

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**Universidad
Norbert Wiener**

**“CARACTERÍSTICAS EN GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL
DURANTE EL PARTO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
DURANTE EL AÑO 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachiller:

MÁRQUEZ LOARTE, Claudia Ruth
PLASENCIA REQUEJO, María Cynthia

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A nuestros padres que nos incentivaron a realizar este trabajo de investigación, ya que, sin su ayuda, sus consejos, sus motivaciones y sus incansables palabras de aliento no hubiera sido posible; brindándonos siempre todo su amor, paciencia, respeto y apoyo, nos han transmitido confianza, tranquilidad y esperanzas. Nuestros más sinceros agradecimientos.

MÁRQUEZ LOARTE, Claudia Ruth
PLASENCIA REQUEJO, María Cynthia

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, damos gracias a DIOS por siempre estar con nosotras y por permitirnos terminar con éxito este gran proyecto de vida.

A nuestra familia que siempre nos apoyó desde el principio hasta el final, y sin su ayuda no habiéramos llegado a culminar nuestra principal meta.

También a aquellas personas que estuvieron cerca a nosotras, brindando una motivación para lograr nuestro objetivo.

MÁRQUEZ LOARTE, Claudia Ruth
PLASENCIA REQUEJO, María Cynthia

ASESOR

Mg. SALCEDO SUÁREZ, Katty Leticia

JURADOS

PRESIDENTE

Dr. Carlos Rodríguez Chávez

SECRETARIO

Mag. Mimi Lily Rojas Silva

VOCAL

Mag. José Luis Delgado Sánchez

ÍNDICE

RESUMEN

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	01
1.2. Formulación del problema	05
1.3. Justificación	05
1.4. Objetivo	06
1.4.1. Objetivo general	06
1.4.2. Objetivos específicos	06

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	07
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Terminología básica	21
2.4. Hipótesis	22
2.5. Variables	23

3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación	26
3.2. Población y muestra	26
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	27
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	29
3.5. Aspectos éticos	29

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	30
4.2. Discusión	34

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	37
5.2. Recomendaciones	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS:	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS	Pág.
Tabla N°01 FACTORES MATERNOS DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA (2016)	30
Tabla N°02 FACTORES OBSTÉTRICOS DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA (2016)	32
Tabla N°03 FACTORES NEONATALES DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA (2016)	33

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016

Materiales y Método: estudio de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal estuvo conformada por las gestantes que se atendieron su parto y por consecuencia presentaron desgarro perineal el cual fueron registrados en la Historia Clínica siendo un total de 108 casos para el año 2016.

Resultados: Edad promedio fue de 27 años, el 71,3% son de situación sentimental conviviente, el 55,6% tuvieron estudios de secundaria completa, el 91% tiene como ocupación su casa y el 71,3% no presentaron anemia, edad gestacional promedio fue de 38 semanas, la paridad promedio es de 2 partos por gestantes, con relación al período intergenésico fue de 4 años como promedio, el tiempo del expulsivo promedio fue de 11 minutos, el 75,9% no tuvo participación de las sesiones de psicoprofilaxis, el 70,4% no tuvo episiotomía en el momento del parto y el 73% presento desgarro de primer grado, el 50,9% fueron de sexo femenino y el 42% de los recién nacidos presento un peso entre 3000 a 3400 gr.

Conclusión: Se encontraron desgarro de primer grado para la característica obstétrica y en su mayoría las pacientes no asistían a las sesiones de psicoprofilaxis. Las pacientes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso de 3000 a 3400gr.

Palabras claves: Factor de riesgo, desgarro Perineal, gestante y parto

SUMMARY

Objective: To determine the characteristics in pregnant women with perineal tear during the delivery in the María Auxiliadora Hospital during the year 2016

Materials and Methods: a cross-sectional retrospective descriptive study was made up of the pregnant women who attended their delivery and, therefore, presented a perineal tear which was recorded in the Clinical History, with a total of 108 cases for the year 2016.

Results: the average age was 27 years, 71.3% were living together, 55.6% had completed high school, 91% had an occupation at home and 71.3% had no anemia, age average gestational was 38 weeks, the average parity is 2 delivery for pregnant women, in relation to the intergenetic period was 4 years as average, the time of the average expulsive was 11 minutes, 75.9% did not participate in the sessions of psycho-prophylaxis, 70.4% had no episiotomy at the time of delivery and 73% had a tear of the first degree, 50.9% were female and 42% of newborns had a weight between 3000 to 3400 gr.

Conclusion: The first-degree tear was found for the obstetric characteristic and most of the patients did not attend the psychoprophylaxis sessions. The patients with perineal tear had newborns weighing 3000 to 3400gr.

Key words: Risk factor, Perineal tear, pregnancy and childbirth

Capítulo I: Problema

1.1. Planteamiento del problema.

A nivel mundial se sabe que el desgarro perineal es la complicación más común informada durante el trabajo de parto y el nacimiento (31% de todos los nacimientos)¹.

El desgarro perineal en todos los países ocurre en más de 65% de los partos vaginales y generalmente es resultado de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. La incidencia de trauma perineal severo reportado internacionalmente varía, 2.9% a 10.2% en Estados Unidos, 2.0% en Australia y 1.58% en el Reino Unido².

Un estudio realizado en Colombia, en el Hospital Universitario de Bogotá determinaron que los factores maternos están asociados a desgarros perineales de tercer y cuarto grado, tales como la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la nuliparidad, el uso de episiotomía, el parto vaginal instrumentado (fórceps y/o vacuum), el peso al nacer del recién nacido, el expulsivo prolongado y la inducción del trabajo de parto³.

En un estudio realizado en México se menciona que 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. Es importante remarcar que el riesgo de traumatismo 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.

Un estudio realizado en el Hospital San José de Callao (2014) menciona que la frecuencia de lesiones (0,4-5%) difiere según el tipo de parto, peso

fetal, paridad, necesidad de episiotomía, edad materna, etc. El 15-30% de las mujeres que tienen un parto vaginal presentan una lesión significativa del componente puborrectal del músculo elevador del ano. El desgarro del músculo elevador del ano está relacionado con la edad materna en el primer parto. Para el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en nuestro país la incidencia anual promedio de desgarro perineal posterior es 0.58%⁵.

En el Hospital Santa Rosa en Lima (2014), se determinó que dentro de los factores maternos, respecto a la edad, las adolescentes o mayores de 35 años, aumenta el riesgo para la presencia de desgarro perineal, la presencia de anemia también influye en la presentación del desgarro, aquellas con un periodo intergenésico largo tienen más riesgo de presentar desgarro perineal que aquellas con un PIG adecuado, los factores neonatales, en relación al peso del recién nacido, a mayor peso más riesgo de hacer desgarro perineal⁶.

Es importante resaltar que el desgarro perineal sigue siendo un problema para las mujeres en la parto y puerperio, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas, estas consecuencias tienen un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc. alterando la calidad de vida la mujer⁷.

Existen muchas características para desgarro perineal entre ellos tenemos: características maternas, obstétricas y neonatales, por ende, si no son atendidos a tiempo conllevan a complicaciones muy severas tanto para la madre como para el producto, para ello ha sido parte de nuestra motivación para realizar el siguiente estudio.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016?

1.3. Justificación.

Es fundamental estudiar las características maternas, obstétricas y neonatales que se presentan en una parturienta en el momento del parto, peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, el tiempo que dura el segundo periodo del parto y otros⁸.

El desgarro perineal es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento, actualmente se está incrementando la frecuencia de casos, por el cual el presente estudio tiene como objetivo determinar las características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora siendo una Institución del cono sur en responder a una alta demanda de atención del parto en el servicio de Gineco obstetricia por lo que es un estudio novedoso, este estudio ayuda a determinar las características en gestantes con desgarro perineal durante el parto.

Por lo tanto, la presente investigación tiene como finalidad aportar al mejor conocimiento para la disminución de la morbilidad conociendo cuales son las características que participan en la presencia del desgarro perineal. A través de los resultados de este trabajo se busca concientizar al personal de salud para que puedan detectar a tiempo los posibles factores de riesgo de desgarro perineal que conlleven a complicaciones futuras. Tiene trascendencia poblacional porque afecta un porcentaje importante de la población del cono sur y es un estudio viable porque no conlleva un derroche de recursos humanos ni económicos.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivos Generales.

- Determinar las características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las características maternas para desgarro perineal en gestantes durante el parto.
- Identificar las características obstétricas para desgarro perineal en gestantes durante el parto.
- Identificar las características neonatales para desgarro perineal en gestantes durante el parto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

MALLA, A. en el año 2016 en su estudio titulado “Dolor perineal que afecta las actividades diarias de mujeres sometidas a trauma obstétrico episiotomía o desgarros perineales, después de su parto céfalo vaginal en el Centro de Salud tipo C Augusto Egas en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el periodo septiembre 2015 a febrero 2016” tuvo como objetivo, determinar como el dolor perineal afecta a la mujer en sus actividades diarias después de haber sido sometida a episiotomía, un desgarro o trauma perineal durante el parto céfalo vaginal. Encontrando como resultado, la edad de 20 a 30 años adultas jóvenes con un 55% del total de la muestra. En cuanto a la instrucción la que predomina mayoritariamente es la de Instrucción Secundaria con un 49%, seguido de la Primaria con un 34%. Con lo que respecta al estado civil existe predominio de Unión libre con un 70%, seguido de las casadas con un 16 % y las solteras con un mínimo del 14 %, de 80 mujeres se obtuvo que 50 de ellas fueran sometidas a episiotomía con un 63% y 30 de estas mujeres sufrieron desgarro perineal en su parto céfalo vaginal lo que equivale a un 37%, de 80 mujeres se obtuvo que el grupo de edad de 20 a 30 años de adultas jóvenes fueron sometidas a episiotomía con un 64%, y el 50 % del mismo grupo de edad sufrieron desgarro perineal después de su parto céfalo vaginal. Donde concluye que los factores socioculturales de mayor relevancia están, la edad con grupo que inicia su edad fértil de 20 a 30 años adultas jóvenes por eso se evidencia que son las que más se someten a este procedimiento⁹.

PLIEGO, L. en el año 2013 en su estudio titulado “Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias – México” tuvo como 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. Donde se encontró

los siguientes resultados, De los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarro perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarro 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. Donde concluye que, 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 publicaciones⁴.

GUAMAN, M. en el 2013 en su artículo titulado “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 – Ecuador” tuvo como objetivo, 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. Donde encontró 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. Donde concluye que los casos estudiados, al determina las principales causas del trauma obstétrico, en la madre y neonato, encontramos que el 30% tienen complicaciones en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%. los factores de riesgos con lesiones durante el nacimiento se dieron en el peso del recién nacido con el 56% según el análisis, este peso se encuentra entre 2.501 a 3.500 gr, considerándose el porcentaje más alto¹⁰.

ANTECEDENTES NACIONALES

RIOS, G. en el 2015 en su tesis “Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015” tuvo como objetivo, Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. Donde obtuvo los siguientes resultados, las características maternas de las gestantes se encontró que el 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas, el 72.1% tuvieron estudios secundarios, el 50.8% tuvieron anemia leve. Las principales características obstétricas de las gestantes fueron; el 73.8% multíparas, el 37.7% tuvieron intervalos de 3 a 5 años, el 71.3% tuvieron > 6 APN, el 82.8% realizaron psicoprofilaxis, el 96.7% no le realizaron episiotomía y el 78,7% tuvieron desgarro de primer grado En relación al peso del recién nacido, el 95.9% de las gestantes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado (2500 gr a 3999 gr). Donde concluye que Se encontró relación entre la edad materna ($p=0.041$), grado de anemia ($p=0.000$) y paridad ($p=0.049$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes. No se encontró relación entre la psicoprofilaxis obstétrica ($p=0.726$), episiotomía durante el parto ($p=0.909$) y peso del recién nacido ($p=0.336$) con el desgarro perineal durante el parto en gestantes¹¹.

MEDRANO, Y. en el año 2014 en su tesis titulado, “Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay de julio – septiembre del 2012” tuvo como objetivo, Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay, en los meses de julio-septiembre del 2012. Encontrando los siguientes resultados, Se encontró que de 48 pacientes que acudieron para atención de parto durante el periodo de Julio – Septiembre del 2012, presentaron que del total de pacientes; las multigestas presentaron desgarros de 1er grado se presenta en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7%(32), se halló que el 81.3%(39) sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre

2500g a 4000g y 2.1%(1) de tercer grado, y en los macrosómico se encontró un 4.2%(2) en desgarro del primer y segundo grado. Se encontró que el 79.2%(38) con desgarro de primer grado; se puede decir que del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2%(26) tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis. Donde concluye que en general de los tres factores mencionados, obtuvo que los factores obstétricos sean considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y neonatales¹².

OVIEDO, G. en el año 2014 en su tesis titulado “Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico del Hospital San José del Callao durante el año 2014” tuvo como 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. Donde se encontró los siguientes resultados, del total de casos de pacientes con desgarro el 79.2% presentó desgarro de primer grado. En el grupo que presento desgarro: el 70.86% son menores 15 años edad y el 29.2% mayor o igual a 15 años de edad; el 56,9% presentaron anemia y el 43,1% no; el 73.8% no tuvo clases de psicoprofilaxis y el 26.2% si; el 63,1% son primíparas y el 36,9% multíparas; el 78,5% presento un tiempo de expulsivo menor a 10 minutos y el 21.5% fue de 11 a 30 minutos; el 69,2% presento un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el 9,2% un PIG corto; el 61,5% presento un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% con un recién nacido macrosómico y el 0,8% con uno de bajo peso.. Donde concluye, 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 perineal⁵.

SANTOS, K. en el año 2014 en su artículo titulado “Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014” tuvo como objetivo, Determinar los factores de riesgo del desgarro perineal que se presentan con mayor frecuencia en puérperas de parto vaginal en el Hospital Vitarte en el año 2014. Se encontró los siguientes resultados, Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) siguiendo los de segundo grado (15,8%) y por último el de tercer grado (0,5%). La edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). El 25,1% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa. El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%), el valor de significancia fue 0,129. Se concluye que la mayor frecuencia de desgarro perineal fue el de primer grado y el de menor frecuencia el de tercer grado en el Hospital Vitarte en el año 2014¹³.

2.2. Base teórica

2.2.1. Anatomía del piso pélvico:

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 anococcígeo¹⁴.

El contenido muscular pelviano con forma de embudo se estratifica en un triple plano, que queda supeditado desde el punto de vista de su inervación al plexo pudendo¹⁴.

El plano muscular superior se encuentra constituido por el músculo elevador del ano y el músculo isquiocoxígeo. Este diafragma pelviano que se encuentra cubierto internamente por la aponeurosis o fascia pélvica profunda tiene como función la contención de las vísceras pelvianas y ejercer sobre el recto una acción elevadora y dilatadora que ayuda a controlar la defecación. Por debajo del plano muscular diafragmático se sitúa un segundo plano muscular de tipo esfínter que constituyen al cierre voluntario de los orificios anal y urogenital. Entre ellos se encuentran los músculos esfínter externo del ano, esfínter estriado de la uretra, constrictor de la vulva, y el músculo trasverso profundo del periné. Todas las musculaturas nombradas tienen un punto central de confluencia que es el llamado centro tendinoso del periné, cuya importancia radica en que el desgarramiento del mismo en el parto priva de su apoyo a las formaciones urogenitales, en especial la vagina, pudiéndose provocar un prolapso genital¹⁵.

2.2.2. Desgarro Perineal

Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto¹⁵.

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 nacido¹⁶.

Pacientes en riesgo para presentar desgarro perineal:

De todas las usuarias gestantes el riesgo de presentar desgarro perineal, son principalmente las primíparas, en ellas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto, cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal (se describe a un feto con un peso mayor de 4000g). Rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a 20 veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna, infecciones) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas¹⁶.

Clasificación de los desgarros:

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados¹⁷:

Primer Grado: Comprende piel y pared vaginal.

Segundo Grado: compromete a los músculos bulbo cavernoso y músculo transverso superficial del periné.

Tercer Grado: compromete también al esfínter anal externo.

Cuarto Grado: compromete también la mucosa.

Consecuencias de los desgarros perineales:

Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc¹⁷.

2.2.3. Características para el Desgarro Perineal:

Características maternas:

Edad materna:

La edad materna viene hacer el número en años de vida de la mujer gestante, en obstetricia se puede clasificar en tres rubros principalmente, adolescentes, aquellas menores de 19 años, y en la cual se adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y los cambios físicos, psicológicos y sociales predominan. Una adolescente embarazada es considerada de riesgo ya que aún no se ha terminado el desarrollo físico ni psicológico, predispone a ciertas patologías obstétricas, entre ellas la toxemia de embarazo y desproporción céfalo pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento¹⁸.

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 blando¹⁸.

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 perineal¹⁹.

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 transporta 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 friables¹⁹.

Clasificación de la anemia

- **Anemia leve:** Presencia de hemoglobina entre: 9 - 11 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

2.2.4. Características Obstétricas

Paridad

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, aquí se incluyen las primíparas y multíparas, esto dependiendo si es el primer parto o más de dos partos correspondientemente. La elasticidad del periné por las frecuencias de parto es diferente en una primípara que en una que tuvo más de dos partos por lo tanto, podría incluirse como factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el expulsivo precipitado es más frecuente en multíparas por el número de veces que ha sido

distendido el periné. 18 sin embargo según conceptos manejados existe mayor riesgo en las primíparas. A diferencia de esto en estudios revisados son las multíparas quienes presentan más desgarras que las primíparas²⁰.

Tiempo del expulsivo

Es considerado también como factor de riesgo la duración del segundo periodo del parto, es decir el tiempo de duración del periodo expulsivo, pues como se entiende, un parto precipitado y uno prolongado traerán consigo muchas complicaciones, entre ellas el desgarro perineal, la exposición muy rápida o por mucho tiempo de la cabeza fetal sobre el periné según sea el caso, influye en la presencia de desgarro. Según la ACOG Su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las multíparas. En la Clínica Maternidad Rafael Calvo ubicado en el país de Colombia, como en otras maternidades del mundo, se ha tomado como límite de tiempo de 1 hora para considerar el expulsivo como prolongado independientemente de la paridad de la paciente²⁰.

Periodo intergenésico:

El periodo intergenésico se define como el lapso al final de un embarazo y el inicio del siguiente embarazo y otro. Se recomienda según estudios que el mínimo es de dos años. Lo recomendable sería entre dos y cinco años, ya que si el tiempo entre un embarazo y el siguiente, es menor a los dos años, aumentan las complicaciones. El período intergenésico corto menor a dos años es considerado no recomendable porque, es el tiempo que se debe dar para que el crecimiento de la mujer vuelva a su estado normal, a través del puerperio y sus cambios anatomo – fisiológicos²².

Episiotomía:

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 DeLee y Pomeroy, formando parte de la práctica rutinaria de la obstetricia en Estados Unidos para la década de 1940²³.

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. 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 periné²³.

Atención Prenatal

La 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"²⁴.

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 básicos²⁴:

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. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir²⁵.

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 salud²⁵.

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 perinatal²⁵.

- El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:
- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

2.2.5. Características 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 al peso en gramos con el que nace un individuo²⁶.

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

Esta clasificación es importante conocerla, según estudios presentados, mientras más peso tenga un recién nacido, mayor es el riesgo de desarrollar desgarro perineal, el trauma obstétrico que recibe el periné al exponerse a fetos macrosómico es sin duda un factor de riesgo²⁶.

2.2.6. Psicoprofilaxis Materna

Preparación psicofísica del embarazo, parto y puerperio cuyas ventajas consisten en conseguir mayor flexibilidad de los músculos que intervendrá en el momento del parto, logrando romper a su vez con el círculo vicioso de temor, tensión y dolor²⁷.

2.2.7. Ejercicio De Kegel

Estos ejercicios sirven para fortalecer los musculo perineales, obteniendo un tono adecuado a su vez ayudar a prevenir los desgarros durante el parto. El ejercicio consiste en identificar los musculo que participan en este acontecimiento y mantenerlo contraídos durante cinco segundos y luego relajarlos. Se deben hacer doscientas repeticiones por día, pero no todas a la vez²⁷.

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

2.3 Terminología Básica

a. 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 con los tejidos que compromete. Su reparación se denomina sutura¹⁸.

b. Parto Vaginal: es cuando el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos¹⁶.

- c. Puérpera:** mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico²⁰.
- d. Factores de Riesgo:** es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud²⁴.
- e. Factor de riesgo Neonatal:** está presente desde el embarazo, el trabajo de alumbramiento en los días que siguen y pueden acompañar una enfermedad o un traumatismo²⁶.
- f. Factor de Riesgo Materno:** es aquel embarazo que tiene o que probablemente tenga estados concomitantes con la gestación, nacimiento o puerperio complicado por problemas, médicos, quirúrgicos, obstétricos, sociales y/o psicológico que pueda elevar el peligro para la conservación de la salud de la madre, del feto o de ambos²⁰.

2.4 Hipótesis

Por tratarse de un estudio descriptivo la hipótesis es implícita.

2.5 Variables e indicadores

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDICION
CARACTERÍSTICAS MATERNAS					
Edad	Edad de la gestante expresada en años	cuantitativa	Discontinua	Según la recolección de datos	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Estado civil de la paciente.	Cualitativa	Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente	Ficha de recolección de datos
Grado de Instrucción	Nivel educativo tiene la paciente.	Cualitativa	Ordinal	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Universitaria	Ficha de recolección de datos
Ocupación	Acción o función que desempeña una mujer en edad fértil para generar el sustento.	Cualitativa	Nominal	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Independiente 4. Dependiente	Ficha de recolección de datos
Anemia	Grado de anemia según la hemoglobina.	cualitativa	ordinal	1. Leve 2. Moderada 3. Severa.	Ficha de recolección de datos

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS					
Paridad	Número de parto.	Cuantitativa	discreta	1. Primigestas 2. Segundigesta 3. Multigestas	Ficha de recolección de datos
Periodo intergenésico	Años transcurridos del último embarazo	Cuantitativa	Discontinua	Según la recolección de datos	Ficha de recolección de datos
Edad gestacional	Semanas de gestación	Cuantitativa	Discontinua	Según la recolección de datos	Ficha de recolección de datos
Tiempo de expulsivo	Tiempo de salida del producto, expresado en min.	Cuantitativa	Discontinua	Minutos que dura el expulsivo.	Ficha de recolección de datos
Psicoprofilaxis	Participación a las sesiones	Cuantitativa	Nominal	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos
Episiotomía	Realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos
Desgarro perineal	Laceración que se produce en el parto.	Cualitativa	Ordinal	1. I grado 2. II grado 3. III grado 4. IV grado	Ficha de recolección de datos

CARACTERÍSTICAS NEONATALES					
Sexo	Sexo del recién nacido	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino	Ficha de recolección de datos
Peso del Recién Nacido	Peso en gramos del producto.	Cualitativa	Ordinal	1. 2500- 2999 2. 3000 – 3499 3. 3500 – 3999 4. 4000 a mas	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de Investigación.

El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal.

Descriptivo porque se basa en la descripción de la frecuencia y las características más importantes del problema de salud investigada. La descripción es sencilla, ya que se basa en datos obtenidos a partir de las historias clínicas revisadas.

Retrospectivo porque los datos fueron recogidos a través de la Historia Clínica de las pacientes que tuvieron desgarro perineal en el año 2016.

Corte Transversal estos estudios no involucran seguimiento a la población de estudio.

3.2. Población y Muestra.

Población

La población de estudio estuvo conformada por las gestantes que se atendieron su parto y por consecuencia presentaron desgarro perineal el cual fueron registrados en la Historia Clínica siendo un total de 108 casos para el año 2016, datos obtenidos de la Oficina de Estadística e Informática (HMA).

Muestra

Dado que el número de población no es elevado, toda ella forma parte de la muestra a lo que se le denomina muestra censal.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia y se tuvo en cuenta a todos los casos de desgarro perineal presentados en el año 2016.

Criterios de inclusión:

- Historia clínica de gestante que se atendió su parto vaginal en el Hospital María Auxiliadora y presento desgarro perineal en el año 2016.
- Historia clínica de gestante con parto de presentación cefálica.
- Historia clínica de gestante con edad gestacional mayor a 37 semanas.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica de gestante que se atendió su parto vaginal en el Hospital María Auxiliadora y no presento desgarro perineal en el año 2016.
- Historia clínica de gestante que tuvo parto por cesárea en el Hospital María Auxiliadora.
- Historia clínica de gestante con presentación distócica.
- Historia clínica de gestante con edad gestacional menor a 37 semanas.

Unidad de análisis: Una historia clínica de una gestante que se atendió su parto vaginal en el Hospital María Auxiliadora y presento desgarro perineal en el año 2016.

3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó en el presente estudio fue el análisis documental a partir de las Historias clínicas de las gestantes que presentaron desgarro perineal durante el parto.

Para realizar la siguiente investigación se tuvo los siguientes criterios:

- Se solicitó la autorización al director del Hospital María Auxiliadora para realizar la investigación Dr. Julio Medina Reátegui.

- Se coordinó con el Obstetra encargado del Servicio de Obstetricia Lic. Luis Orderique Torres, quien nos brindó información valiosa para la investigación del Sistema Informático Perinatal.
- Se coordinó con el jefe del Servicio de Estadística e Informática para la ubicación de las Historias clínicas de las gestantes con desgarro perineal.
- Se procedió con la recolección de la información, el tiempo estimado será de 10 minutos por historia clínica.
- La recolección de la información se realizó de acuerdo con los horarios de atención de lunes a sábado de 8:00 am – 5:00 pm.

Instrumento:

El instrumento que se utilizó para la siguiente investigación fue una ficha de recolección de datos que estuvo conformado por tres grandes bloques el primero es sobre los factores maternos, el segundo sobre los factores obstétricos y por último tenemos los factores neonatales. El instrumento fue sometido a juicio de expertos para su validación.

Bloque I: CARACTERÍSTICAS MATERNAS se consideró los siguientes ítems (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y anemia).

Bloque II: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS se consideró los siguientes ítems (paridad, periodo intergenésico, edad gestacional, tiempo de expulsivo, psicoprofilaxis, episiotomía y desgarro perineal).

Bloque III: CARACTERÍSTICAS NEONATALES se consideró los siguientes ítems (sexo y peso del recién nacido)

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico

Una vez concluido el registro de datos, las fichas de recolección de datos se ordenaron, enumeraron, codificaron y se procedió a ingresar la información a la base de datos elaborado exclusivamente para el estudio en el programa estadístico SPSS versión 21, los resultados fueron presentados en tablas.

Se realizó el análisis descriptivo de los datos; para variables cuantitativas, se calculó la medida de tendencia central (media, moda, mediana y desviación estándar), para variables cualitativas, se calculó la distribución porcentual de los datos en frecuencias absolutas y relativas.

3.5 Aspectos Éticos

Se solicitó la autorización al jefe de la oficina de Estadística e Informática para tener acceso a las Historias clínicas, se protegió la privacidad de la información a través del anonimato y se respetara la veracidad de la información recolectada.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 01. CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA (2016)

Estadísticos		Edad	
Promedio		27	
Mediana		27,00	
Moda		19	
Desviación estándar		7,778	
Mínimo		15	
Máximo		44	
Total		108	
Estado civil	Frecuencia		Porcentaje
Casada	11		10,2
Conviviente	77		71,3
Soltera	20		18,5
Total	108		100%
Nivel de educación	Frecuencia		Porcentaje
Primaria	9		8,3
Secundaria Com.	60		55,6
Secundaria Inc.	30		27,8
Técnico	6		5,6
Universitario	3		2,8
Total	108		100%

Fuente: Propio del autor

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	99	91
Estudiante	8	7
T. Independiente	2	2
Total	108	100%

Anemia	Frecuencia	Porcentaje
Leve	28	25,9
Moderada	3	2,8
No presentaron	77	71,3
Total	108	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación.

En la tabla de características maternas se puede observar que la edad promedio fue de 27 años, el 71,3% son de situación sentimental conviviente, el 55,6% tuvieron estudios de secundaria completa, el 91% tiene como ocupación su casa y el 71,3% no presentaron anemia, sin embargo, es importante mencionar que el 28.7 % presentó Anemia.

Tabla 02. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA (2016)

Estadísticos	Edad Gestacional	Paridad	PIG	Tiempo de expulsivo
Promedio	38	2	4	11´
Mediana	39,00	2,00	3,00	10,00
Moda	39 ^s	1	0	10´
Desviación estándar	2,779	1,169	4,240	6,244
Mínimo	37	1	0	2´
Máximo	41	6	17	30´
Total	108			
Psicoprofilaxis	Frecuencia		Porcentaje	
Participaron	26		24,1	
No participaron	82		75,9	
Total	108		100%	
Episiotomía	Frecuencia		Porcentaje	
Si	32		29,6	
No	76		70,4	
Total	108		100%	
Desgarro	Frecuencia		Porcentaje	
I GRADO	79		73	
II GRADO	20		19	
III GRADO	9		8	
Total	108		100%	

Fuente: Propio del autor
Interpretación.

En la tabla de características obstétricas podemos observar que la edad gestacional promedio fue de 38 semanas con un mínimo de 37 y máximo de 41, la paridad promedio es de 2 parto por gestantes, con relación al período intergenésico fue de 4 años como promedio encontrando un máximo de 17 años, el tiempo del expulsivo promedio fue de 11 minutos, el 75,9% no tuvo participación de las sesiones del programa de psicoprofilaxis, el 70,4% no tuvo episiotomía en el momento del parto y el 73% presento desgarro de primer grado.

Tabla 03. CARACTERÍSTICAS NEONATALES DE GESTANTES CON DESGARRO PERINEAL EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA (2016)

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	55	50,9
Masculino	53	49,1
Total	108	100%
Peso del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje
<2500 gr.	5	5
2500 a 2999 gr.	16	15
3000 a 3499 gr.	45	42
3500 a 3999 gr.	35	32
> 4000 gr.	6	6
Total	108	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación.

En la tabla de características neonatales podemos observar que el 50,9% fueron de sexo femenino y el 42% de los recién nacidos presento un peso entre 3000 a 3499 gr.

4.2 Discusión

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital María Auxiliadora con el objetivo de determinar las características en gestantes con desgarro perineal en gestantes durante el parto.

El desgarro perineal es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento, resulta de un desgarro espontaneo o por consecuencia a una episiotomía. Por ello es importante conocer los factores de riesgo para desgarro perineal.

En el presente estudio con relación a las características maternas se encontró que la edad promedio fue de 27 años, el 71,3% son de situación sentimental conviviente, el 55,6% tuvieron estudios de secundaria completa, el 91% tiene como ocupación su casa y el 71,3% no presentaron anemia, sin embargo, el 25.9% presentó anemia leve y el 2.9% anemia moderada.

Según estudios revisados a nivel Internacional y Nacional encontramos que nuestros resultados se asemejan al estudio de **Malla, A.** donde encontró “La edad de 20 a 30 años adultas jóvenes con un 55% del total de la muestra. En cuanto a la instrucción la que predomina mayoritariamente es la de Instrucción Secundaria con un 49%, seguido de la Primaria con un 34%. Con lo que respecta al estado civil existe predominio de Unión libre con un 70%, seguido de las casadas con un 16 % y las solteras con un mínimo del 14 %”. En otro estudio realizado por el investigador **Ríos, G.** encontró “El 74.6% tuvieron entre 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas, el 72.1% tuvieron estudios secundarios, el 50.8% tuvieron anemia leve.”. Coincidimos con las conclusiones de **Medrano, Y.** donde menciona “Los factores obstétricos sean considerados de mayor riesgo para la presencia de desgarro perineal en comparación con los factores maternos y neonatales.”. Nuestros resultados se asemejan al estudio de **Santos, K.** donde encontró “La edad en la que se observó mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años (73,5%) siguiendo las mayores de 34 años (18,6%) y las adolescentes (7,9%). El 25,1% de desgarros

se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve, el 6,0% con anemia moderada y el 2,3% con anemia severa”.

Con relación a los resultados encontrados para las características obstétricas se tiene que la edad gestacional promedio fue de 38 semanas con un mínimo de 37 y máximo de 41, la paridad promedio es de 2 parto por gestantes, con relación al período intergenésico fue de 4 años como promedio encontrando un máximo de 17 años, el tiempo del expulsivo promedio fue de 11 minutos, el 75,9% no tuvo participación de las sesiones del programa de psicoprofilaxis, el 70,4% no tuvo episiotomía en el momento del parto y el 73% presento desgarro de primer grado.

Diferimos del estudio realizado por **Malla, A.** donde encontró “De 80 mujeres se obtuvo que 50 de ellas fueran sometidas a episiotomía con un 63% y 30 de estas mujeres sufrieron desgarro perineal en su parto céfalo vaginal lo que equivale a un 37%”. Otro estudio realizado por **Piiego, L.** encontró “El 69.9% presentaron desgarro perineal de tercer grado y 30.05% desgarro de cuarto grado. La duración del periodo expulsivo fue de más de 60 minutos”. Para **Guaman, M** en su estudio encontró “La frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%”. Nuestros resultados se asemejan al estudio realizado por **Rios G.** donde encontró “el 73.8% multíparas, el 37.7% tuvieron intervalos de 3 a 5 años, el 71.3% tuvieron > 6 APN, el 82.8% realizaron psicoprofilaxis, el 96.7% no le realizaron episiotomía y el 78,7% tuvieron desgarro de primer grado”. Para **Medrano, Y.** en su estudio encontró “El 79.2% presento desgarro de primer grado; el 54.2% tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis”. Otro estudio realizado por **Oviedo, G.** encontró “Del total de casos de pacientes con desgarro el 79.2% presentó desgarro de primer grado, 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”. Nuestros resultados se asemejan al estudio realizado por **Santos, K.** donde encontró “Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) siguiendo los de segundo grado (15,8%) y por último el de tercer grado (0,5%)”.

En relación con las características neonatales encontrados en el presente estudio se tiene el 50,9% fueron de sexo femenino y el 42% de los recién nacidos presento un peso entre 3000 a 3400 gr.

Nuestros resultados se asemejan al estudio realizado por **Guamán, M** donde encontró “como riesgo para desgarro perineal el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2.501 a 3.500 gramos”. Otro estudio realizado por **Ríos G.** encontró “El 95.9% de las gestantes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado (2500 gr a 3999 gr)”. Para **Medrano, Y** en su estudio encontró “El 81.3% sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre 2500g a 4000g y 2.1% de tercer grado, y en los macrosómico se encontró un 4.2% en desgarro del primer y segundo grado”. Nuestro estudio difiere del autor **Oviedo, G.** donde encontró “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”. Para **Santos, K.** en su estudio encontró “El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g (86,0%)”.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Dentro de las **características maternas** podemos concluir que la edad promedio fue de 27 años en su mayoría de situación sentimental conviviente, con estudios de secundaria completa, de ocupación ama de casa y no presentaron anemia.
- En cuanto a las **características obstétricas** se identificó la edad gestacional promedio fue de 38 semanas en su mayoría ya tenían 2 partos con un periodo intergenésico de 4 años, el expulsivo fue 11 minutos, en su mayoría no participan de las sesiones de psicoprofilaxis, no se realiza la episiotomía a todas las gestantes y se encontró con frecuencia desgarros de primer grado.
- En relación con las **características neonatales** se identificó el peso del recién nacido para gestantes con desgarro perineal fue de 3000 a 3400gr.

5.2 Recomendaciones.

- Se recomienda motivar y promover el Programa de Psicoprofilaxis a todas gestantes durante el control prenatal para lograr una preparación beneficiosa y disminuir los desgarros perineales.
- Se recomienda a todo el profesional del Servicio de Gineco-Obstetricia realicen el registro minucioso de los datos del parto y durante el trabajo de parto.
- Es importante que el profesional responsable de la atención prenatal identifique factores de riesgo en las gestantes para tomar las medidas adecuados y evitar la frecuencia de desgarro perineal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de práctica clínica sobre el “Manejo de los Desgarros Perineales de Tercer y Cuarto Grado”, publicada por The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Canadá. 2015
2. Robayo M. Complicaciones Obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital provincial general de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013; Tesis para optar el grado de médico, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador 2014
3. Guevara, A. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia. 2013.
4. Pliego, L. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Revista CONAMED. México. 2013
5. Oviedo, G. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico del Hospital San José del Callao durante el año 2014. Universidad Ricardo Palma. Perú. 2014.
6. Nima, N. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa 2014. Repositorio de la Universidad Loayza. Perú 2016
7. Adela C. Los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa. Revista Scielo. Perú. 2014
8. Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal: Ministerio de Salud. Perú. 2013

9. Malla, A. Dolor perineal que afecta las actividades diarias de mujeres sometidas a trauma obstétrico episiotomía o desgarros perineales, después de su parto céfalo vaginal en el Centro de Salud tipo C Augusto Egas en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el periodo septiembre 2015 a febrero 2016. Repositorio Digital UCE. Ecuador. 2016
10. Guamán, M. 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. Repositorio de la Universidad Central del Ecuador. 2014
11. Ríos, U. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. Repositorio de la Universidad Científica del Perú. 2016.
12. Medrano, Y. Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital de Chancay de julio – septiembre del 2012. Cybertesis. Perú. 2015.
13. Santos, K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en púerperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. Perú. 2016
14. Campoverde, T. Incidencia, factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y parto de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1º de enero hasta el 31º de diciembre del 2011. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Ecuador. 2014
15. Villanueva, E. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Rev CONAMED. Colombia. 2013

16. Congo, A. "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 de 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.
17. Guamán, G. 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. Tesis para optar el título de obstetra, universidad de Guayaquil, Ecuador 2013
18. Chau, A. Factores de riesgo asociado a desgarros perinatales de III y IV grado, Hospital Belén de Trujillo, enero 2002 a diciembre 2010. Tesis para optar el título de Médico. Universidad Nacional de Trujillo 2013.
19. España, P. Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas. Congreso nacional, S.E.G.O Sevilla. España. 2013.
20. Atunca D. en su trabajo de investigación titulada Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre. Revista Cybertesis. Perú. 2013
21. CARROLI G, BELIZAN J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 3, Oxford: Update Software 2014.
22. Dirección Nacional de Maternidad e infancia control Preconcepcional, Prenatal y puerperal. Edición Argentina. 2013
23. Elharmeel S. Reparación quirúrgica de desgarros perineales espontáneos que ocurren durante el parto versus ninguna intervención. Obstetricia Práctica. Argentina. 2014

24. Romero J. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2010. Rev colombiana Obstet Ginecol. Colombia. 2013
25. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en el Instituto nacional materno perinatal 2011 (Tesis Doctoral). Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014
26. Guimarães J. Práctica de la episiotomía y factores maternos e neonatales relacionados. Rev. Eletr. Enf. Chile. 2014
27. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. Perú. 2010

6. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES DURANTE EL PARTO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL AÑO 2016”

BLOQUE I: FACTORES MATERNOS

- 1. Edad** ____ en años cumplidos

- 2. Estado Civil:**
 1. Soltera
 2. Casada
 3. Conviviente

- 3. Grado de instrucción**
 1. Primaria
 2. Secundaria completa
 3. Secundaria incompleta
 4. Técnico
 5. Universitario

- 4. Ocupación:**
 1. Ama de casa
 2. Estudiante
 3. Trabajadora dependiente
 4. Trabajadora independiente

- 5. Anemia**
 1. Leve
 2. Moderada
 3. Severa

BLOQUE II: FACTORES OBSTÉTRICOS

6. Paridad

1. Primigesta
2. Segundigesta
3. Multigestas

7. Periodo intergenésico _____ años

8. Edad gestacional _____ semanas

9. Tiempo de expulsivo _____ minutos

10. Psicoprofilaxis

1. Si
2. No

11. Episiotomía

1. Si
2. No

12. Desgarro perineal

1. I grado
2. II grado
3. III grado
4. IV grado

BLOQUE II: FACTORES NEONATALES

13. Sexo

1. Masculino
2. Femenino

14. Peso del Recién nacido _____ gr.