencia en la presentación de desgarros.
- Es necesario corroborar y ampliar estos resultados para disponer de mayor evidencia que permita identificar otros factores como la inducción del trabajo de parto, el uso de oxitócicos durante la conducción del trabajo de parto, el papel de la experiencia del operador y de las técnicas de distensión y relajación del periné y otras intervenciones destinadas a evitar el desgarro perineal durante el parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patterson D, Winslow M, Matus C. Spontaneous vaginal delivery. *Am Fam Physician*. 2008;78(3):341-336.
2. Cortes H, Escobar E. Parto vaginal instrumentado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl durante un período de 5 años (2000-2004).
3. Militza Angelina Lorenzo-Pliego, Luis Alberto Villanueva-Egan. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. *Rev CONAMED* 2013; 18(3):111-116.
4. Uppal S, Harmanli O, Rowland J, Hernandez E, Dandolu V. Resident competency in obstetric anal sphincter laceration repair. *Obstet Gynecol* 2010; 115:305-9.
5. Kettle C. Perineal care. *Clin Evid*. 1999; 2:522-32.
6. Cunningham GG, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD, et al. *Williams obstetrics*. 20ª ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
7. Yvonne L. Hauck, Lucy Lewis, Elizabeth A. Nathan. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. *Women and Birth* 28 (2015) 16-20.
8. Solís Almonacid Nelson. Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé entre enero del 2000 y diciembre del 2004 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006.
9. Marques Salge AK, Fleury Lôbo S, Machado Siqueira K, Rossie Silva RC, Valadares Guimarães J. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2012;14(4):779-85.
10. Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. *Evid Rep Technol Assess (Sum)* 2005:1-8.
11. Kozak LJ, DeFrances CJ, Hall MJ. National hospital discharge survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 13 2006;(162):1-209.
12. 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 atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 60 No. 2.2009. (143-151).

13. Barbecho Chuisaca Paola y Barrera Campoverde Tatiana. Incidencia, factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y parto de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1° de enero hasta el 31° de diciembre del 2011. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
14. Ramos Bustan Viviana. Complicaciones en pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba [Tesis]. Chimborazo: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública; 2008.
15. Marques Salge AK, Fleury Lôbo S, Machado Siqueira K, Rossie Silva RC, Valadares Guimarães J. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012;14(4):779-85.
16. Groutz A, Hasson J, Wengier A, et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. Am J Obstet Gynecol 2011;204:347.e1-4.
17. Abril-González FP, Guevara-Villareal AS, Ramos-Cruz A, Rubio-Romero JA. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2009;60(2):143-51.
18. Lorenzana-Cruz J, Espinal-Rodríguez J. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de Labor y Parto del hospital Escuela. Rev Med Post UNAH 2001;6(2):138-42.
19. Sánchez José, Escudero F. Riesgo materno perinatal en gestantes mayores de 35 años. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2000;46(3):235.
20. Bendezú-Martínez G. Gestación en edad avanzada. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2001;47(3):169.
21. Mejía Elíseo. Características del Embarazo parto y Recién Nacido de la gestante adolescente en la altura. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2000;46(2):135-40.
22. Rubio José Andrés. Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en un Hospital Universitario. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2005;56(2):116-126.
23. Razzo Sandoval Luis. Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal en el Hospital San José del Callao: Enero-Diciembre 2006. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2010.
24. González Y, Hernández I, Conde M, Hernández R, Brizuela S. Revista Archivo médico de Camagüey 2010;14(1).

ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de variable
Desgarro perineal	Laceración que se produce en el parto	Cualitativa	Ordinal	1er grado: lesión de piel 2do grado: lesión de músculo 3er grado: lesión del esfínter
Edad	Edad de la gestante expresada en años	Cuantitativa	Razón	Adolescentes: \leq 19 años Edad adecuada: 20-34 años Añosas: \geq 35
Paridad de la gestante	Número de partos	Cuantitativa	Razón	Primíparas: \leq 1 parto Multíparas: 2 – 5 partos
Peso del recién nacido	Peso en g. del producto	Cuantitativa	Razón	$<$ 2500gr 2500 - \leq 4000gr \geq 4000gr
Anemia materna	Grado de anemia	Cualitativa	Ordinal	Anemia leve (Hb:9-10,9) Anemia moderada (Hb:7-8,9) Anemia severa

				(Hb:<7)
--	--	--	--	---------

ANEXO 02

INSTRUMENTO UTILIZADO

(Universidad del Perú, Decana de las Américas)

E.A.P OBSTETRICIA

**Título: FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES QUE
CONTRIBUYEN AL DESGARRO PERINEAL, EN EL INMP
NOVIEMBRE- DICIEMBRE 2010**

Fecha:

Historia clínica:

1.- Datos generales:

- ✓ Edad _____
- ✓ Grado de instrucción _____
- ✓ Procedencia _____

2.- Datos obstétricos:

- ✓ Formula obstétrica G_____ P_____
- ✓ Periodo íntergenésico _____ años
- ✓ Número de partos _____ cesáreas _____ vaginales _____
- ✓ Tiempo del expulsivo _____ minutos
- ✓ Hemoglobina: _____ mg/dl
- ✓ Psicoprofilaxis _____ sesiones
- ✓ Desgarro:

<input type="radio"/> Primer grado	
<input type="radio"/> Segundo grado	
<input type="radio"/> Tercer grado	
<input type="radio"/> Cuarto grado	

3.- Datos neonatales:

- ✓ Sexo _____
- ✓ Peso del recién nacido: _____ gramos

4.- Datos reproductivos:

- ✓ ITS _____