



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DESGARROS PERINEALES
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL
SOCORRO, AÑO 2017”.**

**PRESENTADO POR:
BACHILLER ATAUJE OSCCO NERY**

ASESOR: Mg. Sirila Holga Cornejo Quispe

**ICA – PERU
2018**

DEDICATORIA

A mi asesora, quien se ha tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, especialmente del campo y de los temas que corresponde a mi profesión.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quien se ha esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional

RESUMEN

La presente investigación cuyo objetivo principal fue determinar la incidencia y los factores de riesgo de desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro, año 2017; la población estuvo conformada por 401 gestantes que tuvieron su parto vaginal con desgarro perineal en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2017; y la muestra por 135 casos calculada con la fórmula de muestra finita. La muestra se recolecto de forma probabilista al azar.

El tipo de investigación utilizado fue una investigación descriptiva, retrospectiva, transversal, con un nivel correlacional. Método documental; el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos donde se registraron los datos obtenidos de las historias clínicas y libro de registro de sala de partos. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 22.

Los resultados obtenidos fueron: del total de partos vaginales en el año 2017 que fueron 1,301 se presentó una incidencia de desgarros perineales del 30.82% con 401 casos. En relación a los factores de riesgo de desgarro perineal tenemos que del total de la muestra presentaron el 95% desgarro de primer grado de los cuales el 67% tenían una edad entre 20 a 35 años, el 54% fueron pacientes multíparas, el 50% tuvieron un recién nacido con peso entre 2500 – 3500 gr, el 93% tuvieron un tiempo de periodo expulsivo normal y un 65% presentan un periodo intergenésico adecuado.

PALABRAS CLAVES: Desgarro perineal y factores de riesgo.

SUMARY

The present investigation originated mainly in the Hospital Santa María del Socorro, year 2017; the population consisted of 401 pregnant women who had their vaginal delivery with perineal tear in the Santa María del Socorro Hospital during the year 2017; and shows it by 135 cases calculated with the finite sample formula. The sample is randomly collected probabilistically.

The type of research used a descriptive, retrospective, cross-sectional investigation with a correlation level. Documentary method; the instrument used was the data collection form where the data obtained from the clinical records and the delivery room record book were recorded. The data were analyzed in the statistical package SPSS version 22.

The results obtained were: of the total of vaginal deliveries in the year 2017 that were 1,301 there was an incidence of perineal tears of 30.82% with 401 cases. In relation to the perineal tear risk factors we have that 95% of the total sample showed a tear of the first degree of which 67% were between 20 and 35 years old, 54% were multiparous patients, 50% they had a newborn with a weight between 2500 - 3500 gr, 93% had a normal expulsive period and 65% had an adequate intergenetic period.

KEY WORDS: Perineal tear and risk factors.

INDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Summary	v
Índice	vi
Introducción	viii

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1.	Descripción de la realidad problemática	9
1.2.	Delimitación de la investigación	10
1.3.	Formulación del problema	10
	1.3.1. Problema principal	10
	1.3.2. Problemas secundarios	10
1.4.	Objetivos	10
	1.4.1. Objetivo general	10
	1.4.2. Objetivos específicos	10
1.5.	Hipótesis de la investigación	11
	1.5.1. Hipótesis general	11
	1.5.2. Variables	11
	1.5.3. Operacionalización de variables	12
1.6.	Diseño de investigación	13
	1.6.1. Tipo de investigación	13
	1.6.2. Nivel de investigación	13
	1.6.3. Método	13
1.7.	Población y muestra de investigación	13
	1.7.1. Población	13
	1.7.2. Muestra	13
	Criterios de inclusión	13
	Criterios de exclusión	14

1.8.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
1.8.1.	Técnicas	14
1.8.2.	Instrumentos	14
1.8.3.	Técnicas de procesamiento de datos	14
1.9.	Justificación e importancia de la investigación	15

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.	Antecedentes de la investigación	16
2.2.	Bases teóricas	19
2.3.	Marco conceptual	32

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Resultados	34
Discusión	43
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Anexos	
1. Fuentes de información	46
2. Matriz de consistencia	46
3. Ficha de recolección de datos	47

INTRODUCCION

El desgarro perineal es la 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 y su reparación se denomina sutura.

El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal. La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia.

Las variables se establecieron en base a la investigación del marco teórico y métodos comprobados para la medición y evaluación de los factores predisponentes a ocasionar los desgarros en el momento del parto.

La presente investigación titulada “Incidencia y factores predisponentes de desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, año 2017” se realiza con la finalidad de conocer la incidencia de desgarros que existe en las pacientes que dieron parto vaginal; así como, determinar cuáles fueron los factores predisponentes que predominan en la investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática

El riesgo de presentar desgarro perineal es relativamente alto principalmente en primíparas, en ellas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto; pacientes con cicatrices previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal (feto con un peso mayor de 4000 g), anomalías congénitas y rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas. A veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna, infecciones) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas y en variedades occipitosacras.

Los desgarros perineales ocurren con frecuencia, especialmente los de primer grado; los cuales necesitan ser reparados por ejemplo en piel; 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 por lo que se realiza en SOP y bajo anestesia y a veces debe utilizarse antibiótico profiláctico.¹

1.2. Delimitación de la investigación

- **Delimitación conceptual.-** La investigación determino la incidencia de los desgarros perineales y los factores predisponentes para esta complicación.
- **Delimitación temporal.-** Se realizó con los datos de pacientes atendidas en el año 2017.
- **Delimitación social.-** Se estudió en pacientes cuyos partos fueron atendidos en el 2017.
- **Delimitación Espacial.-** El estudio se realizó en el departamento de Gineco obstetricia del Hospital Santa María del Socorro.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

¿Cuál es la incidencia y que factores de riesgo presentaron los desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2017?

1.3.2. Problemas secundarios

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de los desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro, 2017?
- ¿Qué grado de desgarro perineal es más frecuente en el Hospital Santa María del Socorro 2017?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la incidencia y que factores de riesgo presentaron los desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro, 2017.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo de los desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro, 2017.
- Conocer el grado de desgarro perineal más frecuente que se presentan en el Hospital Santa María del Socorro, 2017.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

Por ser una investigación descriptiva no se plantea hipótesis.

1.5.2. Variables

1.5.2.1. Variable Independiente

Factores de riesgo:

- Edad.
- Paridad.
- Tiempo del periodo expulsivo.
- Peso del recién nacido.
- Periodo intergenésico.

1.5.2.2. Variable Dependiente

Desgarros perineales.

1.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	TIPO Y NATURALEZA	FUENTE
Independiente: FACTORES DE RIESGO	Probabilidad mayor de desarrollar alguna patología.	Edad	Adolescente : ≤ a 19 años Adulta : 20 a 34 años Añosa : ≥ a 35 años	Ordinal Cuantitativa	- Historia Clínica - Libro de registro de sala de partos. - Hoja de resumen de parto.
		Paridad	Primípara : 1 parto Múltipara : 2 a 4 partos Gran múltipara: ≥5 partos	Nominal Cualitativa	
		Peso del recién nacido	Bajo peso : < 2500 g Peso adecuado: 2500 a 3999 g Macrosómico : ≥ 4000 g.	Ordinal Cuantitativa	
		Tiempo de periodo expulsivo	Precipitado : < de 5 minutos Normal : 30 minutos en múltipara 50 minutos en nulíparas Prolongado : 1 hora en múltiparas y nulíparas	Nominal Cualitativa	
		Periodo intergenésico	Corto : < de 2 años Adecuado : de 2 a 7 años Largo : > de 7 años	Nominal Cualitativa	
		Episiotomía	Si No	Nominal Cualitativa	
		Hemoglobina	< 11gr / dl > 11gr / dl	Nominal Cualitativa	
Dependiente: DESGARRO PERINEAL	Pérdida de continuidad en el periné que se produce en el parto.	Grado de desgarro perineal	- Primer grado - Segundo grado. - Tercer grado. - Cuarto grado.	Nominal Cualitativa	

1.6. Diseño de investigación

Investigación no experimental por que no se modificaran las variables.

1.6.1. Tipo de investigación

Es una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal. Descriptivo porque se va a usar métodos específicos para la recolección de datos. Retrospectivo, ya que se recolectaron datos de archivos pasados y el estudio se realizó después de producido el hecho. Y por último, transversal porque se examinó la rotación entre la enfermedad y población afectada en un tiempo determinado.

1.6.2. Nivel de investigación

Es correlacional ya que se investigó si las dos variables están relacionados entre sí.

1.6.3. Método

Documental porque se revisarán las historias clínicas y los datos se obtendrán de ellas.

1.7. Población y muestra de investigación

1.7.1. Población

La población estuvo conformada por todas las pacientes que tuvieron su parto vaginal con desgarro perineal atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2017, siendo 401 casos.

1.7.2. Muestra

La muestra se calcula aplicando la fórmula de población finita obteniendo el resultado de 135 casos, la muestra será probabilística al azar.

Criterios de inclusión

- Parto Vaginal a término (37 a 41 semanas) en presentación cefálica.
- Inicio de trabajo de parto espontáneo.

- Pacientes con desgarro perineal
- Historias clínicas completas y con datos legibles.

Criterios de exclusión

- Parto Vaginal pre o post término
- Parto en presentación podálica.
- Inicio de trabajo de parto inducido.
- Pacientes que no presenten desgarro perineal.
- Historias clínicas incompletas y con datos ilegibles.

1.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.8.1. Técnicas

Se solicitó autorización a la dirección del Hospital Santa María del Socorro para obtener el permiso correspondiente.

Se revisaron minuciosamente las historias clínicas de las pacientes que presentaron desgarro perineal y que cumplieran los criterios de inclusión para identificar las variables en estudio y registrar en la ficha de recolección de datos debidamente validada, la información correspondiente.

1.8.2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos elaborada para la investigación.

1.8.3. Técnicas de procesamiento de datos

Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos utilizando el software SPSS versión 22.

Se trabajó utilizando la estadística descriptiva a través de la determinación de proporciones de las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central para las variables numéricas. Se trabajó con los datos presentados en tablas y gráficos porcentuales.

1.9. Justificación e importancia de la investigación

La presente investigación presenta justificación teórica y práctica, ya que trataremos de establecer cuáles son los factores predisponentes y la incidencia de desgarros perineales que traen como consecuencia el aumento de la morbilidad materna. Así mismo se pretende a través de la presente aportar en la formación profesional de los estudiantes del área de obstetricia y a los mismos profesionales de obstetricia, ya que esta investigación se convierte en un medio de consulta para ellos, el cual también podrá ser mejorado por otros investigadores que tengan interés y quieran profundizar más sobre este tema.

Es importante ahondar más sobre los factores que predisponen para un desgarro perineal para de esta manera evitar que esta patología se presente durante el parto, elaborando protocolos de atención y así mejorar la calidad de atención del hospital donde se realizó esta investigación.

La morbilidad por los desgarros perineales es un problema de salud en la cual la mayoría de las mujeres reporta síntomas hasta ocho semanas post-parto, entre los cuales están las hemorragias, formación de hematomas, dolor perineal, formación de abscesos, etc. 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 en las pacientes que acuden al hospital Santa María del Socorro.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales

- **Carrillo (2011), “Factores de riesgo para producir desgarros perineales en pacientes gestantes del Hospital de Guatemala”.** Para ello realizó un estudio prospectivo de casos- control que revisa 2078 partos vaginales durante un periodo de 2 años desde (2008-2010). De los 2078 informes revisados solo había 91 con desgarros perineal, es decir un 4,4%.La medida de edad de los casos era de 24,9 +/-Utilizando los datos de casos y controles se pudo apreciar un incremento de 10 veces el riesgo de desgarros perineales en los partos en los que se han utilizado fórceps comparados con partos que no han tenido instrumentos.¹

- **Abril González, Francis; Guevara Villareal, Alexandra; Ramos Cruz, Alveiro; Rubio Romero, Jorge; “Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2012”.**realizó un estudio analítico de cohorte prospectivo. La población estuvo constituida por 149 mujeres atendidas por parto vaginal en el Hospital de Engativá ESE nivel II entre noviembre de 2011 y mayo de

2012. Los resultados fueron que de un total de 149 pacientes, 81 (54,4%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura.²

- **Lorenzana Cruz, Juan y Espinal Rodríguez, José. Honduras. “Desgarros Perineales con o sin Episiotomía en Sala de Labor y Parto del Hospital Escuela 2012”.**

Realizo un estudio Experimental. Se tomó la población de 1936 madres atendidas por parto normal en sala de labor y partos del Hospital Escuela.

Los resultados encontraron una frecuencia de 23% en relación al grado III fue de 2.9% y al grado IV fue de 3.3%. Hubo aumento en los desgarros G I II al no hacer la episiotomía y disminuyen los grados III IV .Al hacer episiotomía aumenta los grados III y IV ³.

Nacionales:

- **Oviedo Maravi, Iuliana. “Factores Asociados a Desgarros Perineales en Gestantes Adolescentes Atendidas en el Centro Obstétrico San José de Callao Durante el Año 2014. Lima – Perú**

Realizó 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.

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 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 intergenésico y peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal.⁴

- **Katherine Santos, Velasco** ‘**“Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014”** Lima.

Realizó un 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. 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 0,129.⁵

- **Miguel Ángel Pérez T. Cesar A. Linares G.** “**Factores de riesgo Asociados a Desgarros Vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero-Abril 2013**”.

Se realizó estudio cuantitativo correlacional retrospectivo, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales. La población puérperas que presentaron diagnóstico de desgarro vulvoperineal post parto el mismo que asciende a 115 desgarros vulvoperineales. La información fue obtenida de las historias clínicas perinatales.

Los resultados, 115 desgarros vulvoperineales en cuatro meses, la población estudiada se caracterizó por ser conviviente 71.3%(82) de educación primaria completa 37.3%(43) e incompleta 23.4%(27), de procedencia urbana 54.7 (urbana), de ocupación ama de casa 84.3%(97).⁶

Regionales:

- **Bendezú, G. “Gestación en edad avanzada” en el año 2011, en Ica,** con un grupo poblacional de 267 gestantes de 35 años a más dentro del estudio se observaron las complicaciones del parto y encontró que una de las principales complicaciones del parto fueron los desgarros vulvoperineales presentándose en un 2.6 %.⁷

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ANATOMIA DEL PERINE

Perineo, o periné, anatómicamente es la región de forma romboidal que ocupa desde el borde inferior de la sínfisis del pubis por delante, las tuberosidades isquiáticas a los lados y, el cóccix por detrás. Una línea imaginaria de una a otra tuberosidad isquiática divide el rombo en dos triángulos estableciendo así el perineo anterior y el posterior que es el menor y más pequeño.⁸

Músculos del perineo⁸

- **Transverso superficial:**

Se inserta en la cara interna del isquion y en el rafe anovulvar, al que pone tensión cuando se contrae.

- **Bulbo cavernoso:**

Se inserta por detrás en el rafe medio. Las fibras que se entrecruzan con el esfínter del ano cubre el bulbo vaginal y la glándula de Bartholin y alcanza al clítoris, y se divide en dos haces. Uno se inserta en la cara dorsal del clítoris, y el otro en el ligamento suspensorio de este. Por la disposición de sus fibras forman a la vagina un anillo que abarca su extremidad inferior.

Acción: Favorece la erección del clítoris, comprime el bulbo y la glándula de Bartholin; constrictor del orificio inferior de la vagina.

- **Isquiocavernoso:**

Se inserta por detrás en la cara del isquion y rama isquiopúbica; por delante en la raíz del cuerpo cavernoso.

Acción: Erector del clítoris.

- **Transverso profundo del perineo:**

Situado entre las dos hojas de la aponeurosis perineal media. Se inserta por fuera en el labio posterior de la rama isquiopúbica; por dentro en la hoja anterior de la aponeurosis perineal media.

Acción: Compresor de la uretra. Contribuye a la erección. En el hombre y la acción en la mujer es compresor de la uretra y erección del clítoris.

Constrictor Profundo del Perineo:

Situado por dentro del bulbo cavernoso, poco frecuente en la mujer. Sus fibras se insertan en la pared posterior de la vagina y termina en su parte anterior.

Esfínter externo de la uretra o esfínter estriado:

Se inserta por detrás, en el rafe ano coccígeo; por delante en el rafe anovulvar. Envuelve al conducto uretral por debajo del esfínter liso.

Se extiende del cuello de la vejiga al meato urinario. Tiene forma circular en su parte superior y semilunar en su parte inferior.

- **Esfínter externo del ano:**

Localizado en la porción anal del recto, tiene forma de anillo; menos desarrollado en la mujer que en el hombre. La disposición de las fibras es igual en ambos sexos.

Musculo recto vaginal:

Se extiende del ángulo recto a la cara posterior de la vagina; está constituido por fibras musculares entrelazadas a laminillas elásticas.

Isquiococcigeo:

Dispuesto de igual manera en la mujer y en el hombre.

- **Elevador del ano:**

Se inserta en las ramas descendente y horizontal del pubis y por otra parte en rafe ano coccígeo. Sus haces internos están en contacto con las paredes de la vagina por intermedio de un tejido conjuntivo denso.

Acción: Como diafragma pélvico y elevador del ano.

- **Aponeurosis del Perineo**

Al igual que en el perineo masculino, existen tres aponeurosis en la mujer.

- **Aponeurosis perineal superficial:**

Se inserta en el labio anterior de las ramas isquiopubianas. Su borde posterior se refleja al nivel del músculo transverso superficial, continuándose con la aponeurosis perineal media; su vértice se confunde con las formaciones celulares del monte de Venus y presenta en su parte medio un orificio vulvovaginal, cuyos bordes se insertan en las paredes de la vulva.

-**Aponeurosis Perineal media:**

Por fuera se inserta en las ramas isquiopubicar; está constituido por dos hojas que se unen en el músculo transverso profundo y por delante se unen en la cara anterior de la uretra. En su interior aloja a los vasos y nervios pudendos internos, como en el hombre, y está atravesada en la línea media por la uretra y la vagina.

-**Aponeurosis Perineal Profunda:**

Tiene la misma disposición que en el hombre, pero llega a la vagina a cuyas paredes se adhiere íntimamente.

2.2.2. DESGARRO PERINEAL

Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud y en el INMP representan el 14 %.⁹⁻¹⁰

I. Clasificación⁸

a) Primer Grado:

Compromete sólo piel y los tejidos superficiales.

b) Segundo Grado:

Además de la piel y los tejidos superficiales están comprometidos los músculos perineales.

c) Tercer Grado:

Se extiende de los músculos perineales al esfínter del ano.

d) Cuarto Grado:

Las estructuras anteriores más la mucosa rectal.

II. Reparación de Desgarros Perineales¹¹

a) Desgarro de I Grado

Solo si los planos presentan hemorragia requiere sutura. Se sutura con material reabsorbible catgut crómico 2/0 mediante puntos separados.

b) Desgarro de II Grado

La reparación es por planos. El plano muscular se afronta con catgut crómico 0 o 2/0 con puntos separados. Suturar piel mediante puntos separados.

c) Desgarro de III Grado

La reparación debe realizarla el médico gineco obstetra en sala de partos distócicos. Se emplea anestesia local o regional y se suturan con catgut crómico 2/0 mediante puntos separados. Realizar tacto rectal, comprobar contractibilidad y reparación adecuada del esfínter externo del ano. Si se produce dehiscencia, la reparación se diferirá hasta los 40 días.

d) Desgarro de IV Grado

Reparación en sala de Operaciones. La mucosa con puntos separados con catgut 3/0, aguja a traumática fina, la fascia pre rectal con catgut crómico 2/0. Continuar con la reparación como desgarro de II grado. Realizar tacto rectal y comprobar reparación del esfínter anal externo. El manejo post operatorio va dirigido a producir estreñimiento y evitar la defecación mínimo por 3 días. Usar antibióticos para Gram negativos.

III. Tratamiento⁸⁻¹²

Se recomienda el uso de tratamiento antibiótico profiláctico para disminuir el riesgo de infección y dehiscencia de la herida en los casos de 3er y 4to grado de desgarro. Otro punto a considerar para la indicación antibiótica es el estado de lactancia materna.

El tratamiento con antibióticos se iniciará vía endovenosa; cuando se retire la vía venosa puede continuarse por vía oral. La paciente debe continuar el tratamiento de forma domiciliaria una vez sea dada de alta. También se debe considerar el uso de laxantes osmóticos como la lactulosa hasta asegurar una deposición correcta. Puede aparecer flatulencia y cierto grado de incontinencia a gases relacionada con el uso de laxantes y no con la propia lesión de esfínter. Se recomienda informar a la paciente de este posible efecto adverso.

Debe asegurarse que se produce deposición en un término no superior a 5 días (aunque sea en domicilio). Si no es así, debe explorarse a la paciente para descartar impactación fecal.

IV. Complicaciones:⁸

- Dehiscencia de sutura
- Hematoma
- Infección

V. Pronóstico

Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia delegatoria. Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas.

Por tanto, tras una lesión perineal de 3er o 4º grado se realizará un seguimiento específico:⁸⁻¹²

- Al alta, entregar tríptico informativo.
- Citar visita de cuarentena con médico de referencia habitual. - Citar a las 6-12 semanas en H-STR, dispensario de enfermería especializado en valoración clínica tras lesiones perineales.

Los objetivos de esta visita incluyen:

Valoración de síntomas ano-rectales y otros síntomas uroginecológicos, mediante un interrogatorio abierto o un cuestionario de síntomas específico.

Exploración pélvica que incluya la valoración del tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal.

Recomendación de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos. Las pacientes que presentan afección del componente externo del esfínter anal obtienen más beneficio con esta medida. - Programar en 6-12 semanas (coincidir con H-STR si es posible) una ECO TRANSPERINEAL en UBF para valorar si persiste algún defecto anatómico del esfínter. Si la mujer está asintomática, se dará de alta, indicando que en caso de aparición de síntomas acuda a control.

En las mujeres que presenten lesión ecográfica o síntomas de incontinencia anal a los 2-3 meses del parto, se insistirá en la realización de ejercicios de suelo pélvico y programará una visita de seguimiento a los 6 meses.

La actividad a realizar será la misma que en el control previo, la valoración de los síntomas, la exploración física y la ecografía transperineal. En los estudios con seguimiento se han observado un nivel considerable de casos que evolucionan favorablemente hacia la resolución de los síntomas en los primeros seis meses postparto. En la paciente con síntomas de incontinencia anal persistente 6 meses después un parto con desgarro de 3º y 4ª grado, se remitirá a la Unidad de Suelo Pélvico en la Sede Clínic donde se completará el estudio (se valorará la realización de ecografía endoanal para identificación de defecto anatómico persistente, manometría ano-rectal o estudio electrofisiológico para descartar la lesión neurológica).

Según el resultado de las pruebas diagnósticas, el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico. La mayor parte de estas pacientes podrán beneficiarse del tratamiento conservador con biofeedback

anal. Sólo un número muy limitado de pacientes precisará una reparación secundaria del esfínter.

A los 12 meses del parto se realizará un control telefónico de todas las pacientes para reevaluación y cierre de casos.

VI. Prevención¹³

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.

Las medidas preventivas están dirigidas a eliminar o modificar los factores de riesgo, entre estas tenemos:

- Episiotomía
- Buena nutrición
- Ejercicios de Kegel
- Comodidad durante el parto
- Masaje perineal
- Parto atendido sin prisa
- Parto bajo el agua
- Jadeo y preparación

Psicoprofilaxis materna:

La psicoprofilaxis es considerada como un curso que recibe 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 bebe. 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 bebe 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.¹¹

VII. Consecuencias de los Desgarros Perineales

Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc.¹⁴

2.2.3. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL

I. FACTORES MATERNOS

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 probabilidad desde 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.¹⁵

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.

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. 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

2. Anemia 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 11g/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.

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 Anemia:¹⁵

- Anemia Leve: se define como la presencia de hemoglobina entre 9 y 10 g/dL
- Anemia Moderada: la hemoglobina se encuentra ente 7 y 8 g/dL.
- Anemia Severa: la hemoglobina se encuentra por debajo de 7 g/dL

II. FACTORES OBSTÉTRICOS

1. 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.¹⁶

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.

2. Tiempo del Periodo 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.¹³

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.¹⁷

Lo recomendable sería entre dos y siete 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.¹⁸

III. FACTOR NEONATAL

Macrosomía Fetal

Se define como peso del recién nacido al peso en gramos con el que nace un individuo, ¹⁹ cuando este es superior a 4,000 gr se lo cataloga como recién nacido macrosómico y es cuando el peso se convierte en factor de riesgo para los desgarros perineales.

Los desgarros pueden deberse al nivel de estiramiento que produce un feto con mayor peso que uno con menos peso, pues se sabe según estudios presentados que 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.¹³

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.

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 gr : recién nacido de bajo peso
- 2500 - 4000 gr : peso adecuado
- >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 desgarro perineal, el trauma obstétrico que recibe el periné al exponerse a fetos macrosómico es sin duda un factor de riesgo.

IV. 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.

2.2.4. EPISIOTOMIA

Se entiende a la realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende de piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal “blando” para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. No obstante, la maniobra protectora indicada, puede observar que el periné se distiende, se adelgaza y muestra inminencia de rotura. Antes de que el periné se desgarre espontáneamente en cualquier dirección tejido y órganos importantes en el trayecto (ano, recto) es preferible practicar la episiotomía. Como norma general aconsejamos realizar la episiotomía en las nulíparas y en aquellas múltiparas que presenten un periné muy resistente.¹³

Procedimiento:²⁰

- Limpieza de vulva y periné
- Anestesia local del periné mediante infiltración de lidocaína al 2% sin epinefrina (10 ml.) infiltrando por debajo de la piel del periné.
- Aspirar el embolo para asegurarse que no ha penetrado en un vaso. Nunca inyectar si se aspira sangre.
- Esperar 2 min. Y verificar bloqueo anestésico.
- Realizar la episiotomía cuando la cabeza ha coronado.
- Colocar dos dedos entre la cabeza del bebe y el periné.
- Realizar un solo corte con la tijera de lister, empezando en el punto medio de la horquilla y procurando que la incisión sea recta, suficiente y de bordes regulares.

2.2.5. EPISIORRAFIA

Es la intervención que consiste en la sutura de la herida quirúrgica llamada episiotomía que se realiza durante el parto se lleva a cabo suturando las caras internas de los labios mayores.¹³

Procedimiento:²⁰

- Lavado de la vulva y periné
- Colocación de campos protectores estériles.
- Revisión de la vulva, vagina y si fuera necesario del cuello uterino.

- Identificar el ángulo superior más profundo de la incisión del plano mucosa/vagina. Colocar el primer punto a 1 cm. Por encima del ángulo superior de la incisión vaginal con catgut crómico 2/0.
- Continuar el cierre de la pared vaginal mediante puntos de surget cruzado, aproximando los bordes hasta llegar el anillo himeneal.
- El plano muscular se aproxima mediante puntos separados, cruzados, en U, el inicio es desde la parte más profunda hacia la más superficial.
- Se debe identificar tanto al bulbo cavernoso como al perineal superficial transverso.
- Después de unir el plano muscular, se continúa con el afrontamiento del plano superficial. (piel).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **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.
- **Edad:** tiempo cronológico desde el nacimiento hasta la actualidad.
- **Episiotomía profiláctica:** Incisión quirúrgica efectuada en la zona llamada periné efectuándose con una tijera antes de la expulsión del producto, se suele utilizar esta técnica para evitar expulsivos prolongados y desgarros graves.
- **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.
- **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 predisponente.**-probabilidad que un evento causa alteraciones o patologías.

- **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.
- **Friable.-** se entiende por friable a un tejido que se rompe o fracciona rápidamente.
- **Incidencia.-** epidemiológicamente se considera el número de casos nuevos en un tiempo determinado.
- **Paridad.-**número de partos que tiene una mujer.
- **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.
- **Periodo intergenésico.-**Tiempo que transcurre entre un embarazo y el siguiente.
- **Peso del Recién Nacido.-** peso en gramos del producto de la concepción luego del nacimiento.
- **Psicoprofilaxis:** Preparación física y mental para sobrellevar de una manera óptima el embarazo parto y puerperio.
- **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.
- **Recién nacido de bajo peso. -** recién nacido con peso menor de 2500 gr
- **Recién nacido de peso adecuado.-** recién nacido con peso entre 2500 y 4000 gr.
- **Recién nacido macrosómico.-** con peso mayor de 4000 gr
- **Tiempo de periodo expulsivo.-**tiempo que demora el periodo expulsivo comprendido entre la dilatación completa y la expulsión del producto de la concepción.

CAPITULO III
Presentación, Análisis e interpretación de resultados

“INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.

Resultados

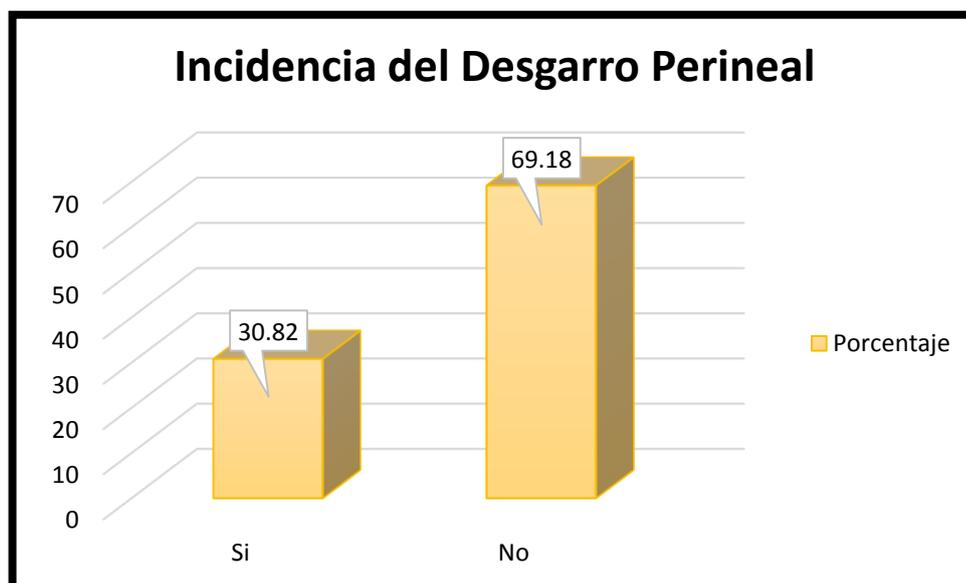
Tabla N° 01
Incidencia del desgarro perineal

Desgarro /Parto Vaginal	N°	%
Si	401	30.82
No	900	69.18
TOTAL	1301	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de partos vaginales en el año 2017 que fueron 1301 se presentó una incidencia de desgarros perineales del 30.82%.

GRAFICO N° 01



**“INCIDENCIA Y FACTORES PREDISONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.**

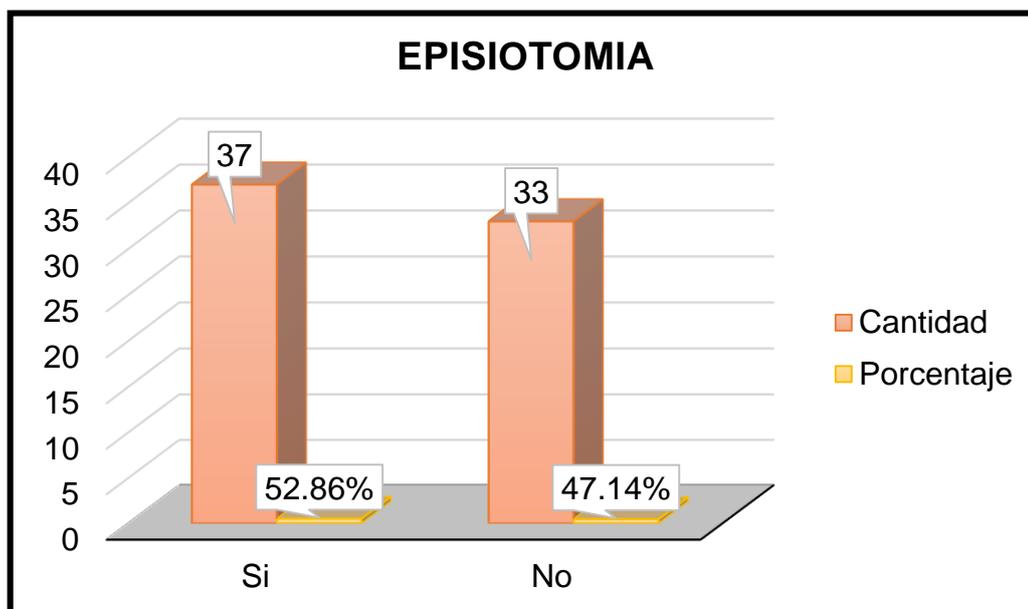
**Tabla N° 02
Episiotomía**

Episiotomía	Cantidad	Porcentaje
Si	84	62.2%
No	51	37.8%
Total	135	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se observa que del total de pacientes que conforman la muestra al 62.2% se les realizo episiotomía y al 37.8% no se le realizo episiotomía.

Grafico N° 02



**INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.**

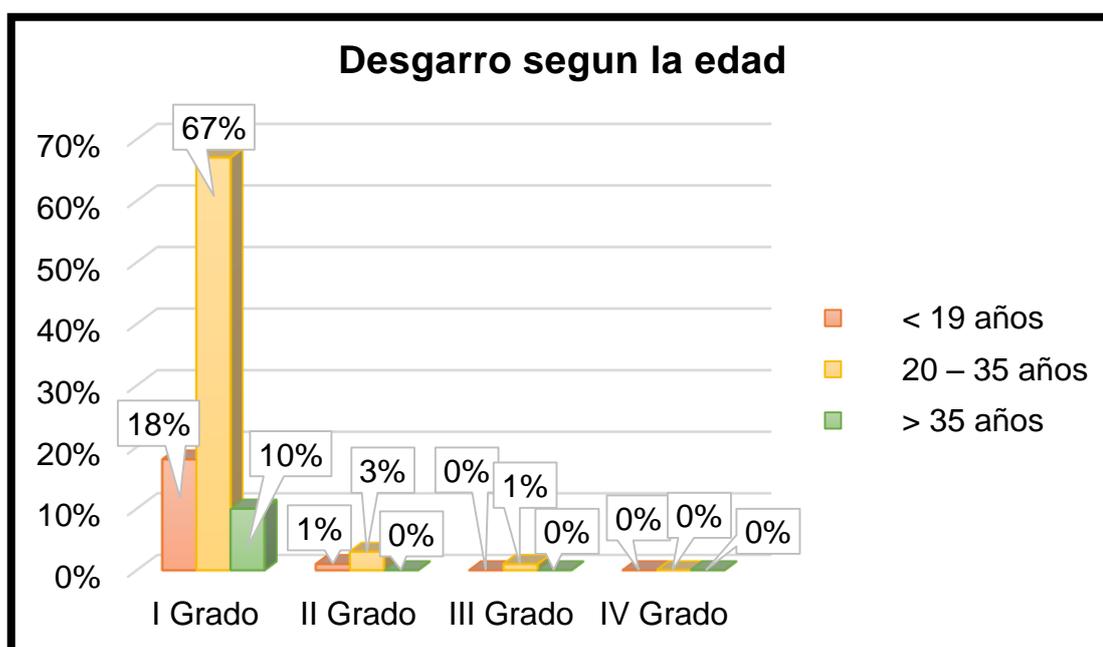
**Tabla N° 03
Desgarro según la edad**

Edad / Grado de Desgarro	I Grado	II Grado	III Grado	IV Grado	TOTAL
< 19 años	24	1	0	0	25
	18%	1%	0%	0%	19%
20 – 35 años	92	5	1	0	98
	67%	3%	1%	0%	71%
> 35 años	13	0	0	0	13
	10%	0%	0%	0%	10%
TOTAL	128	6	1	0	135
	95%	4%	1%	0%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se observa que del total de pacientes que presentaron desgarros de primer grado (95%) el 67% tenían una edad entre 20 – 35 años, el 18% menor de 19 años y el 10% una edad mayor de 35 años.

GRAFICO N° 03



“INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.

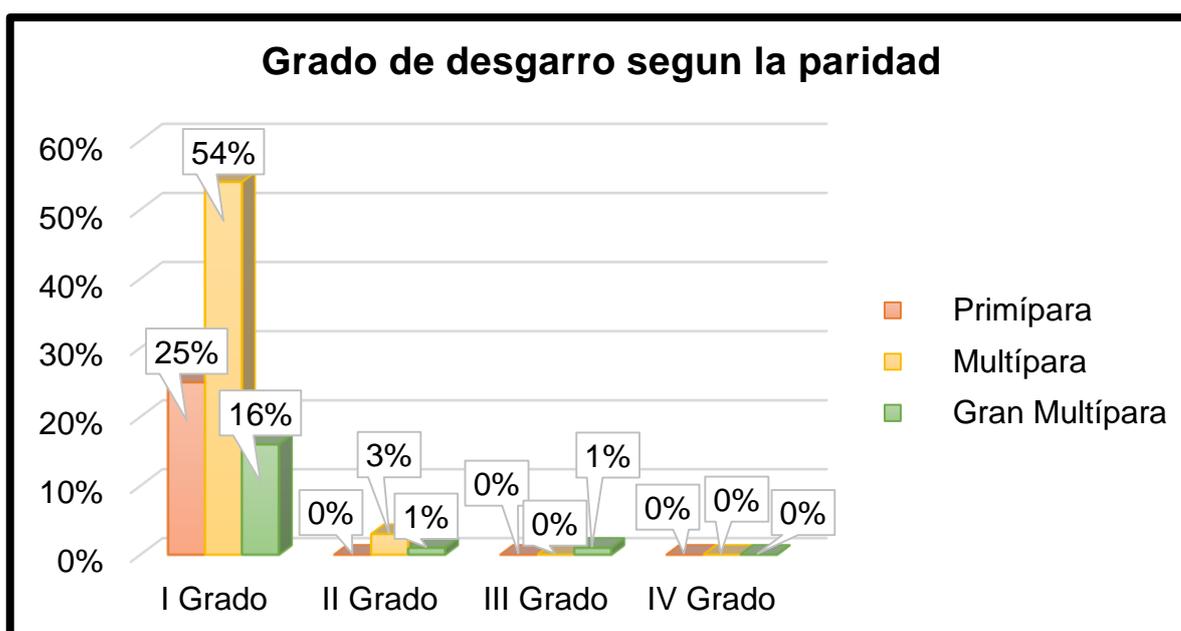
Tabla N° 04
Grado de desgarro según la paridad

Paridad / Grado de Desgarro	I Grado	II Grado	III Grado	IV Grado	TOTAL
Primípara	34	0	0	0	34
	25%	0%	0%	0%	25%
Múltipara	73	4	0	0	77
	54%	3%	0%	0%	57%
Gran Múltipara	21	2	1	0	24
	16%	1%	1%	0%	18%
TOTAL	128	6	1	0	135
	95%	4%	1%	0%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se observa que según la paridad, el 54% son pacientes múltiparas, el 25% primíparas y el 16% pacientes gran múltiparas en los casos de desgarros de primer grado.

GRAFICO N° 04



“INCIDENCIA Y FACTORES PREDISONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.

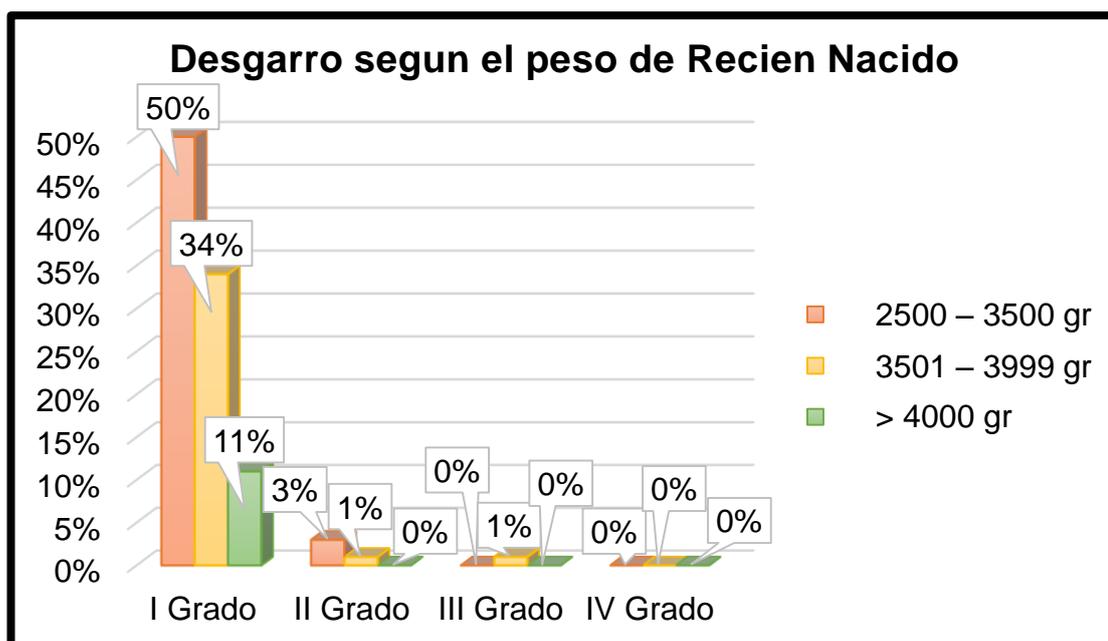
**Tabla N° 05
Desgarro según el peso del Recién Nacido**

Peso del RN / Grado de Desgarro	I Grado	II Grado	III Grado	IV Grado	TOTAL
2500 – 3500 gr	67	4	0	0	71
	50%	3%	0%	0%	53%
3501 – 3999 gr	46	2	1	0	47
	34%	1%	1%	0%	36%
> 4000 gr	15	0	0	0	15
	11%	0%	0%	0%	11%
TOTAL	128	6	1	0	135
	95%	4%	1%	0%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes que presentaron desgarros de primer grado el 50% tuvieron un recién nacido con peso entre 2500 – 3500gr, el 34% entre 3501 – 3999gr, y solo el 11% un peso mayor de 4000gr.

GRAFICO N° 05



**“INCIDENCIA Y FACTORES PREDISONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.**

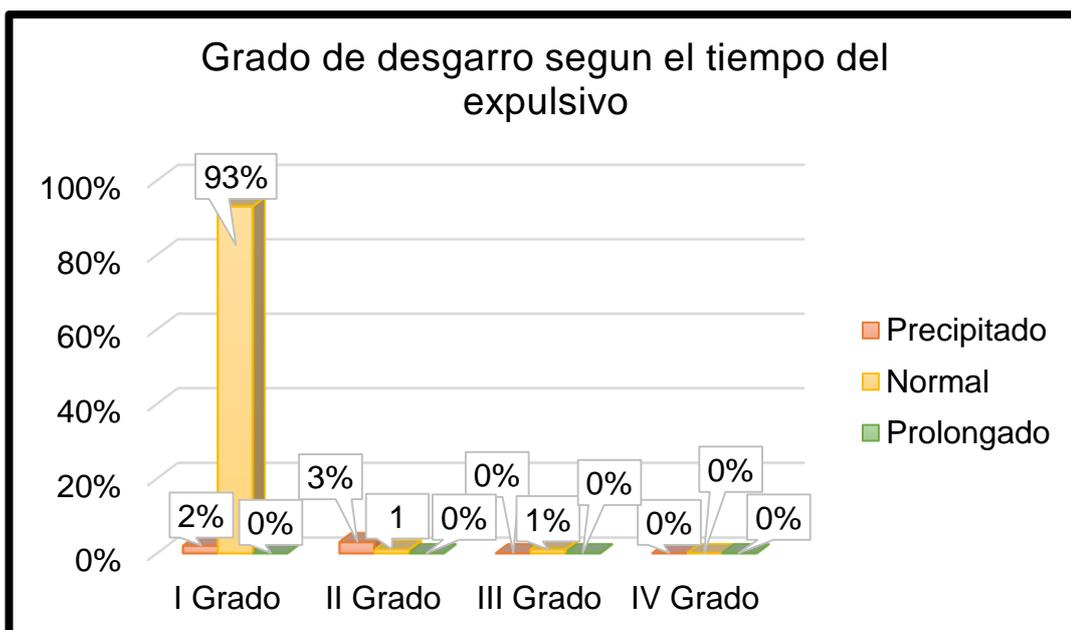
**Tabla N° 06
Grado de desgarro según el tiempo del expulsivo**

Tiempo del Expulsivo / Grado de Desgarro	I Grado	II Grado	III Grado	IV Grado	TOTAL
Precipitado	3	4	0	0	7
	2%	3%	0%	0%	5%
Normal	125	2	1	0	128
	93%	1%	1%	0%	95%
Prolongado	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL	128	6	1	0	135
	95%	4%	1%	0%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según el tiempo del periodo expulsivo el 95% tuvieron un periodo expulsivo de 5 a 30 minutos y solo el 5% cursaron con un tiempo menor de 5 minutos.

GRAFICO N° 06



**“INCIDENCIA Y FACTORES PREDISONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.**

Tabla N° 07

Grado de desgarro según el periodo intergenésico

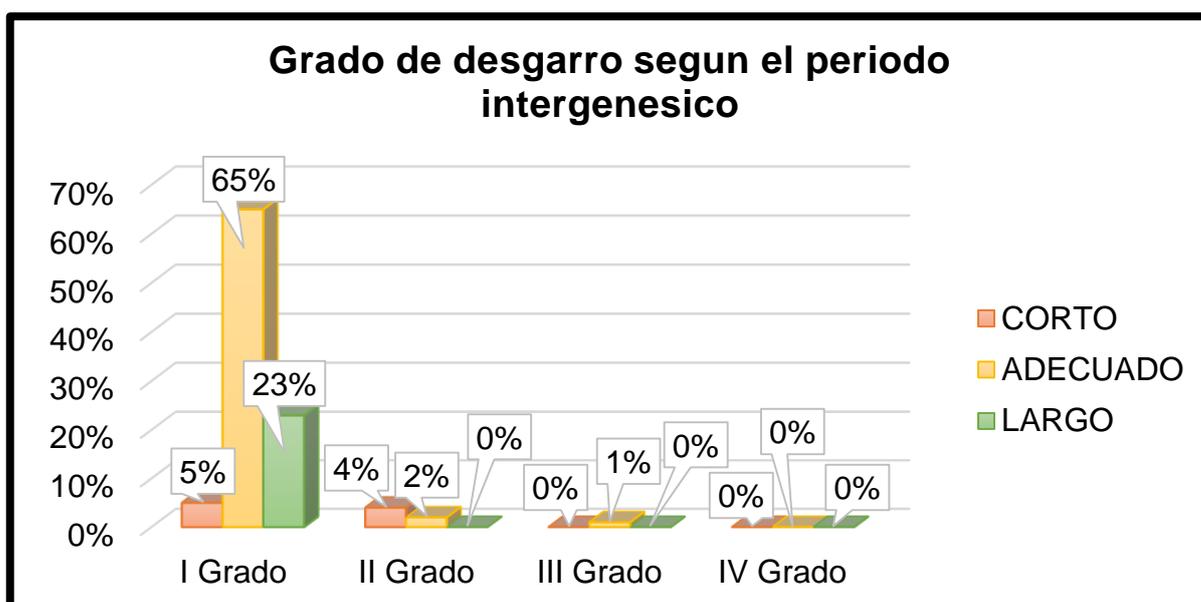
Periodo Intergenésico / Grado de Desgarro	I Grado	II Grado	III Grado	IV Grado	TOTAL
Corto	5	4	0	0	9
	5%	4%	0%	0%	9%
Adecuado	66	2	1	0	69
	65%	2%	1%	0%	68%
Largo	23	0	0	0	23
	23%	0%	0%	0%	23%
TOTAL	94	6	1	0	101
	93%	6%	1%	0%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

*Cuadro no incluye las primíparas

Del total de pacientes 101 casos susceptibles de calcular periodo intergenesico sin incluir a las primíparas, el 93% presento desgarro de primer grado del cual el 65% tuvo un periodo intergenésico entre 2 a 7 años, el 23% mayor de 7 y el 5% un periodo menor de 2 años.

GRAFICO N° 07



“INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE DESGARROS PERINEALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”.

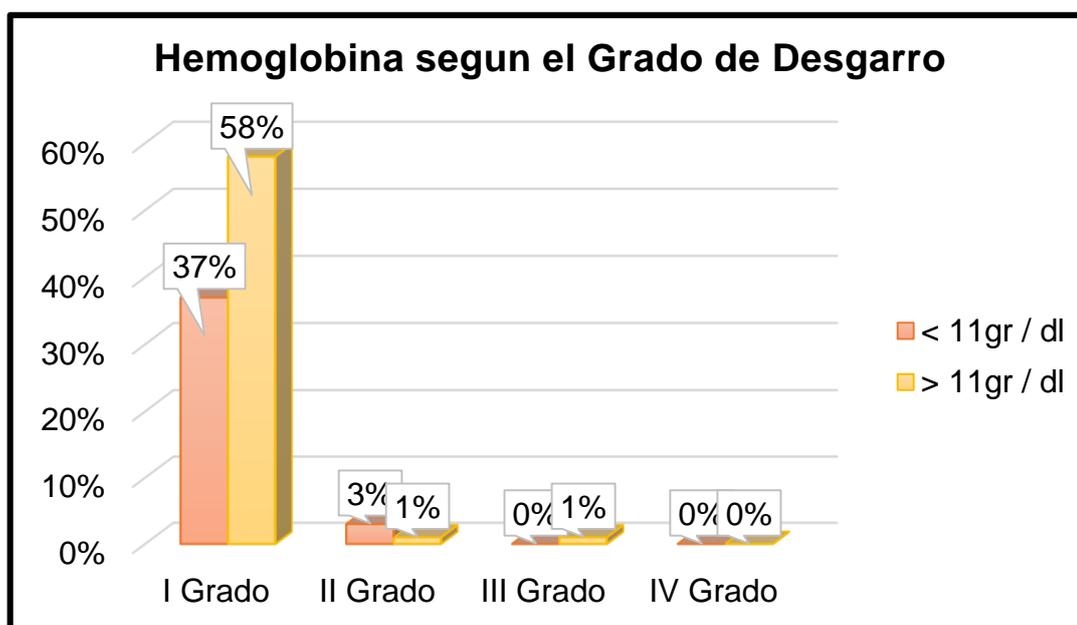
Tabla N° 08
Hemoglobina según el Grado de Desgarro

Hemoglobina / Grado de Desgarro	I Grado	II Grado	III Grado	IV Grado	TOTAL
< 11gr / dl	50	4	0	0	54
	37%	3%	0%	0%	40%
> 11gr / dl	78	2	1	0	81
	58%	1%	1%	0%	60%
TOTAL	128	6	1	0	135
	95%	4%	1%	0%	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Del total de pacientes que presentaron desgarro vaginal de I Grado el 58% tuvieron una hemoglobina > 11gr / dl y el 37% tuvieron una hemoglobina de < 11gr / dl; de las pacientes que presentaron desgarro de II Grado el 3% tuvieron una hemoglobina de < 11gr / dl y el 1% tuvieron una hemoglobina > 11gr / dl; y de las pacientes que presentaron desgarro de III Grado el 1% tuvo una hemoglobina > 11gr / dl.

GRAFICO N° 08



Discusión

La presente investigación sobre incidencia y factores de riesgo de desgarros perineales, es de importancia ya que con ella se pudo determinar que del total de partos vaginales que conforman la población en estudio el 30.82% presentaron desgarros de diferente grado, lo cual, no coincide con el estudio realizado por Carrillo en Guatemala donde solo el 4.4% del total de casos presentaron desgarros.

La mayoría de pacientes que presentaron desgarros perineales tenían una edad entre 20 a 35 años en un 67% de la muestra en estudio, lo cual coincide con el estudio realizado por Katherine Santos Velazco en Lima – Perú donde el 73.5% de las paciente entre 20 – 34 años presentaron desgarros.

Según el estudio de Oviedo Maravi Giuliana en Lima – Perú el 63.1% de pacientes que presentaron desgarros eran primíparas, lo cual, difiere con el presente estudio donde el 54% de pacientes eran multíparas y presentaron un desgarro de I grado.

El peso del recién nacido que se observó con mayor frecuencia en porcentaje acumulado del 84% entre 2500 – 3999gr, lo cual, coincide con el estudio realizado por Katherine Santos Velazco donde el peso del recién nacido fue entre 2500 – 4000gr en un 86%.

En el presente estudio el 93% de desgarros tuvieron un periodo expulsivo de 5 a 30 minutos, no coincidiendo con el estudio realizado por Oviedo, el cual da por resultado que el 78.5% tuvieron un periodo expulsivo menor a 10'.

Los resultado encontrados en relación al periodo intergenesico fueron que el mayor porcentaje (64%) presentaron desgarro de primer grado y periodo intergenesico entre 2 y 7años lo que significa periodo adecuado, los resultados no concuerdan con el estudio realizado por Oviedo quien encontró relación entre la presencia de desgarro perineal y periodo intergenesico inadecuado.

Conclusiones

1. La incidencia de desgarro perineal en el hospital Santa María del Socorro en el año 2017 fue de 30.82%.
2. De los pacientes que conforman la muestra al 62.2% se les realizo episiotomía durante el parto.
3. Las pacientes con desgarro perineal de primer grado en su mayoría son entre 20 a 35 años, periodo etareo sin mayor riesgo obstétrico.
4. En relación a la paridad se encontró una frecuencia significativamente mayor en las pacientes con desgarro perineal de primer grado en multíparas
5. Los recién nacidos de madres con desgarro perineal de primer grado tuvieron un peso entre 2500 y 3500 gr.
6. Las pacientes con tiempo del periodo expulsivo entre 5 y 30 minutos presentaron desgarro de I grado.
7. Del total de pacientes con desgarro de primer grado tienen periodo intergenésico adecuado.
8. De las pacientes que presentaron desgarros, las que presentaron la hemoglobina $> 11\text{gr} / \text{dl}$ fueron las que tuvieron un desgarro de I grado.

Recomendaciones

1. Identificar los factores de riesgo durante el parto para realizar las técnicas adecuadas de protección del periné y episiotomía en el momento adecuado, o una posible cesárea en el caso sea necesario.
2. Realizar una episiotomía oportuna con el fin de evitar desgarros perineales, identificando a tiempo los factores de riesgo.
3. Los hospitales y/o centros de salud autorizados en la atención de partos deberían contar con profesionales especializados en psicoprofilaxis de emergencia permanente en sala de partos que se encargue exclusivamente en brindarle una adecuada orientación a la paciente durante el periodo de parto.
4. Las actividades educativas no solo deben ser teóricas, deben incluir actividades prácticas - demostrativas según las normas vigentes del ministerio de salud y del colegio de obstetras; parámetros que se evalúan en la actualidad para la certificación profesional.
5. Durante la atención prenatal se debe incidir en las prácticas alimenticias adecuadas en las gestantes y así seguir obteniendo productos con el peso adecuado.
6. Se debe promover las sesiones de psicoprofilaxis en las que se educara a las gestantes sobre las técnicas adecuadas de respiración y la forma en la que debe pujar durante el expulsivo.
7. Se recomienda informar a las pacientes sobre el periodo adecuado entre sus embarazos para evitar posibles complicaciones.
8. Brindar la consejería adecuada sobre la administración del sulfato ferroso y la alimentación a base de hierro durante el embarazo y el puerperio para de ese modo evitar las anemias.

Fuentes de información

1. CARRILLO “Factores de Riesgo para producir desgarros perineales en pacientes gestantes del Hospital de Guatemala” 2011.
2. ABRIL F; GUEVARA A; RAMOS A; RUBIO J; “Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por el personal en entrenamiento en un Hospital universitario de Bogotá (Colombia) –2012
3. LORENZANA J; ESPINAL J; “Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del Hospital Escuela 2012” – Honduras.
4. OVIEDO, G. “Factores Asociados a Desgarros Perineales en Gestantes Adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao” Lima Perú 2014.
5. SANTOS K; “Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014”. Lima
6. PEREZ M; LINARES C; “Factores de riesgo Asociados a desgarros Vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero-Abril- 2013”. Iquitos.
7. BENDEZÚ, G. “Gestación en edad avanzada” Ica- 2011,
8. SCHWARZ, R. Desgarros perineales – tratado de obstetricia 5ta edición. Ateneo Buenos Aires 2007
9. MCGUINNESS M, NORR K, NACION K. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. J Nurse Midwifery 2011
10. Ministerio de salud. Instituto Nacional Materno Perinatal. <http://inmp.gob.pe/>, año 2017.
11. M del Pino, M Puig, E Bataller, M Servei Ginecologia. España, año 2011.
12. MARK MORGAN/ SA SIDDIGHI Ginecología y obstetricia 5ta edición. Caract. Obst. España 2007.
13. Methods to prevent an episiotomy. What is The Prevention For Episiotomy. PageWise Inc. USA 2011
14. PEREIRA LS, PLASCENCIA JL, AHUED RA, GARCÍA CB, PRIEGO PI, GÓMEZ CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol. Obstet. Mex. 2012

15. GARAY CUNNINGHAM, F Y COL. Hemorragia Obstétrica - Williams Obstetricia. 2009, editorial Médica. Panamericana
16. Clínicas obstetricias y ginecológicas de Norteamérica, manejo del primer y segundo estadios del parto 2010.
17. VEGA Y, Relación del crecimiento y desarrollo de niños de 1 a 5 años con Periodo intergenésico corto y adecuado, Bolivia-Punata 2011
18. BALASKAS, J, ACTIVE BIRTH. Boston: Harvard common press. 2012
19. BEISCHER N, MACKAY E. Obstetricia Práctica con cuidados del recién nacido. Bs As: Nueva Editorial Interamericana, 2012
20. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, año 2011.Lima.

1. Matriz de consistencia

Título: “INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DESGARROS PERINEALES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, AÑO 2017”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	FUENTE
<p>Problema Principal: ¿Cuál es la incidencia y que factores de riesgo presentaron los desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro 2017?</p> <p>Secundarios ¿Cuáles son los factores de riesgo de desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro, 2017?</p> <p>¿Qué grado de desgarro perineal es más frecuente en el Hospital Santa María del Socorro, 2017?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la incidencia y que factores de riesgo presentaron los desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro, 2017.</p> <p>Específicos: Identificar los factores de riesgo de desgarros perineales en el Hospital Santa María del Socorro, 2017.</p> <p>Conocer el grado de desgarro perineal más frecuente que se presenta en el Hospital Santa María del Socorro, 2017.</p>	<p>Por ser una investigación descriptiva no se plantea hipótesis</p>	<p>Variable Independiente: Factores de riesgo</p> <p>Variable Dependiente: Desgarros perineales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Paridad. - Peso del recién nacido - Tiempo de expulsivo - Periodo intergenésico - Grado de desgarro 	<p>Adolescente : ≤ a 19 años Adulta : 20 a 34 años Añosa : ≥ a 35 años</p> <p>Primípara : 1 parto Multípara : 2 a 4 partos Gran multípara: ≥ 5 partos</p> <p>Bajo peso : < 2500 g Peso adecuado: 2500 a 3999 g Macrosómico : ≥ 4000 g.</p> <p>Precipitado : < de 5 minutos Normal : 30 minutos en multípara 50 minutos en nulíparas Prolongado : 1 hora en multíparas y nulíparas</p> <p>Corto : < de 2 años Adecuado : de 2 a 7 años Largo : > de 7 años</p> <p>Episiotomía : Si No</p> <p>Hemoglobina : >11gr/dl <11gr/dl</p> <p>- Primer grado. - Segundo grado. - Tercer grado. - Cuarto grado.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Historias clínicas</p> <p>Libro de registro de partos</p> <p>Sistema informático perinatal</p>

