



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

**DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES A TÉRMINO QUE
ACUDIERON EN TRABAJO DE PARTO AL HOSPITAL
REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-OCTUBRE 2017**

TESIS PRESENTADO POR LA BACHILLER

JEANNER KARLINA GARCIA PRIETO

**PARA OPTAR
TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESORA
OBST. LEYLA ROSA MARINO PANDURO**

**UCAYALI-PERÚ
2018**

INDICE

CARATULA.....	I
INDICE.....	II
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCION.....	VIII

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.....	11
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	12
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	12
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	12
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	13
1.4.1 Objetivo General.....	13
1.4.2 Objetivos Específicos.....	13
1.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION.....	13
1.5.1 HIPOTESIS.....	13
1.5.2 IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES E INDICADORES.....	14
1.6 OPERACIONALIZACION DE VAERIALES.....	14

1.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	15
1.7.1 Tipo de Investigación.....	15
1.7.2 Nivel de la Investigación.....	15
1.7.3 Método.....	15
1.8 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.....	15
1.8.1 Población.....	15
1.8.2 Muestra.....	16
1.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
1.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
1.11 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	17
1.11.1 Técnicas.....	17
1.11.2 Instrumento.....	17
1.12 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INTERNACIONALES.....	20
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	23
2.2 BASES TEÓRICAS.....	27
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	36

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	39
CONCLUSIONES.....	53
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	59
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	60
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	63

DEDICATORIA

A Dios, por la vida, y lumbral en mi camino

Mis padres Jeanner y Percy, porque creyeron en mí y porque me impulsaron hacia mi meta. Para ellos mi agradecimiento y admiración eterna.

AGRADECIMIENTO

A Universidad Alas Peruanas por acogerme durante los años de estudio.

A Todos docentes que brindaron sus enseñanzas año tras año.

A los profesionales del Hospital Regional de Pucallpa donde profundice mi aprendizaje, y me brindaron las facilidades para realizar mi investigación.

A mi asesora por su paciencia, tiempo y esfuerzo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de los desgarros perineales en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017. **Material y Método:** estudio tipo no experimental, retrospectivo de corte transversal, nivel descriptivo, método cualitativo. Las variables del estudio fueron: Factores de Riesgo, desgarro perineal. **Resultados:** Respecto a las características sociodemográficas encontramos que; 76% se encontraron en el rango de edades 20-34 años, 90% fueron de estado conyugal de convivencia, 66% de grado de instrucción de secundaria. En relación a las características obstétricas encontramos que el 38% estuvo un periodo intergenesico corto (≤ 2 años), 65% tuvieron mayor a 6 atenciones prenatales, 77% pacientes tuvo anemia leve (9-11g/dl). En cuanto a la paridad, el 39% de pacientes fueron segundigesta; en el 15% de las pacientes se realizó episiotomía media-lateral; respecto al peso del recién nacido el 91% estuvo en el rango adecuado de 2500 a 3999g, 5% fueron de un peso mayor a 4000gr lo que representa una macrosomía fetal; el 95% de pacientes en estudio no experimento un parto precipitado. En cuanto al grado de desgarro que se encontró en las pacientes en estudio; el 71% de pacientes tuvo desgarro de Iº, el 25% de ellas desgarro de IIº; y un 4% de desgarro IIIº y IVº. El 100% fueron reparados por el profesional obstetra. En cuanto a las complicaciones del desgarro perineal; el 4% curso con hemorragia post parto, el 1% presento hematoma, el 2% tuvieron anemia severa a causa de la perdida sanguínea debido al desgarro.

Palabras Claves: Desgarros perineales, Gestantes a término)

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of perineal tears in term pregnant women who went to the Regional Hospital of Pucallpa in labor January-October 2017. **Material and Method:** non-experimental type study, retrospective cross-section, descriptive level, qualitative method. The variables of the study were: Risk factors, perineal tear. **Results:** Regarding the sociodemographic characteristics we find that; 76% were in the age range 20-34 years, 90% were marital coexistence, 66% secondary education. Regarding obstetric characteristics, we found that 38% had a short intergenic period (≤ 2 years), 65% had more than 6 prenatal care, 77% had mild anemia (9-11g / dl). Regarding parity , 39% of patients were secundigesta; in 15% of the patients a medial-lateral episiotomy was performed; Regarding the weight of the newborn, 91% were in the adequate range of 2500 to 3999g, 5% were of a weight greater than 4000gr, which represents a fetal macrosomia; 95% of patients in the study do not experience a precipitous delivery. Regarding the degree of tear that was found in the patients under study; 71% of patients had tear of I^o, 25% of them tear of II^o; and a 4% tear III^o and IV^o. 100% were repaired by the obstetrician. Regarding the complications of the perineal tear; the 4% course with postpartum haemorrhage, 1% presented hematoma, 2% had severe anemia due to blood loss due to tear.

Key words: Perineal tears, term gestations)

INTRODUCCION

Uno de los factores que más preocupan tanto a las embarazadas como a los profesionales de salud que asisten el parto, es la manera de evitar que ocurran desgarros perineales, además de reducir las episiotomías; debido a que generan una alta morbilidad. La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en Obstetricia, el periné es una área que se encuentra localizada entre la vagina y el recto mismo que puede desgarrarse durante el parto y posteriormente ocasionar dolor, reducción de la movilidad de la mujer, malestar durante la micción o el paso de las heces, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer para dar de lactar y atender al recién nacido.¹

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto; se ha reportado que hasta 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y entre 2.2% y 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. Los desgarros perineales graves afectan a las mujeres durante o inmediatamente después del evento obstétrico, y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres en el largo plazo.²

La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.³

El presente estudio **DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES A TERMINO QUE ACUDIERON EN TRABAJO DE PARTO AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-OCTUBRE 2017**, tiene como finalidad identificar los factores de riesgo que conllevarían a desgarros, estos factores de riesgo pueden disminuirse a través de las atenciones prenatales durante el embarazo, no se habla de eliminarlos porque muchas veces resulta difícil pero si es necesario controlarlos, consideramos que una intervención oportuna

reduciría la morbilidad materna. Por ello con el presente estudio se pretende conocer aquellos factores de riesgo para la presencia de desgarro perineal, de esta manera recomendar algunas prácticas que pudiesen ayudar a reducir su prevalencia.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Uno de los factores que más preocupan tanto a las embarazadas como a los profesionales de salud que asisten el parto, es la manera de evitar que ocurran desgarros perineales, además de reducir las episiotomías; debido a que generan una alta morbilidad. La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en Obstetricia, el periné es una área que se encuentra localizada entre la vagina y el recto mismo que puede desgarrarse durante el parto y posteriormente ocasionar dolor, reducción de la movilidad de la mujer, malestar durante la micción o el paso de las heces, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer para dar de lactar y atender al recién nacido.(1)

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto; se ha reportado que hasta 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y entre

2.2% y 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. Los desgarros perineales graves afectan a las mujeres durante o inmediatamente después del evento obstétrico, y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres en el largo plazo.(2)

La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. Estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia; y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.(3)

Es importante remarcar que el riesgo de desgarro perineal posterior cuando no se realiza episiotomía va del 0 hasta al 2.3%, cuando se realiza episiotomía medio lateral el riesgo va del 0,2 al 9% y cuando se realiza episiotomía mediana el riesgo va del 3 al 24%.(4)

Los desgarros perineales ocasionan consecuencias a largo, corto y mediano plazo, como son las fistulas, infecciones, prolapsos, incontinencia urinaria y fecal. Conocer los principales factores de riesgo que predisponen a una mujer a tener desgarro perineal es importante en la medicina, estos factores de riesgo pueden disminuirse a través de las atenciones prenatales durante el embarazo, no se habla de eliminarlos porque muchas veces resulta difícil pero si es necesario controlarlos, consideramos que una intervención oportuna reduciría la morbilidad materna.

1.2 DELIMITACION DE LA INESTIGACION.

ESPACIAL: La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional de Pucallpa, nivel II.2

TEMPORAL: Investigación fue programado para los meses de Enero – Octubre 2017

SOCIAL: Todas las gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Enero-Octubre 2017.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las características de los desgarros perineales en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuáles son las características sociodemográfica de las gestantes a término que acudieron en Trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?

¿Cuáles son las características Obstétricas en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?

¿Cuál es el Grado de desgarro perineal más frecuente en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?

¿Qué complicaciones originan los desgarros perineales en pacientes que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General

✓ Determinar las características de los desgarros perineales en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

✓ Establecer las características sociodemográfica de las gestantes a término que acudieron en Trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.

✓ Describir las características Obstétricas de las gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.

✓ Identificar el Grado de desgarro perineal más frecuente en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.

✓ Identificar las complicaciones más frecuentes de los desgarros perineales en pacientes que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.

1.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

1.5.1 HIPOTESIS

En el presente estudio no se planteara hipótesis de investigación por tratarse de un estudio netamente descriptivo en la que no se realizará ninguna manipulación de las variables la información se procesara conforme se encuentra descritas en la historia clínica.

1.5.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES

❖ Variable Independiente

Factores de Riesgo.

❖ Variable Dependiente

Desgarro perineal

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>FACTORES DE RIESGO</p>	<p>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</p>	<p>Edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤19 • 20-34 • ≥35 <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Conviviente <p>Grado de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior
	<p>CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS</p>	<p>Periodo intergenesico</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤2 años corto • 3-5 años adecuado • > 5 años largo. <p>APN</p> <p>a) Numero de APN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin APN • 1-2 APN • 3-5 APN • ≥6 APN <p>b) Anemia detectada en la APN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa • sin anemia <p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pimigesta • Segundigesta • Tercigesta • Multigesta

		<ul style="list-style-type: none"> • Gran multigesta
		Episiotomía asociada a desgarro <ul style="list-style-type: none"> • Mediana- Lateral • No se aplico Peso RN <ul style="list-style-type: none"> • <2500gr • 2500gr-3999gr • ≥4000gr Parto precipitado <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
VARIABLE DEPENDIENTE DESGARRO PERINEALES	DESGARRO PERINEAL	a) Grado de desgarro <ul style="list-style-type: none"> • Iº grado • IIº grado • IIIº grado • IVº grado b) Profesional que reparo el desgarro perineal. <ul style="list-style-type: none"> • Obstetra • Medico
	COMPLICACIONES DEL DESGARRO PERINEAL	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Shock hipovolémico • Hematomas • Anemia severa • Sin complicaciones

1.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Tipo de Investigación

Según el estudio se realizó una investigación de tipo no experimental retrospectivo de corte transversal.

1.7.2 Nivel de Investigación

La investigación realizada es de nivel descriptiva.

1.7.3 Método

El método que se utilizó fue un estudio cualitativo.

1.8 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1 Población

La población estuvo constituida por 291 pacientes que tuvieron desgarros perineales durante la atención del parto siendo atendidas en el HRP en el periodo de estudio.

1.8.2 Muestra

Para la obtención de la muestra se utilizó la fórmula de población finita o conocida:

$$n = \frac{Z^2 N \cdot P \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 P \cdot q}$$

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (291) \cdot (0.5)^2}{(0.05)^2 (291-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

166

$$n = 165.82 =$$

Aplicando la formula indicada contamos con 166 pacientes que conformaron la muestra del estudio.

1.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Gestantes a términos que fueron atendidas el parto en el Hospital Regional de Pucallpa.
- ✓ Pacientes que terminaron en parto vaginal y tuvieron desgarro perineal.
- ✓ Historias clínicas completas
- ✓

1.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes de Parto extra hospitalario
- ✓ Pacientes con parto abdominal.
- ✓ Pacientes con parto pretérmino
- ✓ Pacientes que no tuvieron desgarro perineal.
- ✓ Historias clínicas con datos incompletos.

1.11 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.11.1 Técnicas

La técnica empleada en la investigación fue la revisión del libro de partos, revisión de historias clínicas, con apoyo del SIP 2000 (Sistema Informativo Perinatal).

1.11.2 Instrumentos

La ficha de recolección de datos, estuvo compuesta por 4 componentes,

- ✓ Características sociodemográficas
- ✓ Características obstétricas
- ✓ Grado de desgarro perineal
- ✓ Complicaciones del desgarro perineal.

1.12 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El desgarro perineal o traumatismo perineal es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto en un 31%. Estudios muestran que el 1 a 8% de las mujeres sufre traumatismo perineal grave luego del parto vaginal. (5)

Uno de los factores que más preocupan a los profesionales salud, es la manera de evitar que ocurran desgarros perineales, además de reducir las episiotomías; debido a que generan una alta morbilidad en las gestantes durante el parto.

Los desgarros podrían ser causas de fetos macrosómicos, mala técnica de atención del parto, perineos cortos entre otros que conllevan a que sea una complicación muy común en obstetricia, los mismos que contribuyen al incremento de las tasas de hemorragias a su vez el incremento de la mortalidad materna, por considerarse el sangrado la primera causa de muerte materna en nuestro país.

La reparación del periné después de un desgarro o episiotomía siendo una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en Obstetricia, puede derivar en molestias como; dolor, reducción de la movilidad de la mujer, disuria, dispareunia, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer.

Con el propósito de conocer en nuestra población los factores que contribuyen a que se produzcan los desgarros perineales, es que se llevara a cabo en el Hospital Regional de Pucallpa, institución de una alta demanda de atención de los partos vaginales en el servicio de Gineco Obstetricia.

A través de los resultados de esta investigación se aportara datos fidedignos que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materna en nuestra Región.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Mora y Col. Catalán- España 2011: Objetivo: Estimaron la incidencia y el tipo de lesiones perineales en mujeres primigestas. **Método:** el estudio de cortes en gestantes nulíparas sanas y continentales, asistidas en el sistema sanitario público catalán. El reclutamiento tuvo lugar entre junio-2007 y junio-2008, el seguimiento finalizó en enero-2009; recogieron los datos de interés sobre 938 mujeres. **Resultado:** El 76.8% de las gestantes tuvieron un parto vaginal (67.9% eutócicos, 31% instrumentados). El 93% (IC 95%: 91% -95%) de las mujeres con parto vaginal presentaron algún grado de trauma perineal: 521 episiotomías y 194 desgarros, siendo la tasa de episiotomía del 72.8% (IC 95%: 69.4%- 76.1%) y de desgarros del 31%

(IC 95%: 27.3%- 34.7%). En la mayoría de los casos se diagnosticó un desgarro perineal de primer grado (61%). En el 32.8% se produjo un desgarro perineal de segundo grado y en el 2.6% del total de desgarros perineales existió afectación del esfínter anal. La episiotomía resultó la única variable asociada a desgarro de segundo grado (RR=5.56; IC95%:3.35 -9.30;p<0.001) Nuevamente, en el análisis multivariable las primíparas con episiotomía presentaron un riesgo mínimo de desgarro de segundo grado (OR=0.029; IC95%:0.012-0.074;p< 0.001) mientras que el riesgo de este tipo de desgarro en ausencia de episiotomía resultó muy elevado (OR=34.48; IC95%:13.51-83.33;p< 0.001); concluyeron que la mayoría (93%) de las primíparas con parto vaginal presenta algún grado de trauma perineal. Aquellas primíparas en las que no se realiza episiotomía presentan un riesgo significativamente más elevado de desgarro de segundo grado.(6)

Congo- Guamani- Ecuador 2015: Objetivo: Analizar la frecuencia de desgarros perineales durante el parto, tanto en la posición vertical como en la horizontal, en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia del Distrito Guamaní; **Método:** realizó un estudio comparativo, retrospectivo y transversal. Donde se realizara la comparación de variables con el tipo de parto; Incluyo 222 pacientes de las cuales 51(23,0%) presentaron desgarro perineal siendo en su mayoría mujeres de etnia mestiza. **Resultados:** Cuanto a paridad encontramos un porcentaje en 19 mujeres (37%) con desgarro durante la segunda gesta, los porcentajes decrecen mientras aumenta la gestación, en cuanto a la etnia 45 mujeres (25,4%) de etnia mestiza presentaron mayor cantidad de desgarro, cabe recalcar que él (32,4%) de mujeres que se auto identifican como indígenas tienen preferencia por la atención de parto en posiciones verticales, mientras que el (93,7%) de mujeres que se auto identifican como mestizas prefieren el parto en posición horizontal. Se realizó una regresión logística de las variables en grupo donde se pudo identificar que el parto precipitado se asocia con desgarro perineal, el

valor de Wald fue de 39,863 y $p= 0,00$; el valor de $B=0,842$, constituyéndose así en un valor protector; concluyo que el parto precipitado es un factor de riesgo para que se produzca desgarro perineal. Por el contrario ni la edad, paridad, y etnia fueron factores de riesgo estadísticamente significativos. (7)

Marques Salge, Col. Brasil. 2012. Objetivo: establecer la relación que existe entre la episiotomía y los factores maternos. **Método:** estudio retrospectivo. La población la constituyeron 1129 parturientas sometidas a parto normal, de junio 2009 a mayo 2010. **Resultados** obtenidos demostraron que la episiotomía fue utilizada en el 57.55% ($n=636$) de los partos normales y en 83,7% ($n=325$) de los partos de primerizas. La asociación entre el uso de la episiotomía y la primiparidad es estadísticamente significativa ($p<0,001$). Los datos sugieren la asociación de la episiotomía y el aumento de riesgo de laceraciones graves ($p<0,001$). (8)

Juan Miguel Martínez Galiano. Jaen, España, 2012: Objetivo: Determinar el tiempo que tardan las mujeres en reiniciar las relaciones sexuales tras el parto vía vaginal, valorar que repercusión tiene la episiotomía y el desgarro sobre la regularización de la actividad sexual de las mujeres, conocer qué tipo de relación sexual se mantiene de inicio tras el parto, detectar factores que influyen en la normalización de las relaciones sexuales tras el parto. **Método:** Estudio observacional, analítico, prospectivo en el área sanitaria del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, mujeres que den a luz en el Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén) entre los meses de Julio y Diciembre del 2012, se realiza entrevista telefónica a los 60 días del parto. Se utilizará un cuestionario de elaboración propia. **Discusión:** Las relaciones sexuales de pareja aportan beneficios físicos, psíquicos y sociales, según los diferentes estudios, estas relaciones se ven afectadas por el proceso de embarazo, parto y puerperio, implantando una política de episiotomía

selectiva que toda la evidencia científica recomienda se favorece la normalización de dicha actividad sexual. Es posible que nos encontremos con determinados sesgos como pueden ser los de no respuesta, sesgo de clasificación, etc. pero trataremos con herramientas metodológicas que su repercusión sobre los resultados sean mínimos.(9)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

VILLANUEVA Y COL. CALLAO-PERU 2013: Objetivo: 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; **Método:** estudiaron a 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. **Resultados:** De los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarramiento perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarramiento de cuarto grado. El uso de oxitócica (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.(10)

ATUNCA SERNAQUE Y COL. (2011): Objetivo: determinar los factores de riesgo que se relacionan con los diferentes grados de desgarramiento perineal en el INMP. **Método:** realizaron un estudio analítico de casos y controles en el Instituto Nacional Materno Perinatal, sede docente de la Facultad de Medicina de la UNMSM y consecuentemente de la EAP de Obstetricia en Puérperas de parto vaginal con desgarramiento

perineal (independientemente del grado de desgarro) y sin desgarro perineal que cumplan con los criterios de inclusión. **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 de psicoprofilaxis. En cuanto al periodo intergenésico, el 47.3% presentoun 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% presento un periodo expulsivo menor o igual a 10 minutos. El 73.8% no tuvo preparación de psicoprofilaxis. El 51.5% presentó un periodo intergenésico adecuado y el 33.9% un PIG largo.(11)

OVIEDO- CALLAO PERÚ - 2016: Objetivo: Determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014. **Método:** observacional, analítico retrospectivo.130 historias clínicas para el grupo casos y 130 historias clínicas para el grupo control en el Hospital san José en el periodo de enero a diciembre del año 2014. **Resultados:** total de casos de pacientes con desgarro el 79.2% presentó desgarro de primer grado. En el grupo que presento desgarro: el 70.86% son menores 15 años edad y el 29.2% mayor o igual a 15 años de edad; el 56,9% presentaron anemia y el 43,1% no; el 73.8% no tuvo clases de

psicoprofilaxis y el 26.2% si; el 63,1% son primíparas y el 36,9% multíparas; el 78,5% presento un tiempo de expulsivo menor a 10 minutos y el 21.5% fue de 11 a 30 minutos; el 69,2%presento un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el 9,2% un PIG corto; el 61,5% presento un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% con un recién nacido macrosómico y el 0,8% con uno de bajo peso; concluyo que el grado más frecuente de desgarro perineal de fue el de primer grado con un 79.23%. Estadísticamente los resultados en este estudio fueron significativos, se encontró relación entre la edad, anemia, paridad, periodo intergenésico y peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal. (12)

LONGARAY.TRUJILLO. PERÚ 2010: Objetivo Identificar los Factores de Riesgo asociados a desgarro perineal de III y IV grado en el hospital de Belén en Trujillo. **Método:** realizo un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles, con todas las pacientes afectadas de desgarros perineales de III o IV grado, denominadas casos, y las pacientes que no sufrieron desgarros perineales, denominadas controles, en el Hospital Belén de Trujillo, durante enero del 2002 a diciembre del 2008. **Resultados:** 45 pacientes presentaron desgarro perineal de III o IV grado (casos) y 135 no presentaron desgarros (controles). El tipo de desgarro con mayor presentación fue III grado, con 43 pacientes (95,5%). Se encontró significancia estadística con las siguientes variables: macrosomía fetal (OR= 8,11; <1,77 – 41,88>) (p = 0,0007) e instrumentación del parto (OR = 16,75; <1,81 – 390,23>) (p = 0,0008); sin embargo, la baja talla materna, la episiotomía y la atención por interno no presentaron significancia estadística (p < 0,05). Según el análisis de regresión logística, el factor de riesgo que más se asoció fue la macrosomía fetal (p = 0,0019; OR = 9,26). **Conclusión:** Los factores de riesgo asociados al desarrollo de desgarro perineal de III o IV grado fueron: macrosomía fetal e instrumentación del parto. (13).

PUJAY ESCOBAL, ANGELACHENYU-Tingo María -2016

Objetivo: Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015. **Materiales y Métodos:** Estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, analítico de corte transversal. Se elaboró un instrumento, en la que se recolecto información en relación a las complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes atendidas en trabajo de parto; la muestra estuvo conformada por 16 gestantes que presentaron complicaciones. **Resultados:**-Existe un predominio de las variables edad, entre los 18 a 29 años con un (62,59%), estado civil, conviviente con un (68,75%), grado de instrucción secundaria con un (56%), y procedencia rural con un (56,25%), los que mostraron estar relacionados muy significativamente a complicaciones del uso sistemático de la episiotomía en la población en estudio. En relación a las variables obstétricas se pudo observar que el mayor porcentaje de edad gestacional correspondió al rango entre las 39 y 40 semanas con un (62,50%), el (93,75%) de los partos tuvieron atención pre natal, el peso del recién nacido entre 3000 a 3499 gramos, con un (43,75%), valoración del Apgar de 7 a 10 al minuto 14 casos y 2 casos de puntaje 4 a 6; recuperándose a los 5 minutos los 16 casos con valores de 7 a 10. La incidencia de episiotomías de manera sistemática en gestantes atendidas fue del 94,5%.

En relación a la variable complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía, el (3,4%) del total de episiotomías realizadas presento complicaciones, pudiéndose, observar que el mayor porcentaje de complicaciones inmediatas correspondió al desgarro de primer grado (46,15%), seguido del desgarro de segundo grado y las hemorragias (23,07%) y el desgarro grado 3 con un (7,69%); y entre las complicaciones Tisulares el hematoma vulvar con un (66,66%) y en menor porcentaje el edema vulvar con un (33,33%). Podemos concluir

diciendo que la aplicación de la prueba de hipótesis el estadístico asociado a CHI CUADRADA da 1,93, es decir, menor a 5,99 lo cual estadísticamente significa que se aceptó la hipótesis de investigación nula, que afirma: La aplicación sistémica de la episiotomía no presenta mayores Hospital de Tingo María de enero a diciembre del 2015.**CONCLUSIONES:** a más del 90% alas pacientes se le aplica la episiotomía de manera sistemática y el 3,4% presento complicaciones en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015.

2.2. BASES TEÓRICAS

FASES DEL TRABAJO DE PARTO: se clasifican en

Fase Latente

Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia de un cuello borrado y 3 centímetros de dilatación. En este período las contracciones son poco intensas y no siguen un patrón regular, lo que no produce grandes modificaciones en la dilatación cervical. Puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas.

Fase activa

Periodo de tiempo comprendido entre los 4 y los 10 centímetros de dilatación. En este lapso se producen dos cambios significativos: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece una duración media de 4 horas en multíparas y 6 en nulíparas. (14)

Trabajo de parto

Es un proceso que empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta.

El termino trabajo de parto en el contexto obstétrico asume diversas connotaciones. De manera indudable es verdad que tanto el embarazo como el parto son procesos fisiológicos, y, como tales, el trabajo de parto y el parto se deben considerar normales en la mayoría de las mujeres. (15)

PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO

Periodo de dilatación

Es el periodo que inicia con las verdaderas contracciones uterinas hasta alcanzar la frecuencia, duración, e intensidad para iniciar el rápido borramiento y dilatación cervical y termina cuando la dilatación es máxima (10cm) su duración promedio en nulíparas es 10-12hs múltiparas 5-6hs.

Periodo expulsivo

Se inicia cuando la dilatación es completa (10cm) y termina con la expulsión del recién nacido normalmente en nulíparas dura 2hrs y en múltiparas 30mts.

Periodo de alumbramiento

Se inicia con el nacimiento del recién nacido y culmina con la expulsión de la placenta y membranas ovulares. Después del nacimiento las contracciones suelen cesar por un plazo breve. Sin embargo reaparecen con intensidad y frecuencia. Hasta la expulsión completa de la placenta suele pasar máximo unos 5-30mts. (16)

DESGARRO PERINEAL

Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto.(17)

La mayoría de las mujeres pueden dar a luz sin daño serio a su perineo. Sin embargo, el trauma perineal grave, que afecta el músculo o el tejido en el recto, ocurre en un 1% a 8% de las mujeres que dan a luz y es más común cuando se utilizan fórceps. Cuando una mujer sufre un desgarro perineal grave durante el parto vaginal, se cree que existe mayor riesgo de infección y a menudo se recetan antibióticos. Una mujer que contrae una infección después de un desgarro perineal grave también puede estar en riesgo de otras morbilidades como hematoma, dispareunia, incontinencia y fístula recto-vaginal. Sin embargo, los daños potenciales de la administración de antibióticos incluyen alergia a los fármacos, desarrollo de bacterias resistentes a los antibióticos y la promoción de infecciones oportunistas. Los objetivos de la revisión fueron establecer los beneficios de la profilaxis antibiótica para la infección después de desgarros perineales severos y evaluar si existen eventos adversos para la madre o el recién nacido.(17)

TIPOS DE DESGARROS

Desgarro de Iº grado: es la laceración superficial que afecta la horquilla, piel perineal y mucosa vaginal, pero sin comprometer músculos subyacentes.

Desgarro de IIº grado: involucran, la piel y mucosas, a los músculos del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter externo del ano.

Desgarro de IIIº grado: involucra piel, mucosa vaginal, musculo del esfínter externo del ano, menos el esfínter interno del ano.

Desgarro de IVº grado: involucran piel, mucosa vaginal, musculo del esfínter interno y externo del ano y mucosa rectal.

ANATOMIA DEL PISO PELVICO

El periné o perineo, es un músculo que se sitúa sobre la pared inferior de la pelvis. Externamente vista la paciente en posición ginecológica, contiene las siguientes estructuras: la vulva, el periné, el ano y el surco interglúteo. Hacia

dentro sus límites son: sínfisis del pubis, las ramas isquiopúbicas, las tuberosidades isquiáticas, los ligamentos sacrociáticos mayores, el sacro y el coxis; el músculo elevador del ano sería su techo y la piel y los tegumentos, el suelo. El área limitada por esta estructura forma un rombo cuyos dos triángulos en su base estarían unidos por una línea imaginaria que uniendo las dos tuberosidades isquiáticas, la dividiría en un triángulo anterior o urogenital y otro posterior o anococcígeo.(18)

RIESGO PARA EL DESGARRO PERINEAL

➤ RIESGOS MATERNOS

EDAD MATERNA

Viene hacer el número en años de vida de la mujer gestante, en obstetricia se puede clasificar en tres rubros principalmente, adolescentes, aquellas menores de 19 años, y en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y los cambios físicos, psicológicos y sociales predominan. Una adolescente embarazada es considerada de riesgo ya que aún no se ha terminado el desarrollo físico ni psicológico, predispone a ciertas patologías obstétricas, entre ellas la toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.(19)

El predominio de desgarros cervicales durante el parto adolescente ha sido encontrado como consecuencia propia de la edad, además se reportan otras lesiones del canal del parto más frecuentes en este grupo de edad. La desproporción céfalo pélvica, es uno de ellos, en estos casos las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando. (19)

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

ANEMIA MATERNA

La anemia en la gestación se define como un nivel bajo de hemoglobina, en el primer trimestre menor a 11g/dl, en el segundo trimestre menor a 10,5 g/dl, en el tercer trimestre menor a 11 g/dl. La hemoglobina trasporta el oxígeno a los tejidos de todo el cuerpo dentro de los glóbulos rojos o hematíes, por lo que es imprescindible para la buena respiración u oxigenación de los tejidos. Su deficiencia a nivel del periné, puede ocasionar que los tejidos vulvo perineales sean friables.(20)

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA

✓ **Anemia leve**

Presencia de hemoglobina entre: 9 - 10 g/dL

✓ **Anemia moderada**

La hemoglobina se encuentra entre: 7-9 g/dL.

✓ **Anemia severa**

La hemoglobina se encuentra por debajo de < 7 g/dL

➤ **RIESGOS OBSTÉTRICOS**

PARIDAD

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, aquí se incluyen las primíparas, multíparas y las gran multíparas, esto dependiendo si es el primer parto, de 2 a 4 partos, y más de cinco partos correspondientemente. La elasticidad del periné por las frecuencias de parto es diferente en una primípara que en una que tuvo más de dos partos, por lo tanto podría incluirse como factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal. Sin embargo se debe tener en cuenta que el expulsivo precipitado es más frecuente en multíparas por el número de veces que ha sido distendido el periné. Sin embargo según conceptos manejados se sabe que existe mayor riesgo en las primíparas. A diferencia de esto en estudios revisados son las multíparas quienes presentan más desgarros que las primíparas.(21)

PERIODO INTERGENÉSICO

En los últimos años, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha auspiciado una serie de estudios sobre el espaciamiento de embarazos y los resultados para la salud. El objetivo de la investigación fue evaluar, a raíz de la mejor evidencia disponible, los efectos del espaciamiento de embarazos en la salud de la madre, el recién nacido y el niño. (26). El periodo intergenésico se define como el lapso de tiempo el final de un embarazo y el inicio del siguiente embarazo y otro.

Clasificación del periodo intergenesico según USAID

Periodo intergenesico corto: ≤ 2 años.

Periodo intergenesico adecuado: 3-5 años

Periodo intergenesico largo: >5 años

ATENCIÓN PRENATAL

Constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre".(22)

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos.(23)

- ✓ **Precoz:** La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control.

- ✓ **Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada.
- ✓ **Completo:** Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- ✓ **Amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal

EPISIOTOMIA

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más común realizado a nivel mundial. Fue propuesta por Ould en 1742 para facilitar las

dificultades presentes durante el parto sin tener fuerte evidencia científica de sus beneficios, pero no se popularizó sino hasta la década de 1920, por De Lee y Pomeroy, formando parte de la práctica rutinaria de la obstetricia en Estados Unidos para la década de 1940.(23)

Su uso se justifica con la prevención de desgarros perineales graves, mejor función sexual futura, y reducción de la incontinencia fecal y urinaria, así como también para prevenir complicaciones en el feto tales como hipoxia fetal y distocia de hombros.²³ Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son nuliparidad, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso no se ha asociado con la edad materna ni con la talla fetal. La principal justificación para el uso de rutina de la episiotomía es la prevención de desgarros perineales graves de tercer grado (lesión en esfínter anal) y cuarto grado (lesión que abarca la mucosa rectal), debido a que estas lesiones pueden contribuir a la aparición de incontinencia anal. Sin embargo, la episiotomía por sí sola implica un desgarro de segundo grado porque se produce un corte superficial de los músculos del periné.(23)

El uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. (24).

Algunos países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, redujeron satisfactoriamente la frecuencia de las episiotomías.

TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Según la clasificación se denomina episiotomía mediana, mediano-lateral, lateral, incisión de Schudart.

Mediana

Se extiende desde la comisura vulvar posterior (horquilla) hasta un punto situado a 1.5 a 2 cm del ano siendo la línea del rafe perineal.

Lateral

Nace del labio mayor, en unión de 2/3 anteriores con 1/3 posterior y se dirige a la tuberosidad isquiática, abarcando todos los tejidos del labio mayor.

Mediana lateral

Es una incisión que se realiza en un ángulo de 45° desde la línea media al cuerpo perineal, aproximadamente unos 4 cm y puede alcanzar la fosa isquio-anal

Incisión de Schudart

Es una incisión mediano-lateral de extensión máxima, que se profundiza hasta el surco vaginal, curvándose hacia abajo y lateralmente alrededor del recto, se usa excepcionalmente para el parto de la cabeza última en la presentación podálica. (17)

RIESGOS NEONATALES

PESO DEL RECIÉN NACIDO

El peso del recién nacido como factor de riesgo, puede deberse al nivel de estiramiento que produce un feto con mayor peso que uno con menos peso, así se define como peso del recién nacido. (25)

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

Según el peso para la edad gestacional se clasifican en:

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

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PESO EN GRAMOS

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

- ✓ <2500 gr: recién nacido de bajo peso
- ✓ 2500-3999 gr: peso adecuado
- ✓ ≥4000 gr: recién nacido macrosómico

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

✓ **Factores de riesgo**

Son aquellos rasgos, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

✓ **Paridad**

Cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, multípara y gran multípara.

✓ **Atención Prenatal**

Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción, se considera adecuado si tiene 6 a más controles prenatales.

✓ **Parto Vaginal**

Es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso.

✓ **Desgarro perineal**

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

✓ **Anemia**

Reducción simultánea del número de glóbulos rojos y de la hemoglobina por debajo de los valores considerados normales (<11g/dl).

✓ **Periodo intergenésico**

Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

✓ **Episiotomía**

La episiotomía es una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí.

✓ **Macrosomía Fetal**

Ponderado fetal mayor de 4000 gr o feto grande para la edad gestacional. (Mayor percentil 90).

✓ **Gestante a término**

Procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto entre las 37 y 40 semanas.

✓ **Trabajo de parto**

Proceso que culmina en el parto, empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta.

✓ **Primigesta**

Mujer grávida por primera vez

✓ **Multigesta**

Mujer que se encuentra en su segundo o posterior embarazo.

✓ **Gran Multigesta**

Mujer que se embarazó más de 6 veces en el transcurso de su vida, considerándose paciente de alto riesgo por la paridad.

✓ **Parto Precipitado**

Según Williams (24^a edición) , el trabajo de parto precipitado culmina con la expulsión de feto en menos de tres horas. Proceso veloz en extremo estos tal vez se deban a la presencia de contracciones uterinas anormalmente fuertes o, rara vez, a la ausencia de sensaciones dolorosas, y por tanto a una falta de percepción del trabajo de parto. (15)

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

TABLA Nº 01

**EDAD DE LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL
ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA ENERO- OCTUBRE 2017**

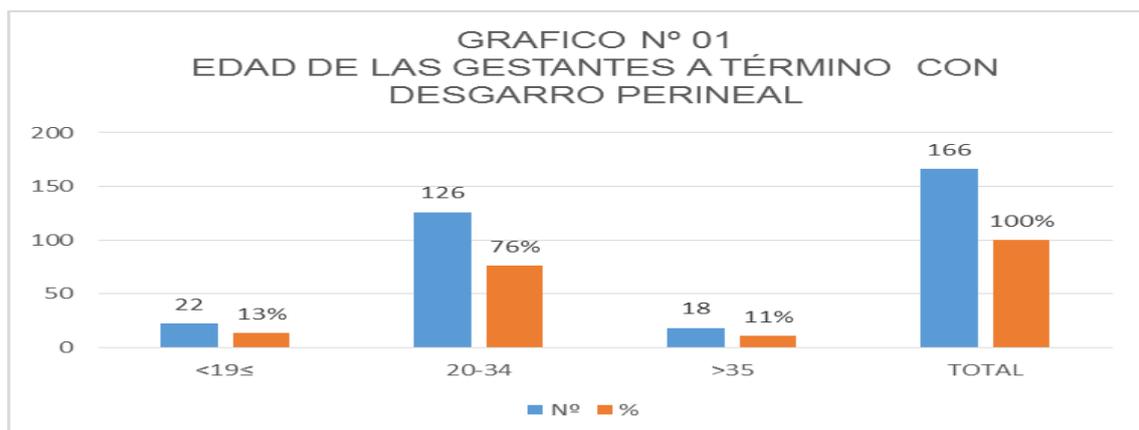
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 19	22	13
20-34	126	76
≥ 35	18	11
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000, Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico Nº 01 observamos que, el 76% de la población en estudio se encuentra en el rango de edades de 20-34 años seguido del 13% que fueron ≤19 años que corresponde a población adolescente.

Contrastando los resultados con el estudio realizado por Atunca Sernaque y Col. (2011), para determinar los factores de riesgo que se relacionan con los diferentes grados de desgarros perineales en el INMP. Concluyendo que, el 74.6% de pacientes se encontraron entre 20 y 34 años de edad. Estos resultados tienen similitud con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000, Año 2017

TABLA Nº 02

**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL
ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA ENERO- OCTUBRE 2017.**

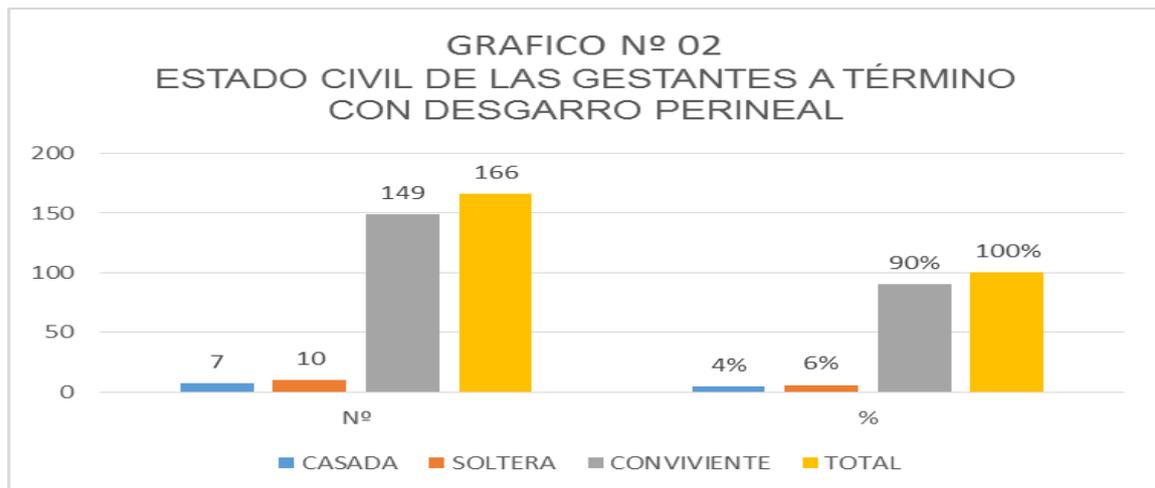
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	7	4
CONVIVIENTE	149	90
SOLTERA	10	6
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000, Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico Nº 02 encontramos que el 90% de las gestantes en estudio, están en un estado conyugal de convivencia, seguido de 6% que son solteras.

Contrastando los resultados con el estudio Pujay Escobal, Angela chenyu-Tingo María -2016 **objetivo:** Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015. estado civil, conviviente con un (68,75%) encontrando diferencia con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000, Año 201

TABLA N° 03

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO- OCTUBRE 2017.

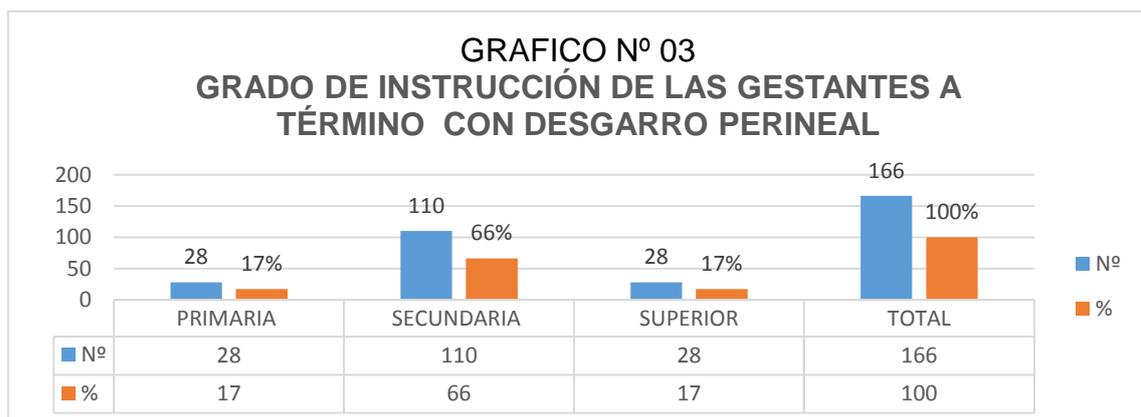
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	28	17
SECUNDARIA	110	66
SUPERIOR	28	17
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico N° 03 se observa que del 100% de las pacientes atendidas. El 66% tiene un grado de instrucción secundaria; seguida del 17% que tiene primaria y superior.

Contrastando los resultados con el estudio de **Atunca Sernaque y Col. (2011)**. Determinar los factores de riesgo que se relacionan con los diferentes grados de desgarro perineal en el INMP. El grado de instrucción más frecuente es el quinto año de secundaria con 57.3% teniendo similitud con nuestro estudio



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA N° 04

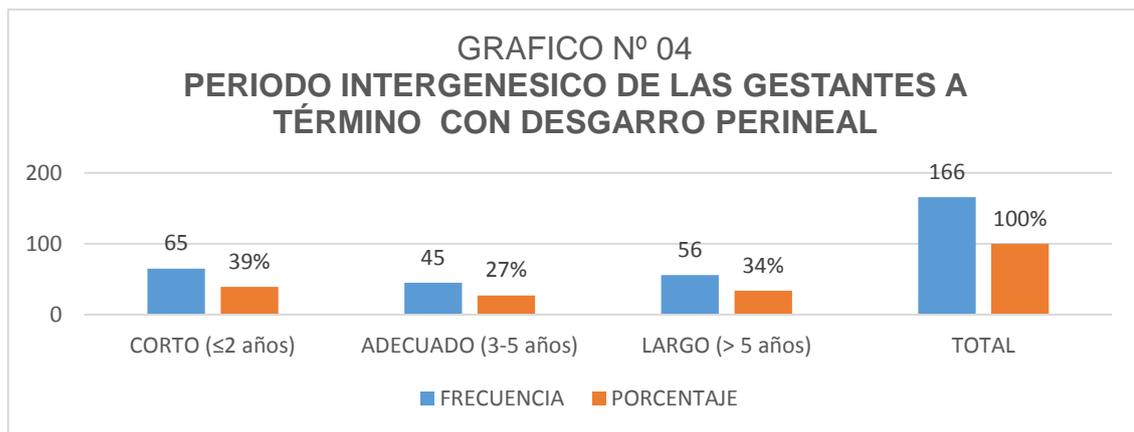
PERIODO INTERGENESICO DE LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO- OCTUBRE 2017.

PERIODO INTERGENESICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORTO (≤ 2 años)	65	39
ADECUADO (3-5 años)	45	27
LARGO (> 5 años)	56	34
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico N° 04 encontramos el 39% de las pacientes atendidas tuvieron un Periodo intergenesico corto (≤ 2 años), seguido de un 34% Periodo intergenesico largo (> 5 años). Contrastando los resultados con el estudio de Oviedo- Callao Perú-. 2016 Objetivo: Determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014. Que el 69,2%presento un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el 9,2% un PIG corto. Estos resultados tienen diferencias significativas con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA Nº 05

ATENCIONES PRENATALES QUE TUVIERON LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO- OCTUBRE 2017.

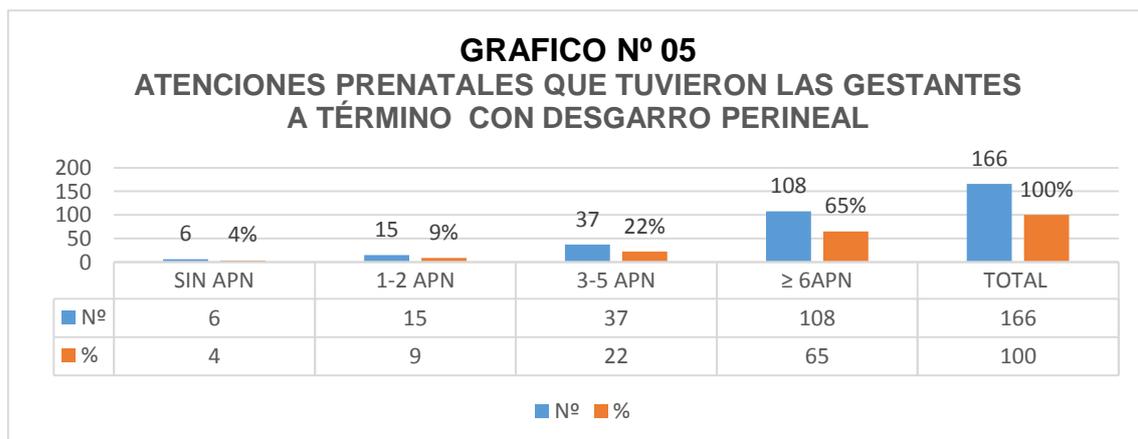
ATENCIÓN PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN APN	6	4
1-2 APN	15	9
3-5 APN	37	22
≥ 6APN	108	65
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico Nº 05 observamos que del 100% de la población en estudio, se encontró que el 65% de las pacientes tuvieron ≥6 atenciones prenatales, y el 4% de ellas no tuvieron ninguna atención prenatal, situación que incrementa el riesgo de desgarros.

Contrastando los resultados con el estudio Pujay Escobal, Angela chenyu-Tingo María -2016 **objetivo:** Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015. Un (93,75%) tuvieron de 3-5 APN de los partos, estos resultados tienen diferencia con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA N° 06

ANEMIA DETECTADA EN LA ATENCION PRENATAL EN LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO- OCTUBRE 2017.

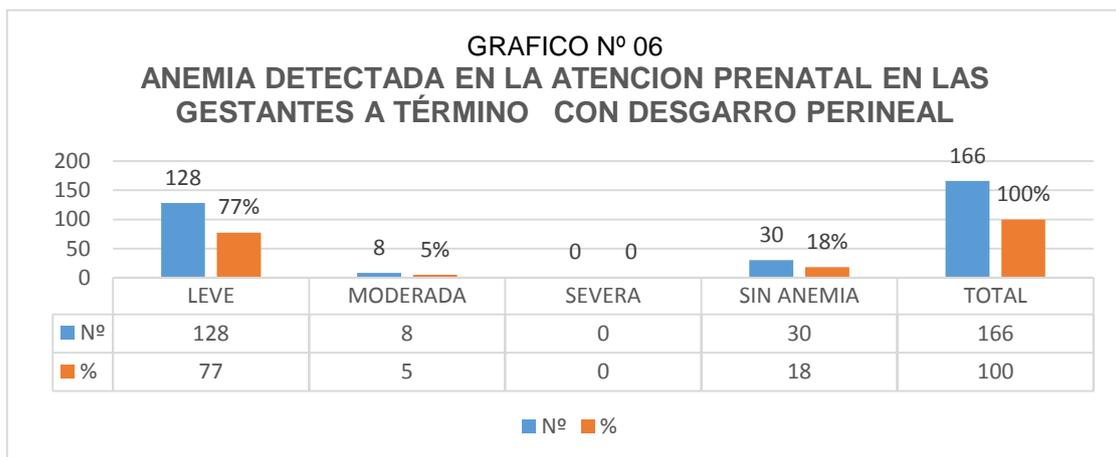
ANEMIA (g/dL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE (9 – 11)	128	77
MODERADA (7-9)	8	5
SEVERA (< 7)	0	0
SIN ANEMIA	30	18
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico N° 06 encontramos que del 100% de la población el 77% tuvieron anemia leve (9-11g/dl) hasta el momento del parto, seguido de un 18% que no tuvieron anemia.

Contrastando los resultados de Atunca Sernaque y Col. (2011) Objetivo determinar los factores de riesgo que se relacionan con los diferentes grados de desgarro perineal en el INMP. Que El 43% de pacientes en este grupo presentó anemia, estos resultados tienen una diferencia con el estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA Nº 07

PARIDAD DE LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO- OCTUBRE 2017.

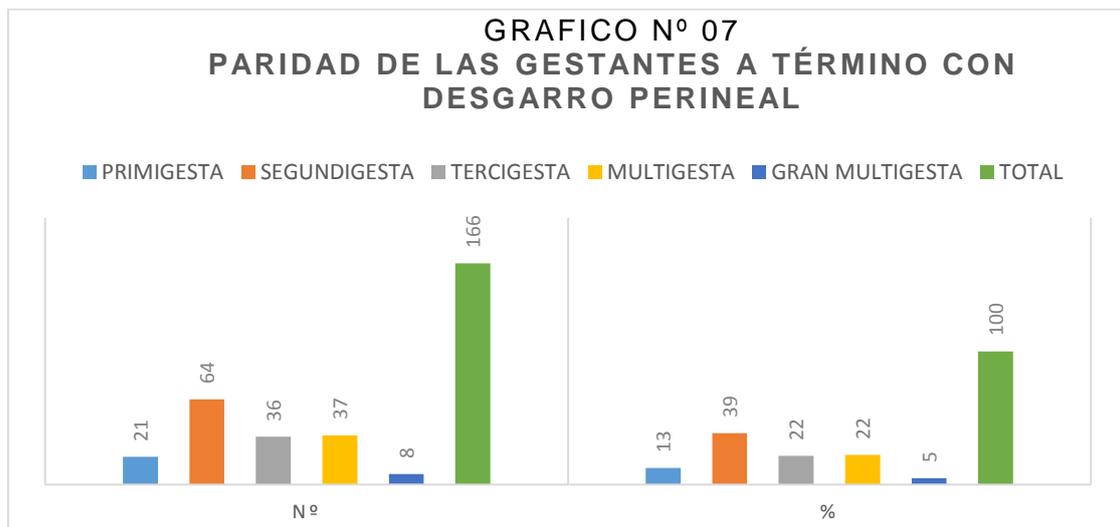
PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	21	13
SEGUNDIGESTA	64	39
TERCIGESTA	36	22
MULTIGESTA	37	22
GRAN MULTIGESTA	8	5
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico Nº 07 observamos que el 39% de las gestantes en estudio fueron segundigesta, seguido del 5% que fueron gran multigestas.

Contrastando los resultados de Oviedo- Callao Perú-. 2016 Objetivo Determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014. el 63,1% fueron primigestas y el 36,9% multigestas, encontrando diferencia con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA N° 08

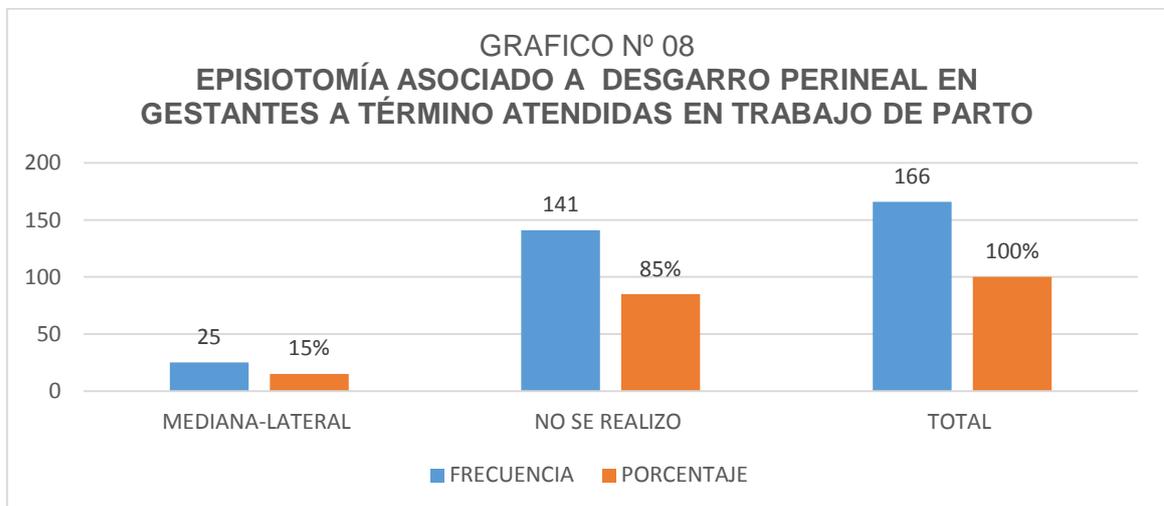
EPISIOTOMÍA ASOCIADO A DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-OCTUBRE 2017.

TIPO DE EPISIOTOMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIANA-LATERAL	25	15
NO SE REALIZO	141	85
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS:

En la Tabla y Gráfico N° 08 encontramos que del 100% de la población en estudio, el 85% no se realizó ningún tipo de episiotomía, y el 15% se realizó la episiotomía mediana lateral durante la atención del parto, que estuvo asociada a desgarro perineal.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA N° 09

PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-OCTUBRE 2017.

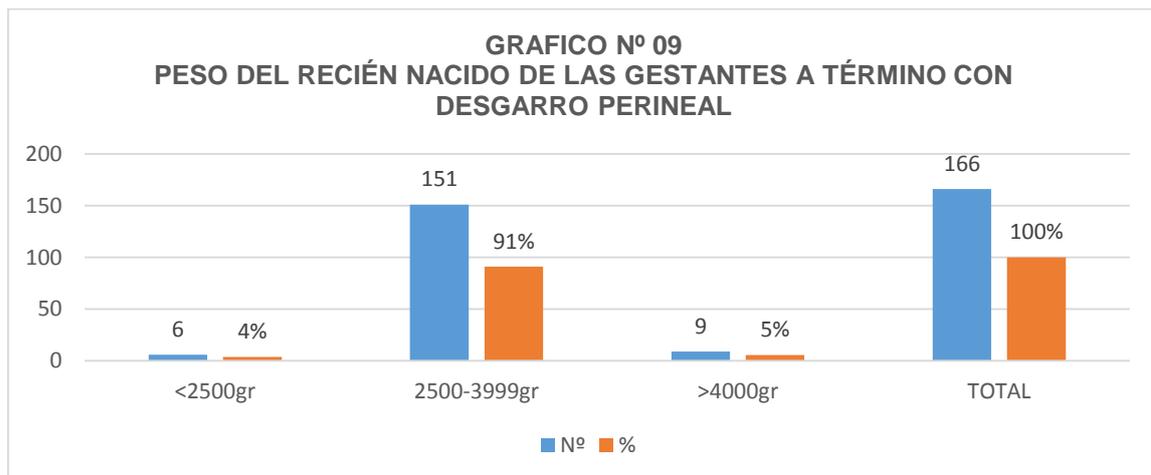
PESO DE RN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<2500gr	6	4
2500-3999gr	151	91
≥4000gr	9	5
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico N° 09 encontramos que el 91% de los recién nacidos están en el rango de peso de 2500-3999 gr. adecuado, seguido 5 % de peso ≥4000gr considerados macrosomico, lo que contribuye a los desgarros perineales.

Contrastando los resultados de Oviedo- Callao Perú-. 2016: Objetivo Determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao, durante el año 2014. El 61,5% presento peso adecuado de los RN, encontrando diferencia con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA Nº 10

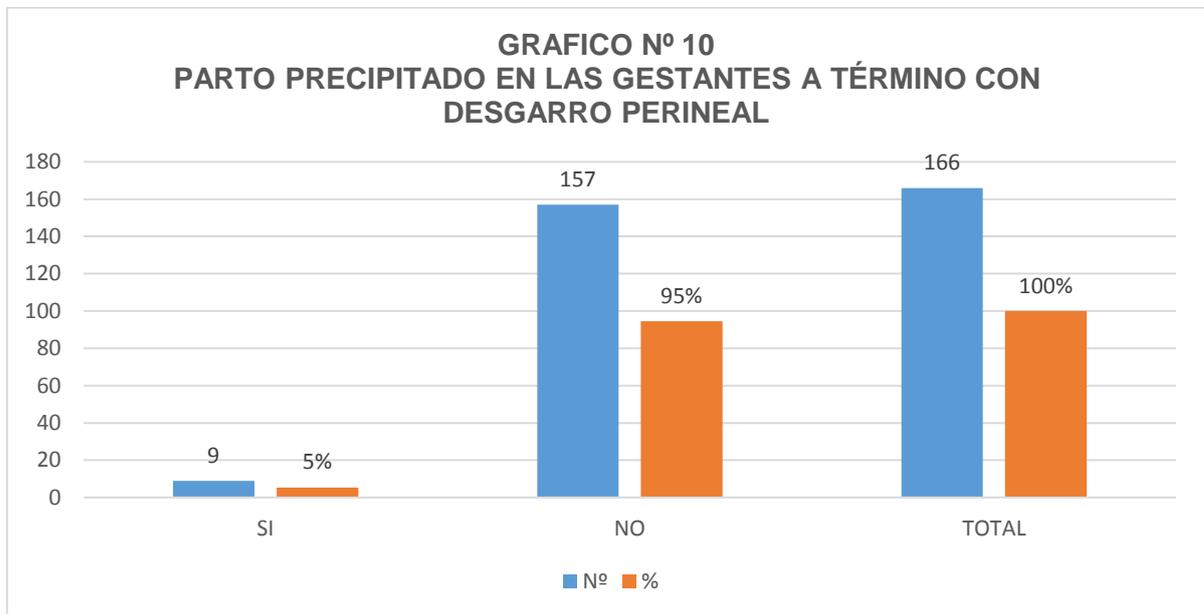
PARTO PRECIPITADO EN LAS GESTANTES A TÉRMINO CON DESGARRO PERINEAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-OCTUBRE 2017.

PARTO PRECIPITADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	5
NO	157	95
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS:

En la Tabla y Gráfico Nº 10 observamos que, el 95% de las gestantes que dieron a luz en el Hospital Regional de Pucallpa no tuvieron un parto precipitado, a diferencia de un 5% que si lo experimento, lo que conlleva a complicaciones de desgarro perineal Iº a IIº.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA Nº 11

GRADO DE DESGARRO QUE PRESENTARON LAS GESTANTES A TÉRMINO EN TRABAJO DE PARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DE ENERO-OCTUBRE 2017.

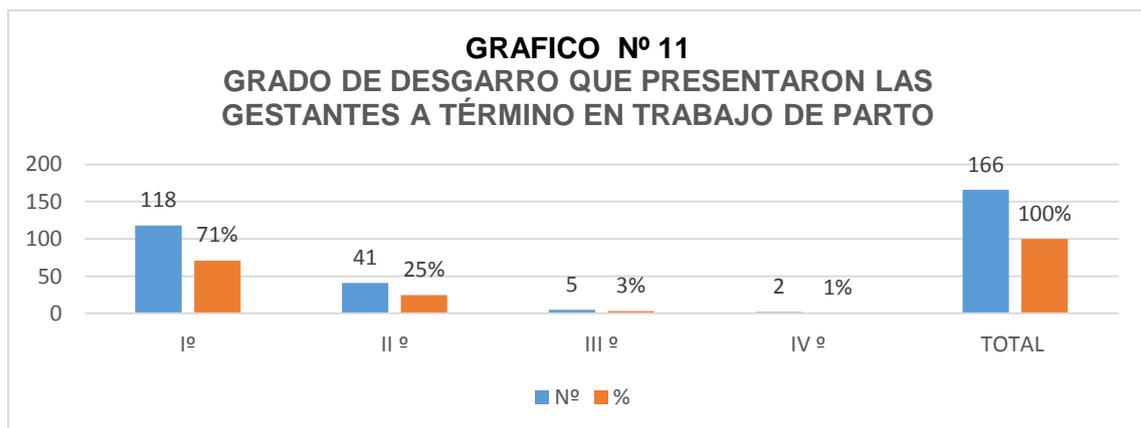
GRADO DE DESGARRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Iº	118	71
II º	41	25
III º	5	3
IV º	2	1
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico Nº 10 observamos que del 100% de la población en estudio, el 71% presentaron desgarro de Iº grado, un 25 % desgarro de IIº grado, y el 4% de desgarros de IIIº y IVº respectivamente.

Contrastando los resultados de Mora y Col. Catalán- España 2011 Objetivo Estimaron la incidencia y el tipo de lesiones perineales en mujeres primigestas. Diagnosticó un desgarro perineal de primer grado (61%). En el 32.8% se produjo un desgarro perineal de segundo grado. Estos resultados se diferencian con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA Nº 12

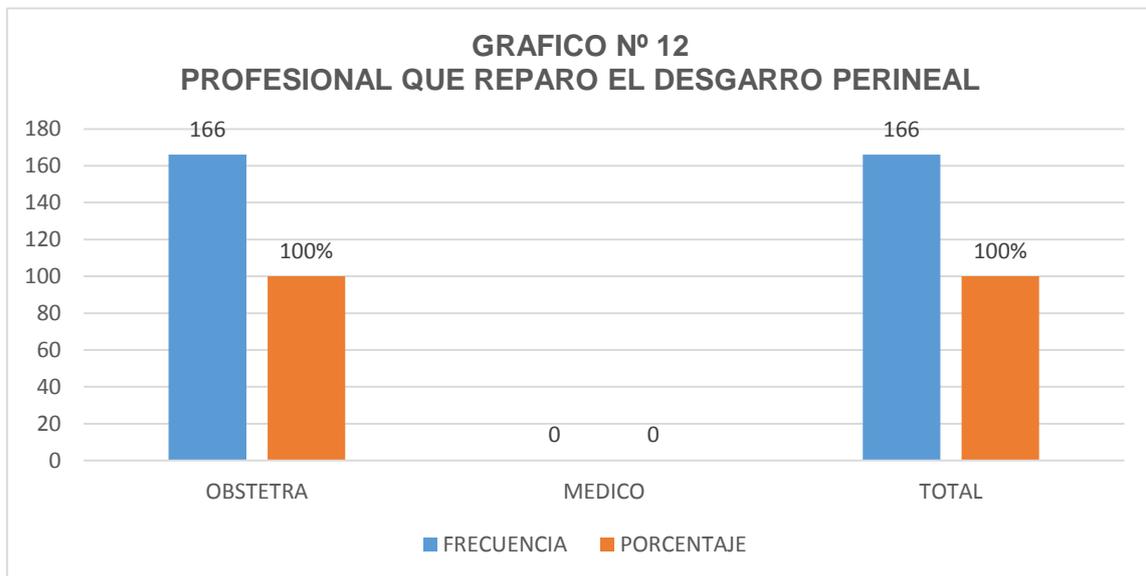
PROFESIONAL QUE REPARO EL DESGARRO PERINEAL DE LAS GESTANTES A TÉRMINO EN TRABAJO DE PARTO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-OCTUBRE 2017.

PROFESIONAL QUE REPARO EL DESGARRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBSTETRA	166	100
MEDICO	0	0
TOTAL	166	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS:

En la Tabla y Gráfico Nº 11 encontramos que el 100% de las pacientes en estudio, el desgarro del I al IV grado fue reparado por el profesional Obstetra luego de la atención del parto.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

TABLA N° 13

COMPLICACIONES DEL DESGARRO PERINEAL EN EL POST PARTO LAS GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA ENERO-OCTUBRE 2017.

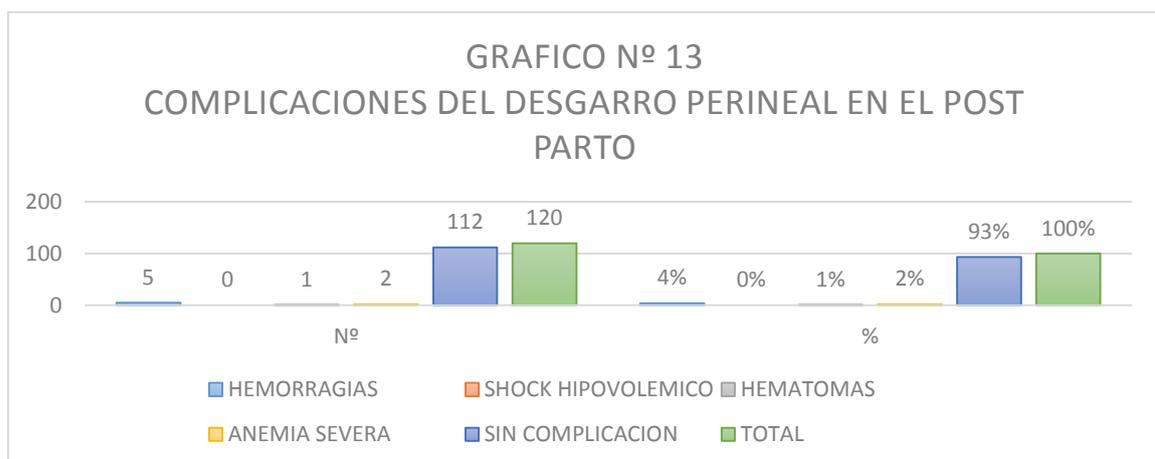
COMPLICACIONES EN EL POST PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMORRAGIAS	5	4
SHOCK HIPOVOLEMICO	0	0
HEMATOMAS	1	1
ANEMIA SEVERA	2	2
SIN COMPLICACION	112	93
TOTAL	120	100

FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la Tabla y Gráfico N° 12 observamos que del 100% de la población en estudio, el 4% tuvo hemorragia post parto, el 1% hematoma, y el 2% curso con anemia severa, resultado del sangrado en el parto a causa de los desgarros.

Contrastando los resultados con el estudio Pujay Escobal, Angela chenyu-Tingo María -2016 **objetivo:** Determinar las complicaciones en la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes atendidas en trabajo de parto en el Hospital de Tingo María, Enero a Diciembre 2015. Las hemorragias (23,07%) y entre las complicaciones Tisulares el hematoma vulvar con un (66,66%). Estos resultados tienen una diferencia con nuestro estudio.



FUENTE: Historias Clínicas de pacientes en estudio y SIP2000; Año 2017.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características de los desgarros perineales se concluyó que la paridad, el periodo intergenesico, la anemia y la mala técnica de protección de periné son factores que conllevan a que la mujer produzca un grado de desgarro perineal.
2. Respecto a las características sociodemográficas encontramos que; 76% se encontraron en el rango de edades 20-34 años, 90% fueron de estado conyugal de convivencia, 66% de grado de instrucción de secundaria.
3. En relación a las características obstétricas encontramos que el 38% estuvo un periodo intergenesico corto (< 2 años), 65% tuvieron mayor a 6 atenciones prenatales, 77% pacientes tuvo anemia leve (9-11g/dl).

En cuanto a la paridad, el 39% de pacientes fueron segundigesta; en el 15% de las pacientes se realizó episiotomía mediana-lateral asociado a desgarro perineal; respecto al peso del recién nacido el 91% estuvo en el rango adecuado de 2500 a 3999g, 5% fueron de un peso mayor a 4000gr lo que representa una macrosomia fetal; el 95% de pacientes en estudio no experimento un parto precipitado.

4. En cuanto al grado de desgarro que se encontró en las pacientes en estudio; el 71% de pacientes tuvo desgarro de Iº, el 25% de ellas desgarro de IIº; y un 4% de desgarro IIIº y IVº. el 100% fueron reparados por el profesional obstetra.
5. En cuanto a las complicaciones del desgarro perineal; el 4% curso con hemorragia post parto, el 1% presento hematoma, el 2% tuvieron anemia severa a causa de la perdida sanguínea debido al desgarro.

RECOMENDACIONES

A la luz de los resultados podemos realizar las siguientes recomendaciones.

1. El personal de salud entre médicos y obstetras que atienden a las gestantes en la atención prenatal, deben extender la orientación y consejería hacia las pacientes para que los embarazos subsiguientes tengan un periodo intergenesico entre tres y cinco años que permita un embarazo con menos complicaciones para la madre y el producto.
2. Así mismo los profesionales que atienden a las gestantes en la atención prenatal deben procurar impartir orientación y consejería en cuanto al incremento de peso fetal intrauterino, ya que un feto grande o macrosomicos podrían derivar en desgarros profundos que complican a la madre en una profusa hemorragia plausible de evitar.
3. Todo profesional responsable en la atención de partos debe permanecer capacitada en las técnicas de suturas cuando se produzcan desgarros de III^o y IV^o ya que estas complicaciones pueden derivar en morbilidad materna por hemorragias siendo esta la primera causa de defunciones maternas y así mismo las secuelas a largo plazo.
4. Así mismo el profesional responsable en la atención del parto debe realizar una buena maniobra de Ritgen (protección del periné), que contribuye a evitar los desgarros y obviar las laceraciones en el canal del parto.
5. El profesional de salud al momento de la atención prenatal debe evaluar minuciosamente el estado nutricional de paciente, para detectar la anemia, ya que en un desgarro perineal llegan a presentar hemorragia las cuales es la primera causa de defunciones maternas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) LvanDriel SME. (2011). Reparación Quirúrgica de desgarros Perineales Espontáneos que ocurren durante el Parto Versus Ninguna Intervención. SME Cochrane Database of Systematic.
- 2) Hamilton EF, Smith S, Yang L, Warrick P, Ciampi A. Third and fourth-degree perineal lacerations: defining high-risk clinical clusters. Am J Obstet Gynecol. 2011; 204:309.e1-6.
- 3) Kozak LJ, DeFrances CJ, Hall MJ. National hospital discharge survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 13 2006;(162):1-209.
- 4) www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498
- 5) Giuliana Katheryn Oviedo Maravi. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro Obstétrico del Hospital San José del callao durante el año 2014. (Tesis)-Lima-Perú. Para optar el título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina 2016.
- 6) I Mora Hervás, E Sánchez Ruíz, M Espuña Pons. Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas. congreso nacional, (S.E.G.O) Sevilla, 2011.
- 7) Evelin Amparito Congo Chalá. “Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la maternidad de corta estancia del distrito 17d 07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013”. (Tesis) para optar el título de magister en salud sexual y reproductiva, Universidad Central de Ecuador, 2015.
- 8) Marques Salge, Ana; Fleury Lôbo, Sara; Machado Siqueira, Karina; Rossie Silva, Renata; Valadares Guimarães, Janaína, el 2012, en Brasil, publicaron

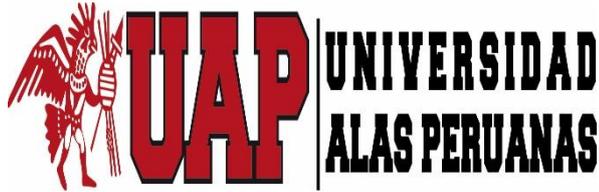
un estudio titulado: “Práctica da episiotomía e factores maternos e neonatos relacionados”.

- 9) Juan Miguel Martínez Galiano. Jaen, España,2012: Objetivo: Determinar el tiempo que tardan las mujeres en reiniciar las relaciones sexuales tras el parto vía vaginal.
- 10)Giuliana Katheryn Oviedo Maravi. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro Obstétrico del Hospital San José del callao durante el año 2014. (Tesis) para optar el título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú 2016
- 11)Danae Olimpia Atunca Sernaque, Cynthia Simona Huamán Tomairo. Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010. (Tesis) para optar el título de Licenciadas en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011.
- 12)Giuliana Katheryn Oviedo Maravi. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro Obstétrico del Hospital San José del callao durante el año 2014. (Tesis) para optar el título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú 2016
- 13)Longaray Chau, Alexander. Factores de riesgo asociados a desgarros perinatales de III y IV grado, Hospital Belén de Trujillo, enero 2002 a diciembre 2008. (Tesis) para optar el título de Médico. Universidad Nacional de Trujillo 2010.
- 14)*Mariña Naveiro Fuentes. Fase activa del parto: conducta y manejo. Diciembre 2010*
- 15)Williams Obstetricia-24ª Edición- Parto Vaginal- laceraciones del canal de parto. Pag,549.

- 16) Lorenzana, Espinal. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela. Rev. Med. Vol. 6 no. 2. mayo-agosto, 2001 pág. 2
- 17) McGuinness M, Norr K, Nacion K. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. J Nurse Midwifery 1991; 36(3):192-8.
- 18) Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García CB, Priego PI, Gómez CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol. Obstet. Mex. 2002; 70(6): 270-74.
- 19) Garay Cunningham, F y col. Hemorragia Obstétrica - Williams Obstetricia. 22ava. edición 2008, editorial Médica. Panamericana Pág. 315-316
- 20) Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica, manejo del primer y segundo estadios del parto 2005; 32 (2): 201-218.
- 21) Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA; Disponible.
- URL: <http://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
- 22) Dirección Nacional de Maternidad e infancia control Preconcepcional, Prenatal y puerperal. Edición 2013 Argentina. Pag. 28-35.
- 23) Rodríguez A, Arenas EA, Osorio AL, et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 285.e1-285.e4
- 24) Organización Mundial de la Salud (OMS)- uso restrictivo de episiotomía en el parto, 26-febrero 2008.

- 25) Puffer R, Serrano C. Características del peso al nacer. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Pub Cient. N° 504. Washington DC EEUU, 1988.
- 26) Jansen, W. and L. Cobb, USAID Birth Spacing Programmatic Review: An Assessment of Country-Level. 2005

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Desgarros Perineales en Gestantes a términos que acudieron en Trabajo de Parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:

- ≤19
- 20-34
- ≥35

2. Estado Civil

- Casada
- Soltera
- Conviviente

3. Grado de Instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

I. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

4. Periodo Intergenesico

- ≤ 2: años corto
- 3-5 años: adecuado
- >5 años largo.

5. Atención Prenatal (APN)

Numero de APN

- Sin APN

- 1-2 APN
- 3-5 APN
- ≥6 APN

6. Anemia detectada en la APN

- Leve
- Moderada
- Severa
- Sin anemia

7. **Paridad**

- Primigesta
- Secundigesta
- Tercigesta
- Multigesta
- Gran multigesta

8. Episiotomía asociada a desgarro

- Mediana- Lateral
- No se realizo

9. Peso del Recién Nacido

- <2500gr
- 2500gr-3999gr
- ≥4000gr

10. Parto Precipitado

- Si
- No

II. DESGARRO PERINEAL

11 Grado de desgarro

- Iº grado
- IIº grado
- IIIº grado
- IVº grado

12 Profesional que reparo el desgarro perineal.

- Obstetra
- Medico

III. COMPLICACIONES DEL DESGARRO PERINEAL.

13 Complicaciones

- Hemorragias
- Shock Hipovolémico
- Hematomas
- Anemia severa
- Sin complicaciones

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: Desgarros Perineales en Gestantes a término que acudieron en Trabajo de Parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>Problema Principal ¿Cuáles son las características de los desgarros perineales en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?</p> <p>Problemas secundarios ¿Cuáles son las características sociodemográfica de las gestantes a término que acudieron en Trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?</p> <p>¿Cuáles son las características Obstétricas en las gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?</p> <p>¿Cuál es el Grado de desgarro perineal más frecuente en las gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?</p>	<p>Objetivo General Determinar las características de los desgarros perineales en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al hospital regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.</p> <p>Objetivos secundarios: Establecer las características sociodemográfica de las gestantes a término que acudieron en Trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.</p> <p>Identificar las características Obstétricas en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.</p> <p>Identificar cuál es el Grado de desgarro perineal más frecuente en gestantes a término que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.</p>	<p>En el presente estudio no se planteara hipótesis de investigación por tratarse de un estudio netamente descriptivo en la que no se realizara ninguna manipulación de las variables la información se procesara conforme se encuentra descritas en las historia clínica.</p>	<p>Variable independiente Factores de riesgo</p>	<p>Indicadores Características sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤19 • 20-34 • ≥35 <p>Estado civil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Conviviente <p>Grado de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior <p>Características Obstétricas Periodo intergenésico</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 2: años PIN corto • 3-5 años: PIN adecuado • >5 años PIN largo. <p>APN Numero de APN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin APN • 1-2 APN • 3-5 APN • ≥6 APN <p>Anemia detectada en la APN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderada • Severa • Sin anemia 	<p>Estudio cualitativo-descriptivo</p>

<p>¿Qué complicaciones originan los desgarros perineales en las pacientes que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017?</p>	<p>Establecer las complicaciones origina los desgarros perineales en pacientes que acudieron en trabajo de parto al Hospital Regional de Pucallpa Enero-Octubre 2017.</p>		<p>Variable Dependiente Desgarro Perineales</p>	<p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Secundigesta • Tercigesta • Multigesta • Gran multigesta <p>Episiotomía asociada a desgarro perineal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediana- Lateral • No se realizo <p>Peso RN</p> <ul style="list-style-type: none"> • <2500gr • 2500gr-3999gr • ≥4000gr <p>Parto Precipitado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Grados de Desgarro Perineal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iº grado • IIº grado • IIIº grado • IVº grado <p>Profesional que reparo el desgarro perineal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstetra • Medico <p>Complicaciones del Desgarro Perineal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Shock hipovolémico • Hematomas • Anemia severa • Sin complicaciones 	
--	---	--	--	---	--

