

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

**“PREVALENCIA DE TRAUMATISMOS PERINEALES
DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA
VEGA – ABANCAY, 2014”**

**TESIS PRESENTADA POR:
Lisset Diana Contreras Baca
Bachiller en Obstetricia**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Abancay - Perú

2016

DEDICATORIA

Dedico a Nuestro señor Dios en primera instancia, quien me ha dado el don de la vida y la fortaleza para seguir adelante con la fe en alto, a mi familia quienes con sus palabras de aliento y consejos no me dejaron decaer en mi trayecto universitario, motivándome a seguir y a ser siempre perseverante a fin de cumplir con mis ideales y convertirme en profesional.

A mis amigos (as) quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, experiencias, alegrías y tristezas, incentivándome a lograr mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Alas Peruanas que me abrió las puertas a fin de formarme para ser profesional, enriqueciéndome de conocimientos, experiencias y principios imperecederos de calidad educativa, inculcados por los docentes.

A mi asesor por haberme permitido recurrir a su capacidad y conocimientos científicos, así mismo por haberme tenido paciencia y guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el Objetivo de estimar la prevalencia de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

El estudio fue de tipo observacional, retrospectiva, transversal, de nivel descriptivo, el diseño es descriptivos y método inductivo; se utilizó la técnica de la documentación y como instrumento una ficha de recolección de datos, la misma que fue validada mediante juicio de expertos. La población y la muestra estuvo constituido por 267 pacientes. Los datos fueron analizados haciendo uso de estadística descriptiva en el programa SPSS 22, los mismos que fueron organizados en cuadros de distribución de frecuencias, figuras y tablas de contingencia.

La investigación arribó a los siguientes resultados: se obtuvo una prevalencia de traumatismos perineales del 30,4% (IC 95% 27,4 a 33,4%), el grado de desgarros más frecuente fue de I grado con un 67,4%; del total de mujeres que tuvieron traumatismos perineales, las características clínicas con mayor frecuencia fueron: la edad de 20 a 35 años con 69,3%, pacientes que tuvieron 6 a más atenciones prenatales con 80,5%, el 98,5% no tuvieron maduración cervical, un 85,8% no tuvo intervención para mejorar la dinámica uterina, el 98,5% ingresaron en periodo de dilatación, un 60,7% no presentaron antecedentes de desgarro y episiotomía, el 57,3% tuvieron el grado de paridad múltipara, 95,5% fue considerada como edad gestacional a término, un 98,5% tuvo la duración del periodo expulsivo normal y el 96,3% tuvo un producto considerado como normopeso. Conclusiones: se halló una prevalencia inferior al 50%, pero mayor al 30%, los desgarros de primer grado son los más frecuentes, y se presentan con mayor frecuencia en mujeres con edad ideal para la reproducción (20 a 35 años), controladas (6 a más atenciones prenatales), el antecedente de desgarros y episiotomías se presenta con mayor proporción en los desgarros de primer y segundo grado, mientras que los

desgarros de primer grado se presentan con mayor frecuencia en la categoría múltipara.

Palabras clave: prevalencia, traumatismos perineales, desgarros, parto.

ABSTRACT

This study was planned with the objective of estimating the prevalence of perineal tears during childbirth in patients treated at the Regional Hospital Guillermo Diaz de la Vega - Abancay, 2014.

The study was observational, retrospective, cross-sectional, descriptive level, the design is descriptive and inductive method transeccional; documentation technique was used as a tool and a form of data collection, the same that was validated by expert judgment. The population and the sample consisted of 267 patients. The data were analyzed using descriptive statistics in SPSS 22 program, the same that were organized frequency distribution tables, figures and contingency tables.

The study arrived at the following results: a prevalence of perineal trauma of 30.4% (95% CI 27.4 to 33.4%) was obtained the degree of most frequent was grade I lacerations with 67.4% ; of all women who had perineal trauma, clinical features most frequently were: age 20-35 years 69.3%, 6 patients had more prenatal care with 80.5%, 98.5% no had cervical ripening, 85.8% had no intervention to improve uterine dynamics, 98.5% entered period of expansion, 60.7% had no history of tear and episiotomy, 57.3% had grade of multiparous parity, 95.5% was considered full term gestational age, 98.5% had average duration of expulsive period and 96.3% had a product considered normal weight. Conclusions: less than 50% prevalence was found, but more than 30%, the First degree tears are the most common, and occur more frequently in women with ideal breeding (20-35 years old) age, controlled (6 to more prenatal care), history of tears and episiotomies occurs more tears proportion of first and second degree, while first-degree tears occur most frequently in multiparous category.

Keywords: prevalence, perineal trauma, lacerations, childbirth.

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	III
ABSTRAC	V
ÍNDICE	VI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Delimitación de la investigación	6
1.3. Formulación del problema	6
1.4. Objetivos de la investigación	8
1.5. Hipótesis de investigación	10
1.6. Justificación e importancia de la investigación	10
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes de la investigación	12
2.3. Bases teóricas	19
2.3. Definición de términos básicos	33
CAPÍTULO III	35
METODOLOGÍA	35
3.1. Tipo de investigación	35
3.2. Diseño de la investigación	35
3.3. Población y muestra de la investigación	36
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	37
3.5. Técnicas e instrumentación de la recolección de datos	38
3.6. Procesamientos	38
CAPÍTULO IV	39
RESULTADOS	39
DISCUSIONES DE LOS RESULTADOS	53
CONCLUSIONES	56

RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro Nº 1. grados de desgarros perineales durante el parto.	40
Cuadro Nº 2. características clínicas de las pacientes que presentaron traumatismos perineales durante el parto.	41
Cuadro Nº 3. tipos de desgarros perineales según la edad para la reproducción.	43
Cuadro Nº 4. tipos de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales.	44
Cuadro Nº 5. tipos de desgarros perineales según maduración cervical.	45
Cuadro Nº 6. tipos de desgarros perineales según inducto conducción.	46
Cuadro Nº 7. tipos de desgarros perineales según periodo del parto al ingreso.	47
Cuadro Nº 8. tipos de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía.	48
Cuadro Nº 9. tipos de desgarros perineales según paridad.	49
Cuadro Nº 10. tipos de desgarros perineales según edad gestacional.	50
Cuadro Nº 11. tipos de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo.	51
Cuadro Nº 12. tipos de desgarros perineales según peso del producto.	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. grados de desgarros perineales durante el parto.	40
Figura N° 2. características obstétricas de las pacientes que presentaron traumatismos perineales durante el parto.	42
Figura N° 3. tipos de desgarros perineales según la edad para la reproducción.	43
Figura N° 4. tipos de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales.	44
Figura N° 5. tipos de desgarros perineales según maduración cervical.	45
Figura N° 6. tipos de desgarros perineales según inducto conducción.	46
Figura N° 7. tipos de desgarros perineales según periodo del parto al ingreso.	47
Figura N° 8. tipos de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía.	48
Figura N° 9. tipos de desgarros perineales según paridad.	49
Figura N° 10. tipos de desgarros perineales según edad gestacional.	50
Figura N° 11. tipos de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo.	51
Figura N° 12. tipos de desgarros perineales según peso del producto.	52

INTRODUCCIÓN

La práctica asistencial y profesional es un proceso permanente de toma de decisiones sobre el estado de salud de un individuo, sus problemas y necesidades que se basa en la información obtenida de las investigaciones realizadas. La dinámica asistencial requiere de datos e información que referidos a un paciente, a un trabajador o a una situación, permiten realizar un diagnóstico e instaurar unas medidas específicas. Estos datos cuantitativos constituyen la parte objetiva y científica de la práctica de la Medicina y de la Salud Pública, la parte subjetiva forma parte del arte de aplicar a cada paciente, usuario o trabajador, lo adecuado y correcto de acuerdo con las evidencias científicas desarrolladas por la investigación.

Entendiendo que el parto es aquel proceso por el que se consigue el tránsito del feto desde el interior del útero materno hasta el exterior del organismo de la madre y durante este proceso pasa por diferentes periodos, uno de los cuales es el periodo expulsivo que se inicia cuando el cuello uterino alcanza su dilatación completa y termina con la salida del feto del útero materno, por lo que es frecuente que la zona perineal sufra daños más o menos importantes en el momento del parto. El traumatismo genital puede ocurrir de forma espontánea durante el periodo expulsivo o mediante una incisión quirúrgica o perineotomía. Estos desgarros se producen por una sobredistensión mecánica del periné por presiones de la cabeza fetal, hombros o por efecto instrumental. Son factores condicionantes los tejidos fibrosos de primíparas añosas, cicatrices anteriores, edema, hipoplasia perineal, pelvis estrecha con ángulo púbico muy agudo y en variedades de posición occipitoposterior de la cabeza fetal, mayor distensión del periné. El pronóstico es bueno para los desgarros de primer y segundo grado y es más reservado en los de tercer y cuarto grado, por la complicación séptica que a veces hace fracasar las suturas. En los grandes desgarros deficientemente reparados o curados por segunda intención puede aparecer incontinencia de orina, heces o ambas.

La investigación está dirigida a estimar la prevalencia de traumatismos perineales durante el parto y comparar, si esta difiere de la prevalencia de otros estudios.

La investigación se ha estructurado en cuatro capítulos, los cuales se presentan en el siguiente orden:

El Capítulo I: Planeamiento del problema que consta de la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, objetivos (generales y específicos) y justificación e importancia de estudio.

El Capítulo II: Marco teórico, presenta las investigaciones relacionadas con los fundamentos teóricos de la investigación que sustenta el estudio, contempla los antecedentes, bases teóricas y definición de términos básicos.

El Capítulo III: Metodología, que consta de tipo de investigación, diseño y nivel de la investigación, población y muestra, variables, técnicas e instrumentos y procesamiento.

El Capítulo IV: Hace referencia a los resultados, discusión.

Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El traumatismo obstétrico perineal es una morbilidad materna por consecuencia del parto, es uno de los principales factores de riesgo que predisponen a una mujer a padecer disfunción del suelo pélvico (incontinencia urinaria o ano rectal, dispareunias, dolor perineal persistente y debilidad de la musculatura del suelo pélvico). Entendiéndose así que el parto es un factor de riesgo epidemiológico conocido, el embarazo y el postparto deben de ser objeto de intervención para abordar la prevención de estos trastornos.¹ Esta morbilidad materna a corto y largo plazo asociada a la lesión y reparación del periné puede producir problemas graves físicos, psicológicos y sociales, afectando a la capacidad de la mujer para amamantar y atender correctamente a su nuevo hijo.

En la mayoría de casos, los partos por vía vaginal están acompañados de desgarros perineales, está comprobado que un desgarro mal reparado puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como: la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc., son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente, si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada. Existen muchos factores de riesgo para que una parturienta haga desgarro en el expulsivo del parto tales como: el

peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, la anemia, el tiempo que dura el segundo periodo del parto, asistencia a psicoprofilaxis, etc.^{2,3}

Los factores de riesgo para presentar desgarro perineal son el peso del recién nacido. Recién nacidos de 2500 gramos o más, el perímetro cefálico del recién nacidos de 34 cm o más, la edad menor de 25 años y parto horizontal; mientras que el ser múltipara constituye un factor de protección. Además, se demuestra que la etnia no tiene relación directa con la presencia o no de desgarros perineales. A pesar de que los grados de desgarros comparados con las variables mencionadas anteriormente, no muestran significancia estadística; se observa que se produce menor porcentaje de desgarros superficiales en pacientes que eligen el parto vertical.⁴

Gran cantidad de estudios evidencian que el parto vaginal es el principal responsable de la disfunción del suelo pélvico, como consecuencia de la hipersolicitación mecánica a que son sometidos los tejidos músculo-conjuntivos y nerviosos del suelo pélvico. Esta disfunción puede dar lugar, en mayor o menor grado, a incontinencia urinaria, incontinencia ano-rectal, estreñimiento terminal y/o prolapsos de órganos pélvicos.⁵

El desgarro perineal es una morbilidad materna que se presenta con mayor frecuencia en el grupo de las adolescentes considerando un (36.1%), observándose que también en el grupo de las adultas jóvenes se obtuvo la misma morbilidad como la más frecuente con un 44.2%.⁶

La morbilidad asociada con el traumatismo perineal es significativa, especialmente cuando se trata de desgarros de tercer y cuarto grado. Actualmente, se utilizan diferentes técnicas e intervenciones perineales para prevenir el traumatismo perineal. Estas intervenciones incluyen masaje perineal, compresas calientes y técnicas de tratamiento perineal.⁷ Los datos de la literatura indican que no solo la extensión del trauma perineal determina la magnitud y severidad de la morbilidad asociada a la

reparación perineal; sino que también la habilidad del profesional, el tipo de material y la técnica de sutura empleados para la reparación perineal tras el parto tienen un efecto importante en la morbilidad experimentada por las mujeres.

La rapidez en la reparación del trauma perineal tiene relevancia clínica más allá del simple hecho de conseguir una buena relación coste-efectividad del procedimiento. La principal ventaja de ejecutar una técnica más rápida es que cuanto menor sea el tiempo empleado para realizar la sutura, menor será el riesgo de infección y la incomodidad de la paciente. De igual modo, el empleo de mayor cantidad de material de sutura favorece la reacción inflamatoria local y puede estar asociado al desarrollo de edema; por lo tanto, reducir la cantidad de material empleado además de economizar la técnica, facilita el proceso de cicatrización de la herida.⁸

Del 1% al 8% de las mujeres sufren desgarros perineales de tercer grado (lesión del esfínter anal) y desgarros perineales de cuarto grado (lesión de la mucosa rectal) durante el parto vaginal, estos se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal. Los antibióticos profilácticos pueden ser importantes para prevenir esta infección.⁹

A nivel de la región Apurímac, se cuenta con tres hospitales bajo dependencia administrativa de la Dirección Regional de Salud Apurímac; al realizar la revisión documentaria no se encontró estudios referidos a la prevalencia de esta patología; por otra parte durante el año 2014 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, se tuvo la oportunidad de realizar el internado clínico y, por ser un hospital de referencia y de amplia cobertura para la población, la demanda de pacientes es elevada, siendo así que se pudo observar a las pacientes gestantes que vienen a dicho hospital para su atención de parto, que son propensas a padecer de desgarros perineales durante el parto vaginal. Se puede considerar que un promedio del 50% de las pacientes que dieron

parto padecieron de desgarros perineales,¹⁰ siendo este un factor de riesgo a corto y largo plazo. Asimismo la reparación de un desgarro perineal es un procedimiento tan frecuente, pero a la vez es un objeto de tan escaso interés en la literatura científica. Muchas veces, se desconoce los síntomas clínicos de este y se cree que con el tiempo se resolverán, no dándole así gran importancia.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temporal: Se tomó como tiempo de estudio el año 2014.

1.2.2. Delimitación geográfica: La presente investigación se realizó en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la provincia de Abancay, considerando que es un lugar de estudio oportuno.

1.2.3. Delimitación social: Se ha considerado a todas las pacientes que dieron parto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay y que en el transcurso de este hayan padecieron de desgarros perineales, considerándose así como un problema para la sociedad.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

¿Cuál es la prevalencia de traumatismos perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014?

1.3.2. Problemas secundarios

- ¿Cuál es la frecuencia de los diferentes grados de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014?
- ¿Cuáles son las características obstétricas en las pacientes que presentan desgarros perineales durante el parto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según la edad para la reproducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según maduración cervical en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según inducto conducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según el periodo del parto al ingreso para la reproducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?

- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según edad gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?
- ¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según peso del producto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Estimar la prevalencia de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

- Cuantificar la frecuencia de los diferentes grados de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.
- Describir las características obstétricas de las pacientes que presentaron desgarros perineales durante el parto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según la edad para la reproducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según maduración cervical en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según inducto conducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según el periodo del parto al ingreso para la reproducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según edad gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.

- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.
- Identificar la frecuencia de desgarros perineales según el peso del producto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.

1.5. Hipótesis de investigación

Por ser un estudio de nivel descriptivo no se formularon hipótesis.

1.6. Justificación e importancia de la investigación

La presente investigación de los traumatismos perineales fue de gran importancia por ser una morbilidad materna epidemiológica, y por lo mismo que se evidenció una elevada prevalencia de desgarros perineales en las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, siendo esta una preocupación de las mujeres en edad reproductiva mostrándose así, susceptibles al parto y a la posibilidad de que pueden padecer de desgarros perineales, y es por ello que es de impacto esta investigación, por lo mismo que no se han hecho investigaciones recientes sobre el tema a nivel local y regional.

Asimismo, brindó exquisita información, ya que con los resultados adquiridos se estimó la prevalencia y la frecuencia de traumatismos perineales en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2014, según variables epidemiológicas de personas, las mismas que fueron comparadas con el parámetro poblacional. Aportó de igual forma suficientes conocimientos, puesto que un traumatismo perineal es tan frecuente en el parto al igual que su reparación, pero a la vez es un objeto de tan escaso interés en la literatura

científica, muchas veces se desconoce los síntomas clínicos de este y se cree que con el tiempo se resolverán, no dándole así importancia alguna.

Esto benefició a todas las mujeres que planificaron un embarazo y a todas las gestantes, puesto que con los resultados adquiridos se estimó la prevalencia y la frecuencia de los desgarros que se presentaron en las pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay; asimismo, la presente investigación sirvió como un material de trabajo (antecedente), a aquellas personas interesadas en el tema y a seguir la investigación en diferente tiempo y espacio. Dado que con los resultados de la investigación, se pudo concientizar al personal de salud para una mejor calidad de atención; de la misma manera, contribuyó en la disminución de los desgarros perineales y sus posibles secuelas a corto y largo plazo, tales como las dehiscencias, incontinencia urinaria, incontinencia ano-rectal, estreñimiento terminal y/o prolapsos de órganos pélvicos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.3. Antecedentes de la investigación

Título: incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril - diciembre del 2011.

Autor: Llumiquinga Eras Daniela Lizbeth

Año: abril del 2012

Lugar: Quito, Ecuador

Resumen: arribo a los siguientes resultados: el parto es un proceso fisiológico con el objetivo de obtener un recién nacido viable y en buenas condiciones generales. Las laceraciones del aparato reproductor femenino se producen con cierta incidencia en el parto, las cuales repercuten en la recuperación materna. Los traumatismos neonatales son lesiones que afectan al recién nacido derivadas del trabajo de parto y por ende del periodo expulsivo, los que se relacionan a factores de riesgo maternos y fetales. El trabajo de parto consta de tres periodos, de los cuales el periodo expulsivo es el más crítico e importante en la valoración general de la madre y el feto. Se realizó una investigación explicativa donde se identificó las relaciones de causa-efecto. Se define una muestra de 108 pacientes cuyos resultados de muestran que dentro de los antecedentes gineco-

obstétricos; el 57% corresponde a primigestas, el 33% a multíparas y el 10% a gran multíparas. El 67% se le realizó episiotomía por encontrarse en periodo expulsivo prolongado, mientras que el 33% no se le realizó por no cumplir con un criterio selectivo. De la muestra obtenida, el 24% presentó desgarro de primer grado y el 9% desgarro de segundo grado. En relación con los traumatismos neonatales, el 37% corresponde al caputsuccedaneum, seguido con el 28% fractura de clavícula. Los traumatismos obstétricos en general corresponden al 67% de los casos estudiados mientras que los traumatismos neonatales corresponden al 90% de los casos, los mismos que guardan relación con el expulsivo prolongado que corresponde al 33% del total de la muestra.¹¹

Título: trauma obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

Autor: Marcia Judith Guamán Gusqui

Año: 2013

Lugar: Guayaquil - Ecuador

Resumen: el objetivo principal de este estudio fue determinar los traumas obstétricos en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013, identificando los factores de riesgos en una muestra de 50 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión obteniendo los datos estadísticos mediante un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 30% tienen complicaciones o traumas en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%; teniendo como riesgo asociado el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2.501 a 3.500 gr. que fue el porcentaje más alto.¹²

Título: factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias.

Autor: Militza Angelina Lorenzo, Luis Alberto Villanueva

Año: 2013

Lugar: México

Resumen: el objetivo del estudio fue identificar los factores que incrementan el riesgo de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en mujeres con atención de parto en el Hospital de la Mujer. Material y métodos: 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. Para medir la fuerza de asociación entre variables se calcularon razones de momios (RM), a través de análisis bivariado y de un análisis de regresión logística. Resultados: de los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarró perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarró de cuarto grado. El uso de oxitocina (RM= 1.72 IC 95% 1.09-2.71 p= 0.02), la duración del periodo expulsivo de más de 60 minutos (RM= 5.16 IC 95% 2.33-11.4 p= 0.00), la episiotomía (RM= 12.23 IC95% 5.06-29.55 p= 0.00) y el parto instrumentado con fórceps (RM= 2.19 IC95% 1.42-3.37 p= 0.00) 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. Conclusiones: debido a la naturaleza multifactorial de los desgarros perineales completos, se requiere limitar la exposición a diferentes condiciones que actúan en forma sinérgica. Lo que nos permite inferir que las estrategias para la reducción de estas complicaciones o para su identificación temprana pueden ser semejantes a lo referido en otras publicaciones.¹³

Título: factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010.

Autor: Danae Olimpia Atunca Sernaque, Cynthia Simona Huamán Tomairo

Año: 2011

Lugar: Lima - Perú

Resumen: objetivos: determinar los factores de riesgo que se relacionan con los diferentes grados de desgarro perineal en el INMP. Diseño: el tipo de estudio es analítico de casos y controles. Resultados: se encontró que el 79.2% presentó desgarro de primer grado, el 74.6% de pacientes se encontraron entre 20 y 34 años de edad, el grado de instrucción más frecuente es el quinto año de secundaria con 57.3%. El distrito de mayor concurrencia al Instituto Nacional Materno Perinatal fue San Juan de Lurigancho con 26.5% de pacientes. La infección de transmisión sexual con más frecuencia fue la candidiasis con 3.1%. Del grupo con desgarro perineal se encontró respecto a la paridad que el 80% fueron multíparas, en cuanto al peso del recién nacido el 84.6% estuvo en el rango de peso adecuado. El 43% de pacientes en este grupo presentó anemia. El tiempo del expulsivo de mayor frecuencia fue menos o igual a 10 minutos con 78.5%. El 73.8% de este grupo no tuvo preparación psicoprofiláctica. En cuanto al periodo intergenésico, el 47.3% presentó un PIG largo, el 36.9 % presentó un PIG adecuado. Del grupo sin desgarro perineal resultó que el 79.2% fueron multíparas, el 97.7% tuvo recién nacidos con peso adecuado. El 28.5% tuvo anemia. El 78.5% presentó un periodo expulsivo menor o igual a 10 minutos. El 73.8% no tuvo preparación psicoprofiláctica. El 51.5% presentó un periodo intergenésico adecuado y el 33.9% un PIG largo. Conclusiones: dentro de los factores maternos podemos concluir en cuanto a la edad, que pertenecer al grupo de adolescentes o mayores de 35 años, aumenta el riesgo para la presencia de desgarro perineal. Las pacientes con anemia tienen unas 1.9 veces más riesgo de presentar desgarro perineal que las pacientes sin anemia. La presencia o ausencia de psicoprofilaxis no se relaciona con el desgarro perineal. En cuanto a los factores obstétricos, en relación a la paridad se concluye que las

primíparas tienen 1.5 veces más riesgo que las multíparas y las gran multíparas de presentar desgarro perineal. Presentar el segundo periodo de parto menor o igual a 10 minutos se relaciona con la presencia de desgarro perineal. Aquellas con un periodo intergenésico corto o largo tienen más riesgo (1.5 y 1.9, respectivamente) de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado. En cuanto a los factores neonatales, en relación al peso del recién nacido, se obtuvo que los macrosómicos tienen unas 23 veces más riesgo de hacer desgarro perineal frente a los de peso adecuado y a los de peso menor de 2500 grs. En general de los tres factores mencionados, se obtuvo que los neonatales son considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y obstétricos.²

Título: 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.

Autor: Nelson Solis Almonacid

Año: 2006

Lugar: Lima - Perú

Resumen: metodología: es una investigación de tipo descriptivo retrospectivo transversal, un estudio de cohortes y prevalencia. La muestra incluyó a todas las pacientes con el diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave durante el parto vaginal durante el 1 enero del 2000 al 31 de diciembre del 2004. Resultados: en el Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé durante el 1 enero del 2000 al 31 de diciembre del 2004 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 vacuum 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. Conclusiones: el uso de la episiotomía y la nuliparidad incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave. El parto instrumentado con forceps y el feto grande no se asocia al traumatismo perineal posterior grave.¹⁴

Título: los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, durante los meses de enero - junio del 2003.

Autor: Adela Cecilia Avila Fabián

Año: 2004

Lugar: Lima – Perú

Resumen: objetivo: identificar cuáles son los grados de desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa. Material y métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, revisándose 1182 historias clínicas obstétricas correspondiéndose a partos espontáneos, para el análisis estadístico de los datos se empleó la prueba de Chi cuadrado. Resultados: 157 desgarros vulvoperineales

representando el 13.25% del total de partos. Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado con 124 (79%) siguiendo los de segundo grado con 32 (20%) y por último el de tercer grado (1%). La mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas con 124 desgarros (79%) siendo las de segunda paridad las que presentaron mayor número de desgarros 103 (65.6%) siguiendo las primíparas con 32 desgarros (20%) y por último las gran multíparas con 1 desgarro (1%). La edad en la que se observó la mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años con 129 (82%) siguiendo las mayores de 34 años (14.8%) y las adolescentes con 5 desgarros (3.1%). El peso del recién nacido en el que se observó el mayor número de desgarros es de 2500 a 3500g. con 87 (55%), recién nacidos de 3500 a 4000g. con 52 desgarros (33%) encontrándose en este grupo 1 desgarro de tercer grado y en los macrosómicos se encontró 12 (8%) desgarros. El tiempo de expulsivo en el que se encontró la mayor frecuencia de desgarros fue de 10 a 20 minutos 106(68%) siguiendo aquellos que se produjeron en menos de 10 minutos 32 (20%) y por último 19 desgarros (12%) de 20 a 30 minutos. 76 (48.8%) desgarros se presentaron en gestantes sin anemia antes del parto siguiendo aquellas con anemia leve 41 (26%) y 40 (25.4%) desgarros en el grupo de gestantes con anemia moderada. La mayor frecuencia de desgarros se produjo en gestantes que no acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis presentando 146 desgarros (93%), aquellas que acudieron a menos de tres sesiones 2 desgarros (1.2%) y las que acudieron de tres a más sesiones 9 (5.8%) desgarros. Conclusiones: la paridad, edad, peso del recién nacido, anemia, tiempo de expulsivo y psicoprofilaxis influyen en forma estadísticamente significativa en la presentación de desgarros vulvoperineales ($p < 0.05$). La mayor frecuencia de desgarros fue de primer grado, presentándose en multíparas con edades de 20 a 34 años, cuyo producto pesó 2500-3500g. con un tiempo de expulsivo que duró de 10 a 20 minutos, con anemia leve antes del parto y que no acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis.¹⁵

Título: complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno

Autor: Marco Castillo Ayarza, Alejandra Cahuata Mosqueira, Alejandro

Calle Brush, Ricardo Muñoz Silva

Año: 2012

Lugar: Lima – Perú

Resumen: objetivo: determinar las complicaciones más frecuentes durante la atención del parto vertical. Materiales y métodos: se revisaron las historias clínicas de 85 madres que fueron atendidas por parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Resultados: no hubo complicaciones en 11 casos (9%). En 52 (40%) de los casos se tuvo que realizar una episiotomía. El desgarro vaginal ocurrió en 25 pacientes (19%). Hubo presencia de líquido meconial en 13 pacientes (10%). En 7 casos (6%) hubo alumbramiento incompleto, que requirió legrado uterino. La hemorragia ocurrió en 6 pacientes (5%). Respecto a desgarro cervical, trabajo de parto prolongado y trabajo de parto precipitado, cada uno ocurrió en 4 pacientes (3%). Se reportó atonía uterina en 3 pacientes (2%). Excluyendo la episiotomía como complicación, la frecuencia de complicaciones disminuirá de 89% a 48%. Conclusiones: las complicaciones fueron semejantes a la atención horizontal. No se observó efecto nocivo del parto en posición vertical. Se recomienda estudiar muestras más grandes con registro de datos diferenciado que permita conocer la variable: personal de salud.¹⁶

2.1. Bases teóricas

2.2.1. Anatomía genital femenina:

Todos los órganos de la anatomía genital femenino están condicionados fisiológicamente para cumplir su fin primordial en la reproducción humana y por ende en la perpetuación de la especie; todas las funciones que realizan cada una de sus partes aun en su fisiologismo a distancia no tienen otro objetivo que el sexual y las modificaciones que periódicamente se producen están siempre

encaminados a su preparación para cumplir con la función de reproductiva y aún más están condicionados estos órganos de un fisiologismo potencial en reserva listo para descargarse apenas se produzca la fecundación, adoptando y desarrollando grandes variaciones fisiológicas que se manifiestan en el curso del embarazo, durante el cual extraordinarias funciones se movilizan con cambios potenciales inesperados y de magnitud extraordinaria orientada hacia el desarrollo y protección del nuevo ser.¹⁷

A. Genitales externos

1. Vulva

- **Labios mayores:** pliegues cutáneos que limitan ambos lados de la hendidura vulvar y se dirigen al Monte de Venus, situado por encima de la sínfisis púbica. Contienen glándulas sebáceas y sudoríparas y están formados por tejidos adiposos.
- **Labios menores:** situados por dentro de los labios mayores, de tejido conjuntivo carentes de folículos pilosos. Rodean el vestíbulo vaginal. Su separación permite visualizar además el meato uretral, a unos 2 cm debajo del clítoris. Por arriba forman el prepucio del clítoris, que cubre el glande del mismo.¹⁸

2. Clítoris: es un órgano eréctil constituido por un cuerpo cavernoso venoso cuyas dos raíces se insertan en las ramas isquiopúbicas. Ambas raíces están cubiertas por el músculo isquiocavernoso.¹⁸

3. Vestíbulo vaginal: entrada a los genitales internos. En ella se encuentran el himen, membrana delgada y vascularizada, que separa el vestíbulo de la vagina, los conductos de las glándulas

de Skene, en la cara posterolateral del meato y los conductos de las glándulas de Bartholino, a ambos lados del vestíbulo, en el tercio medio del orificio vaginal, en la hendidura que separa el himen de los labios menores.¹⁸

B. Genitales internos

- 1. Vagina:** conducto musculomembranoso con una cavidad virtual de 8-10 cm de longitud que rodea el cuello uterino en su parte proximal formando dos fondos de saco, anterior y posterior. En su porción distal termina en el introito o vestíbulo vaginal.¹⁸
- 2. Útero:** órgano de musculo liso, en forma de pera y de longitud 8 cm. Se divide en cuerpo y cuello (cérvix), separados entre sí por un estrechamiento o istmo. En la porción intravaginal del cérvix o portio se visualiza el orificio cervical externo, que comunica con el canal endocervical hasta el orificio cervical interno y los labios anterior y posterior. La cavidad uterina es de forma triangular y aplanada, presentando los orificios tubáricos (óstium) en sus extremos superiores.¹⁸
- 3. Trompas de Falopio:** emergen a ambos lados del útero, en su porción superior, de 10 a 12 cm de longitud y discurren por el borde superior del ligamento ancho. Comunican la cavidad uterina y peritoneal. Se distinguen la porción intrauterina o intersticial, ístmica y ampular con sus fimbrias, que comunica con la cavidad abdominal.¹⁸
- 4. Ovario:** glándulas germinales con forma de almendra de unos 5 cm de largo, 3 de ancho y 2 de grosor, según la época reproductiva, situados en la fosa ovárica, entre la bifurcación de la arteria iliaca primitiva.¹⁸

2.2.2. Anatomía muscular pélvica:

A. Diafragma pélvico (suelo de la pelvis): División musculotendinosa en forma de embudo entre la cavidad pélvica y el periné. Es el punto de fijación para las vísceras pélvicas. Formado por el musculo elevador del ano y el coccígeo, que se extiende desde las paredes pélvicas laterales hacia abajo, para unirse en línea media, insertándose en la porción terminal de la uretra, vagina y ano. Por adelante dejan un espacio libre donde se coloca el diafragma urogenital.¹⁸

B. Periné: Zona limitada por la sínfisis púbica, ligamento arqueado, ramas isquiopubianas, tuberosidad isquiática, ligamentos sacrotuberosos, sacro y cóccix. El suelo del periné está compuesto por la piel y dos capas de fascia superficial (de Colles). La parte más profunda la integra el diafragma pélvico. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior urogenital (diafragma urogenital atravesado por uretra y vagina) y uno posterior o anal (contiene el conducto anal, sus esfínteres y las fosas isquirectales). La musculatura del periné está constituida por los músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos, perineales transversos superficiales y profundos, el esfínter uretral y el esfínter anal externo.¹⁸

Fijaciones de los órganos a la pelvis

- **Ligamentos redondos:** unen el cuerno uterino con el pubis a través del canal inguinal, para terminar en los labios mayores.
- **Ligamentos uterosacros:** unen la porción portero-superior del cérvix a las zonas laterales del sacro.

- **Ligamentos anchos:** formados por hojas peritoneales, anteriores y posteriores, que revisten las dos caras uterinas y rodean en su parte superior la trompa. Producen una fijación lateral a la pelvis.
- **Ligamentos cardinales o de Mackenrodt:** situados en el parametrio o zona lateral del cérvix y en la base del ligamento ancho. Fijan el cuello uterino (istmo) a la pared pélvica.¹⁸

2.2.3. Anatomía de la pelvis ósea:

La pelvis ósea (esqueleto de la pelvis) es robusta y sus principales funciones consiste en transmitir el peso de la mitad superior del cuerpo del esqueleto axial al apendicular inferior, así como resistir las fuerzas de compresión y otras derivadas del soporte corporal, junto con la provisión de inserciones para músculos poderosos. La pelvis ósea está formada por cuatro huesos:

- **Huesos coxales:** dos grandes huesos, de forma irregular, cada uno de los cuales se desarrolla a partir de la fusión de otros tres: ilion, isquion y pubis.
- **Sacro:** creado por la fusión de cinco vertebra sacras, originalmente independientes.
- **Cóccix:** formado por la fusión de cuatro vertebra coccígeas rudimentarias; a veces, la primera vértebra sacra se separa de los demás y, por tanto, contribuye a formar el esqueleto de este vestigio caudal.¹⁹

2.2.4. El canal o vía del parto:

Está constituido por el cilindro que debe recorrer el feto desde su ubicación en la cavidad uterina hasta el exterior y está constituido por el canal óseo de la pelvis y el tubo de las partes blandas formado por el segmento, el cérvix, la vagina, el periné y la vulva.¹⁹

La pelvis ósea se divide a nivel de la línea innominada en dos partes:

A. Pelvis mayor o falsa pelvis: situada por encima de la línea innominada. Comprende la porción más baja de la cavidad abdominal, situada entre las alas del ilion que forman sus paredes laterales.

B. Pelvis menor o pelvis verdadera: situada por debajo de la línea innominada. Sus paredes son en parte óseas y en parte ligamentosas. Su límite posterior está formado por la cara anterior del sacro y sus límites laterales lo forman las caras internas de los isquiones y las escotaduras y ligamentos sacroilíacas. Por delante limita con los agujeros obturadores, los huesos púbicos, la sínfisis y las ramas ascendentes de los isquiones.

Esta parte es esencial puesto que determina la forma, amplitud y dirección que el feto debe recorrer durante el parto. Se divide en tres estrechos: superior, medio e inferior.¹⁹

1. Estrecho superior (orificio de entrada): presenta el límite superior de la pelvis menor. Limita hacia atrás con el promontorio y con las alas del sacro; lateralmente con la línea innominada y adelante con las ramas horizontales de los huesos púbicos, las eminencias iliopectíneas y el borde superior de la sínfisis. El borde anterosuperior del sacro, que corresponde al borde superior del cuerpo de la primera vértebra sacra, se designa como promontorio y constituye un punto de referencia muy importante en obstetricia; normalmente este estrecho posee una forma ovalada, presentando los siguientes diámetros:

- a. Diámetros transversos: transverso útil o mediano (12.5 a 13 centímetros) equidistante a la sínfisis y el promontorio; es perpendicular al conjugado obstétrico. Transverso anatómico o máximo (13 centímetros) es la mayor dimensión transversal de la pelvis, intercepta al precedente en la unión de sus dos tercios anteriores con el tercio posterior.
- b. Diámetros oblicuos o diagonales: oblicuos derecho (12 centímetros) une la eminencia iliopectínea derecha con el extremo superior de la articulación sacroiliaca izquierda. Oblicuos izquierdo (12.5 centímetros) une la eminencia iliopectínea izquierda con el extremo superior de la articulación sacroilíaca derecha.
- c. Diámetros anteroposteriores: promonto-suprapúbico o conjugado anatómico (11 centímetros), une el promontorio al borde superior de la sínfisis. Promonto-retropúbico o conjugado obstétrico (10.5 centímetros) es la mínima distancia entre el promontorio y la cara posterior de la sínfisis púbica. Promonto-subpúbico o conjugado anatómico (12 centímetros), une el promontorio al borde inferior de la sínfisis.¹⁹

2. Estrecho medio (circunferencia media): también llamado “plano de las mínimas dimensiones”, limite por delante con el borde inferior de la sínfisis, a los lados con las espinas ciáticas y atrás con el sacro. De forma circular, ofrece los siguientes diámetros:

- a. Diámetro transverso: Biespinoso o biciático (10.5 centímetros) se extiende de una a otra espina ciática.

b. Diámetros anteroposteriores: Misacro-subpúbico (12 centímetros) une el borde inferior de la sínfisis al punto más alejado de la excavación sacra.¹⁹

3. Estrecho inferior (orificio de salida).- limita hacia ambos lados con las tuberosidades isquiáticas, hacia delante con el arco subpúbico y atrás con el sacro. Su forma es ovalada, con su eje mayor orientado en sentido anteroposterior, presentando los siguientes diámetros:

a. Diámetro transverso: Bi-isquiático (11 centímetros) se extiende entre las tuberosidades del isquion.

b. Diámetros anteroposteriores: Subsacro-subpúbis (11 centímetros) se extiende del sacro al pubis. Subcóccix-subpúbis (8 centímetros). Se extiende del cóccix al pubis, pero funcionalmente durante el trabajo de parto por la retropulsión del cóccix se extiende hasta 11 centímetros.¹⁹

2.2.5. Lesiones genitales durante el parto:

A. Desgarros del canal del parto perineales

Constituyen la segunda causa de hemorragia postparto. Suelen estar asociados a partos instrumentados que lesionan el canal blando del parto, aunque también pueden aparecer en partos espontáneos muy rápidos, por macrosomía fetal o prolongación de episiotomía.

El sangrado suele ser de escasa cuantía, pero constante, de sangre roja y puede comenzar después de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta, o bien tras el

alumbramiento, de manera que el útero está contraído pero persiste el sangrado.²⁰

1. Desgarros cervicales: “es una solución de continuidad que parte del orificio cervical externo y se extiende hacia la zona ístmica, pudiendo llegar en ocasiones hasta su nivel. Aquellos desgarros que alcanzan mayor altura se consideran rotura uterina. Los desgarros más frecuentes están localizados en las zonas de las comisuras del cuello, hacia las 3 y las 9 horas”.²⁰

Etiología: solo un pequeño porcentaje se originan espontáneamente (menor al 15 %), la mayoría de los desgarros cervicales ocurren de manera traumática. Se incluyen como causas de desgarros cervicales las dificultades mecánicas al parto (fetos macrosómicos), el tránsito rápido de la presentación fetal, la rigidez de partes blandas (primíparas añosas, cicatrices previas), el uso incorrecto del fórceps (cuando el cuello no se halla completamente dilatado), una versión y/o gran extracción podálica en condiciones parecidas, una excesiva dosificación de oxitocina, la realización de una maniobra de Kristeller y la dilatación digital. Como factores predisponentes que facilitan el desgarro se incluyen la inserción baja de placenta, la endometriosis y el mioma cervical.

Clínica y diagnóstico: el signo principal será la hemorragia, cuya intensidad varía en función de la longitud del desgarro y del calibre de los vasos afectados. El diagnóstico se realizará con la visualización del cérvix con las valvas durante la revisión del canal del parto.

Tratamiento: el mejor tratamiento es la profilaxis, evitando las maniobras e intervenciones vaginales antes de alcanzar la

dilatación cervical completa. La maniobra de Kristeller y la dilatación digital deberían estar proscritas en la actualidad. Los desgarros pequeños y que no sangran pueden dejarse cicatrizar por segunda intención con muy buenos resultados. Si existe sangrado, el tratamiento consiste en la sutura del desgarro. Se aplicarán puntos sueltos, siendo el primer punto dado por encima del ángulo superior del trayecto de la lesión, por sí existe una retracción de los vasos a ese nivel. Cuando no se puede realizar la sutura por prolongación del desgarro hacia arriba, será necesario realizar una laparotomía.

Pronóstico: los desgarros pequeños menores de 2 cms. suelen tener buen pronóstico, los desgarros de mayor extensión pueden provocar una infección aguda o crónica (parametritis) así como aborto habitual por insuficiencia ístmica.²⁰

2. Desgarros vaginales: se definen como una solución de continuidad en la pared vaginal que se produce durante el periodo expulsivo y pueden ser de forma longitudinal o transversal. Suelen ser desgarros del tercio medio y/o inferior de vagina; los desgarros del tercio superior de vagina son más raros, y casi siempre a partir de desgarros del cuello prolongados hacia abajo. En muy raras ocasiones pueden afectarse también zonas vecinas como: paracolpo, parametrio, incluso recto y vejiga.²⁰

Etiología: la causa más frecuente suele ser la hiperdistensión vaginal (una cabeza fetal voluminosa o un parto precipitado) seguida del trauma operatorio, por la aplicación del fórceps o ventosa obstétrica.

Clínica y diagnóstico: el signo principal será la hemorragia, cuya intensidad varía en función de la longitud del desgarro y del calibre de los vasos afectados. El diagnóstico se realizará con la visualización de la vagina con las valvas durante la revisión del canal del parto.

Tratamiento: incluye la profilaxis adecuada, evitando una distensión demasiado rápida e intensa de la vagina, y en la práctica de una episiotomía oportuna. El tratamiento consiste en la sutura del desgarro, que se debe iniciar por encima del ángulo del desgarro.

Pronóstico: es bueno siempre que se repare de forma adecuada. De lo contrario, se pueden originar sinequias y granulaciones que pueden ser puerta de entrada de infecciones y producir dispareunia.²⁰

3. **Desgarros vulvares:** Los desgarros vulvares se producen a nivel de los labios y de la región del clítoris. Cuando se afecta el clítoris o procesos varicosos vulvares, la hemorragia es de mayor intensidad; sin embargo, las lesiones de los labios suelen ser superficiales y discretamente hemorrágicas.

Etiología: Se incluyen los partos instrumentados y precipitados, pero la causa principal suele ser la protección forzada del periné para evitar la episiotomía.

Clínica y diagnóstico: el signo principal será la hemorragia, cuya intensidad varía en función de la longitud del desgarro y del calibre de los vasos afectados. El diagnóstico se realizará con la visualización del desgarro al revisar los labios o el clítoris.

Tratamiento: consiste en la reparación quirúrgica con pinzamiento y ligadura de los vasos sangrantes. Se aconseja igualmente suturar los desgarros no sangrantes ya que se producen molestias al estar la herida en contacto con los loquios, la orina y pueden ser la vía de entrada de una infección.²⁰

4. Desgarros perineales: de acuerdo a su extensión, se establecen 4 grados:

- a. Desgarro de I grado: afecta la horquilla, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal, pero no aponeurosis y músculos subyacentes.^{20,22}
- b. Desgarro de II grado: afectan, además de la piel y las membranas mucosas, la aponeurosis y los músculos del cuerpo perineal, pero no el esfínter anal.

Estos desgarros de I y II grado suelen extenderse de modo ascendente a uno o ambos lados de la vagina y formar una lesión triangular irregular.^{20,22}

- c. Desgarro de III grado: se extienden a través de la piel, la membrana mucosa y el cuerpo perineal y afectan al esfínter anal.^{20,22}

Clasificación: según (RCOG) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists de Reino Unido (2007)

3a: Desgarro de menos del 50% del grosor del esfínter anal externo.

3b: Desgarro de más del 50% del grosor del esfínter anal externo.

3c: Desgarro que incluye el esfínter interno (además del externo).

d. Desgarro de IV grado: compromete piel y/o mucosa, músculo, esfínter anal externo y mucosa rectal.^{20,22}

Etiología: se producen por una sobredistensión mecánica del periné, por la presión de la cabeza fetal, de los hombros o por el efecto instrumental del fórceps o ventosa. Son factores condicionantes los tejidos fibrosos de las primíparas añosas, las cicatrices anteriores, la hipoplasia perineal, las pelvis estrechas con un ángulo muy agudo y las variedades occipitosacras que se desprenden en orientación posterior con mayor distensión del periné.

Clínica y diagnóstico: el signo principal será la hemorragia, cuya intensidad varía en función de la longitud del desgarro y del calibre de los vasos afectados, así como la visualización de una solución de continuidad en el periné que permitirá realizar el diagnóstico y establecer el grado del desgarro.

Tratamiento: el principal tratamiento debe ser la profilaxis, con una protección adecuada del periné y la realización de episiotomía cuando sea necesaria, una episiotomía selectiva; la episiotomía presenta más ventajas que los desgarros, ya que en estos últimos, la extensión no puede precisarse y la sutura es más difícil, con peor resultado. No es infrecuente la coincidencia de episiotomía y desgarros de III y IV grado. Una vez se ha producido el desgarro, el tratamiento es la sutura del mismo. En los desgarros grado I, se afrontan los bordes de la herida mediante puntos separados que tomen todo su espesor. Los desgarros

grado II se suturan en dos planos: uno que abarque el tejido músculo-aponeurótico, y otro, el tejido subcutáneo y piel. Es importante que la sutura no deje espacios muertos y que los puntos no ejerzan una presión excesiva. En los desgarros grado III es esencial identificar los extremos retraídos del esfínter anal y unirlos entre sí por medio de dos puntos, con material de sutura no reabsorbible. La sutura correcta del esfínter se reconoce por el restablecimiento posterior de la foseta anal. En los desgarros grado IV, se incluye la reparación del esfínter así como la pared rectal; para la sutura de la pared rectal se utilizan puntos extramucosos, invaginando los bordes de la herida hacia la luz del intestino.

En los desgarros grado III y IV, se aconseja el uso de antibióticos, así como antisépticos intestinales, laxantes, antiinflamatorios y una buena limpieza diaria de la zona.

Pronóstico: es bueno para los desgarros de grado I y II para los desgarros de grado III y IV se aconseja un seguimiento posterior para detectar precozmente la aparición de incontinencia de heces que puede estar asociada a estos dos grados de desgarros perineales. Una tasa de episiotomía superior al 20-30 % se considera injustificada en la actualidad; sin embargo, en España se realiza una episiotomía en más del 70 % de todos los partos. La tasa de desgarros de III y IV grado es inferior al 1 % en los partos con episiotomía medio-lateral y oscila entre un 4 - 5 % en la episiotomía central.^{20,22}

2.1.3. Definición de términos

- **Antecedentes de desgarro y episiotomía:** acciones o hechos anteriores que sirven para juzgar hechos posteriores.
- **Atención prenatal:** vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el crecimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.²³
- **Duración periodo expulsivo:** periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior, la duración clínica es aproximada de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en múltiparas.¹⁸
- **Edad gestacional:** es el tiempo de duración de la gestación, se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo; se expresa en días o semanas completas.
- **Edad para la reproducción:** tiempo de la vida de una persona u otro ser vivo preparado para la concepción de un nuevo ser en su útero maduro.
- **Maduración cervical:** se produce por cambios tanto bioquímicos como estructurales, que afectan al segmento uterino inferior y que van a permitir más adelante el proceso de borramiento y dilatación cervical del parto.²⁰
- **Paridad:** paridad es una mujer que ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) que pesan 500 gramos o más, o que poseen más de 22 semanas de edad gestacional (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad).
- **Parto:** es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero.
- **Periodo del parto:** tiempo determinado que incluye toda la duración del parto, se divide en tres periodos: dilatación, expulsivo y alumbramiento.

- **Prevalencia:** proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.
- **Peso del producto:** efecto de la gravedad sobre las moléculas de un cuerpo.
- **Traumatismo perineal:** desgarros o laceraciones perineales que acompañan de lesiones de la vagina y la vulva, excepto los más superficiales, y pueden lesionar el esfínter anal y la mucosa rectal.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

Según la intervención del investigador fue observacional, debido a que los datos consignados durante la investigación reflejan la evolución natural del evento.

Según la planificación de toma de datos fue retrospectiva, puesto que los datos fueron recogidos de registros de la historia clínica donde el investigador no tuvo participación (datos secundarios).

Según el número de datos que se mide la variable de estudio fue transversal, puesto que la variable de estudio se midió en una sola ocasión.

Según el número de variable de interés fue descriptiva, ya que el análisis estadístico fue univariado.²⁴

3.2. Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio es descriptivo, este diseño Indaga la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos. En esta

investigación realizamos además la descripción comparativa según las características obstétricas.

Se esquematiza de la siguiente manera:

X1-----Variable de interés

Dónde: X₁: Prevalencia de traumatismos perineales

Se utilizó el nivel descriptivo porque nos permitió analizar cómo fue y cómo se manifestó un fenómeno y sus componentes, permitiendo detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población

Para el presente estudio se tuvo como población 267, que es el total de gestantes con diagnóstico de desgarros perineales atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, 2014.

3.3.2. Muestra

El tipo de muestra fue no probabilístico, las unidades de estudio se eligieron por determinación propia, el número de la población constituye el número de la muestra de todas las gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, 2014 y que presentaron algún tipo de desgarró perineal siendo el total de 267.

3.4. Variables, dimensiones e indicadores

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES				
Variables de caracterización	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	
Edad para la reproducción	Edad reportada en la historia clínica materno perinatal	Edad precoz para el embarazo (menor de 19 años)	Cualitativa Ordinal	
		Edad ideal para el embarazo (entre 20 a 35 años)		
		Edad añosa para el embarazo (mayor de 35 años)		
Atenciones prenatales	Número de atenciones prenatales recibidas	Ninguna	Cualitativa Ordinal	
		De 1 a 5		
		De 6 a más		
Maduración cervical	Reporte en la historia clínica de procedimiento de maduración cervical.	No	Cualitativa Nominal	
		Sí		
Periodo del parto al ingreso	Diagnóstico de ingreso registrada en la historia clínica	Dilatación	Cualitativa Ordinal	
		Expulsivo		
Antecedentes de desgarro y episiotomía	Registro en la historia clínica de antecedente de desgarro y episiotomía	No	Cualitativa Nominal	
		Sí		
Paridad	Número de partos previos registrados en la historia clínica	Nulípara	Cualitativa Ordinal	
		Múltipara		
Edad gestacional	Semanas de gestación al ingreso para la atención del parto, registrada en la historia clínica	Pretérmino (<37 semanas)	Cualitativa Ordinal	
		A término (37 a 42 semanas)		
		Postérmino (> a 42 semanas)		
Duración del periodo expulsivo	Tiempo que demoro el periodo expulsivo registrado en la historia clínica	Precipitado	Cualitativa Ordinal	
		Normal		
		Prolongado		
Peso del producto	Peso en gramos registrado en la historia clínica	Bajo peso	Cualitativa Ordinal	
		Normopeso		
		Sobrepeso		
Variable de estudio	Indicadores	Valor final	Tipo de variable	
Traumatismos perineales	Desgarros perineales	Tipos	I Grado	Cualitativa Ordinal
			II Grado	
			III Grado	
			IV Grado	

3.5. Técnicas e instrumentación de la recolección de datos

3.5.1. Técnicas

Se utilizó la documentación, ya que la información contenida en la historia clínica fue recolectada con fines distintos al estudio en curso.

3.5.2. Instrumentos

Se utilizó la ficha de recolección de datos, ya que los datos fueron copiados de la historia clínica. La misma que para su validación cualitativa paso por juicio de expertos.

3.6. Procesamientos

Los datos obtenidos fueron sometidos a control de calidad, los cuales fueron ingresados a una base de datos en el software estadístico SPSS, versión 22 lo cual se obtuvieron resultados que fueron presentados utilizando estadística descriptiva mediante cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia; además, se utilizó la prueba de bondad de ajuste de chi cuadrado para frecuencias la misma que describió cuan bien se ajusta un conjunto de observaciones a un parámetro (estudio observacional) como es nuestro caso.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Resultados

1) Prevalencia de traumatismos perineales

Según los datos obtenidos en este estudio y la información obtenida para la prevalencia de traumatismos perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014. Se usó la fórmula:

$$Prevalencia = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de una patología en un tiempo definido}}{\text{N}^\circ \text{ de personas de la población atendida en ese tiempo}} \times 100$$

- Numero de traumatismos perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014 = 267.
- Número del total de pacientes que fueron atendidas su parto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014 = 879
- La prevalencia de traumatismos perineales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay para el año 2014 fue de 30,4%

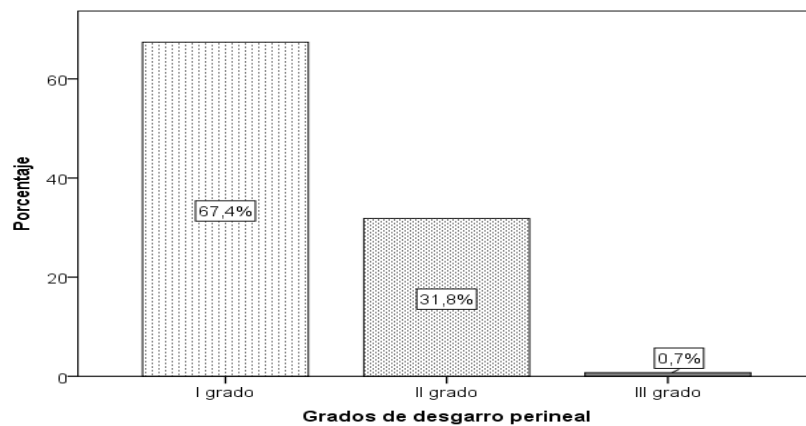
2) Frecuencia de grados de desgarros perineales

Cuadro N° 1. Grados de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

	Frecuencia N°	Porcentaje %
I grado	180	67,4
II grado	85	31,8
III grado	2	0,7
Total	267	100,0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 1. Grados de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

En la población estudiada la frecuencia de desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014 fue de I grado con un 67,4%, seguido de II grado con 31,8% y en menor porcentaje el de III grado con 0,7%.

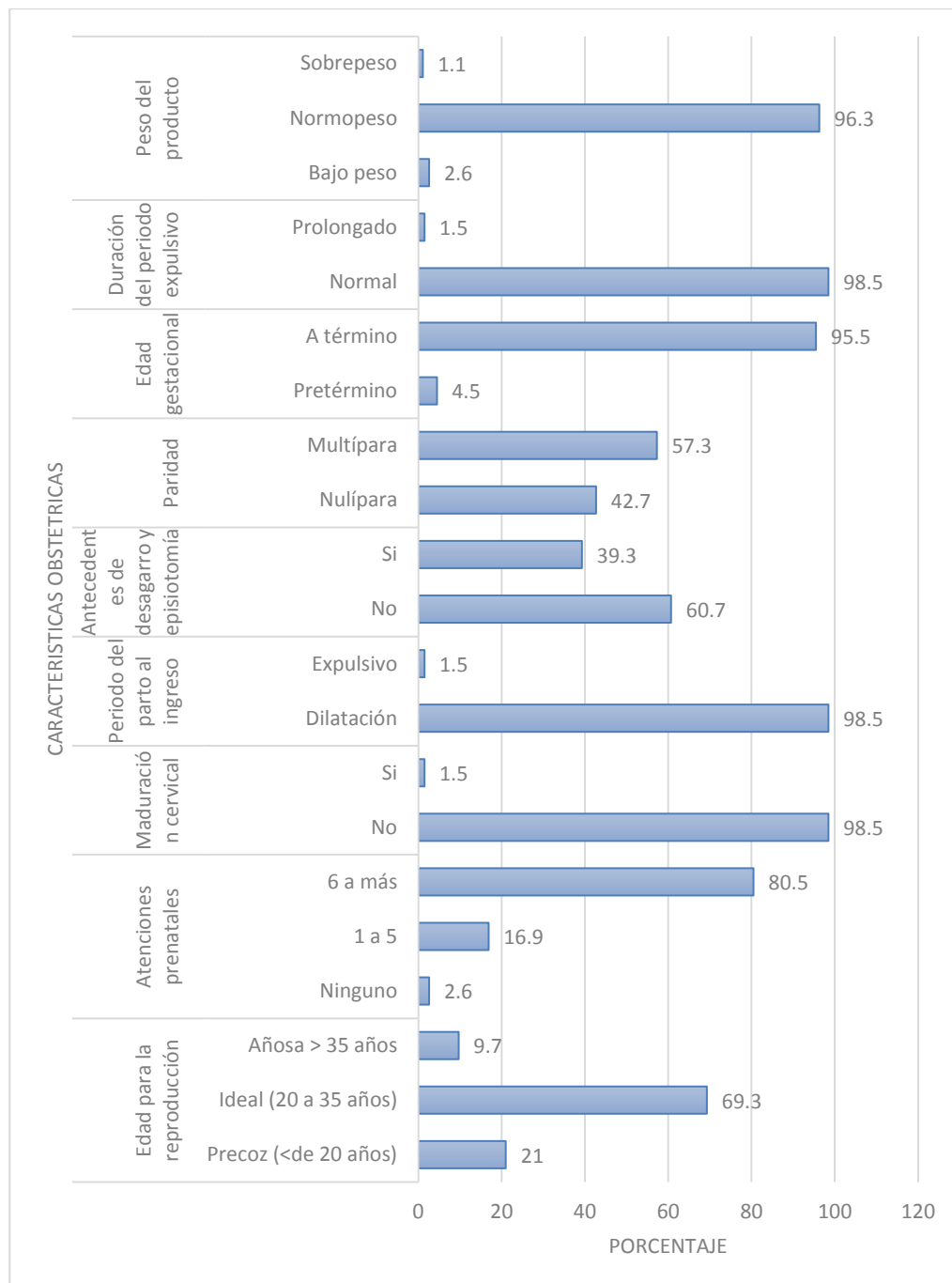
3) Características obstétricas

Cuadro N° 2. Características clínicas de las pacientes que presentaron traumatismos perineales durante el parto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Características obstétricas		Frecuencia N°	Porcentaje %
Edad para la reproducción	Precoz (<de 20 años)	56	21
	Ideal (20 a 35 años)	185	69.3
	Añosa > 35 años	26	9.7
Total		267	100
Atenciones prenatales	Ninguno	7	2.6
	1 a 5	45	16.9
	6 a más	215	80.5
Total		267	100
Maduración cervical	No	263	98.5
	Sí	4	1.5
Total		267	100
Periodo del parto al ingreso	Dilatación	263	98.5
	Expulsivo	4	1.5
Total		267	100
Antecedentes de desgarro y episiotomía	No	162	60.7
	Sí	105	39.3
Total		267	100
Paridad	Nulípara	114	42.7
	Múltipara	153	57.3
Total		267	100
Edad gestacional	Pretérmino	12	4.5
	A término	255	95.5
Total		267	100
Duración del periodo expulsivo	Normal	263	98.5
	Prolongado	4	1.5
Total		267	100
Peso del producto	Bajo peso	7	2.6
	Normopeso	257	96.3
	Sobrepeso	3	1.1
Total		267	100

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 2. Características obstétricas de las pacientes que presentaron traumatismos perineales durante el parto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

Referente a las características clínicas de las pacientes que presentaron desgarros perineales, encontramos que el 69,3% se encontraron en el rango de edad de 20 a 35 años, el 80,5% tuvieron 6

a más atenciones prenatales, al 98,5% no se les realizó maduración cervical, referido al periodo de parto se encontró que el 98,5% ingresaron en periodo de dilatación, el 60,7% no tuvo antecedentes de desgarros ni episiotomía, el 57,3 fueron multíparas, 95% estuvieron en la edad gestacional a término, en el 98,5% la duración del periodo expulsivo fue normal y el 96,3% tuvieron un producto normopeso.

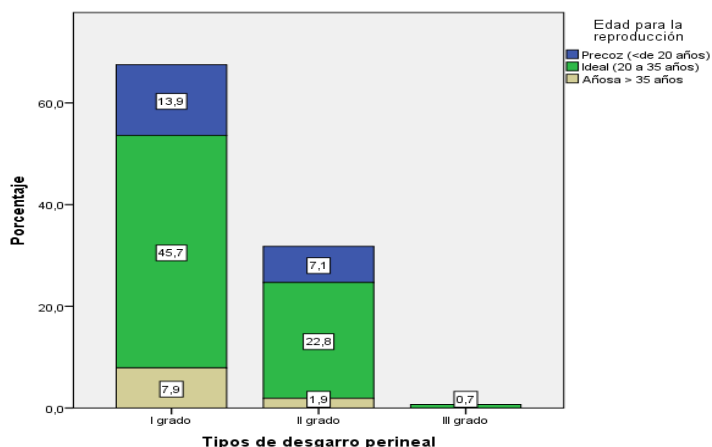
4) Tipos de desgarros según antecedentes obstétricos

Cuadro N° 3. Tipos de desgarros perineales según la edad para la reproducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarro perineal	Edad para la reproducción						Total	
	Precoz (<de 20 años)		Ideal (20 a 35 años)		Añosa (> 35 años)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	37	13.9	122	45.7	21	7.9	180	67.4
II grado	19	7.1	61	22.8	5	1.9	85	31.8
III grado	0	0.0	2	0.7	0	0.0	2	0.7
Total	56	21.0	185	69.3	26	9.7	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 3. Tipos de desgarros perineales según la edad para la reproducción en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

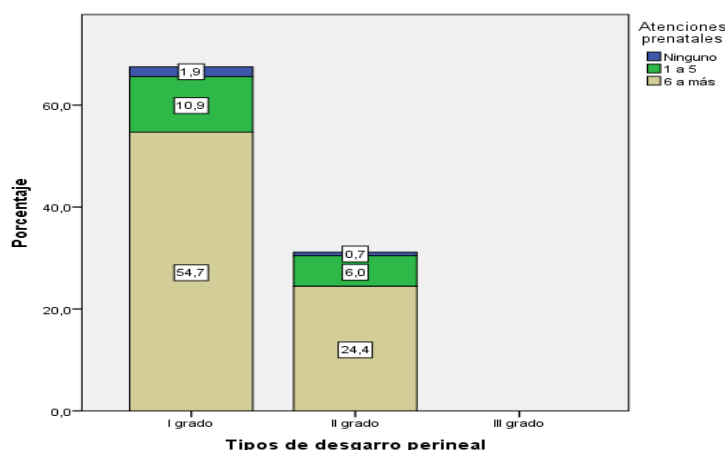
En la población estudiada tenemos que el 67.4% presentaron desgarro perineal de I grado, la cual afecta en mayor proporción a las mujeres que están en el rango de edad de 20 a 35 años (45,7%).

Cuadro N° 4. Tipos de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarro perineal	Atenciones prenatales						Total	
	Ninguno		1 a 5		6 a más			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	5	1.9	29	10.9	146	54.7	180	67.4
II grado	2	0.7	16	6.0	67	25.1	85	31.8
III grado	0	0.0	0	0.0	2	0.7	2	0.7
Total	7	2.6	45	16.9	215	80.5	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 4. Tipos de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

En las pacientes que acudieron para la atención del parto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay durante el año 2014, observamos que el 67.4% presentaron desgarro perineal de I grado, de estas más de la mitad (54,7%) tuvieron 6 a más, un 10.9% de

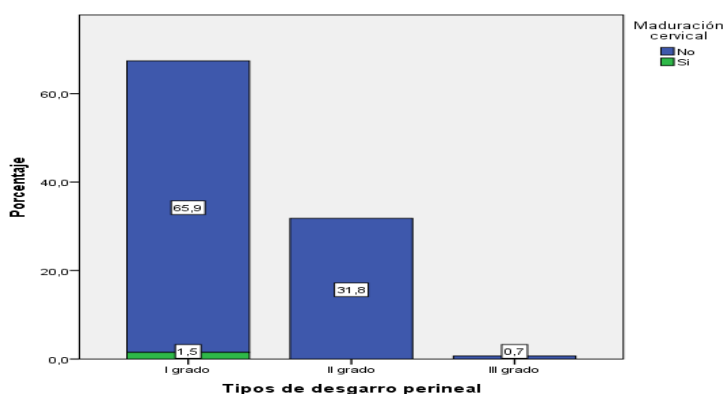
1 a 5 atenciones prenatales y solo un 2% no tuvo ninguna atención prenatal.

Cuadro N° 5. Tipos de desgarros perineales según maduración cervical en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarró perineal	Maduración cervical				Total	
	No		Si			
	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	176	65.9	4	1.5	180	67.4
II grado	85	31.8	0	0.0	85	31.8
III grado	2	0.7	0	0.0	2	0.7
Total	263	98.5	4	1.5	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 5. Tipos de desgarros perineales según maduración cervical en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

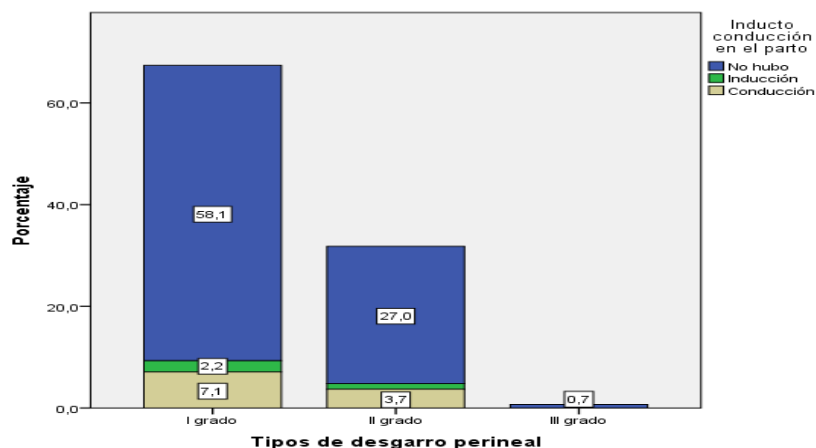
De 267 pacientes que conformaron la muestra, observamos que el 67.4% presentaron desgarró perineal de I grado, de estas el 65.9% no tuvieron intervención para maduración cervical y solo a un 1,5% le realizaron maduración cervical; un 31.8% presentaron desgarró perineal de II grado a las mismas no se les practicó la maduración cervical.

Cuadro N° 6. Tipos de desgarros perineales según inducto conducción en el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarró perineal	Inducto conducción en el parto						Total	
	No hubo		Inducción		Conducción			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	155	58.1	6	2.2	19	7.1	180	67.4
II grado	72	27.0	3	1.1	10	3.7	85	31.8
III grado	2	0.7	0	0.0	0	0.0	2	0.7
Total	229	85.8	9	3.4	29	10.9	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 6. Tipos de desgarros perineales según inducto conducción en el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

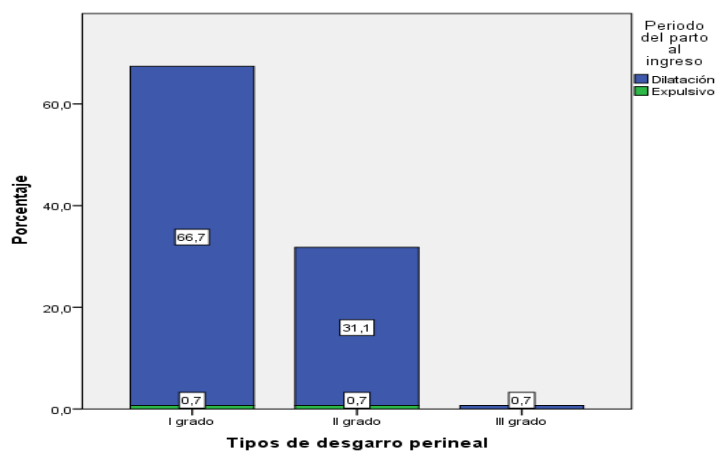
En la población estudiada observamos que el 67.4% presentaron desgarró perineal de I grado, de las cuales en el 58.1% no hubo intervención para mejorar la dinámica uterina; el 31.8% presentaron desgarró perineal de II grado, las mismas que en un 27.0% no fueron intervenidos con fármacos para mejorar la dinámica uterina. Solo un 10.9% a las que le realizaron conducción del parto presentaron algún grado de desgarró perineal.

Cuadro N° 7. Tipos de desgarros perineales según periodo del parto al ingreso en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarró perineal	Periodo del parto al ingreso				Total	
	Dilatación		Expulsivo			
	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	178	66.7	2	0.7	180	67.4
II grado	83	31.1	2	0.7	85	31.8
III grado	2	0.7	0	0.0	2	0.7
Total	263	98.5	4	1.5	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 7. Tipos de desgarros perineales según periodo del parto al ingreso en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

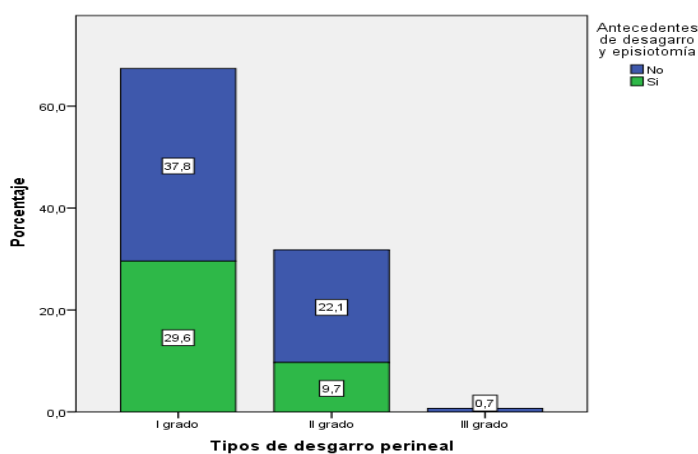
De 267 pacientes que conformaron la muestra, observamos que el 67.4% presentaron desgarró perineal de I grado, de estas el 66.7% ingresaron en el periodo de dilatación, un 32% presentaron desgarros de II grado, las mismas que ingresaron en periodo de dilatación en un 31%.

Cuadro N° 8. Tipos de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarro perineal	Antecedentes de desgarro y episiotomía				Total	
	No		Si			
	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	101	37.8	79	29.6	180	67.4
II grado	59	22.1	26	9.7	85	31.8
III grado	2	0.7	0	0.0	2	0.7
Total	162	60.7	105	39.3	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 8. Tipos de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

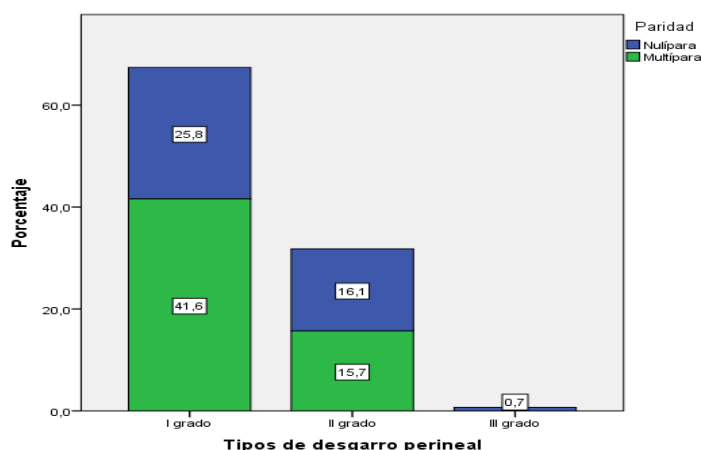
En las pacientes que acudieron para la atención del parto en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay durante el año 2014, observamos que el 67.4% presentaron desgarro perineal de I grado, de estas el 37.8% presentaron desgarro de I grado y el 29.6% tuvieron antecedentes de desgarro y episiotomía; el 31.8% presento desgarro de II grado, en la cuales el 22.1% no tuvieron antecedentes, y un 9.7% si reporto antecedentes de desgarro y episiotomía.

Cuadro N° 9. Tipos de desgarros perineales según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarró perineal	Paridad				Total	
	Nulípara		Multípara			
	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	69	25.8	111	41.6	180	67.4
II grado	43	16.1	42	15.7	85	31.8
III grado	2	0.7	0	0.0	2	0.7
Total	114	42.7	153	57.3	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 9. Tipos de desgarros perineales según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

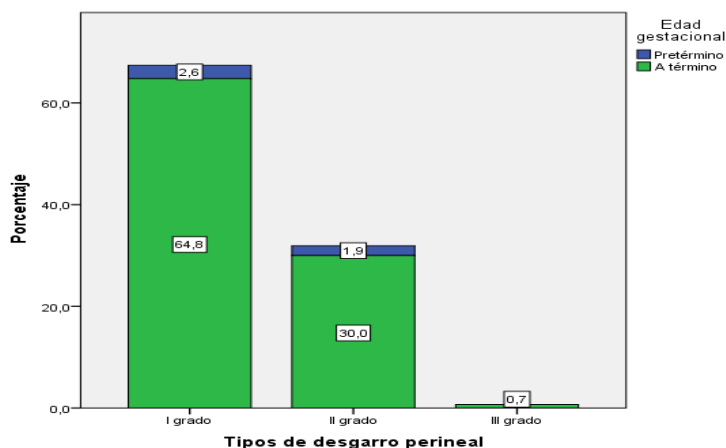
En la población estudiada el 67.4%, presentaron desgarró perineal de I grado, la cual se dio con mayor proporción en las multíparas (41.6%) y en las nulíparas en un 25.8%; el 31.8% presentaron desgarró perineal de II grado, en estas mismas los porcentajes son similares en nulíparas y multíparas; el tipo de desgarró de III grado es ínfimo (0.7%).

Cuadro N° 10. Tipos de desgarros perineales según edad gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarro perineal	Edad gestacional				Total	
	Pretérmino		A término			
	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	7	2.6	173	64.8	180	67.4
II grado	5	1.9	80	30.0	85	31.8
III grado	0	0.0	2	0.7	2	0.7
Total	12	4.5	255	95.5	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 10. Tipos de desgarros perineales según edad gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

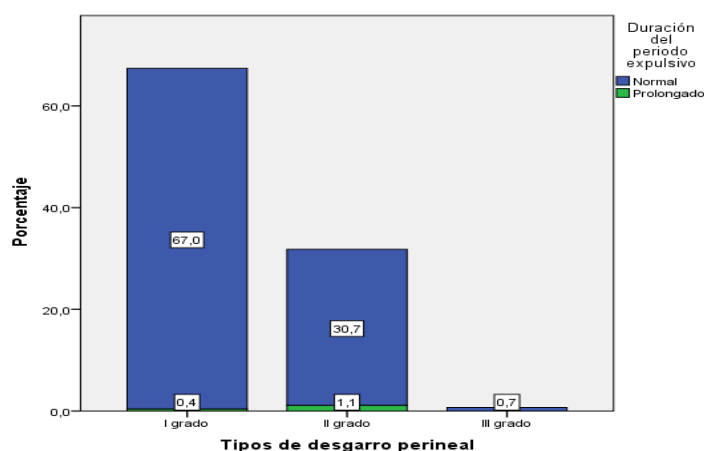
De 267 pacientes que conformaron la muestra, el 67.4% presentaron desgarro perineal de I grado, de estas el 64.8% tuvieron una edad gestacional a término, un escaso 2.6% fueron pretérmino; un 31.8% presentaron desgarro perineal de II grado las mismas que tuvieron edad gestacional a término en un 30.0%.

Cuadro N° 11. Tipos de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarro perineal	Duración del periodo expulsivo				Total	
	Normal		Prolongado			
	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	179	67.0	1	0.4	180	67.4
II grado	82	30.7	3	1.1	85	31.8
III grado	2	0.7	0	0.0	2	0.7
Total	263	98.5	4	1.5	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 11. Tipos de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

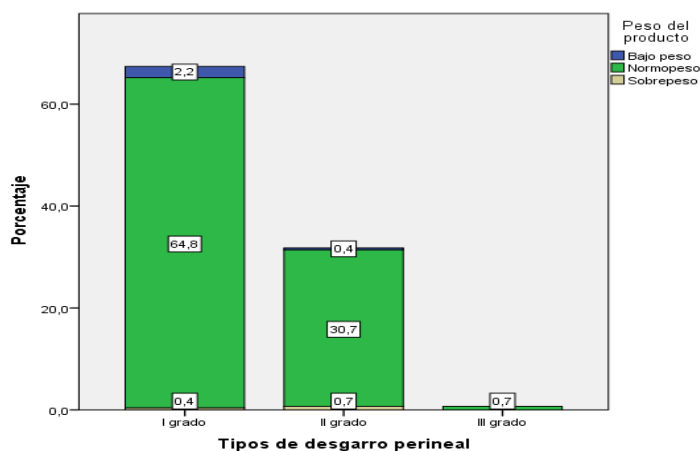
En la población estudiada el 67.4% presentaron desgarro perineal de I grado, la cual se dio con mayor proporción en las mujeres que tuvieron un periodo expulsivo normal (67.0%); el 31.8% presentaron desgarro perineal de II grado, en estas mismas el 30.7% tuvieron una duración del periodo expulsivo normal, un escaso 1% tuvieron un periodo expulsivo prolongado. En nuestro estudio no se presentaron casos con periodo expulsivo precipitado.

Cuadro N° 12. Tipos de desgarros perineales según peso del producto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.

Tipos de desgarro perineal	Peso del producto						Total	
	Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I grado	6	2.2	173	64.8	1	0.4	180	67.4
II grado	1	0.4	82	30.7	2	0.7	85	31.8
III grado	0	0.0	2	0.7	0	0.0	2	0.7
Total	7	2.6	257	96.3	3	1.1	267	100.0

Fuente: Historia clínica HRGDV.

Figura N° 12. Tipos de desgarros perineales según peso del producto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.



Fuente: Historia clínica HRGDV.

En la población estudiada el 67.4% presentaron desgarro perineal de I grado, la cual se dio con mayor proporción en las mujeres que tuvieron productos con peso normal (64.8%) y solo un 0.4% en las que tuvieron hijos con sobrepeso; el 31.8% presentaron desgarro perineal de II grado, en estas el 30.7% tuvieron productos con normopeso y un 0.7% productos con sobrepeso.

4.2. Discusiones de los resultados

En primer lugar, cabe indicar que no existen estudios de prevalencia global de desgarros perineales realizados en el ámbito nacional y regional, por lo que impide en algunos casos confrontar con nuestros resultados.

En este estudio se encontró una prevalencia de desgarros perineales de 30.4% en el periodo de investigación (2014), la cual es similar a lo reportado por Guamán (12), pero difiere a lo reportado por Ávila (15) quien encontró un 13.25% y Castillo y colaboradores (16) en su estudio complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio 2012 quien encontró un 19%. Esta mayor prevalencia podría ser explicada porque el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega es sede docente y centro de referencia de los establecimientos bajo administración de la Dirección Regional de Salud Apurímac.

En cuanto a la frecuencia de desgarros perineales en el estudio realizado por Atunca y Huamán (2) en el año 2011, se encontró que el 79.2% presentaron desgarro de primer grado, cifra ligeramente superior a la obtenida en nuestro estudio (67,4%); en el mismo estudio, reportaron desgarro de segundo grado (20%) y de tercer grado (1%), en nuestro estudio se encontró el 31.8% presento desgarro de segundo grado, lo cual difiere de los autores antes mencionados, en cuanto al desgarro de tercer grado los valores son similares.

Los mayores porcentajes de las características obstétricos que hemos obtenido en nuestro estudio en gestantes que presentaron desgarros perineales y fueron atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay fueron el grupo de edad más afectado fue el de 20 a 35 años, tuvieron 6 a más atenciones prenatales, no se usó medicación para la maduración cervical, ingresaron en periodo de dilatación, no reportaron antecedentes de desgarro y episiotomía, grado de paridad múltipara, edad gestacional a término duración del periodo expulsivo normal, y el peso de

sus productos fue normopeso; coincide con lo reportado por Atunca y Huamán (2) en lo referente al grupo de edad, multiparidad, peso del producto normopeso; en cuanto a los demás antecedentes obstétricos no se encontró estudios sobre estas variables lo que no nos permite confrontar nuestros resultados.

En nuestro estudio el 67.4% de las pacientes presentaron desgarro perineal de primer grado siendo el grupo más afectado el de 20 a 35 años (45.7%); además el 54.7% recibieron 6 a más atenciones prenatales, el 65.9% no recibieron medicación para la maduración cervical, 58,1% no tuvo intervención de inducto conducción del parto, el 66.7% ingreso al hospital en periodo de dilatación, 37.8% no reportaron antecedentes de desgarro ni episiotomía, un 41.6% fueron multíparas y el 64.8 fueron diagnosticadas como edad gestacional a término, además el 67% tuvieron la duración del periodo expulsivo normal y su producto fue normopeso en un 64.8%.

La bibliografía consultada reporta una mayor frecuencia de desgarros perineales en las edades extremas menor a 20 y mayor a 35 años, debido a que en la primiparidad precoz el embarazo sorprende a la mujer con un aparato genital insuficientemente desarrollado e infantil, mientras que las mujeres añosas, el útero que durante años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las partes blandas (cuello, vagina y periné) ofrecen excesiva resistencia, porque han perdido su elasticidad y blandura, ello acarrea prolongación y detención del parto, desgarros o estallidos. Además, cuando se tiene el antecedente de desgarro o episiotomía previa, la nuliparidad y el periodo de dilatación precipitado, así como el periodo expulsivo prolongado y la macrosomía fetal se asocian al incremento de desgarros. En el presente estudio el antecedente de desgarro y episiotomía mostro mayor proporción de casos de desgarros de primer y segundo grado y la multiparidad mayor proporción de desgarros de primer grado; resulta interesante que en nuestro estudio las categorías de las variables edad

(menor de 19 y mayor de 35 años), paridad (nulípara), periodo de dilatación precipitado, periodo expulsivo prolongado y macrosomia fetal no muestren proporciones significativas, en cuanto a la edad (20 a 35 años) se puede indicar que esta mayor frecuencia de desgarros perineales se da en este grupo por ser el que presenta mayor porcentaje de partos; dichos resultados estarían sujeto al tamaño muestral que se estudie, ya que en nuestro estudio las frecuencias de las categorías en estas variables fueron bajas.

El presente estudio tiene como fortaleza la muestra representativa, además de haber sido realizado en el establecimiento con el mayor número de partos de la región Apurímac y como limitación principal el hecho de que se realizó en una sola institución de referencia de Apurímac, además de ser un estudio descriptivo retrospectivo y los datos fueron tomados de la historia clínica materna perinatal; por lo que esta prevalencia no puede extrapolarse a toda la región.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de investigación, se concluye que:

- La prevalencia de traumatismos perineales encontrada en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay para el año 2014 fue de 30,4% (IC 95% 27,4 a 33,4%).
- El traumatismo perineal más frecuente encontrado fue desgarro de primer grado con un 67,4%.
- El 69,3% se encontraron en el rango de edad de 20 a 35 años, el 80,5% tuvieron 6 a más atenciones prenatales, al 98,5% no se les realizó maduración cervical, referido al periodo de parto, se encontró que el 98,5% ingresaron en periodo de dilatación, el 60,7% no tuvo antecedentes de desgarros ni episiotomía, el 57,3 fueron multíparas, 95% estuvieron en la edad gestacional a término, en el 98,5% la duración del periodo expulsivo fue normal y el 96,3% tuvieron un producto normopeso.
- El grupo de edad más afectado con desgarro de primer grado fue el de 20 a 35 años con un 45,7%.
- Las gestantes que tuvieron 6 a más controles fueron las que presentaron el mayor porcentaje de desgarro de primer grado (54,7%).
- El mayor porcentaje de desgarro perineal de primer grado se presentó en las gestantes que no tuvieron intervención para maduración cervical.
- El mayor porcentaje de desgarro perineal de primer grado se presentó en las gestantes que no tuvieron intervención para mejorar la dinámica uterina en un 58.1%.

- Las mujeres que ingresaron en el periodo de dilatación fueron las que presentaron una mayor proporción de desgarros de primer grado.
- El antecedente de desgarro y episiotomía se presenta en mayor proporción en los desgarros de primer y segundo grado.
- El mayor porcentaje de desgarros perineales fue en las multíparas con un 57,3%, mientras que en las nulíparas se presentó en un 42,7%. En la categoría multípara existe una mayor proporción de desgarros de primer grado.
- El desgarro perineal de primer grado se presentó con mayor frecuencia en las gestantes con una edad gestacional a término en un 95,5%.
- Las pacientes que cursaron con una duración del periodo expulsivo normal fueron las que presentaron el mayor porcentaje de desgarros de primer grado (98,5%).
- En las gestantes que presentaron algún tipo de desgarro el 96,3% tuvieron un producto catalogado como normopeso.

RECOMENDACIONES

Considerando que aun la prevalencia de traumatismos perineales durante el parto es elevada, se recomienda:

- Fomentar la posición vertical durante el periodo expulsivo, a fin de disminuir la incidencia de trauma perineal, ya que existen estudios que demuestran que la posición vertical es un factor protector, el mismo que genera un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento.
- Priorizar la actividad de psicoprofilaxis obstétrica al total de gestantes y educarlas para que pongan en práctica el pujo dirigido solo al final de la fase activa de la segunda etapa del parto.
- Fomentar en los profesionales que atienden partos la aplicación de compresas calientes, las mismas que deben ser iniciadas durante la segunda etapa del parto, ya que se ha demostrado que reduce el riesgo de laceraciones perineales.
- Adiestrar a las(os) internos de obstetricia y medicina en la técnica de protección manual del perineo mediante la deflexión controlada de la cabeza fetal, bajo la supervisión de un profesional.
- Realizar estudios comparativos en la misma línea de investigación, a fin de comprobar si la posición del parto vertical influye en la prevalencia de traumatismos perineales.
- Si bien es cierto que nuestro estudio no tomó como variable el uso de la maniobra de Kristeller, es importante recomendar dejar de usar esta maniobra, porque entre los riesgos encontrados se han descrito desgarros de tercer y cuarto grado.

- Continuar con estudios de investigación sobre factores relacionados con la prevalencia de traumatismos perineales, ya que en nuestro estudio por ser de nivel descriptivo no hemos podido demostrar relación entre las características estudiadas con el traumatismo perineal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martos López, Isabel María; Sánchez Guisado, María del Mar; Guedes Arbelo, Chaxiraxi. Fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico en la mujer como medida de prevención de la episiotomía en el parto. Paraninfo Digital. 2014 Noviembre; VIII(20).
2. Atunca Sernaque, Danae Olimpia ; Huamán Tomairo, Cynthia Simona. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2011.
3. Lopez M, Palacio M, del Pinto M, Puig M, Bataller E, España M. Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, seguimiento y tratamiento. Protocolo. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona; 2014.
4. Buitrón Vera, Ana María; Del Pozo Zúñiga, María José. Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y sus asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe - Ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012. Tesis de grado. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013.
5. Ferri Morales, Asunción ; Amostegui Azkúe, J M. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Artículo de Tesis. Toledo: Universidad de Castilla La Mancha; 2003.
6. Palacios Rodriguez, Karla Patricia. Morbilidad materna en primigestas adolescentes y adultas jóvenes, Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010. Tesis de grado. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
7. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L. Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. Cochrane Database of Systematic. 2011;; p. 5.
8. Ontañón Nasarre, Marta. Sutura Continua frente a Sutura Interrumpida para

la reparacion del periné tras el parto. Tesis doctoral. Madrid: Universidad de Alcalá, Departamento de especialidades médicas; 2009.

9. Buppasiri, Pranom; Lumbiganon, Pisake; Thinkhamrop, Jadsada; Thinkhamrop, Bandit. Profilaxis antibiótica para el desgarro perineal de tercer y cuarto grado durante el parto vaginal. ; 2010.
10. Hospital Guillermo Díaz de la Vega. Informe de produccion del servicio de Gineco-obstetricia. Informe Anual. Abancay: HRGDV, Gineco-obstetricia; 2014.
11. Llumiquinga Eras, Daniela Lizbeth. Incidencia de Traumatismos Obstetricos y Neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el periodo Abril - Diciembre del 2011. Tesis de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
12. Guamán Gusqui, Marcia Judith. Trauma Obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco - Obstetrico Enrique C. Sotomayor de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013.
13. Lorenzo Pliego, Militza Angelina; Villanueva Egan, Luis Alberto. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Conamed. 2013 Julio - Septiembre; 18(3): p. 111-116.
14. Solis 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 de especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
15. Avila Fabián, Adela Cecilia. Los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, durante los meses de enero - junio del 2003. Tesis para grado. Lima: Universidad

Nacional Mayor de San Marcos; 2004.

16. Castillo Ayarza , Marco; Cahuata Mosqueira, Alejandra; Calle Brush, Alejandro; Muñoz Silva, Ricardo. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perineal de Lima. Tesis. Lima: Instituto Nacional Materno Perineal de Lima; 2012.
17. Mongrut Steane, Andres. Tratado de Obstetricia Normal y Patologica. Quinta ed. Perú; 2011.
18. Escribano Tórtola, Juan Jose. Ginecología y Atención primaria. Problemas Clínicos Madrid: Schering España S.A.; 2001.
19. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. OBSTETRICIA. Sexta ed.: El Ateneo; 2005.
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fundamentos de Obstetricia. Primera ed. Bajo J, Melchor J, Merce L, editors. Madrid: Grupo ENE Publicidad, SA; 2007.
21. Cunningham, F Gary ; Leveno, Kenneth J; Bloom, Steven L; Hauth, John C; Gilstrap III, Larry; Wenstrom, Katharine D. Obstetricia de Williams. Vigésimosegunda ed. Bravo Valdez A, editor. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2006.
22. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Tercera ed. Mascaró Sanchez P, Alvarado Ñato C, Ayala Peralta FD, Mezarina Trujillo F, Gamboa Barrantes J, Mejía Chávez , editors. Perú; 2010.
23. Ministerio de salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva Lima: quebecor World Perú S.A.; 2004.
24. Sierra Bravo R. Técnicas de Investigación Social: teoría y ejercicios. 14th ed. España: Thomson Editores Spain Paraninfo; 2008.

ANEXOS

1. INSTRUMENTOS



“PREVALENCIA DE TRAUMATISMO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA – ABANCAY, 2014”

Historia Clínica:.....

Nro. De Ficha:.....

Edad: (Años)

VARIABLE DE ESTUDIO

1. DESGARRO PERINEAL

- A. I Grado ()
- B. II Grado ()
- C. III Grado ()
- D. IV Grado ()
- E. No hubo ()

1.1. CONTROLES PRENATALES

- a) Ninguno ()
- b) 1 ()
- c) 2 ()
- d) 3 ()
- e) 4 ()
- f) 5 ()
- g) Mayor a 6 ()

1.2. MADURACIÓN CERVICAL

- a) Si ()
- b) No ()

1.3. INDUCTO - CONDUCCIÓN

- a) Inducción ()
- b) Conducción ()
- c) No hubo ()

1.4. PERIODO DEL PARTO AL INGRESO

- a) Periodo dilatación ()
- b) Periodo expulsivo ()

1.5. ANTECEDENTES DE DESGARRO O/Y EPISIOTOMÍA

- a) Si ()
- b) No ()

VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

2. PARIDAD

- A. Nulípara ()
- B. Multípara ()

3. EDAD GESTACIONAL

- A. Pretermino ()
- B. A termino ()
- C. Posttermino ()

4. DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

- A. Precipitado ()
- B. Normal ()
- C. Prolongado ()

5. PESO DEL PRODUCTO

- A. Bajo Peso ()
- B. Normopeso ()
- C. Sobrepeso ()

2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Prevalencia de Traumatismos Perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, 2014”.

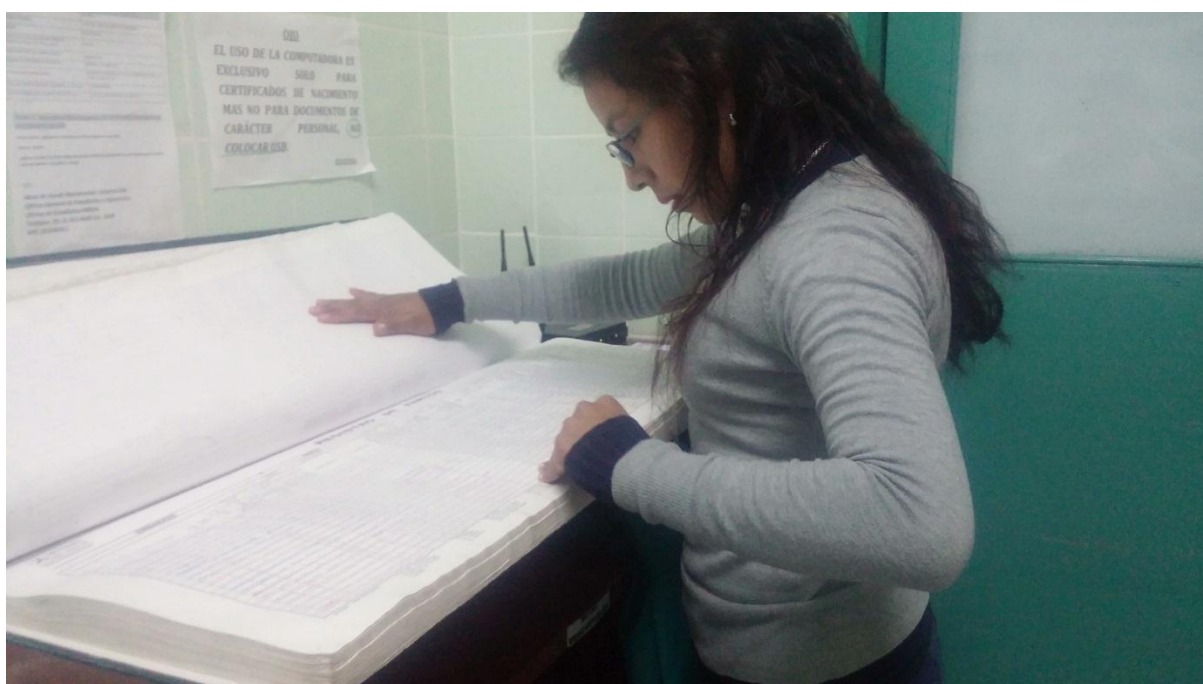
PROBLEMA	OBJETIVO	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
	OBJETIVO GENERAL.	VARIABLES	INDICADORES	
¿Cuál es la prevalencia de traumatismos perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014?	Estimar la prevalencia de traumatismos perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.	VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN	INDICADORES	Tipo: observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva. Diseño: descriptivos Nivel - descriptivo
PROBLEMAS SECUNDARIOS:	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:			
¿Cuál es la frecuencia de los diferentes grados de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014?	Cuantificar la frecuencia de los diferentes grados de desgarros perineales durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.	Edad para la reproducción	Edad reportada en la historia clínica materno perinatal	
¿Cuáles son las características obstétricas en las pacientes que presentan desgarros perineales durante el parto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014?	Describir las características obstétricas de las pacientes que presentaron desgarros perineales durante el parto atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2014.	Atenciones prenatales	Número de atenciones prenatales recibidas	

¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según la edad para la reproducción, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según la edad para la reproducción, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Maduración cervical	Reporte en la historia clínica de procedimiento de maduración cervical.	Población y muestra: 267 pacientes	
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según el número de atenciones prenatales, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Periodo del parto al ingreso	Diagnóstico de ingreso registrada en la historia clínica		
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según maduración cervical, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según maduración cervical, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Antecedentes de desgarro y episiotomía	Registro en la historia clínica de antecedente de desgarro y episiotomía		Técnica: documentación
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según inducto conducción, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según inducto conducción, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Paridad	Número de partos previos registrados en la historia clínica		Instrumentos: ficha de recolección de datos
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según el periodo del parto al ingreso para la reproducción, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según el periodo del parto al ingreso para la reproducción, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Edad gestacional	Semanas de Gestación al ingreso para la atención del parto, registrada en la historia clínica		

¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según antecedentes de desgarro y episiotomía, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Duración del periodo expulsivo	Tiempo que demoró el periodo expulsivo registrado en la historia clínica	Método estadístico: Para el análisis se utilizó la estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias y tablas de contingencia, figuras de barras de doble entrada.
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según paridad, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según paridad, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Peso del producto	Peso en gramos registrado en la historia clínica	
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según edad gestacional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según edad gestacional, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	VARIABLE DE ESTUDIO	INDICADORES	
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según duración del periodo expulsivo, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.	Traumatismos Perineales	Desgarros Perineales	
¿Cuál es la frecuencia de desgarros perineales según peso del producto, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014?	Identificar la frecuencia de desgarros perineales según el peso del producto, en pacientes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, 2014.			

3. OTROS

- FOTOS DEL LIBRO DE REGISTRO DE PARTOS DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA



MINISTERIO DE SALUD

REGISTRO

EMBARAZO PARTO

N° ORDEN	FECHA	N° H.C.L.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PROCE DENCIA	FE 59 DE AFILIA CION SUS	FORMA OBST ACTUAL		PERIODO DE ALTAZO		PERIODO DE PARTO		PERIODO DE ALBERGAMIENTO		SUSCIPION PARTO	NOTA OBSERVACIONES
							PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	QUARTA	QUINTA	SIXTA	SEPTIMA	OCTAVA		
2743/14	153989		Ketty Cortez Tellez Rojas	20	Abancay	C.S. Abancay	0	0	2	1	7	X	1			
2743/14	249388		Germana Ganga Diaz An.	17	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	7	X	1			
2743/14	249389		Tania Apaza Camacho	17	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	10	X	1			
2743/14	112430		Lidia Sanchez Santos	45	Abancay	C.S. Abancay	6	5	0	0	6	X	1			
2743/14	249373		Milagros Zumbato Gutierrez	24	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	0	X	1			
2743/14	249366		Mariolga Ballesteros Gomez	20	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	9	X	1			
2743/14	145117		Mirabelo Corbero Tello	17	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	11	X	1			
2743/14	249372		Mirabelo Camacho Pastor	17	Abancay	C.S. Abancay	3	2	0	0	2	10	X	1		
2743/14	120058		Juanita Castillo Sanchez	38	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	3	X	1			
2743/14	178263		Mariela Flores Velazquez	18	Abancay	C.S. Abancay	2	0	0	0	6	X	1			
2743/14	20677		Adriana Poma Sanchez	27	Abancay	C.S. Abancay	5	4	0	0	4	X	1			
01-04-14	206841		Belalizi Quiroz Herrera	31	Abancay	C.S. Abancay	2	0	0	1	8	X	1			
01-04-14	110328		Mariela Gutierrez Sanchez	31	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	12	X	1			
01-04-14	118051		Silvia Salazar Estrella	21	Abancay	C.S. Abancay	2	0	0	0	4	X	1			
01-04-14	138733		Christina Araya Flores	23	Abancay	C.S. Abancay	3	0	0	0	9	X	1			
01-04-14	141809		Luz Marina Tappe Cadavea	20	Abancay	C.S. Abancay	4	3	0	0	3	X	1			
02-04-14	102021		Maria Reyes Tello	40	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	9	X	1			
02-04-14	152706		Diana Becerra Alvarez	18	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	10	X	1			
02-04-14	89860		Rosana Gomez Cuevas	22	Abancay	C.S. Abancay	6	5	0	0	4	X	1			
02-04-14	108858		Cipriana Campa Huamani	43	Abancay	C.S. Abancay	1	0	0	0	4	X	1			

DESARRO: (P) PERINAL (V) VAGINAL (S) SERVICIO

RUP: RUP. MEMB (R) RUP. PREMAT. MEMB (A) RUP. ARTIF. MEMB (E) RUP. ESPONT. MEMB

CHARACTERISTICAS: (CL) L. A. CLARO (VF) L. A. VERDE FLUIDO (PA) L. A. P. PURE ARVEJA

REGISTRO DE PARTOS

PARTO	NOMBRE	FECHA	EDAD	SEXO	PESO	TALLA	CIRCUMFERENCIA	DIAGNOSTICO DE RECIEN NACIDO	OBSERVACIONES	N. ASES
2743/14	Ketty Cortez Tellez Rojas	15/03/14	20	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Germana Ganga Diaz An.	17/03/14	17	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Tania Apaza Camacho	17/03/14	17	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Lidia Sanchez Santos	11/04/14	45	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Milagros Zumbato Gutierrez	24/03/14	24	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Mariolga Ballesteros Gomez	20/03/14	20	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Mirabelo Corbero Tello	17/03/14	17	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Mirabelo Camacho Pastor	27/03/14	17	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Juanita Castillo Sanchez	12/04/14	38	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Mariela Flores Velazquez	18/03/14	18	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
2743/14	Adriana Poma Sanchez	27/03/14	27	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
01-04-14	Belalizi Quiroz Herrera	20/04/14	31	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
01-04-14	Mariela Gutierrez Sanchez	11/04/14	31	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
01-04-14	Silvia Salazar Estrella	11/04/14	21	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
01-04-14	Christina Araya Flores	23/04/14	23	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
01-04-14	Luz Marina Tappe Cadavea	14/04/14	20	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
02-04-14	Maria Reyes Tello	10/04/14	40	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
02-04-14	Diana Becerra Alvarez	15/04/14	18	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
02-04-14	Rosana Gomez Cuevas	02/04/14	22	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		
02-04-14	Cipriana Campa Huamani	02/04/14	43	F	3.5	49	32	VN 40 AEG		

EMBARAZO										PARTO													
N° ORDEN	FECHA	N° V.C.	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PROCE- DENCIA	EYES DE ATRA- CIÓN SIS	FORM. OBST. ACTUAL	PRE- PARA- CIÓN	R.O.	MEDIC. OBST.	EXITIC.	PARTO	D.X PRE OPERATORIO	D.X POST OPERATORIO	PERIODO ALUMBRAMIENTO				DURACION PARTO	REPT. REPERI- MOS			
															EMERGEN- CIA	PERIODO I	PERIODO II	PERIODO III					
9-5-14			Yolanda González Urbión	19	Abancay	C.S. Pacheco	1 0 0 0 1 1									31	31						
7-5-14	25018		Alejandra Rimes Vargas	25	Abancay	C.S. Pacheco	2 0 0 1 1 1									31	31						
7-5-14	22588		Ulma Abel Apaza	24	Abancay	C.S. Pacheco	1 0 0 1 1 1									31	31						
9-5-14	65210		Diego Perillo Susán	40	Abancay	C.S. Pacheco	4 2 0 1 2 0									31	31						
10-5-14	125856		Delia Arceño Ramos	20	Canchabamba	C.S. Pacheco	2 1 0 0 1 1									31	31						
10-5-14	170833		Hilary Norma Nayra	38	Canchabamba	C.S. Pacheco	5 4 0 0 4 6									31	31						
11-5-14	824837		Martemy Quispe Andía	21	Abancay	C.S. Pacheco	1 0 0 0 1 1									31	31						
11-5-14	143844		Ida Villalobos Espinoza	29	Abancay	C.S. Pacheco	2 0 0 1 1 1									31	31						
11-5-14	143844		Heliana Estuardo Espinoza	33	Abancay	C.S. Pacheco	3 0 0 1 1 1									31	31						
12-5-14	201781		Maribel Torres Alvarado	20	Canchabamba	C.S. Pacheco	1 0 0 0 1 1									31	31						
12-5-14	220011		Yanet Espinoza Torres	16	Abancay	C.S. Pacheco	1 0 0 1 1 1									31	31						
12-5-14	185376		Sindy Espinoza Torres	25	Abancay	C.S. Pacheco	2 0 0 1 1 1									31	31						
12-5-14	189439		Delfina Gomez Pillaca	28	Canchabamba	C.S. Pacheco	3 1 0 1 1 7									31	31						
12-5-14	220072		Ninfa Diaz Mastoso	22	Canchabamba	C.S. Pacheco	2 0 0 1 1 8									31	31						
12-5-14	243042		Yanet Gonzalez Huamani	26	Canchabamba	C.S. Pacheco	2 0 0 1 1 8									31	31						
13-5-14	185940		Nelly Drost Saavedra	30	Canchabamba	C.S. Pacheco	3 2 0 0 2 9									31	31						
13-5-14	187783		Elizabeth Leon Gomez	28	Canchabamba	C.S. Pacheco	5 4 0 0 4 10									31	31						
13-5-14	196194		Gabriela Gomez Hornos	25	Canchabamba	C.S. Pacheco	1 0 0 0 1 2									31	31						
13-5-14	196194		Anniv. Huancha Huamani	22	Abancay	C.S. Pacheco	1 1 0 0 1 2									31	31						

REGISTRO DE PARTOS										RECEN NACIDO											
PARTO OPERARIO	PERIODO ALUMBRAMIENTO	PLACENTA	DURACION PARTO	REPT. REPERIMOS	OBSER. VECION	ATENIDO PARTO		APELLIDOS P.N.	NOMBRES NACIMIENTO	APGAR	SEXO	PESO	M. ANTROPOMETR.		EDAD G.	DIAGNOSTICO DE RECEN NACIDO	OBSER. COM. SIGNIFICACION	OBSER. VECIONES	MEDIC.		
						MEDIC.	OBST.						TALLA (cm)	PERI. CEF. (cm)							
								Dña. Delia Arceño Ramos	26.08.2014	8.5	F	3700	52	33.7	37	RECEN 4.350g					
								Dña. Alejandra Rimes Vargas	09.05.2014	8.5	F	3296	50	33.8	37	RECEN 3.700g					
								Dña. Ulma Abel Apaza	09.05.2014	8.5	F	3215	52	34.2	36	RECEN 3.350g					
								Dña. Diego Perillo Susán	09.05.2014	8.5	M	3215	51	35.6	36	RECEN 3.350g					
								Dña. Delia Arceño Ramos	10.05.2014	8.5	F	3224	51	33.3	37	RECEN 3.750g					
								Dña. Hilary Norma Nayra	10.05.2014	8.5	F	3255	46.3	33	30.5	37	RECEN 3.700g				
								Dña. Martemy Quispe Andía	11.05.2014	8.5	F	3246	51	34	35	39	RECEN 3.700g				
								Dña. Ida Villalobos Espinoza	11.05.2014	8.5	F	3480	51	34	35	39	RECEN 3.350g				
								Dña. Heliana Estuardo Espinoza	11.05.2014	8.5	F	3440	48	34.3	21	35	RECEN 3.350g				
								Dña. Maribel Torres Alvarado	12.05.2014	8.5	F	3440	50.5	32.5	35.8	37	RECEN 3.350g				
								Dña. Yanet Espinoza Torres	12.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Sindy Espinoza Torres	12.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Delfina Gomez Pillaca	12.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Ninfa Diaz Mastoso	12.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Yanet Gonzalez Huamani	12.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Nelly Drost Saavedra	13.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Elizabeth Leon Gomez	13.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Gabriela Gomez Hornos	13.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				
								Dña. Anniv. Huancha Huamani	13.05.2014	8.5	F	3216	50.2	33	35	38	RECEN 3.350g				

NOMBRE Y APELLIDOS		EDAD	PROVE DENUNCIA	FORMA DE ACTUAL	FORMA DE GEST	PERIODO DE GEST	PERIODO DE PARTO	PERIODO DE ALIMENTACION	PARTO		PERIODO DE EXPANSION		PERIODO DE ALIMENTACION											
28/6/14	252072	Maria Ines Vega Bravo	16	Abonay	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 6	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
30/2/14	174028	Florencia Ayala Duran	30	Tarayuta	C.S. Balmora	6 5 5 1 1 20	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
20/2/14	22702	Olay Melendez Pichazo	32	Pachabamba	C.S. Balmora	5 4 0 0 4 8	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
30/2/14	23039	Rocio Sogom Huaman	21	Huancabamba	C.S. Balmora	1 1 0 0 1 7	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
31/3/14	25215	Melissa Becerra Mendiga	18	Abonay	C.S. Balmora	1 1 0 0 1 8	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
31/3/14	141209	Itina Cruz Diaz	38	Abonay	C.S. Balmora	2 0 0 1 0 10	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
31/3/14	252146	Karol Hoamanani Paezo	26	Abonay	C.S. Balmora	3 2 0 0 2 10	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
31/3/14	130601	Martina Barrios Ovico	41	Abonay	C.S. Balmora	2 1 0 0 1 6	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
31/07/14	193764	Basilia Casaverde Vasquez	23	Chupambato	C.S. Balmora	3 2 0 1 2 11	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
02-08-14	138239	Smith Cabrera Rios	23	Abonay	C.S. Balmora	2 1 0 0 1 8	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
02-08-14	252196	Isabelth Corchero Pichazo	16	Huancabamba	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 4	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
02-08-14	252010	Van Raina Aguilar Segura	23	Leones	C.S. Balmora	2 0 0 1 0 12	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
2/08/14	188718	Audrey Nysa Nyquiri	22	Aconacachi	C.S. Balmora	3 1 0 1 1 11	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
2/08/14	314711	Elena Ochoa Rojas	27	Abonay	C.S. Balmora	1 1 0 0 1 7	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
08/08/14	252145	Claytona Campino Paez	12	Challabamba	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 12	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
1/08/14	171250	Ruth Calderon Galdames	28	Abonay	C.S. Balmora	4 4 0 0 4 3	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
25/08/14	252185	Madelina Tarazona Chiquizo	23	Abonay	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 5	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
03/08/14	223343	Wilma Vilante Galdames	18	Abonay	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 11	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												
23/08/14	222466	Maria Camacho Uruqui	36	Abonay	C.S. Balmora	5 5 0 0 5 6	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -												

* DESGARRO: (PI): PERINEAL (VI): VAGINAL (CI): CERVICAL
 * RUPT. MEMBR. (RPM): RUPT. PREMAT. MEMB. (RAM): RUPT. ARTIF. MEMB. (REM): RUPT. ESPONT. MEMB.
 * Ter. CPN - Ter Trimest. * 01 Bateria Completa LAB. * 01 Ecograf. en 1er TRIM.
 YENDA - GEST. PROTEGIDA:

REGISTRO DE PARTOS										RECEN NACIDO		RECEN NACIDO		RECEN NACIDO		RECEN NACIDO		RECEN NACIDO		
PARTO	NOMBRE	EDAD	PROVE DENUNCIA	FORMA DE ACTUAL	FORMA DE GEST	PERIODO DE GEST	PERIODO DE PARTO	PERIODO DE ALIMENTACION	PERIODO DE EXPANSION	APGAR	SEXO	PERO	DE	RECEN NACIDO	RECEN NACIDO	RECEN NACIDO	RECEN NACIDO	RECEN NACIDO	RECEN NACIDO	RECEN NACIDO
28/6/14	Maria Ines Vega Bravo	16	Abonay	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 6	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3330	82	33	34	38	38	38	38	38
30/2/14	Florencia Ayala Duran	30	Tarayuta	C.S. Balmora	6 5 5 1 1 20	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3070	44	32	32	34	34	34	34	34
20/2/14	Olay Melendez Pichazo	32	Pachabamba	C.S. Balmora	5 4 0 0 4 8	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	2832	42	34	30	34	34	34	34	34
30/2/14	Rocio Sogom Huaman	21	Huancabamba	C.S. Balmora	1 1 0 0 1 7	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	2860	42	33	34	34	34	34	34	34
31/3/14	Melissa Becerra Mendiga	18	Abonay	C.S. Balmora	1 1 0 0 1 8	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3304	51	34	33	34	34	34	34	34
31/3/14	Itina Cruz Diaz	38	Abonay	C.S. Balmora	2 0 0 1 0 10	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3024	52	34	33	34	34	34	34	34
31/3/14	Karol Hoamanani Paezo	26	Abonay	C.S. Balmora	3 2 0 0 2 10	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3124	49	33	34	34	34	34	34	34
31/3/14	Martina Barrios Ovico	41	Abonay	C.S. Balmora	2 1 0 0 1 6	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	4033	51	34	36	34	34	34	34	34
31/07/14	Basilia Casaverde Vasquez	23	Chupambato	C.S. Balmora	3 2 0 1 2 11	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	2540	46	32	31	40	40	40	40	40
02-08-14	Smith Cabrera Rios	23	Abonay	C.S. Balmora	2 1 0 0 1 8	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3358	51	32	32	38	38	38	38	38
02-08-14	Isabelth Corchero Pichazo	16	Huancabamba	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 4	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	1808	45	29	26	34	34	34	34	34
02-08-14	Van Raina Aguilar Segura	23	Leones	C.S. Balmora	2 0 0 1 0 12	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3058	52	36	35	38	38	38	38	38
2/08/14	Audrey Nysa Nyquiri	22	Aconacachi	C.S. Balmora	3 1 0 1 1 11	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3240	50	32	33	40	40	40	40	40
2/08/14	Elena Ochoa Rojas	27	Abonay	C.S. Balmora	1 1 0 0 1 7	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3174	50	34	35	39	39	39	39	39
08/08/14	Claytona Campino Paez	12	Challabamba	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 12	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3160	50	33	34	40	40	40	40	40
1/08/14	Ruth Calderon Galdames	28	Abonay	C.S. Balmora	4 4 0 0 4 3	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	2772	49	33	33	40	40	40	40	40
25/08/14	Madelina Tarazona Chiquizo	23	Abonay	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 5	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	2694	49	32	32	40	40	40	40	40
03/08/14	Wilma Vilante Galdames	18	Abonay	C.S. Balmora	1 0 0 0 0 11	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3005	49	33	33	38	38	38	38	38
23/08/14	Maria Camacho Uruqui	36	Abonay	C.S. Balmora	5 5 0 0 5 6	X 5	- - - - -	- - - - -	- - - - -	9 9	F	3778	52	34	35	40	40	40	40	40

