

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

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

TESIS para optar el Título Profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA

AUTORA

ADELA CECILIA AVILA FABIÁN

ASESOR Dr. LUIS KOBAYASHI TSUTSUMI

LIMA -PERÚ 2004

..	1
AGRADECIMIENTOS .	3
RESUMEN .	5
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN . .	7
1.1. ANTECEDENTES .	7
1.2. MARCO TEÓRICO .	8
1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS: .	11
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: . .	12
1.5. HIPÓTESIS .	13
1.6. OBJETIVOS . .	13
1.6.1. Objetivo general . .	13
1.6.2 Objetivos específicos . .	13
1.7. FINALIDAD .	13
CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS . .	15
2.1. Tipo de estudio . .	15
2.2. Universo muestral .	15
2.3. Unidad de Análisis . .	15
2.4. Tipo de Muestra .	16
2.5. Criterios de Inclusión y exclusión .	16
2.5.1. Criterios de Inclusión: . .	16
2.5.2. Criterios de exclusión . .	16
2.6. Variables: .	16
2.7. Instrumentos y plan de Recolección de Datos: .	17
2.8. Análisis estadístico .	17
2.9. Operacionalización de las variables .	17
CAPÍTULO III. RESULTADOS .	19
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN . .	23

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES . .	25
CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES .	27
BIBLIOGRAFÍA .	29
PÁGINAS WEB . .	30
ANEXOS .	31
Anexo 01 . .	31
Anexo 02 . .	31

Dedicatoria: *A mi madre que me incentivó a realizar este trabajo de investigación, brindándome todo su amor, paciencia, respeto y apoyo*

AGRADECIMIENTOS

- A Dios que ilumina mis días.
 - A mis padres que me apoyan diariamente.
 - A mi amiga Karina que me apoyó moralmente.
 - A mi asesor el Dr. Luis Kobayashi y a las obstetricas Nelly Barrantes y Clotilde Chambi que me guiaron en la realización de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Identificar cualesson los grados de desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, revisándose 1182 Historias clínicas obstétricas correspondiéndose a partos espontáneos, para el análisis estadístico de los datos se empleó la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: 157 desgarros vulvoperineales representando el 13.25% del total de partos.

Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado con 124 (79%) siguiendo los de segundo grado con 32 (20%) y por último el de tercer grado(1%)

La mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas con 124 desgarros (79%) siendo las de segunda paridad las que presentaron mayor numero de desgarros 103(65.6%) siguiendo las primíparas con 32 desgarros (20%) y por ultimo las gran multíparas con 1 desgarro (1%)

La edad en la que se observó la mayor frecuencia de desgarros fue entre los 20 y 34 años con 129 (82%) siguiendo las mayores de 34 años (14.8%) y las adolescentes con 5 desgarros (3.1%)

El peso del recién nacido en el que se observó el mayor numero de desgarros es de 2500 a 3500g. con 87 (55%), recién nacidos de 3500 a 4000g. con 52 desgarros (33%) encontrándose en este grupo 1 desgarro de tercer grado y en los macrosomicos se encontró 12 (8%) desgarros.

El tiempo de expulsivo en el que se encontró la mayor frecuencia de desgarros fue de 10 a 20 minutos 106(68%) siguiendo aquellos que se produjeron en menos de 10 minutos 32(20%) y por ultimo 19 desgarros (12%) de 20 a 30 minutos.

76 (48.8%) desgarros se presentaron en gestantes sin anemia antes del parto siguiendo aquellas con anemia leve 41(26%) y 40(25.4%) desgarros en el grupo de gestantes con anemia moderada.

La mayor frecuencia de desgarros se produjo en gestantes que no acudieron a las sesiones de Psicoprofilaxis presentando 146 desgarros (93%), aquellas que acudieron a menos de tres sesiones 2 desgarros (1.2%) y las que acudieron de tres a mas sesiones 9 (5.8%) desgarros.

Conclusiones:

- La paridad, edad, peso del recién nacido, anemia, tiempo de expulsivo y psicoprofilaxis influyen en forma estadísticamente significativa en la presentación de desgarros vulvoperineales ($p < 0.05$).

- La mayor frecuencia de desgarros fue de primer grado, presentándose en multíparas con edades de 20 a 34 años, cuyo producto pesó 2500-3500g. con un tiempo de expulsivo que duró de 10 a 20 minutos, con anemia leve antes del parto y que no acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis.

Palabra clave: Desgarros vulvoperineales.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES

En un estudio descriptivo, retrospectivo de 423 historias clínicas en Jauja- Junín entre enero y Junio de 1996, se observaron que dentro de las causas de puerperio anormal se encuentran los desgarros vulvoperineales de 2do grado (1%), y la incidencia de complicaciones maternas son mayores en la gestante adolescente que en la gestante de 19 a 30 años de edad, siendo mas frecuente en la altura que al nivel del mar. (1)

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, caso control pareado, en un grupo de gestantes mayores de 35 años y en gestantes entre 19 y 34 años quienes conformaron el grupo control dentro del periodo de julio 1997 al 30 de junio de 1998 en el servicio de Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza.

Se observó que el mayor numero de desgarros perineales fue más frecuente en las mayores de 35 años presentándose desgarros de primer grado (52.4%), desgarros de segundo grado (12.4%) y desgarros de tercer grado (2.9%). En el grupo control el desgarro de primer grado fue de 30.4%, el de segundo grado 10.1% y el de tercer grado 1.4% (2)

En un estudio de casos y controles se analizó la incidencia, complicaciones del embarazo y el parto en la adolescente en el Hospital Municipal de Santa Cruz del Sur

desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre del 2000, se tomó como grupo de estudio a 132 adolescentes y grupo de control 132 gestantes de 20 años a más. En los resultados se observaron que la incidencia fue de 22.2 % y dentro de las complicaciones maternas se aprecia que estas fueron mucho más frecuentes en las adolescentes (42.4%) del total, seguida de los desgarros perineales con 20 casos (15.1%) mientras que en el grupo control se presentaron 7 casos (5.3%) (3)

Se realizó un estudio comparativo, prospectivo, transversal en 494 gestantes a termino, nulíparas que acudieron al hospital San Bartolomé en el período Enero-Agosto 2001. Las gestantes fueron clasificadas en tres grupos; aquellas a las que se les realizó la episiotomía sistemática, aquellas a las que no se les realizó y aquellas a la que se les realizó la episiotomía bajo ciertas condiciones.

En el grupo de episiotomía con indicación el 9.6% de las pacientes sufrió un desgarro perineal. En el de episiotomía sistemática el 8% y en el de no episiotomía el 51.5%, siendo estos en su mayoría de primer grado (41.7%).

El 5.9% de los casos de episiotomía sistemática sufrieron además de incisión desgarros de primer y segundo grado (5.5% y 0.4% respectivamente)

Los casos de desgarro de tercer grado entre los grupos de episiotomía sistemática y con indicación se dieron en un 5.5%.

Solo hubo un caso de desgarro de cuarto grado en el grupo de episiotomía sistemática.

Se observó que la mayor cantidad de gestantes oscilan entre las edades de 20 a 34 años (66%), seguidos por el grupo de 25 a 29 años (23.1%) y por el de 30 a 34 años (10.9%).

Se observó también que la media del tiempo de expulsivo para el grupo de episiotomía con indicación fue aproximadamente de 40 minutos seguidos por el grupo de episiotomía sistemática que fue aproximadamente 13 minutos y finalmente el grupo de no- episiotomía en el cual la media del tiempo de expulsivo fue de 14 minutos.

Los recién nacidos cuyos pesos oscilan entre los 2500 y 3500g. son los que produjeron los desgarros perineales de primer y segundo grado en el grupo de episiotomía sistemática, con indicación y en el de no-episiotomía. (4)

En el año de 1999 se realizó un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles del 1ro de enero al 31 de diciembre de 1999, en el servicio de Obstetricia del Hospital Felix Torrealva Gutiérrez en ESSALUD de ICA, con un grupo poblacional de 267 gestantes de 35 años a mas dentro del estudio se observaron las complicaciones del parto y se encontraron desgarros vulvoperineales en un 2.6 % (5)

1.2. MARCO TEÓRICO

Los desgarros vulvoperineales constituyen la lesión mas frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.

En las primíparas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o esta 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. anomalías congénitas y rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (Malnutrición materna) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas y en variedades occipitosacras.

Se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir con relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y cesáreas. Además de la desproporción céfalo pélvica, 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. (6) (7)

La anemia materna es uno de los factores de riesgo por lo cual los tejidos vulvoperineales son friables.

En la anemia materna por deficiencia de hierro las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11g% y el hematocrito se halla por debajo del 32%. Muchas veces está asociada con un pronóstico materno desfavorable clasificándose de la siguiente manera:

Anemia leve, anemia moderada que aumenta el riesgo de mortalidad materna perinatal y la anemia severa que duplica el riesgo de muerte materna. (10)

Inmediatamente después del periodo expulsivo se observa una pérdida sanguínea de magnitud variable pero continua. Si el sangrado no es abundante se puede esperar a que ocurra el alumbramiento. La persistencia de sangrado en presencia de un útero contraído nos indica que hay un desgarro en el canal genital. Mediante la revisión manual y con la inspección de valvas se revela la presencia de desgarros. La extensión del desgarro guarda relación con la intensidad de la hemorragia (8)

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados:

1er grado: Compromete solo la piel y los tejidos superficiales.

2do grado: Además de la piel y los tejidos superficiales están comprometidos los músculos de periné.

3er grado: Se extiende de los músculos perineales al esfínter del ano.

4to grado: Las estructuras anteriores más la mucosa rectal.

Las principales consecuencias de los desgarros vulvoperineales son:

- Hemorragia postparto.
- Shock hipovolémico.
- Hematomas

- Infección
- Dispareunia. (9) (10)

Prevención de los desgarros:

a) Episiotomía:

Es la incisión en el sector que va desde la vulva al ano, en la zona llamada periné- la piel y los músculos- que se sitúan entre la vagina y el recto. Se efectúa con la tijera poco antes de la salida de la cabeza del bebé.

Propósitos de la episiotomía:

Sigue siendo una intervención quirúrgica muy común en obstetricia. En teoría:

- Sustituye por una incisión quirúrgica limpia y recta a la laceración de los bordes desgarrados que ocurriría con frecuencia.

- Su reparación es más fácil y la cicatrización mejora en comparación con un desgarro.

- Un beneficio citado pero no probado de la episiotomía de rutina es que previene la relajación pelviana (cistocele, rectocele) y la incontinencia urinaria

La polémica rodea a esta técnica por los estudios realizados en diversos países sosteniendo los investigadores que la episiotomía se asocia con una incidencia elevada de desgarros del esfínter anal y del recto, que la cicatrización ocurre con mayor dificultad traduciéndose en una mayor tasa de infección y hemorragia así como también mas dolor a comparación de los desgarros que la cicatrización es mas lenta e indolora.

Momento de la episiotomía:

Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza es visible, durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm. Evitando realizar una episiotomía temprana que dará lugar a una hemorragia de la incisión pudiendo ser considerable durante el interin entre la episiotomía y el parto. Si se realiza tarde los músculos del piso perineal ya habrán sufrido un estiramiento excesivo dando lugar a los desgarros.

Clases de episiotomía: Episiotomía media y mediolateral.

Características	Media	Mediolateral
Reparación quirúrgica	Fácil	Difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Frecuente
Dolor	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelente	Defectuosa
Perdida de sangre	Menor	Mayor.
Dispareunia	Rara	Ocasional
Extensiones	Frecuentes	Infrecuentes

Momento de la reparación de la episiotomía:

La practica mas frecuente es diferir la reparación de esta, hasta el alumbramiento permitiendo concentrar la atención en los signos de desprendimiento placentario. Se

piensa que el alumbramiento temprano disminuye la pérdida de sangre del sitio de implantación porque impide el desarrollo de un sangrado retroplacentario extenso.

Complicaciones:

- Incontinencia urinaria y anal.
- Formación de hematomas.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Graves traumatismos perineales. (10)

b) Psicoprofilaxis:

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

Las sesiones incluyen clases educativas, gimnasia obstétrica, ejercicios de relajación, respiración, etc.

c) Ejercicios de Kegel:

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

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

d) Masaje perineal:

El masaje perineal prenatal ha demostrado que puede prevenir la realización de una episiotomía y disminuir los desgarros que algunas mujeres presentan durante el parto. Esto es de particular efectividad en embarazadas mayores de 20 años de edad.

Esta técnica contribuye a preparar la piel del periné para su distensión a la hora del parto, también contribuye a que aprendan las sensaciones del parto y como controlar los músculos que allí se encuentran. Se inicia el masaje aplicando gel lubricante, separando las piernas e introduciendo los dedos de la vagina, deprimiendo el periné hacia abajo y hacia los lados

durante dos minutos, luego masajear alrededor del introito y por último empujar los pulgares hacia afuera, imaginando como presionar la cabeza del niño cuando salga.(10).

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Paridad:** Número de hijos nacidos vivos o muertos que pesan 500g. o más, o que poseen mas de 20 semanas de edad gestacional. Dependiendo de ello pueden ser:

Primípara: Aquella que tiene un hijo.

Múltipara: Aquella que tiene 2 a 5 hijos.

Gran múltipara: Aquella que tiene mas de 5 hijos.

- **Desgarro Vulvoperineal:** Solución de continuidad traumática de la vulva y el periné al momento del descenso, rotación y salida de la cabeza del bebé.

- **Edad de la gestante:** Cantidad de años cronológicos, desde su nacimiento hasta la fecha del parto.

- **Peso del recién nacido:** Medida somatométrica e indicador expresado en g. Clasificándose de la siguiente manera:

<1000g. Extremadamente muy bajo peso al nacer.

<1500g. Muy bajo peso al nacer.

<2500g. Bajo peso al nacer.

≥2500g. Peso adecuado al nacer.

≥4000gr. Macrosomía.

- **Período expulsivo:** Comienza cuando la dilatación cervical ha completado y termina con la expulsión fetal, en este proceso se cumplen los mecanismos del parto. Su duración es de 1-2 h en primerizas y 30min. en múltiparas

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

Anemia leve: 9-10.9g/dl

Anemia moderada: 7-8.9 g/dl

Anemia severa: < 7 g/dl

- **Psicoprofilaxis:** Preparación física y mental para sobrellevar de una manera óptima el embarazo parto y puerperio.

- **Episiotomía profiláctica:** Incisión quirúrgica efectuada en la zona llamada periné efectuándose con una tijera antes de la expulsión del producto, se suele utilizar esta técnica para evitar expulsivos prolongados y desgarros graves.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuáles son los grados de desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en gestantes atendidas el Hospital Santa Rosa, durante los meses de Enero-Junio del 2003?

1.5. HIPÓTESIS

Los desgarros vulvoperineales de primer grado se presentan con mayor frecuencia influyendo la paridad, edad, peso del recién nacido, tiempo de expulsivo, anemia materna y psicoprofilaxis.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

Identificar cuales son los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa.

1.6.2 Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de los grados de desgarros vulvoperineales según su paridad.
 - Conocer la edad en la cual se presentan con mayor frecuencia los desgarros vulvoperineales.
 - Determinar la influencia del peso del recién nacido en la presentación de los desgarros vulvoperineales.
 - Determinar la influencia del período expulsivo en la presentación de desgarros vulvoperineales.
 - Determinar el grado de anemia materna antes de presentar un desgarro vulvoperineal.
 - Determinar que la ausencia de psicoprofilaxis representa un factor de riesgo en desgarros vulvoperineales.

1.7. FINALIDAD

Los desgarros vulvoperineales constituyen una de las causas principales de hemorragia puerperal, shock hipovolémico, infecciones, hematomas, dispareunia etc.

A través de este trabajo de investigación se busca conocer la frecuencia de los diversos grados de desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo (edad, paridad, peso del recién nacido, tiempo de expulsivo, anemia materna y psicoprofilaxis)

Por tal motivo se realiza una revisión bibliográfica considerando trabajos de investigación realizados anteriormente.

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

2.2. Universo muestral

En el período 1ro de enero al 30 de junio del 2003 se revisaron 1182 historias clínicas correspondiéndose a partos espontáneos encontrándose 157 desgarros vulvoperineales.

2.3. Unidad de Análisis

En nuestra población de estudio existen los siguientes elementos: Gestante y recién nacido.

2.4. Tipo de Muestra

Muestreo por conveniencia.

2.5. Criterios de Inclusión y exclusión

2.5.1. Criterios de Inclusión:

Forman parte de esta población de estudio:

- Las gestantes atendidas en período expulsivo en la sala de partos del Hospital Santa Rosa y que culminaron su embarazo, en un parto espontáneo, sin la realización de una episiotomía.
- Pacientes que presenten desgarros vulvoperineales después del parto.
- Gestantes que no tuvieron control prenatal en este hospital.

2.5.2. Criterios de exclusión

No formaran parte de esta población:

- Las cesareadas anteriores.
- Aquellas gestantes a las que se les realizó la episiotomía profiláctica.
- Gestantes que fueron sometidas a inducción y/o acentuación.
- Gestantes que presenten patologías que no permitan culminar su embarazo por vía vaginal.
- Gestantes que fueron atendidas en periodo expulsivo en otro hospital.

2.6. Variables:

Variables Independientes: Paridad, edad, peso del recién nacido, tiempo de expulsivo, anemia materna y psicoprofilaxis.

Variable dependiente: Desgarros vulvoperineales.

2.7. Instrumentos y plan de Recolección de Datos:

Se tomó como fuente de datos las historias clínicas obstétricas, el registro de partos y el SIP (sistema informático perinatal). Se confeccionó una ficha de datos en la cual se transcribió la información obtenida.

2.8. Análisis estadístico

La información obtenida se presentó en tablas de doble entrada en las cuales se realizó el cruce de variables, usando para ello el programa Excel como hoja de calculo y para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS/PC.

En el análisis de los resultados se aplico frecuencias y la prueba de chi- cuadrado para las variables: Paridad, edad, peso del recién nacido, tiempo de expulsivo, anemia materna y psicoprofilaxis. La significancia estadística fue considerada al 5%

2.9. Operacionalización de las variables

Matriz de operacionalización de variables

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

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de variable
Edad	Edad de la gestante expresada en años	Cuantitativa continua	Razón	≤19
				>19-34
				>34
Tiempo de expulsivo	Tiempo de salida del producto expresado en minutos	Cuantitativa continua	Razón.	<10
				≥10<20
				>20 ≤ 30
Peso del recién nacido	Peso en g. del producto	Cuantitativo continua	Razón.	<2500
				2500-3500
				>3500 < 4000
				≥4000
Paridad de la gestante	Número de partos	Cuantitativa discontinua	Razón	Primípara
				Múltipara
				Gran múltipara
Anemia materna	Grado de anemia	Cualitativa	Ordinal	Anemia leve(Hb: 9- 10.9)
				Anemia moderada(Hb 7 - 8.9)
				Anemia severa(Hb < 7)
Psicoprofilaxis	Número de sesiones	Cuantitativo discontinua	Razón	Sesiones: <3 ≥3

CAPÍTULO III. RESULTADOS

Tabla 01. Relación entre grados de desgarros vulvoperineales y paridad

Paridad	Primípara		Multípara								Gran multípara		Total	
	Grado desgarro													
	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	6	%	N	%
1er grado	22	13.5	82	52.3	15	9	3	2	1	1	1	1	124	79
2do grado	9	5.8	21	13.3	2	1.2							32	20
3er grado	1	1											1	1
Total	32	20	103	65.6	17	10.2	3	2	1	1	1	1	157	100

Chi cuadrado: 299.038

g.l:4

p<0.05

TABLA 01: Se observó el grado de desgarro según la paridad de la gestante, apreciándose que el mayor número de desgarros vulvoperineales ocurrieron en las multíparas (79%) siendo los desgarros de las de segunda paridad los de mayor frecuencia (65.6%).

Los desgarros de primer grado de las de segunda paridad representaron el 52.3%, las de tercera paridad el 9%, las de cuarta paridad 2% y las de quinta paridad 1%. Es necesario mencionar que no existieron desgarros de tercer y cuarto grado en multíparas.

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

Las primíparas presentaron el 20% del total de desgarros siendo los desgarros de primer grado e 13.5%, siguiendo los desgarros de segundo grado con 5.8% y el de tercer grado el 1%.

Se presentó solo un desgarro en las gran múltiparas siendo este de primer grado con 1% del total.

Tabla 02. Relación entre grados de desgarros vulvoperineales y peso del recién nacido

Peso(g)	<2500	%	2500-3500	%	>3500-<4000	%	≥4000	%	Total	%
Grado desgarro										
1er grado	6	4	68	43	41	26	9	6	124	79
2do grado			19	12	10	6	3	2	32	20
3er grado					1	1			1	1
Total	6	4	87	55	52	33	12	8	157	100

Chi cuadrado: 109.318

g.l:6

p<0.05

TABLA 02: Se muestra la relación del peso y su influencia en la presentación de desgarros vulvoperineales, se observó que en el grupo de recién nacidos cuyo peso fue de 2500 a 3500g. se presentó el 55% de lesiones siendo el de primer grado el de mayor frecuencia (43%); Mientras que los recién nacidos con un peso mayor de 3500 y menor de 4000g. se observó el 33% de lesiones siendo el de primer grado el de mayor frecuencia (26%) y el de tercer grado de menor frecuencia con 1%. En los recién nacidos macrosomicos se presento el 8% de lesiones siendo el 6% de primer grado. Por ultimo el menor numero de desgarros se presento en el grupo de recién nacidos menor de 2500g. (4%) presentando solo desgarros de primer grado.

Tabla 03. Relación entre grados de desgarros vulvoperineales y edad de la gestante

Edad (Años)	≤19	%	>19-34	%	>34	%	total	%
Grado de desgarro								
1er grado	4	2.1	103	65.6	17	11	124	79
2do grado	1	1	25	15.5	6	3.8	32	20
3er grado			1	1			1	1
Total	5	3.1	129	82	23	14.8	157	100

Chi cuadrado: 171.567

g.l:4

p<0.05

TABLA 03: Analizando la edad de la gestante se observó que el mayor número de desgarros (82%) se presentaron en mujeres de 19 a 34 años representando los

desgarros de primer grado el 65.6%, los de segundo grado el 15.5%, y el de tercer grado el 1%.

Se observó también que las gestantes añosas presentaron mayor número de desgarros (14.8%) que las adolescentes (3.1%) siendo los desgarros de primer grado de las primeras el 11% y de las segundas 2.1%.

En cuanto a los desgarros de segundo grado estos fueron mayores en las gestantes añosas (3.8%) y menores en las gestantes adolescentes (1%).

Tabla 04. Relación entre grados de desgarros vulvoperineales y tiempo de expulsivo

T.E(min.)	<10	%	≥10<20	%	≥20≤30	%	Total	%
Grado desgarro								
1er grado	25	15.5	86	55	13	8	124	79
2do grado	6	3.8	20	12.7	6	3.8	32	20
3er grado	1	1					1	1
Total	32	20	106	68	19	12	157	100

Chi cuadrado: 84.166

g.l: 4

p<0.05

TABLA 04: con relación al tiempo de expulsivo y el grado de desgarro producido en el parto se puede observar que el 68% de desgarros ocurrió entre 10 y 20 minutos de los cuales el 55% fueron de primer grado y el 12.7% de segundo grado.

El 20% de desgarros ocurrió en menos de 10 minutos en partos precipitados representando los desgarros de primer grado el 15.5%, los desgarros de segundo grado, el 3.8% y el desgarro de tercer grado el 1%.

El menor número de desgarros (12%) se presentó entre los 20 y 30 minutos de los cuales el 8% fueron desgarros de primer grado y el 3.8% de segundo grado.

Tabla 05. Relación entre grados de desgarros vulvoperineales y anemia

Anemia	Sin anemia		Con anemia				Total		
	N	%	Leve	%	Moderada	%	Severa	N	%
Grado desgarro									
1er grado	58	37	31	19.7	35	22.3		124	79
2do grado	17	10.8	10	6.3	5	3.1		32	20
3er grado	1	1						1	1
Total	76	48.8	41	26	40	25.4		157	100

Chi cuadrado: 16.064

g.l:4

p<0.05

TABLA 05: Se aprecia que el 48.8% de desgarros se produjo en gestantes que no presentaron anemia antes del parto siendo el 37% desgarros de primer grado, el 10.8% desgarros de segundo grado y el 1% desgarro de tercer grado.

El 26% de desgarros se encontraron en el grupo de gestantes con anemia leve presentando desgarros de primer y segundo grado con 19.7% y 6.3% respectivamente. El menor numero de desgarros (25.4%) se encontraron en el grupo de gestantes que presentaron anemia moderada siendo el 22.3% de primer grado y el 3.1% de segundo grado.

No se presentaron desgarros en gestantes con anemia severa.

Se puede notar a su vez que el mayor numero de desgarros (51.4%) se produjo en gestantes que presentaron anemia antes del parto.

Tabla 06. Relación entre grados de desgarros vulvoperineales y psicoprofilaxis

Sesiones	0	%	<3	%	≥3	%	total	%
Grado desgarro								
1er grado	116	74	2	1.2	6	3.8	124	79
2do grado	29	18			3	2	32	20
3er grado	1	1					1	1
Total	146	93	2	1.2	9	5.8	157	100

Chi cuadrado: 251.936

g.l:4

p<0.05

TABLA 06: Se observó que el mayor numero de desgarros vulvoperineales (93%) se presento en el grupo de gestantes que no acudieron al servicio de psicoprofilaxis siendo el desgarro de primer grado el de mayor frecuencia (74%) seguido del desgarro de segundo grado (18%) y presentando 1 desgarro de tercer grado.

El 1.2% de desgarros se presentó en gestantes que acudieron a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis observándose en ellas solo desgarros de primer grado.

En el grupo de gestantes que acudieron de tres a mas sesiones se observó el 5.8% de desgarros de las cuales el 3.8% y 2% fueron desgarros de primer y segundo grado respectivamente.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró 157 desgarros vulvoperineales representando el 13.25% del total de partos espontáneos.

En los grados de lesión la mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado con 124 (79%) y el de menor frecuencia el de tercer grado (1%). Esto coincide con el estudio realizado en el Hospital San Bartolomé (Enero-Agosto 2001) en el grupo de gestantes nulíparas sin episiotomía, en el cual los desgarros de primer grado fueron 85 (81%).

En cuanto a la paridad la mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas con 124 desgarros (79%) siendo las de segunda paridad las que presentaron mayor número de desgarros (65.6%) (Tabla 01). Se aprecia esto porque en la mayoría de primíparas se realizó la episiotomía profiláctica a comparación de las multíparas que en su minoría se realizó dicha técnica debido a la presencia de factores de riesgo, no ocurriendo esto en el Hospital San Bartolomé donde el grupo de primíparas sin episiotomía presentó mayor número de desgarros 10 (51.5%).

La edad en la que se observó la mayor frecuencia de desgarros se encontró entre los 20 a 34 años con 129 desgarros (82%) siguiendo los mayores de 34 años con 23 desgarros (14.8%) y las adolescentes con 5 desgarros (3.1%) (Tabla 03). En un estudio realizado en el Hospital Loayza (Julio 1997-Junio 1998) se observó que el mayor número de desgarros vulvoperineales fue más frecuente en las gestantes de 35 años a más predominando los de primer grado (52.4%) a comparación de las gestantes entre 19 y 34 años con 30.4%.

Estos resultados no coinciden con el estudio realizado en el Hospital de Santa Cruz del Sur (1ro de enero-31 de diciembre 2000) donde se observó que dentro de las complicaciones maternas de 132 adolescentes figuraron los desgarros perineales siendo estos 20 (15.1%) mientras que las 132 gestantes de 20 años a mas representaron el 5.3%.

Teóricamente se acepta que en edades muy tempranas o tardías las posibilidades de lesiones aumentan, sin embargo a través de este estudio se observo que el periné se lesiona a cualquier edad no influyendo este factor en la presentación de desgarros.

El peso del recién nacido en el que se observa la mayor frecuencia de desgarros es de 2500 a 3500g. con 87 (55%) (Tabla 02). Esto coincide con los resultados del estudio realizado en el Hospital San Bartolomé siendo los recién nacido cuyos pesos oscilan entre 2500 y 3500g. los que produjeron la mayor cantidad de desgarros 69 (65.7%). Esto no coincide con la teoría que atribuye mayor frecuencia de desgarros a los recién nacidos macrosomicos. Por lo tanto se puede que el peso del recién nacido no influye en la presentación de desgarros.

El tiempo de expulsivo en el que se produjo la mayor frecuencia de desgarros fue de 10 a 20 minutos 106 (68%) (Tabla 04). Esto coincide con el Hospital San Bartolomé en el cual la media del tiempo de expulsivo de las pacientes con la mayoría de desgarros fue de 14 minutos. Se puede notar que el tiempo de expulsivo influye en la presentación de desgarros.

Las gestantes que presentaron anemia leve antes del parto sufrieron 41(26%) desgarros y las que presentaron anemia moderada 40 (25.4%) desgarros, sumando un total de 81 (51.4%) desgarros vulvoperineales en gestantes que presentaron anemia antes del parto. (Tabla 05)

La ausencia de Psicoprofilaxis representa un factor de riesgo un factor de riesgo en los desgarros vulvoperineales, observándose en este estudio que la mayor frecuencia de desgarros se produjo en gestantes que no acudieron a las sesiones de Psicoprofilaxis presentando 146 desgarros (93%) a comparación de aquellas que acudieron a menos de tres sesiones presentando 2 desgarros (1.2%) y por ultimo las que acudieron de tres a mas sesiones con 9 desgarros (5.8%) (Tabla 06)

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

1. En el período 1ro de enero al 30 de Junio se revisaron 1182 historias clínicas obstétricas en el Hospital Santa Rosa, correspondiendo a partos espontáneos encontrándose 157 desgarros vulvoperineales representando el 13.25% del total de partos.

2. En cuanto a los grados de lesión la mayor frecuencia corresponde a los desgarros de primer grado con 124 (79%), siguiendo los de segundo grado con 32 (20%) y el de tercer grado (1%).

3. La mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas con 124 desgarros (79%) siendo las de segunda paridad las que presentaron el mayor número de desgarros 103 (65.6%), siguiendo las primíparas con 32 desgarros (20%) y las gran multíparas con 1 desgarro (1%).

4. En cuanto a la edad se observó que la mayor frecuencia de desgarros se encontró entre los 20 y 34 años con 129 desgarros (82%) siguiendo las mayores de 34 años con 23 desgarros (14.8%) finalmente las adolescentes con 5 desgarros (3.1%).

5. El peso del recién nacido en el que se observó la mayor frecuencia de desgarros fluctúa entre 2500 y 3500g. siguiendo los recién nacidos de 3500 a 4000g. con 52 desgarros (33%) encontrándose en este grupo 1 desgarro de tercer grado. Además en los macrosomicos se encontró 12 desgarros (8%).

6. En cuanto al tiempo de expulsivo se apreció que la mayor frecuencia de desgarros ocurrió de 10 a 20 minutos 106(68%) siguiendo aquellos que se produjeron en menos de

10 minutos siendo estos 32 (20%) y por ultimo 19 desgarros (12%) de 20 a 30 minutos de expulsivo.

7. Se aprecia que 76(48.8%) desgarros se produjeron en gestantes que no presentaron anemia antes del parto, siguiendo aquellos que se produjeron en gestantes con anemia leve 41(26%) y 40 (25.4%) desgarros en el grupo de gestantes con anemia moderada. Se puede decir que la anemia influyó en la presentación de desgarros ya que 51.4% de estos se produjo en gestantes con anemia.

8. La ausencia de psicoprofilaxis representa un factor de riesgo en los desgarros vulvoperineales, observándose que la mayor frecuencia de desgarros se produjo en gestantes que no acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis presentando 146 desgarros. (93%).

9. Se puede concluir que la mayor frecuencia de desgarros fue de primer grado, presentándose en multíparas con edades de 20 a 34 años, cuyo producto pesó 2500-3500g. con un tiempo de expulsivo que duró de 10 a 20 minutos, con anemia leve antes del parto y que no acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis.

10. La paridad, anemia materna y psicoprofilaxis influyen en la presentación de desgarros vulvoperineales.

11. En cuanto a la edad, tiempo de expulsivo y peso del recién nacido se pudo apreciar que no influyen en la presentación de desgarros, sin embargo, también estos influyen en forma estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en la presentación de desgarros vulvoperineales.

CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

1. Es necesario una mejor capacitación en la atención de partos sin episiotomía protegiendo adecuadamente el periné, logrando así disminuir notablemente la frecuencia de desgarros vulvoperineales especialmente los de tercer y cuarto grado.

2. Debería realizarse la episiotomía bajo ciertas condiciones evitándose su uso rutinario, ya que ello implicaría una reducción de episiotomías y de complicaciones (dehiscencias, desgarros, hematomas, infecciones, edemas, etc.).

3. Se debería evaluar minuciosamente el canal del parto para evitar episiotomías innecesarias en gestantes que presentan condiciones anatómicas favorables, sobre todo en primigestas y segundigestas que son a quienes con mayor frecuencia se les realiza.

4. Es mejor la reparación (sutura) de los desgarros de primer grado, que se presentan con mayor frecuencia en pacientes sin episiotomía, que una episiorrafia.

5. Se debería considerar al personal que atiende el parto para determinar su influencia en la presentación de desgarros.

BIBLIOGRAFÍA

- Mejía, Elíseo. "Características del Embarazo parto y Recién Nacido de la gestante adolescente en la altura". Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Abril 2000. Vol. 46. Nro. 2. Pág. 135-140
- Sánchez José, Escudero F. Riesgo materno Perinatal en gestantes mayores de 35 años. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia julio 2000 Vol. 46 Nro. 3. Pág. 235.
- Valdes Dacal, Sigfrido. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Mexicana 2000 Vol. 40 Nro. 14. Pág. 8-9.
- Luna Z. Tania, Casanova. Estudio comparativo entre uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulípara en el Hospital San Bartolomé Revista ASSPO. Perú 2002 Vol. 4 Nro. 11. Pág. 3-5
- Bendezú Martínez, Guido. Gestación en edad avanzada. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia 2001 vol. 47 Nro. 3. Pág. 169.
- Botero U, Jaime. Parto y gestaciones anormales. Ginecología y Obstetricia – 5ta edición editor Botero Jubiz Henao 1994. Pág. 225.
- Ludmir, Abraham. Partos Instrumentados- Cirugía Obstétrica. Obstetricia y Ginecología Décima edición Concytec – Lima Perú 1999. Pág. 516- 520
- Mongrut Steane, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica”Cirugía Obstétrica. Capítulo XXI. Cuarta edición Sesator. Lima- Perú 2000 Pág. 665- 667

Schwarz, Ricardo. Alumbramiento, control prenatal, anemia – Tratado de Obstetricia- quinta edición Ateneo Buenos Aires 1995. Pág. 238, 158, 343.

Garay Cunningham, F y col. Hemorragia Obstétrica - Williams Obstetricia. 20ava. edición 1998 –editorial Medica. Panamericana Pág. 315-316

PÁGINAS WEB

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002346.htm>

http://www.methodishealth.com/vti_bin/shtml.dll/spanish/epi/gesta.htm/map

<http://www.tuotromedico.com/temas/diabetesyembarazo.htm.#1>

<http://www.revistaportema.com/parto/viasdeterminacion.htm> Suplemento de salud 371- parto la episiotomía triplica el riesgo anal temporal- archivos/cab- salud.gif

<http://www.jobstetgynecol.htm> . Factores de riesgo para daño perineal durante el parto vaginal /Christiam LM, Boubjerg VE, MC Davitt EC, Hullfish KL.

<http://www.obgyn.net/embarazoenlaadolescenciaincidenciariesgosycomplicaciones.htm> . Institución Hospital Gineco Obstetrico docente "Ana Betancourt de Mora". Camaguey -Dr Sigfrido Valdes Dacal.

<http://www.amigasdeparto.htm>

<http://www.clarin.com/yausanunaspracticadeparto.Htm> .

<http://www.crianza.com.ar>

<http://www.Paginet.com.br>.

<http://www.crianzanatural.com>.

ANEXOS

Anexo 01

FICHA DE DATOS:

Nombre completo del autor: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Resumen de la propuesta:

Objetivo: _____

Justificación: _____

Impacto esperado: _____

Beneficiarios: _____

Impacto social: _____

Impacto ambiental: _____

Impacto económico: _____

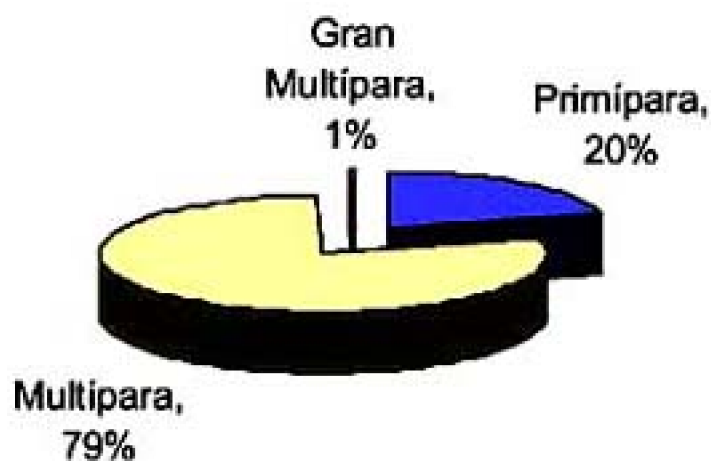
Impacto en la calidad de vida: _____

Impacto en la salud: _____

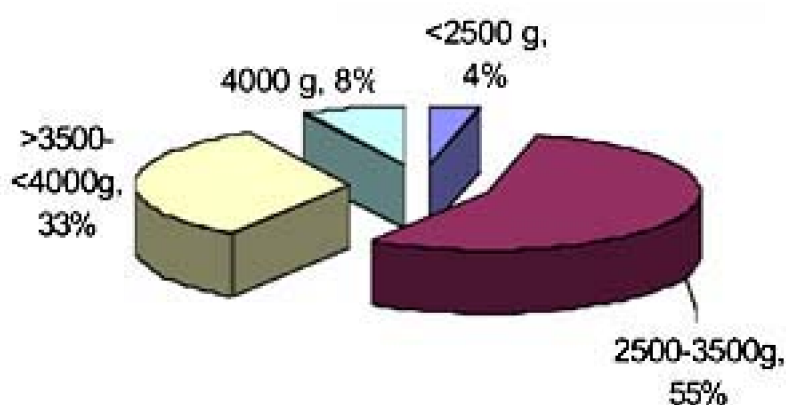
Anexo 02

GRÁFICOS

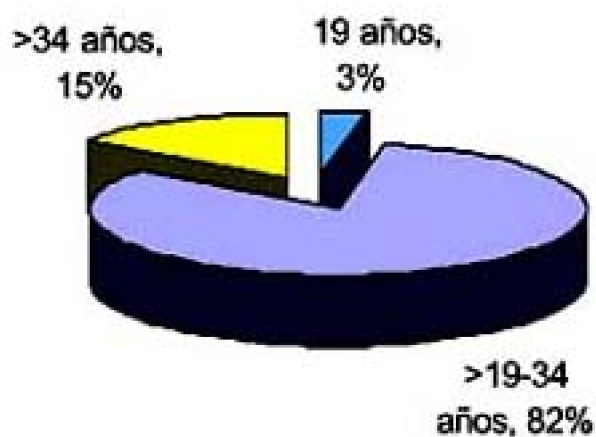
Relación entre grado de desgarro y paridad



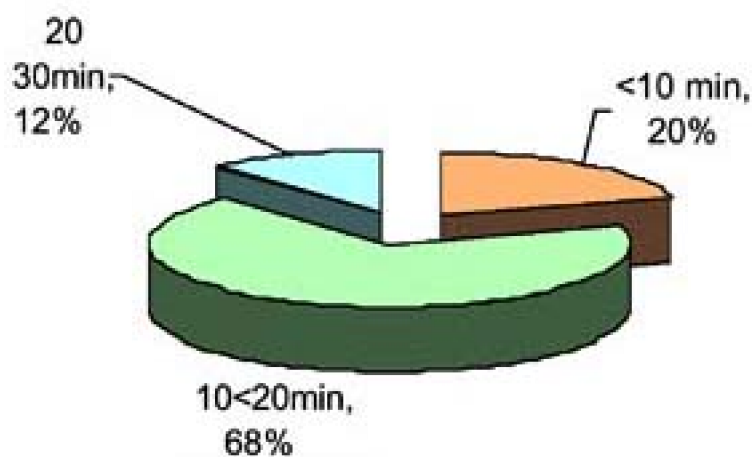
Relación entre grado de desgarro y peso del R.N.



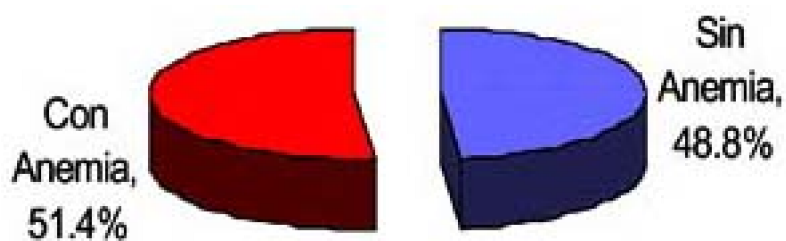
Relación entre grado de desgarro y edad



Relación entre grado de desgarro y tiempo de expulsivo



Relación entre grado de desgarro y anemia



Relación entre Psicoproilaxis y grado de desgarro

