

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Factores de riesgo asociados al traumatismo perineal
posterior grave en el Hospital Nacional Docente
Madre-Niño San Bartolomé entre enero del 2000 y
diciembre del 2004**

TESIS

para optar el título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Nelson Solis Almonacid

Lima-Perú

2006

INDICE

INTRODUCCIÓN	02
HIPOTESIS	05
CAPÍTULO I. OBJETIVOS	06
CAPITULO II. MATERIALES Y MÉTODOS	07
CAPÍTULO III. RESULTADOS	13
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	20
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	23
CAPITULO VI. BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXOS	30

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRAUMATISMO
PERINEAL POSTERIOR GRAVE EN EL HOSPITAL NACIONAL
DOCENTE MADRE-NIÑO SAN BARTOLOMÉ ENTRE ENERO DEL
2001 Y DICIEMBRE DEL 2004**

AUTOR: Dr. NELSON SOLIS ALMONACID

ASESOR: Dr. HUGO OBLITAS BALDARRAGO

Introducción: El traumatismo perineal posterior es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento (31% de todos los nacimientos). El 1 a 8% de las mujeres sufren traumatismo perineal posterior grave (III y IV grado) luego del parto vaginal. 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%, otros factores de riesgos son el parto instrumentado, especialmente cuando se utiliza el fórceps, la nuliparidad y el feto grande.

El objetivo del presente estudio es identificar los factores de riesgo que se asocian con el traumatismo perineal posterior grave en el Hospital San Bartolomé durante el período Enero 2000 a Diciembre del 2004.

Metodología: Es una investigación de tipo Descriptivo Retrospectivo Transversal, un estudio de Cohortes y Prevalencia. La muestra incluyó a todas las pacientes con el diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave durante el parto vaginal durante el 1 Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2004.

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

Conclusiones: El uso de la episiotomía y la nuliparidad incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave. El parto instrumentado con forceps y el feto grande no se asocia al traumatismo perineal posterior grave.

Palabras claves: Traumatismo perineal posterior grave, factores de riesgo asociados, parto instrumentado

INTRODUCCION

En los últimos años existe un aparente aumento de casos del traumatismo perineal posterior grave (desgarros perineales de tercer y cuarto grado) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, que, por sus complicaciones inmediatas y mediatas es imperativo que se identifique cuales son los factores de riesgo asociadas a esta patología sui generis.

Así pues, se sabe que el traumatismo perineal posterior grave se halla asociado a factores como el uso de la episiotomía, duración del periodo expulsivo, peso del recién nacido entre otros, además se sabe que hay consecuencias mediatas como son las distopias,

incontinencia urinaria y la incontinencia fecal dentro de las mas reconocidas.

El desgarro perineal o traumatismo perineal posterior es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento (31% de todos los nacimientos). Según los estudios, del 1 a 8% de las mujeres sufren traumatismo perineal posterior grave luego del parto vaginal (de Leeuw 2001; Riskin-Mashiah 2002; Samuelsson 2000; Samuelsson 2002; Sultan 1994).

Los traumatismos perineales posteriores son más comunes luego de una parto instrumentado, especialmente cuando se utiliza el forceps. La incidencia de traumatismo perineal posterior grave luego del uso de forceps ha sido reportado en 21% para los de tercer grado y en 7% para los de cuarto grado (Bofill 1996). Otros factores de riesgo incluyen raza, episiotomía mediana, nuliparidad y feto grande (de Leeuw 2001; Goldberg 2003; Homsí 1994; Jones 2000; Labrecque 1997; Nager 2001; Sultan 1994).

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 mediolateral el riesgo va del 0,2 al 9% y cuando se realiza episiotomía mediana el riesgo va del 3 al 24%.

La presente tesis nos permitirá a través del análisis del traumatismo perineal posterior grave y los factores de riesgo asociados a este, iniciar medidas preventivas dirigidas a evitar dentro de lo posible nuevos casos de esta patología, disminuyendo la incidencia y prevalencia del mismo ; así pues al reducir el número de casos se logrará una mejor atención a nuestros pacientes y obviamente se mejora la calidad de vida de las mismas . Además obtendremos información práctica y científica sobre este tema que nos ayudará a mejorar profesionalmente.

HIPÓTESIS

- El uso de la episiotomía incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave.
- El parto instrumentado con forceps incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave.
- La nuliparidad incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave.
- El parto vía vaginal de un feto grande incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave.

CAPÍTULO I

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores de riesgo que se asocian con el traumatismo perineal posterior grave.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ◆ Establecer si el uso de la episiotomía se asocia con el traumatismo perineal posterior grave.
- ◆ Determinar si el parto instrumentado con forceps se asocia al traumatismo perineal posterior grave.
- ◆ Establecer si la nuliparidad se asocia al traumatismo perineal posterior grave.
- ◆ Determinar si el parto de un feto grande se asocia al traumatismo perineal posterior grave.
- ◆ Establecer la incidencia y prevalencia del traumatismo perineal posterior grave en el Hospital San Bartolomé.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.-Método de Estudio:

El presente trabajo de investigación es un estudio de Cohortes y Prevalencia, cuyo diseño es de tipo Descriptivo Retrospectivo Transversal.

2.2.-Área de Estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, centro especializado en la atención de la madre y del niño.

2.3.-Población y Muestra:

A.- Población.

Está constituida por 146 pacientes con el diagnóstico de traumatismo perineal posterior durante el parto vaginal en el Hospital San Bartolomé en el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2004.

B.- Muestra :

Es una población finita que incluirá a todas las pacientes (146) con el diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave durante el parto vaginal en el Hospital San Bartolomé en el período de Enero del 2000 a Diciembre del 2004

Características de la Población:

CRITERIOS DE INCLUSION :

- Pacientes con diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave (III y IV grado) luego del parto vaginal en el hospital San Bartolomé en el período de Enero del 2000 a Diciembre del 2004 y cuyas historias clínicas se encontraron en el archivo central del hospital.

CRITERIOS DE EXCLUSION :

- Pacientes con diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave (III y IV) luego del parto vaginal en el hospital San Bartolomé en el período de Enero del 2000 a Diciembre del 2004 cuyas historias clínicas no se encontraron en el archivo central del hospital

VARIABLES DEL ESTUDIO :

Independiente

TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR GRAVE : Se considera a las pacientes que presenten traumatismos perineales posteriores de tercer y cuarto grado.

Dependientes

-EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL : Se considera a la incisión de la vulva y perineo que inicia en la línea media y se extiende hacia fuera y abajo en la dirección opuesta al recto.

-EPISIOTOMIA MEDIANA : Se considera a la incisión de la vulva y perineo que se realiza en la línea media.

-PARTO CON FORCEPS : Paciente con parto vaginal empleando el forceps

-PARTO CON VACCUM EXTRACTOR : Paciente con parto vaginal empleando el vaccum extractor.

-NULIPARIDAD : Paciente que nunca ha tenido partos previos.

-MULTIPARIDAD: Paciente que ha tenido por lo menos un parto previo.

-FETO GRANDE : Recién nacido de más de 4 kilogramos de peso.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLES	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICION
EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL	Clinica	Cuantitativa	Discreta	N^a casos de desgarro posterior grave	Ficha Recolección
EPISIOTOMIA MEDIANA	Clínica	Cuantitativa	Discreta	N^a casos de desgarro posterior grave	Ficha Recolección
PARTO CON FORCEPS	Clínica	Cuantitativa	Discreta	N^a casos de desgarro perineal grave	Ficha Recolección
PARTO CON VACCUM	Clinica	Cuantitativa	Discreta	N^a casos de desgarro perineal grave	Ficha Recolección
NULIPARA	Clinica	Cuantitativa	Discreta	N^a casos de desgarro perinel grave	Ficha Recolección
MULTIPARA	Clinica	Cuantitativa	Discreta	N^a casos de desgarro perineal grave	Ficha Recolección
FETO GRANDE	Clinica	Cuantitativa	Continua	N^a casos de desgarro perineal grave	Ficha Recolección

2.4.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se solicitó a la Oficina de Información Perinatal (CLAP) el listado de los números de historias clínicas de todas las pacientes que tuvieron el diagnóstico de traumatismo perineal posterior grave luego del parto vaginal en el hospital San Bartolomé en el período de Enero del 2000 a Diciembre del 2004.

Luego se revisaron las 146 las historias clínicas de estas pacientes y se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos (Ver Anexos) para su posterior procesamiento y análisis de la información obtenida.

2.5.-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Una vez concluida la recolección de datos utilizando el modelo de Ficha de Recolección de Datos (Ver Anexos) se procedió al análisis a través de una base de datos usando el software estadístico SPSS versión 11.0 y se empleó índices de tendencia central (media, mediana y moda) medidas de dispersión y de correlación. Los resultados se presentan en cuadros y diagramas.

CAPITULO III

RESULTADOS

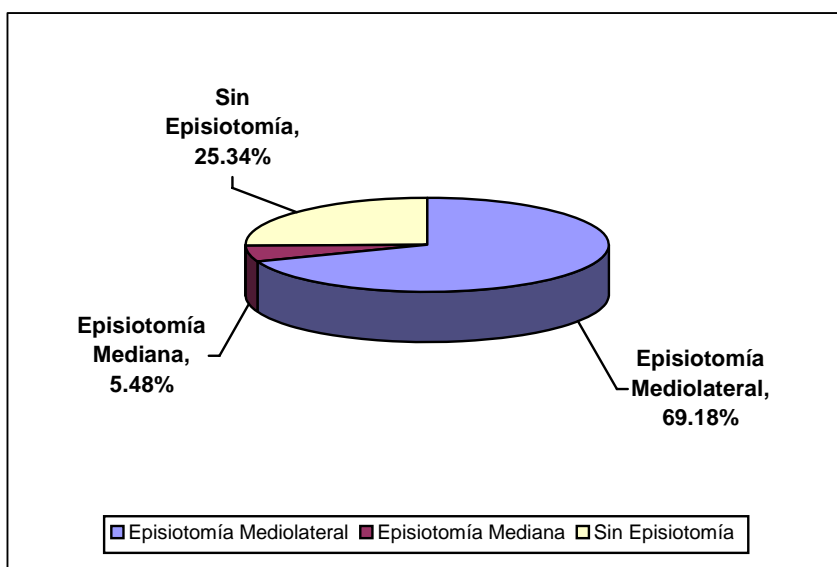
CUADRO N°1

USO DE LA EPISIOTOMIA Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004

EPISIOTOMIA	DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE	
	N° CASOS	PORCENTAJE
EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL	101	69.18%
EPISIOTOMIA MEDIANA	8	5.48%
SIN EPISIOTOMIA	37	25.34%
TOTAL	146	100.00%

GRAFICO N° 1

USO DE LA EPISIOTOMIA Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004



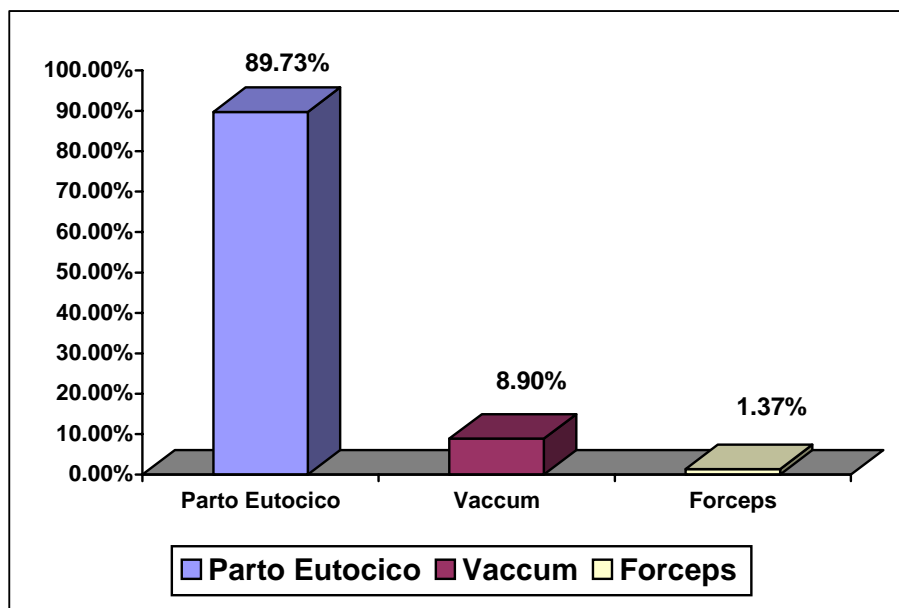
CUADRO N°2

TIPO DE PARTO VAGINAL Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004

TIPO DE PARTO	DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE	
	N° CASOS	PORCENTAJE
PARTO EUTCICO	131	89.73%
VACCUM	13	8.9 %
FORCEPS	2	1.37%
TOTAL	146	100.00%

GRAFICO N° 2

TIPO DE PARTO VAGINAL Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004



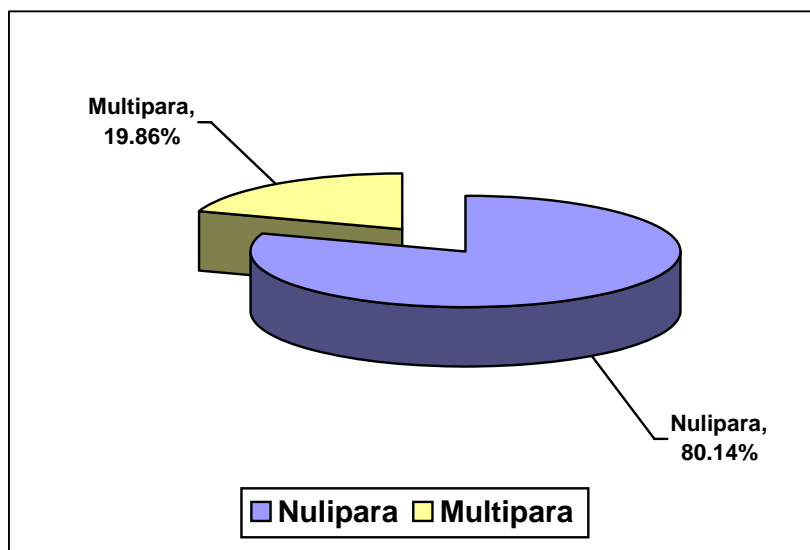
CUADRO N°3

PARIDAD Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004

PARIDAD	DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE	
	N° CASOS	PORCENTAJE
NULIPARA	117	80.14%
MULTIPARA	29	19.86 %
TOTAL	146	100.00%

GRÁFICO N°3

PARIDAD Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004



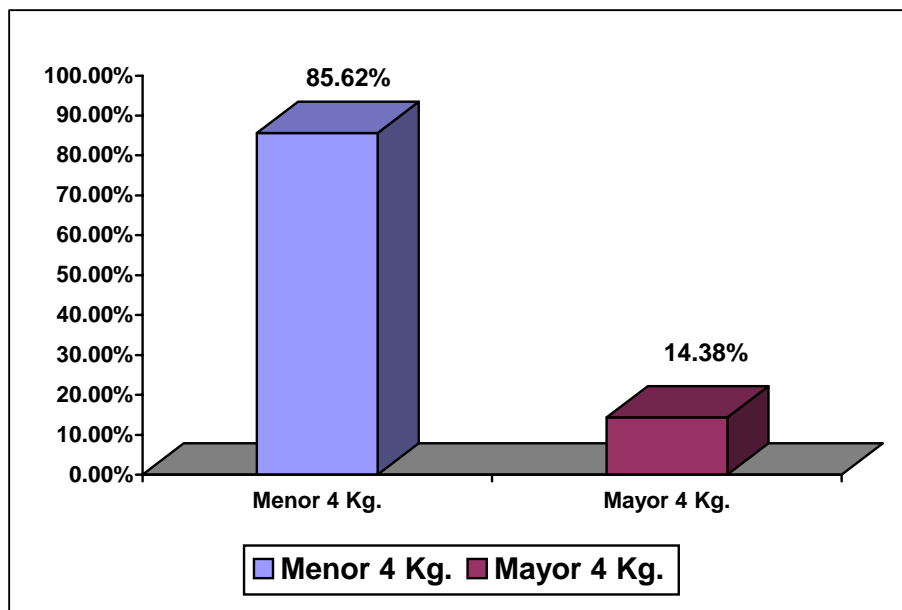
CUADRO N°4

FETO GRANDE Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004

PESO DE RECIEN NACIDO	DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE	
	N° CASOS	PORCENTAJE
MENOR 4 Kg	125	85.62%
MAYOR 4 Kg	21	14.38 %
TOTAL	146	100.00%

GRÁFICO N°4

FETO GRANDE Y DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ. 2000-2004



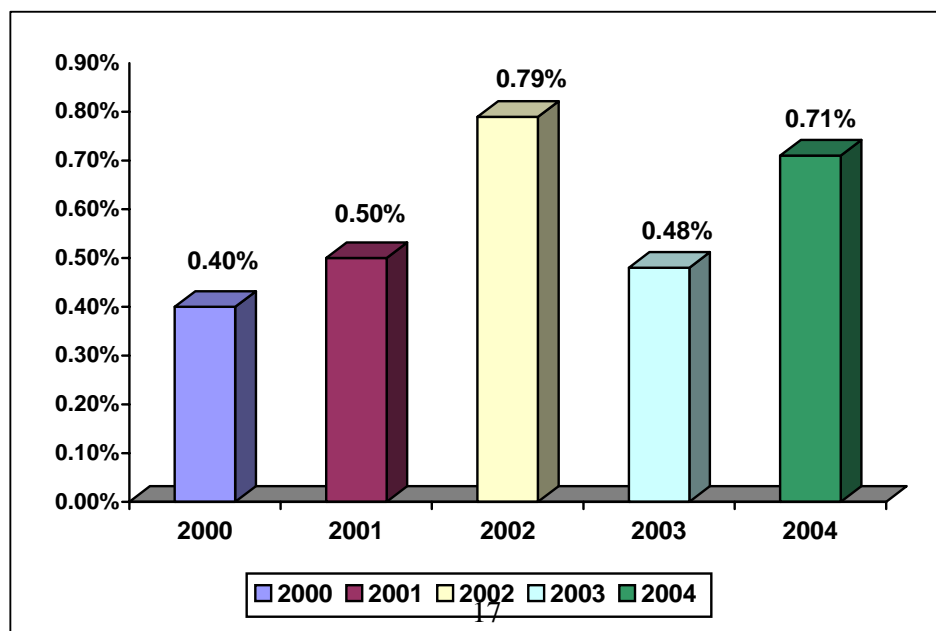
CUADRO N°5

INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOME.2000-2004

AÑOS	DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE		
	N° CASOS	TOTAL DE PARTOS VAG	TASA DE INCIDENCIA
2000	22	5131	0.4 x 100
2001	27	5310	0.5 x 100
2002	39	4880	0.79 x 100
2003	24	4903	0.48 x 100
2004	34	4820	0.71 x 100
TOTAL	146	25044	0.58 x 100

GRÁFICO N° 5

INCIDENCIA DE DESGARRO PERINEAL POSTERIOR GRAVE. HOSPITAL SAN BARTOLOME.2000-2004



En el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el período de estudio que fue del 1° Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2004 se produjeron 25044 partos vaginales.

De los 25044 partos vaginales que se produjeron en el período de estudio 146 presentaron desgarros perineales posteriores graves, con una incidencia anual promedio de 0,58 x 100. (Cuadro y Gráfico N°5).

En cuanto a los factores de riesgo estudiados tenemos :

1. Tipo de Episiotomía : De los 146 casos de desgarros perineales posteriores graves que se produjeron durante el estudio, se encontró que el 69,18% (101 casos) se les había realizado episiotomía mediolateral, 5,48% (8 casos) se les realizó episiotomía mediana, y en el 25,34% (37 casos) no se les realizó episiotomía. (Cuadro y Gráfica N°1)
2. Tipo de Parto : Los desgarros perineales posteriores graves se presentaron con mayor frecuencia en los partos vaginales (89,73%), en segundo lugar en los partos instrumentados con forceps (8,9%) y finalmente en los partos instrumentados con vaccum extractor en el (1,37%). (Cuadro y Gráfica N°2)
3. N° de Partos : Los casos de desgarros perineales posteriores graves se presentaron más frecuentemente en nulíparas (80,14%) que en multíparas (19,86%). (Cuadro y Gráfica N°3)

4. Peso del Recién Nacido : En el 85,62% de los casos de desgarro perineal posterior grave pesaron menos de 4Kg y solo en el 14,38% pesaron más de 4kg. (Cuadro y Gráfica N°4).

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

El desgarro perineal o traumatismo perineal posterior es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento (31% de todos los nacimientos). Según los estudios revisados, del 1 a 8% de las mujeres sufren traumatismo perineal posterior grave luego del parto vaginal (de Leeuw 2001; Riskin-Mashiah 2002; Samuelsson 2000; Samuelsson 2002; Sultan 1994).

En el período del 1° Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2004, el Hospital Nacional Docente Madre Niño registró 25044 partos vaginales de los cuales 146 presentaron desgarros perineales posteriores graves con una incidencia anual promedio de $0,58 \times 100$, lo que indica un menor porcentaje a los estudios previos revisados, además no se verificó que los casos de desgarro perineal posterior grave vaya en incremento, más bien el patrón de presentación es variable ya que las mayores incidencias se produjeron durante el 2002 ($0,79 \times 100$) y en el 2004 ($0,71 \times 100$).

La revisión bibliográfica muestra que el traumatismo perineal posterior grave se halla asociado a factores como el uso de la episiotomía, nuliparidad, parto instrumentado, peso del recién nacido entre otros.

En el estudio, de los 146 casos de desgarros perineales posteriores graves que se produjeron, se encontró que el 69,18% (101 casos) se les había realizado episiotomía mediolateral, 5,48% (8 casos) se les realizó episiotomía mediana, y en el 25,34% (37 casos) no se les había realizado episiotomía, lo cual indica que el uso de la episiotomía incrementa el riesgo de desgarro posterior grave. Por ello lo recomendable es que la realización sistemática de episiotomías debe ser reemplazada por un protocolo más selectivo, basado en las condiciones clínicas específicas halladas en el momento del parto.

Los desgarros perineales posteriores graves se presentaron con mayor frecuencia en los partos vaginales (89,73%), en segundo lugar en los partos instrumentados con forceps (8,9%) y finalmente en los partos instrumentados con vaccum extractor en el (1,37%), lo cual indicaría que el parto instrumentado con fórceps en particular no incrementaría el riesgo de desgarro perineal posterior grave, pero además hay una tendencia marcada descendente al parto instrumentado en los últimos años.

Los casos de desgarros perineales posteriores graves se presentaron más frecuentemente en nulíparas (80,14%) que en multíparas (19,86%), con

lo cual podemos observar que la nuliparidad es un factor de riesgo que incrementa la presentación de desgarro perineales posteriores graves.

En el 85,62% de los casos de desgarro perineal posterior grave pesaron menos de 4 kg y solo en el 14,38% pesaron más de 4kg, no se observó que el peso mayor de 4 Kg incrementa el riesgo de esta patología.

El presente estudio debe contribuir como el punto inicial para que se realicen mayores investigaciones en este campo ya que el desgarro perineal posterior grave puede llevar a complicaciones como dolor, infección hematoma, dispareunia, incontinencia y fístula recto-vaginal, dehiscencia de sutura; así como también investigar sobre aquellas intervenciones que pueden prevenirla como son el uso restrictivo de la episiotomía, masaje perineal antes o durante el trabajo de parto, la posición en el trabajo de parto, baños de asiento, la flexión de la cabeza, reprimir la cabeza, compresas perineales o lubricación, instrucciones maternas para el pujo, duración del parto y analgesia epidural.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El uso de la episiotomía incrementa el riesgo de traumatismo perineal posterior grave.
2. El parto instrumentado con forceps no se asocia al traumatismo perineal posterior grave.
3. La nuliparidad se asocia al traumatismo perineal posterior grave.
4. El tener un feto grande (mayor de 4Kg) no se asocia al traumatismo perineal posterior grave.
5. La incidencia anual promedio de traumatismo perineal posterior grave en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante los 5 años de estudio es de 0,58 x 100 y el patrón de presentación es variable.
6. La realización sistemática de episiotomías debe ser reemplazada por un protocolo más selectivo, basado en las condiciones clínicas específicas halladas en el momento del parto.

7. Realizar mayores investigaciones sobre las complicaciones que puede producir el desgarro perineal posterior grave así como también sobre todas aquellas intervenciones que pueden prevenirla.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-Bofill JA, Rust OA, Schorr SJ, Brown RC, Matin RW, Matin JN Jr et al. A randomized prospective trial of the obstetric forceps versus the M-cup vacuum extractor. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1996;176:1398-9.

-Alderson P, Green S, Higgins JPT, editors. Assessment of study quality. Cochrane Reviewers' Handbook 4.2.2 [updated December 2003]; Section 6. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004 Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

-Crawford LA, Quint EH, Pearl ML, DeLancey JO. Incontinence following rupture of anal sphincter during delivery. Obstetrics & Gynecology 1993;82(4):527-37.

-Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. William's obstetrics. 21st Edition. New York: McG-Hill, 2001.

- De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2001;108:383-7.
- Goldberg J, Hyslop T, Tolosa JE, Sultana C. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;188(4):1063-7.
- Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine* 2002;21(11):1539-58.
- Homsí R, Daikoku NH, Littlejohn J, Wheelless CR. Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstetrical & Gynecological Survey* 1994;49(12):803-8.
- Jones KD. Incidence and risk factors for third degree perineal tears. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000;71:227-9.
- Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Canadian Medical Association Journal* 1997;156(6):797-802.
- Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam M. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD004455.pub3. DOI: 10.1002/14651858.CD004455.pub3 .

-Mangram AJ, Horen TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. Center for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. American Journal of Infectious Control 1999;27:97-132.

-Nager CW, Helliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001;185(2):444-50.

-Oates JA, Wood AJJ. Antimicrobial prophylaxis in surgery. New England Journal of Medicine 1986;315:1129-38.

-[Review Manager (RevMan)] [Computer program]. 4.2 for Windows Edition. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2004.

-Riskin-Mashiah S, O'Brian S, Wilkins IA. Risk factors for severe perineal tear: can we do better?. American Journal of Perinatology 2002;19(5):225-34.

-Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2000;107:926-31.

-Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K, Hagberg H. A prospective observational study on tears during vaginal delivery: occurrences and risk factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2002;81:44-9.

-Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2001;184:881-90.

-Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD000933. DOI: 10.1002/14651858.CD000933 .

-Song F, Glenny AM. Antimicrobial prophylaxis in colorectal surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *British Journal of Surgery* 1998;85(9):1232-41.

-Sorensen SM, Bondesen H, Istre O, Vilmann P. Perineal rupture following vaginal delivery: long-term consequences. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1988;67:315-8.

-Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric and sphincter tear : risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994;308:887-91.

-Sultan AH, Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. Best Practice & Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology 2002;16(1):99-115.

-Towers CV, Carr MH, Padilla G, Asrat T. Potensial consequences of widespread antepartal use of ampicillin. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1998;179:879-83.

-Waddell TK, Rotstein OD. Antimicrobial prophylaxis in surgery. Committee on Antimicrobial Agents, Canadian Infectious Disease Society. Canadian Medical Association Journal 1994;157:925-31.

-Weinstein JW, Roe M, Towns M, Sanders L, Thore JJ, Corey R et al. Resistant enterococci: a prospective study of prevalence, incidence, and factors associated with colonization in a university hospital. Infectious Control and Hospital Epidemiology 1996;17:36-41.

-Whitfield CR. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynecology for postgraduates. 5th Edition. London: Blackwell Science, 1995.

-WHO/Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health. Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors. Geneva: WHO, 2003.

ANEXOS

Definición de Términos

- **TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR** : Es la solución de continuidad, más o menos profundo y extenso, que puede comprometer la piel, la mucosa, el cuerpo perineal, el esfínter anal y la mucosa rectal; que se produce en un parto espontáneo o instrumentado.
- **TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR DE PRIMER GRADO** : Cuando se afectan la horquilla vulvar, la piel perineal y la mucosa vaginal sin comprometer la fascia y el músculo subyacente.
- **TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR DE SEGUNDO GRADO** : Cuando afecta también la fascia y el músculo del cuerpo perineal pero sin comprometer el esfínter anal.
- **TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR DE TERCER GRADO** : Cuando abarcan la piel, la mucosa, el cuerpo perineal y también afectan el esfínter anal.

- **TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR DE CUARTO GRADO**
: Cuando se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto.
- **TRAUMATISMO PERINEAL POSTERIOR GRAVE** : Son aquellos traumatismos perineales posteriores de tercer y cuarto grado.
- **FETO GRANDE** : Recién nacido de peso mayor de 4 kilos.

Ficha de Recolección de Datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRES : HCL :.....

FECHA PARTO:/...../..... EDAD:.....

CPN: NO SI CUANTOS:.....

G.....P..... CESAREADA ANTERIOR:.....

PRIMIPARA MULTIPARA

INICIO TRABAJO DE PARTO: ESPONTANEO INDUCIDO
SI ES INDUCIDO : OXITOCINA MISOPROSTOL

DURACIÓN TRAB.DE
PARTO:DILATACIÓN:.....EXPULSIVO:.....

EVOLUCION TRAB DE PARTO: SPONTANEO
DISFUNCIONAL TPGA PROLONGADA.....

DETENCION2RIA DILATA.....

DETENCION DEL DESCENSO

VARIEDAD DE POSICIÓN: OIIA OIIF OIDP OIDA

NIVEL ATENCIÓN: IM IO RI R2 R3

PARTO: EUTCICO INSTRUMENTADOOTROS

EPISIOTOMÍA: MEDIANA MEDIOLATER NO
EPISIT.

PESO RN:.....APGAR : 1'..... 5'.....SANGRADO.....

LESIONES ASOCIADAS : DESGARRO PERINEAL ANTERIOR
DESGARRO CERVICAL
DESGARROS VAGINALES

EVOLUCION POST PARTO: DEHISCENCIA SUTURA
INFECCIÓN DE SUTURA
INCONTINENCIA URINARIA
INCONTINENCIA FECAL

OTROS.....