

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y DESGARROS
PERINEALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DE AGOSTO A OCTUBRE,
2017**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Gyzell Monserrat Riquelme Aguilera

Coronel Oviedo - Paraguay

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DE AGOSTO A OCTUBRE, 2017

GYZELL MONSERRAT RIQUELME AGUILERA

TUTOR: LIC. GRACIELA RODRIGUEZ

Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DE AGOSTO A OCTUBRE, 2017

GYZELL MONSERRAT RIQUELME AGUILERA

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

A Dios: Por haberme guiado por el buen camino y permitirme culminar la carrera dándome fuerzas para seguir adelante.

A mi mamá, Eugenia: Por apoyarme en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy; pero más que nada, por su amor incondicional.

A mi papá, Lino: Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha inculcado siempre; por el valor mostrado para seguir adelante y por su amor.

A mis hermanas Mila y Magui: quienes me impulsan a ser mejor persona para ellas y crecer en todos los ámbitos, a ellas quienes son mi fortaleza diaria.

A mis amigos; compañeros de estudio e incasables luchadores, con quienes pasamos momentos buenos y malos, por la ayuda durante estos largos años.

A mis maestros: por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios, por el tiempo dedicado a la enseñanza, por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Caaguazú, Facultad de Ciencias Medicas:
Por darme la oportunidad de formarme con excelentes profesionales.

A mis profesores: Por demostrar paciencia y orientarme en todo momento para aprender el maravilloso mundo de la medicina.

A mis compañeros: Mis incasables hermanos de lucha diaria; porque juntos compartimos momentos inolvidables.

A todas aquellas personas que siempre estuvieron a mi lado y me tendieron la mano para brindarme su ayuda.

A todos, muchas gracias.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4. JUSTIFICACIÓN	8
5. OBJETIVOS	9
6. MARCO TEÓRICO.....	10
7. MARCO METODOLÓGICO	21
8. RESULTADOS	27
9. DISCUSIÓN	43
10. CONCLUSIÓN	46
11. RECOMENDACIONES	47
12. BIBLIOGRAFÍA	48
13. ANEXO	52



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según edad de gestantes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)	28
Tabla 2. Distribución según edad de gestantes con desgarros que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)	35



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de desgarros perineales. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216).....	27
Gráfico 2. Procedencia. Hospital regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216).....	29
Gráfico 3. Distribución de gestantes según atención prenatal. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)	30
Gráfico 4. Distribución de gestantes según paridad. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)	31
Gráfico 5. Frecuencia de episiotomía. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216).....	32
Gráfico 6. Distribución de gestantes según el peso del recién nacido. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)	33
Gráfico 7. Distribución de gestantes según la edad gestacional al nacer. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)	34
Gráfico 8. Procedencia de las gestantes con desgarros. Hospital regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)	36
Gráfico 9. Distribución de gestantes con desgarros según atención prenatal. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)	37
Gráfico 10. Distribución de gestantes con desgarros según paridad. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)	38
Gráfico 11. Frecuencia de episiotomía en gestantes con desgarros. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)	39



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 12. Grado de desgarro en gestantes. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57).....	40
Gráfico 13. Distribución de gestantes según el peso del recién nacido. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)	41
Gráfico 14. Distribución de gestantes con desgarros según la edad gestacional al nacer. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57).....	42



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, debido a que se asocia a la mortalidad materna en un 15% como consecuencia de hemorragias posteriores al parto.

Objetivo: Determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre año 2017.

Sujetos y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se incluyeron a 216 gestantes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre año 2017.

Resultados: La prevalencia de desgarros fue del 26,4%. Entre los factores de riesgos: la edad materna en un 77,2%, comprendida en franja etaria de 20 a 34 años, 61,4% de procedencia urbana, controles prenatales insuficientes en 66,7%, en un 47,3% fueron nulíparas, 82,5% no se realizaron episiotomía y el grado de desgarro más frecuente fue de grado I en 77,1%. Un 89,4% de los recién nacidos tuvieron peso al nacer entre 2500 a 4000 gramos y el 87,7% fueron neonatos de término.

Conclusión: La prevalencia de desgarros perineales registrada en el Hospital Regional de Coronel Oviedo fue similar a otros estudios.

Palabras claves: Desgarro. Factores de riesgo. Episiotomía. (Bireme)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRAC

Introduction: The morbidity associated with perineal tears is a health problem, because it is associated with maternal mortality by 15% due to postpartum hemorrhages.

Objective: To determine the prevalence of risk factors associated with perineal tears in pregnant women treated at the Regional Hospital of Coronel Oviedo from August to October 2017.

Subjects and Methods: Observational, descriptive cross-sectional study. We included 216 pregnant women who attended the Regional Hospital of Coronel Oviedo from August to October 2017.

Results: The prevalence of tears was 26.4%. Among the risk factors: maternal age in 77.2%, comprised in age group of 20 to 34 years, 61.4% of urban origin, insufficient prenatal controls in 66.7%, in 47.3% were nulliparous women, 82.5% did not undergo episiotomy and the degree of tearing was more frequent grade I in 77.1%. 89.4% of newborns had birth weight between 2500 and 4000 grams and 87.7% were term neonates.

Conclusion: The prevalence of perineal tears registered in the Regional Hospital of Coronel Oviedo was similar to other studies.

Keywords: Tear. Risk factors. Episiotomy (Bireme)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. INTRODUCCIÓN

El trauma perineal se observa en más de 65% de los partos vaginales y, generalmente es producto de un desgarro espontáneo o secundario a la episiotomía. Se calcula que cerca de 1.000 mujeres por día, en Estados Unidos requieren un reparo perineal luego del parto, siendo ésta una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia¹.

El indicador, a nivel mundial, que se ha utilizado para medir la salud materna es el de la mortalidad asociada a complicaciones del embarazo, parto o puerperio, sin embargo; y sin negar la importancia que ello implique, por cada caso de óbito, existen por lo menos otras 30 mujeres que padecen afecciones graves o lesiones discapacitantes².

La morbilidad relacionada a los desgarros perineales constituyen un problema de salud debido a que las mujeres presentan síntomas persistentes hasta 2 meses posteriores al parto en más de 91% de los casos. La presentación clínica en estas pacientes están dadas por eventos adversos a corto plazo: hemorragia, hematomas, infecciones, abscesos, dolor perineal, fístula, dispareunia; y eventos a largo plazo como: disfunción sexual, incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital^{3, 4}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) “reporta que existen en el mundo 529.000 muertes maternas al año, de las cuales 166.000 son causadas por hemorragia obstétrica, que engloba el 25% de las muertes maternas. Aproximadamente 50% de estas muertes se presentan en las primeras 4 horas posteriores al parto”⁵.

La OMS informa que las complicaciones posteriores al parto de forma inmediata, son las principales causas de morbilidad y mortalidad materna más fácilmente prevenible y tratable, disminuyendo las cifras de incidencia de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

mortalidad en mujeres que se han sometido a un parto institucional, y considera urgente que los servicios de salud proporcionen asistencia con alta eficiencia, calidad adecuada y fácil acceso a todos los niveles de la prestación de los servicios⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Lorenzo M y col., en su estudio “Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias”. Identificaron 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; estudiaron a 173 casos de pacientes que presentaron desgarros perineales de tercer y cuarto grado y 517 controles sin lesión perineal evidente, atendidas de enero de 2004 a diciembre de 2007. De los 173 casos, 121 (69.9%) presentaron desgarro perineal de tercer grado y 52 (30.05%) desgarro de cuarto grado. El uso de oxitócicos (RM= 1.72IC 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 parto².

En el estudio denominado “Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao durante el año 2014” que pertenece al autor Oviedo Maravi, analizó 130 historias clínicas con desgarros perineales para el grupo casos y 130 historias clínicas para el grupo control, donde observó que del total de casos de pacientes con desgarro el 79.2% presentó desgarro de primer grado. En el grupo que presentó 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% sí; el 63,1% son primíparas y el 36,9% multíparas; el 78,5% presentó un tiempo expulsivo menor a 10 minutos y el 21.5% fue de 11 a 30 minutos; el 69,2% presentó un PIG largo, el 21.5% con un PIG adecuado y el 9,2% un PIG corto; el 61,5%



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

presentó un recién nacido con un peso adecuado, el 37,7% con un recién nacido macrosómico y el 0,8% con uno de bajo peso³.

Ríos Linares en su trabajo titulado “Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015”, obtuvo los siguientes resultados: el 74.6% de las embarazadas tenían edades entre 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas urbanas, el 72.1% realizaron estudios secundarios, el 50.8% presentaron 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)⁴.

La investigación “Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013” realizada por Robayo W, identificó las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes; incluyó un total de 160 adolescentes embarazadas, entre edades de 12 a 19 años, con una media de 17,5; las adolescentes en etapa media (14 – 16 años) representaron el 21% y la mayor parte de la población con el 78% correspondió a adolescentes en etapa tardía. La mayor parte de las adolescentes embarazadas correspondía a edades de entre los 16 y 19 años; sin embargo se registraron casos de embarazos desde los 12 años en adelante. En cuanto al estado civil el 49,4% de las mismas se mantenía en unión libre. Al analizar la paridad, el 90% presentó una paridad, el 8,8% dos y un 1,3% tres, siendo las adolescentes tardías las que presentaron el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones. La mayoría del grupo poblacional en el momento de encontrarse en labor de parto, estaba cursando entre las 37 y 41 semanas de embarazo; de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

todos estos, el 70% finalizó el embarazo por vía vaginal y por varias causas, el 30% en cesárea. Del total de adolescentes embarazadas, el 42,5% presentaron algún tipo de complicación, 30% presentó desgarros perineales, principalmente grado I y II⁶.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es una preocupación a nivel mundial. Diariamente mueren unas 1.600 mujeres en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo. La OMS informa que el 25% del total de las muertes maternas se producen a causa de hemorragias obstétricas y más del 50% de estas muertes se presentan en las primeras 4 horas post-parto^{5, 7}.

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto. En el mundo se estima que existen 2 millones de mujeres, principalmente en los países africanos que sufren de desgarro perineal durante el parto, cuyas edades están comprendidas entre 13 y 18 años⁸.

En una investigación realizada en Irlanda sobre 20.111 partos por vía vaginal sin episiotomía, se observó 1,7% de desgarros de segundo grado y desgarros cervicales con menos frecuencia arrojando una tasa global del 0,2-0,5%⁹.

En países de América Latina se observó una proporción de 2.4%, presentando desgarro perineal de tercer y cuarto grado, en Costa Rica fue de 2.2% y en Colombia de 1.9%⁸.

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima Perú, el porcentaje de gestantes con desgarro perineal fue de 42.03% en el 2011; y con desgarro perineal solo de III o IV grado fue de 1.24%⁸.

En Paraguay, la investigación hecha en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, que incluyó a 180 mujeres, obteniendo los siguientes resultados: lesión del canal vaginal y periné: 8 pacientes, 5,7%. Desgarro grado I: 6 pacientes, 4,3%. Desgarro grado II: 2 pacientes, 1,4%¹⁰.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Existen muchos factores de riesgo de desgarro perineal: factores neonatales, maternos y obstétricos, por ende si no son atendidos a tiempo conducen a complicaciones severas tanto para la madre como para el neonato, es por ello que se considera un pilar fundamental el seguimiento adecuado teniendo en cuenta: el peso del recién nacido, la edad materna, la paridad, los controles prenatales adecuados, entre otros¹¹.

Se describen factores asociados a los desgarros perineales pasibles de prevención por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre año 2017?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

4. JUSTIFICACIÓN

Conocer los principales factores de riesgo que predisponen a una mujer a tener desgarro perineal es relevante debido al impacto en la morbimortalidad que generan. Estos desgarros producen en la mujer afecciones a corto plazo que pueden comprometer la vida, como la hemorragia; y a largo plazo entre ellas la incontinencia urinaria y rectal que afectan la calidad de vida de las pacientes. Estos factores de riesgo pueden disminuirse a través de su identificación en las atenciones prenatales durante el embarazo, consideramos que una intervención oportuna incluyendo la educación sanitaria en los controles prenatales, contribuirán a reducir la morbilidad materna.

Por ello, con el presente estudio se pretende determinar la prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre año 2017, de manera a brindar información acerca de las cifras que representan estos factores en las mujeres atendidas en este centro y de esta forma aclarar la magnitud que representa este problema para las mujeres de la Ciudad de Coronel Oviedo y otras localidades del departamento de Caaguazú.

Los resultados obtenidos mediante el análisis de la casuística, serán elevados a las autoridades correspondientes a fin de que se realicen intervenciones pertinentes en el mencionado nosocomio, tal como capacitación del personal responsable de la atención prenatal, punto clave para la detección y prevención de los diversos factores de riesgo culminando en la mejoría de la salud materna y perinatal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

5.1.1 Determinar la prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre año 2017.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Determinar la prevalencia de los factores de riesgo maternos asociados con el desgarro perineal en gestantes.

5.2.2 Identificar los factores de riesgo obstétricos relacionados con el desgarro perineal.

5.2.3 Describir los factores de riesgo neonatales para el desgarro perineal en gestantes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Desgarros. Definición

“Los desgarros son la pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto afectando de esta manera al periné; el mismo puede ser de localización central o lateral”^{3, 4}.

Los desgarros perineales se consideran una de las principales causas de morbilidad en la mujer durante la atención del parto y es uno de los principales temores de la mujer al momento del parto¹².

Se ha establecido que más de 85 % de pacientes con parto vaginal sufrirán algún tipo de desgarro, entre 1 a 8 % tendrán un desgarro vulvoperineal severo (lesión del esfínter anal con o sin compromiso de la mucosa rectal) y 60 a 70 % de los desgarros requerirán sutura para su manejo¹³.

El trauma perineal grave afecta el músculo o el tejido en el recto, ocurre en un 1% a 8% de las mujeres y es más común cuando se realiza parto instrumentado⁴.

Los desgarros del canal del parto constituyen la segunda causa de hemorragia posterior al parto, se pueden producir espontáneamente durante el segundo período del parto, o más frecuente como resultado de maniobras tóco quirúrgicas (fórceps, espátulas, cesárea, etc.)⁵.

Los desgarros pueden presentarse en cualquiera de los componentes que conforman el canal del parto: vagina, cérvix y perineo. El traumatismo perineal anterior implica la lesión de los labios, la vagina anterior, la uretra o el clítoris y generalmente se asocia con poca morbilidad. El traumatismo perineal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

posterior implica lesión de la pared posterior de la vagina, los músculos perineales o el esfínter anal¹⁴.

El grado de pérdida sanguínea es secundario a la extensión y profundidad de la lesión e influye el tiempo transcurrido hasta la reparación. El diagnóstico se realiza mediante la exploración sistemática del canal de parto, después del alumbramiento placentario o antes de éste; si se pone de manifiesto una pérdida hemática abundante después de la extracción fetal tanto en los partos espontáneos como en los instrumentados¹³.

El tratamiento es la reparación quirúrgica de los desgarros, siendo necesario iniciar la sutura por encima del ángulo de desgarro con el fin de controlar el sangrado de vasos que pueden retraerse a este nivel. Aunque las complicaciones de estos desgarros suelen tener habitualmente poca significación clínica, se impone un buen juicio clínico antes de realizar cualquier maniobra tóco quirúrgica para evitar complicaciones mayores⁵.

6.2 Periné. Anatomía

En obstetricia, el periné es considerado la porción del suelo perineal situada entre el ano y la comisura posterior de la vulva y que en el trascurso del parto se distiende y en ocasiones se desgarra^{15, 16}.

Se reconoce que el periné está conformado por el conjunto de tejidos que cierran el estrecho inferior de la pelvis. La pelvis es un espacio de forma romboidal que está limitado lateralmente por las ramas isquiopúbicas, las tuberosidades isquiáticas, los ligamentos sacrociáticos mayores y el cóccix. Este espacio está dividido en dos triángulos a través la línea bisquiática: en un triángulo posterior o anal y el triángulo anterior o urogenital^{4, 16}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.2.1 Periné Posterior

El periné anorrectal o posterior contiene la terminación del conducto rectal y los esfínteres, el cuerpo anococcígeo, la fosa isquiorectal, los vasos sanguíneos, nervios y linfáticos regionales^{9, 15}.

6.2.2 Planos superficiales⁹ :

- Piel: a nivel de la piel se abre el recto a través del orificio anal que se halla por detrás de la línea bisquiatica.
- Tejido celular subcutáneo.
- Fascia perineal profunda: está formada por una capa externa que contiene panículo adiposo y otra más profunda y densa que constituye la fascia de Colles.

El periné obstétrico o triángulo vagino-rectal; es el espacio con forma de pirámide triangular que se encuentra limitado por el recto y el aparato urogenital. La región anterior está formada por la cara posterior de la vagina y la vulva, su cara posterior formada por la cara anterior de la porción perineal del ano, su vértice constituido por el punto donde la vagina y el recto se relacionan, su base está conformada por la piel que circunda la vulva y el orificio anal. Las paredes laterales formadas por las fosas isquirectales. La región de este triángulo se encuentra ocupada por el núcleo fibromuscular del periné conocida como cuerpo del periné. Esta región triangular es de gran importancia debido a que debe de soportar durante el trabajo de parto todo empuje útero-abdominal ejercido por la madre, esta zona es vulnerable y se desgarrar si posee poca elasticidad, en caso de un desgarro completo y no es suturado de forma correcta, el canal anal, el esfínter vaginal y el útero carecen de sostén¹⁵.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.3 Efecto del parto sobre las estructuras perineales

Posteriormente de haber pasado el estrecho superior el móvil fetal atraviesa los haces musculares del elevador del ano para alcanzar el periné superficial. El núcleo fibroso central se tensa, se lamina y en ocasiones se llega a rasgar. Los haces musculares del elevador del ano se dilatan, el transverso profundo y la aponeurosis media del periné se distienden. Todos estos eventos llevan a la posibilidad de lesiones que comprendan tanto a las estructuras musculares como nerviosas¹⁶.

6.4 Clasificación de los desgarros

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados¹⁷.

- Primer Grado: Lesión en la piel perineal y/o de la mucosa vaginal.
- Segundo Grado: compromete a los músculos bulbo cavernoso y músculo transverso superficial del periné, sin afectar esfínter anal.
- Tercer Grado: Lesión en el perineo que implica el complejo del esfínter anal:

III A: Menos del 50% del espesor del esfínter anal externo.

III B: Lesión superior al 50% del espesor del esfínter anal externo.

III C: Lesión que afecta al esfínter anal externo y al esfínter anal interno.

- Cuarto Grado: Lesión que implica el complejo del esfínter anal (externo e interno) y la mucosa anorrectal.

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro perineal. Los desgarros de grado IIIC presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado IIIB, y a su vez éstos el doble que los IIIA. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la opción más grave. Existen lesiones que no pueden enmarcarse en la



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

clasificación. Puede localizarse una lesión de la mucosa rectal con indemnidad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede desencadenar complicaciones como fístulas recto-vaginales¹⁷.

6.5 Factores predisponentes

El riesgo de desarrollar desgarro perineal ocurre principalmente en las primíparas, en ellas ocurren con mayor frecuencia cuando no se realiza la episiotomía o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto, debido a la presencia de cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal, rigidez de los tejidos; especialmente en las primíparas añosas^{4, 8}.

Además existen condiciones desfavorables en la formación del perineo como la desnutrición materna, las infecciones a repetición que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto^{4, 8, 17}.

La hemorragia post-parto ocurre en 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea aproximadamente^{8, 17}.

La mortalidad en el mundo por hemorragia post-parto en países en vías de desarrollo es 1 por 1000 partos. La Organización Mundial de la Salud estimó que existen 20 millones anuales de complicaciones maternas por hemorragia posterior al parto¹⁷.

6.6 Factores de riesgo para el desgarro perineal

6.6.1 Factores de riesgo maternos

Edad materna



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La edad materna viene a ser el número en años de vida de la mujer gestante. Se señala que cuanto más joven sea la mujer, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir con relación al parto¹³.

Se considera como factor de riesgo a las menores de 20 años debido a causas psicológicas y físicas, lo que predispone a patologías obstétricas, entre ellas la desproporción céfalo – pélvica; cuando los huesos de la pelvis aun no han terminado de desarrollarse¹⁸.

Anemia materna:

La anemia gestacional se define como un nivel bajo de hemoglobina presentando valores del hemoglobina menor a 11g/dl en el primer trimestre, en el segundo trimestre menor a 10,5 g/dl, en el tercer trimestre menor a 11 g/dl. El déficit de hemoglobina reduce la oxigenación de los tejidos entre ellos el periné que juega un papel fundamental en el desarrollo del parto y es el motivo por el cual los tejidos vulvoperineales son friables y se asocia con un pronóstico materno desfavorable^{13, 18}.

6.6.2 Factores de riesgo obstétricos

Paridad:

La paridad es otro factor de riesgo para desarrollar desgarro perineal, se incluyen a las nulíparas, primíparas, multíparas y las gran multíparas. La elasticidad del periné por el número de partos realizados es diferente en una primípara que en una que tuvo más de dos partos, por lo que se considera que la menor cantidad de partos contribuye a una mayor probabilidad de desarrollar algún grado de desgarro perineal¹⁸.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Atención prenatal

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico^{19, 20}.

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos:

- Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico.
- Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo

Un control prenatal para considerarlo eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos¹⁹:

- Precoz:
- Periódico:
- Completo:
- Amplia cobertura:

Lo mínimo son 5 controles prenatales, según normal de Ministerio de Salud²⁰.

Con la atención prenatal se persigue¹⁹:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido
- La Información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir

El control prenatal adecuado en calidad, cantidad, contenido, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo de cada gestante, contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva²⁰.

6.6.3 Factores de riesgo 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 peso¹⁸.

Edad Gestacional

La edad gestacional se considera un factor de riesgo de no tanta implicancia, se observó casos de productos de post término relacionado a los desgarros perineales¹⁸.

6.7 Episiotomía

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más común realizado a nivel mundial. Su uso se justifica con la prevención de desgarros



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

perineales graves, reducción de la incontinencia urinaria y fecal, mejor función sexual futura así como también para prevenir complicaciones en el feto como ser hipoxia fetal y distocia de hombros²¹.

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 hemorragia post parto que comprometa la vida de la madre²¹.

6.7.1 Clasificación de la episiotomía²².

- Mediana: se inicia en la comisura posterior y se dirige hacia una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal.
- Mediana modificada: la anterior se modifica adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la izquierda y otra hacia la derecha.
- Episiotomía con forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal.
- Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.
- Lateral: comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.
- Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica.

De las mencionadas, sólo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que éstas conllevan. Al realizar estas incisiones se comprometen la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos: bulboesponjoso y el perineal transversal. Además existe posibilidad de dañar el nervio pudendo, el cual podría ser causante de la grave dispareunia que sufren las mujeres a las que se les realiza la episiotomía^{21, 22}.

6.8 Reparación de lesiones perineales

6.8.1 Reparación de desgarros de primer y segundo grado:

En primer lugar se realiza la sutura de la mucosa vaginal con identificación del ángulo de desgarro. El punto de anclaje debe estar a 1 cm por encima del ángulo de desgarro. El tipo de sutura a realizar debe ser de tipo continua desde del ángulo hasta anillo himenal. Si se requiere hemostasia puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados. La sutura de tipo continua presenta menor dolor posterior que los puntos discontinuos²³.

6.8.2 Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado:

Antes de iniciar la reparación del periné se debe identificar el tipo y el grado de lesión, la evaluación se debe realizar de forma sistemática, efectuando un tacto rectal con el dedo índice y la palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo, el recto y el dedo pulgar que explora el periné; realizando el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, que permitirá una mayor exposición de la zona lesionada²⁴.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.9 Manejo en la sala de hospitalización²⁵.

Se recomienda la antibioticoterapia profiláctica para disminuir el riesgo de infección y dehiscencia de la herida.

Profilaxis antibiótica en aquellas lesiones de esfínter:

Tercer grado:

- 3a: Cefalosporina de 2^a o 3^a generación endovenosa o intramuscular en dosis única.
- 3b y 3c: Cefuroxima + Metronidazol durante 5 días.

Cuarto grado:

- Cefuroxima + Metronidazol durante 10 días.

6.10 Conducta en el siguiente parto después de un desgarro del esfínter anal.

Se ha observado que el riesgo de recurrencia de un desgarro de 3er o 4º grado ocurre entre un 3,6-7,2%. La cesárea programada evita la posibilidad de un nuevo desgarro, pero no protege de la presencia de incontinencia anal a largo plazo ya que la misma depende de otros factores de riesgo distintos a los del parto²⁵.

En aquellas mujeres asintomáticas con lesión ecográfica extensa, más aún si presentaron síntomas de incontinencia tras el parto vaginal previo, puede ofrecerse a la madre la posibilidad de una cesárea electiva. No obstante, si la mujer se encuentra asintomática puede recomendarse un parto vaginal. No existe evidencia de que la episiotomía en el siguiente parto le proteja de una nueva lesión²⁶.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal.

7.2. Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.

7.2.1. Universo

El universo de estudio está conformado por pacientes gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el año 2017.

7.2.2. Selección y tamaño de la muestra

La muestra fue recogida por muestreo no probabilístico de casos consecutivos y se incluyeron a todas las pacientes gestantes que acudieron al Servicio de Gineco – Obstetricia de Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre del año 2017.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó una prevalencia de lesiones y desgarros perineales publicado en el 2015 por la OMS de 19%.

Utilizando el programa estadístico EPIDAT 4.0, con una prevalencia de 19% y un error estimado del 5% con un tamaño muestral de 216 pacientes.

- Población: 2476
- Proporción esperada: 19%
- Precisión: 5%



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Amplitud de Intervalo de confianza: 95%
- N: 216

7.2.3. Unidad de análisis

Gestantes de 14 a 50 años que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo agosto a octubre año 2017.

7.2.4 Criterios de inclusión

Pacientes gestantes de 14 a 50 años.

7.2.5 Criterios de exclusión

Pacientes con fichas clínicas incompletas.

Pacientes con parto programado por cesárea.

7.3 Variables de Estudio

Operacionalización de las variables.

VARIABLES DE ESTUDIO				
FACTORES DE RIESGO MATERNOS				
Variable	Definición conceptual	Tipo	Escala	Definición operacional
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa Discreta	1. <19 años 2. 20-34 años. 3. >35 años	Se tomará la cantidad de años cumplidos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedencia	Lugar de residencia	Cualitativa nominal	1. Urbano 2. Rural	Se tomará en cuenta el lugar de residencia que figura en la ficha de historia clínica.
-------------	---------------------	---------------------	-----------------------	--

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS				
Variable	Definición conceptual	Tipo	Escala	Definición operacional
Control prenatal	Número de controles prenatales documentados	Cualitativa nominal	1. No adecuado: Ningún control prenatal o < 6 controles prenatales 2. Adecuado: Control prenatal ≥ 6	Se tendrá en cuenta según el registro en la Ficha de Historia Clínica.
Número paridad	Número de partos documentados	Cualitativa nominal	1. Nulípara: No tuvo ningún parto. 2. Primípara: 1 parto. 3. Multíparas: 3 o más partos. 4. Gran Multípara: con 5 partos.	Se tendrá en cuenta según el registro en la ficha de Historia Clínica.
Episiotomía	Incisión quirúrgica realizada en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Se tendrá en cuenta según el registro en la ficha de Historia Clínica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Desgarros	Perdida de la continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No	Se tendrá en cuenta según el registro en la ficha de Historia Clínica.
Grado de Desgarros	Clasificación de desgarros según su gravedad.	Cuantitativa Ordinal	1. Grado I 2. Grado II 3. Grado III 4. Grado IV 0. No Aplica	Se tendrá en cuenta según el registro en la ficha de Historia Clínica.

FACTORES DE RIESGO NEONATALES				
Variable	Definición conceptual	Tipo	Escala	Definición operacional
Peso del recién nacido	Peso del feto documentado a las 37 semanas de gestación.	Cualitativa nominal	1. Peso adecuado: entre 2500 – 4000 gr. 2. Infrapeso <2500 gr. 3. Feto macrosómico: > 4000 gr.	Se tendrá en cuenta según el registro en la ficha de la historia clínica.
Edad gestacional	Edad gestacional medida por escala de capurro al momento del nacimiento.	Cualitativa nominal	1. Recién nacido de término >37 semanas. 2. Recién nacido de pre termino <37 semanas.	Edad gestacional documentado en la ficha de historia clínica al momento del nacimiento.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.4 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos

Se empleó una ficha de recolección de datos sobre los factores de riesgo para desgarro perineal en pacientes gestantes atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo (ver anexo 1).

El cuestionario cuenta con 3 (tres) secciones:

I- Factores de Riesgo Maternos

II- Factores de Riesgo Obstétricos

III- Factores de Riesgo Neonatales

La recolección de datos fue realizada por alumnos de cursos inferiores de la carrera de medicina y el propio autor, previa capacitación de los mismos.

7.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

7.5.1. Consentimiento informado y Confidencialidad

Para el acceso a las historias clínicas del Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo se realizó una solicitud de ingreso, la cual fue dirigida a las autoridades correspondientes.

En todo momento se respetó la confidencialidad, igualdad, y justicia de los pacientes que formaron parte de esta casuística.

7.6 Plan de análisis

Los datos recolectados fueron ingresados en una base de datos confeccionada mediante la planilla electrónica de Microsoft Excel 2010[®] y



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

analizada con el paquete estadístico SPSS 20[®]. Las variables cualitativas se presentan en tablas de distribución de frecuencias absolutas y porcentuales; y para las variables cuantitativas se realizó el cálculo de las medidas de tendencia central y de dispersión.

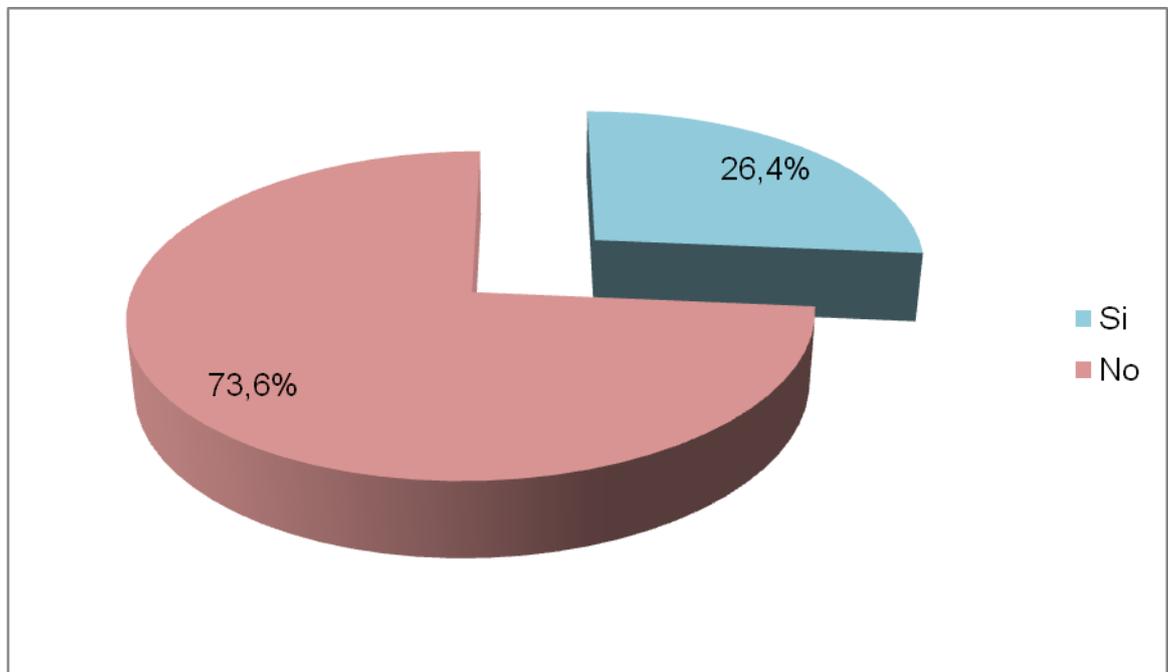


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. RESULTADOS

Ingresaron al estudio 216 gestantes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Gráfico 1. Prevalencia de desgarros perineales. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)



Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las gestantes, el 26,4% (57) presentó desgarro perineal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 1. Distribución según edad de gestantes que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)

EDAD - AÑOS	FRECUENCIA	%
≤ 19 años	58	26,9
20 – 34 años	138	63,9
≥ 35 años	20	9,3
Total	216	100

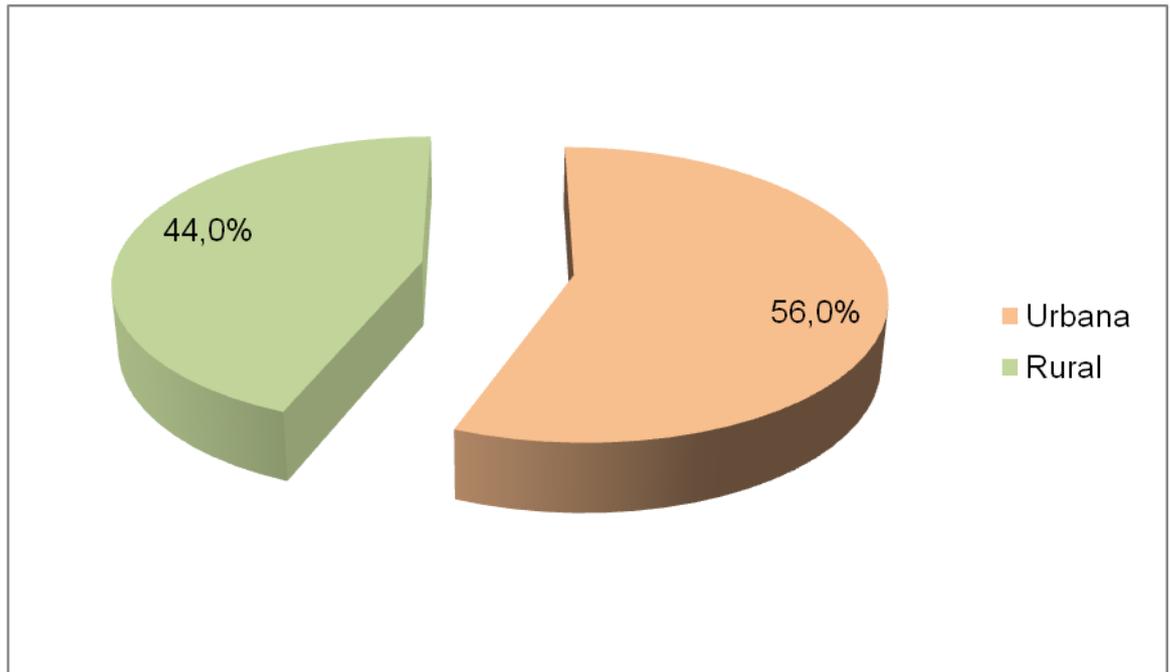
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

La edad promedio de las mujeres embarazadas fue de $27,62 \pm 4,92$ años. De ellas el 63,9% (138) se encuentran entre 20 -34 años, el 26,9% (58) fueron menores de 19 años y el 9,3% (20) fueron mayores de 35 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 2. Procedencia. Hospital regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)



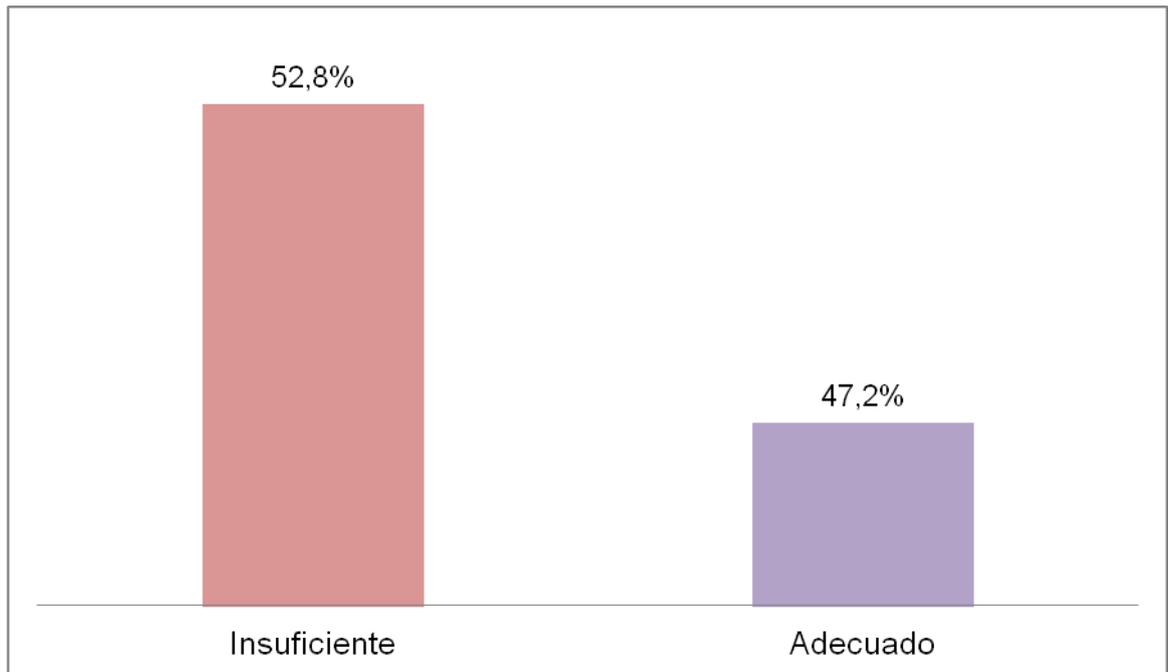
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

El 56% (121) de las pacientes fueron de procedencia urbana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 3. Distribución de gestantes según atención prenatal. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)



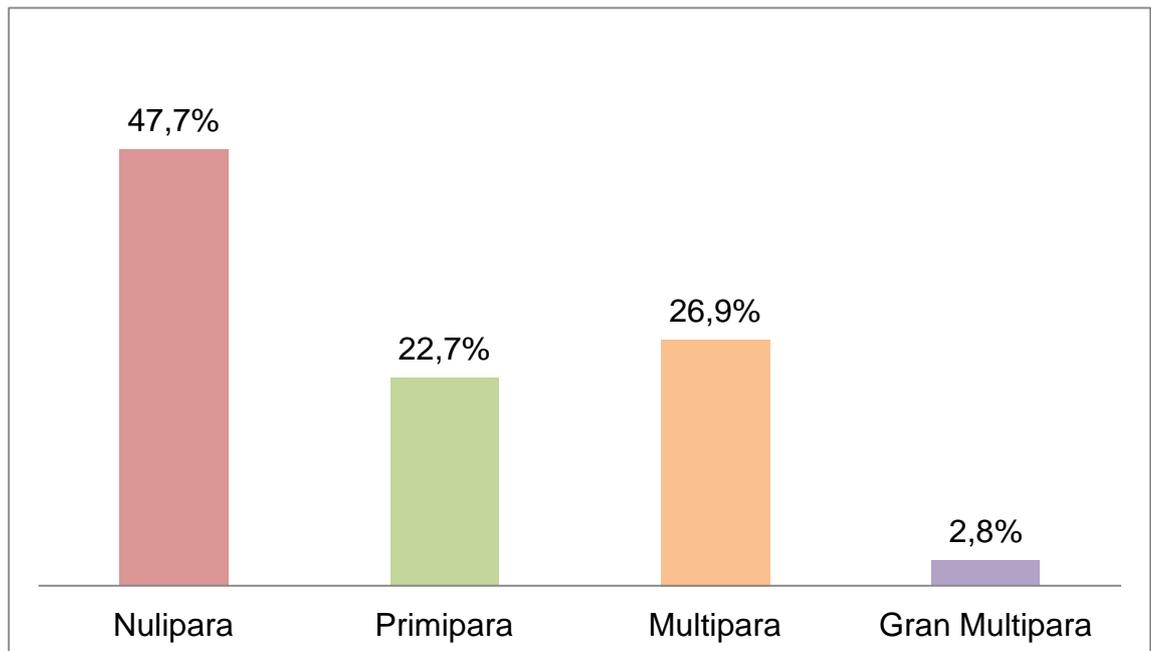
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

En cuanto a los controles prenatales de las gestantes atendidas, el 52,8% (114) fue insuficiente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 4. Distribución de gestantes según paridad. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)



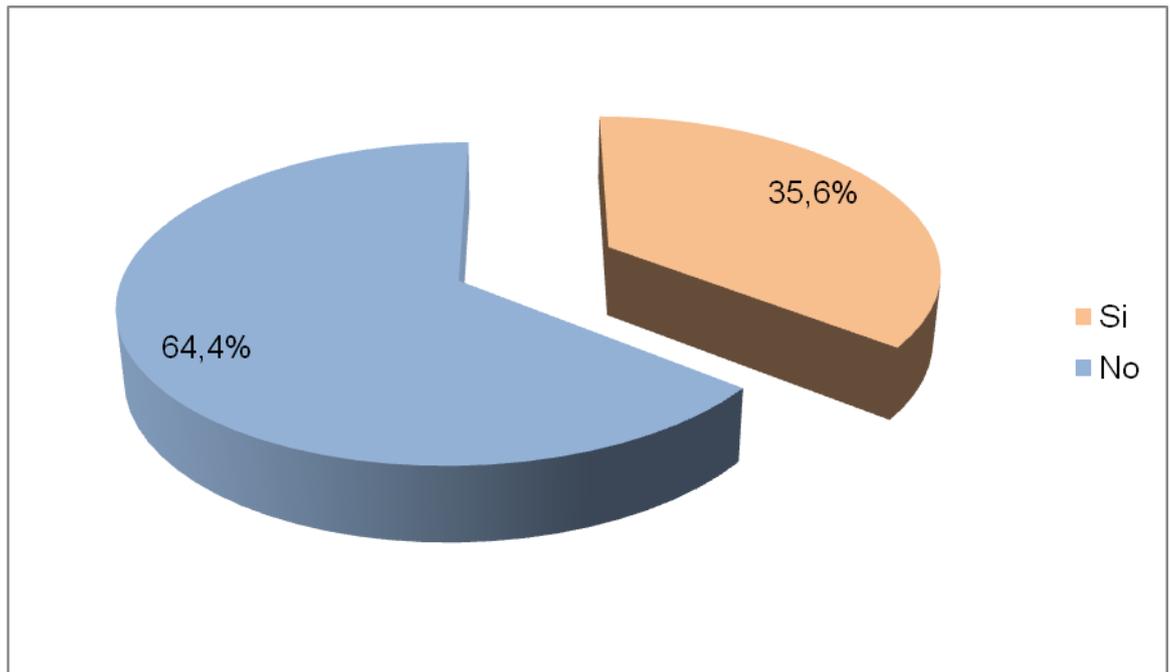
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

Respecto a la paridad de las mujeres que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia, el 47,7% (103) fueron nulíparas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 5. Frecuencia de episiotomía. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)



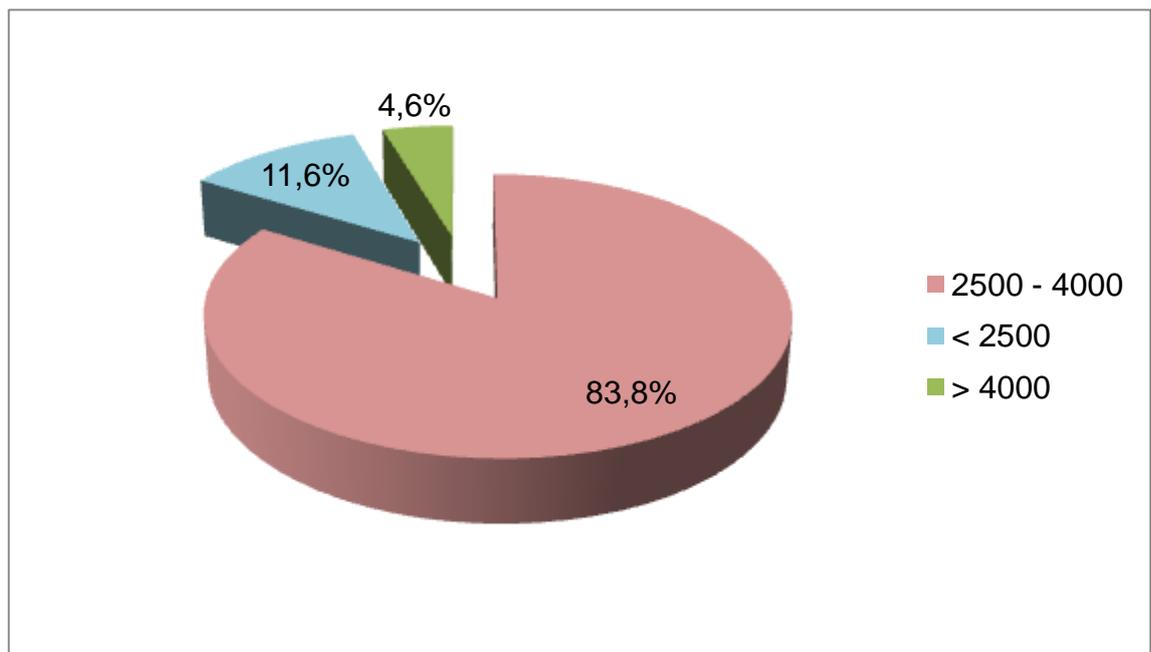
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las gestantes atendidas, el 35,6% (77) se realizó episiotomía.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 6. Distribución de gestantes según el peso del recién nacido. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)



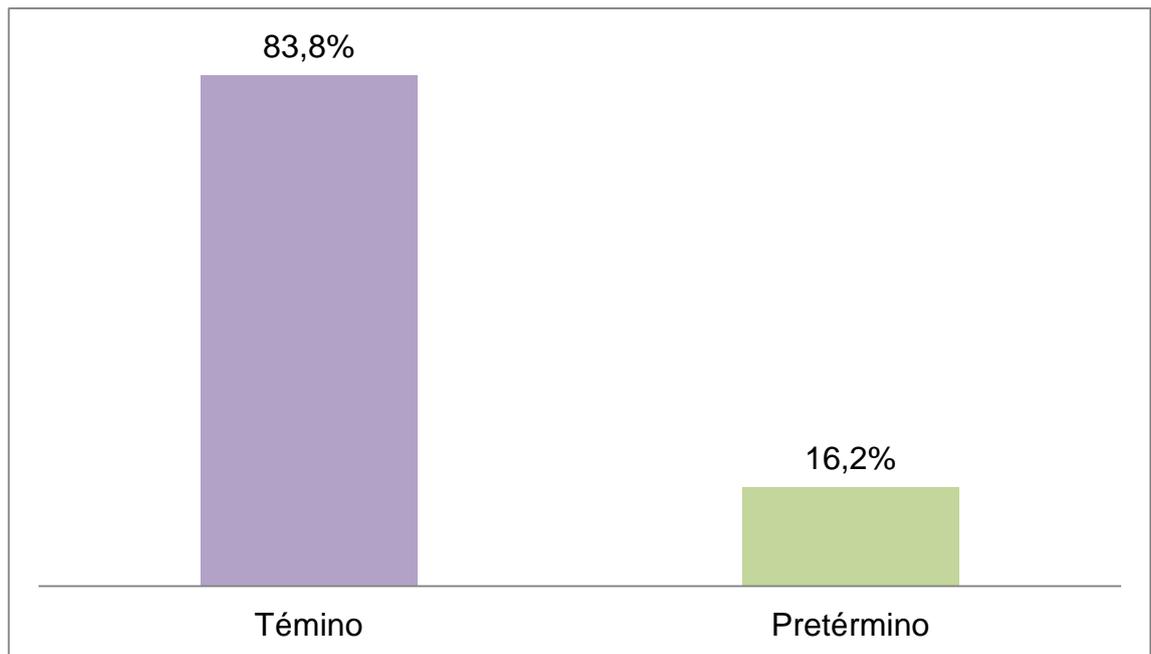
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

Teniendo en cuenta el peso de los recién nacidos, la mayor proporción se halla entre 2500-4000 gramos que corresponde al 83,8% (181).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 7. Distribución de gestantes según la edad gestacional al nacer. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 216)



Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las gestantes que fueron atendidas (216) el 83,8% (181) el parto fue de término.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 2. Distribución según edad de gestantes con desgarros que acuden al Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)

EDAD – AÑOS	FRECUENCIA	%
≤ 19 años	9	15,8
20 – 34 años	44	77,2
≥ 35 años	4	7,0
Total	57	100

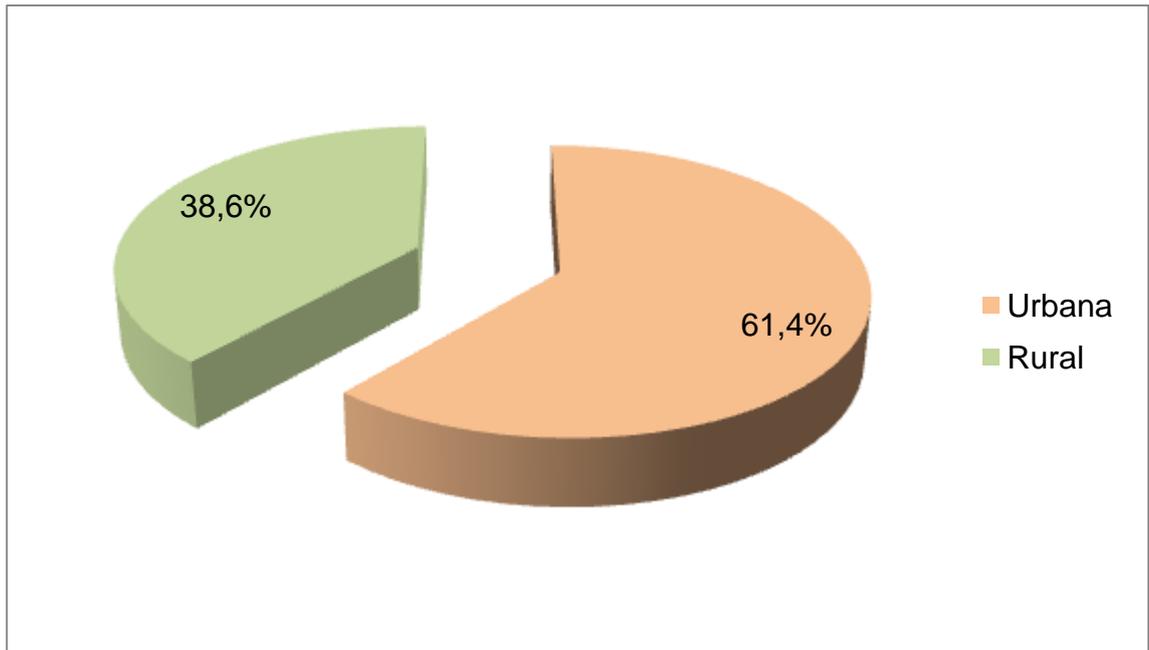
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

La edad de las embarazadas que presentaron desgarros perineales (57), corresponde al 77,2% (44) que se encuentran entre 20-34 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 8. Procedencia de las gestantes con desgarros. Hospital regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)



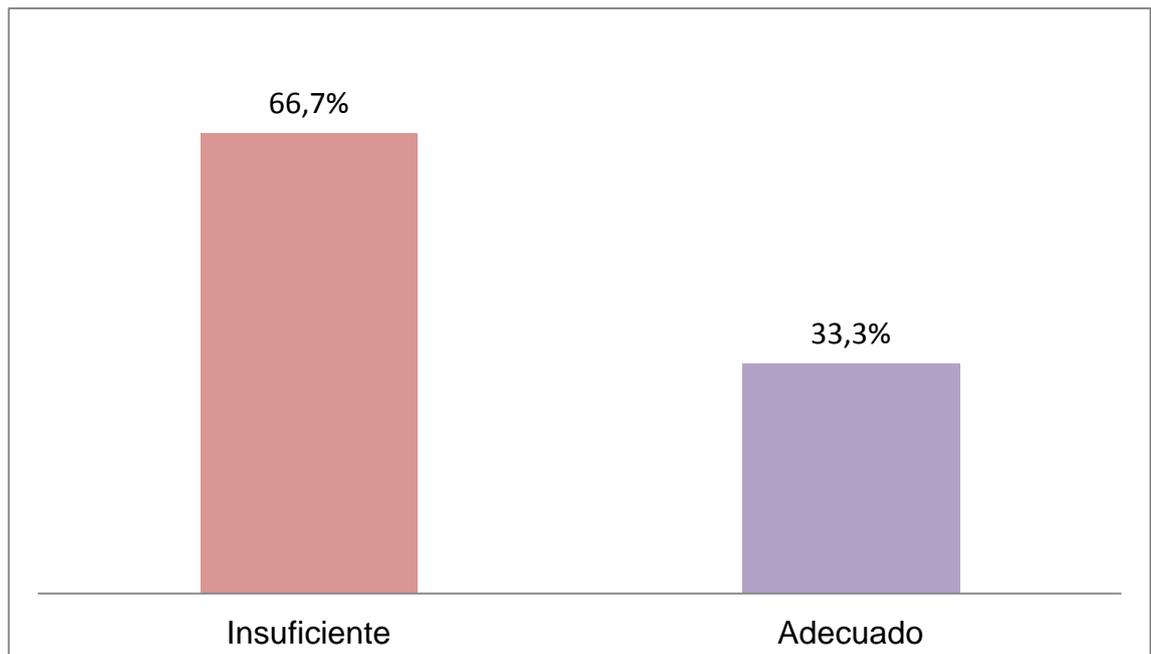
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las pacientes que presentaron desgarros perineales (57) el 61,4% (35) fueron de procedencia urbana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 9. Distribución de gestantes con desgarros según atención prenatal. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)



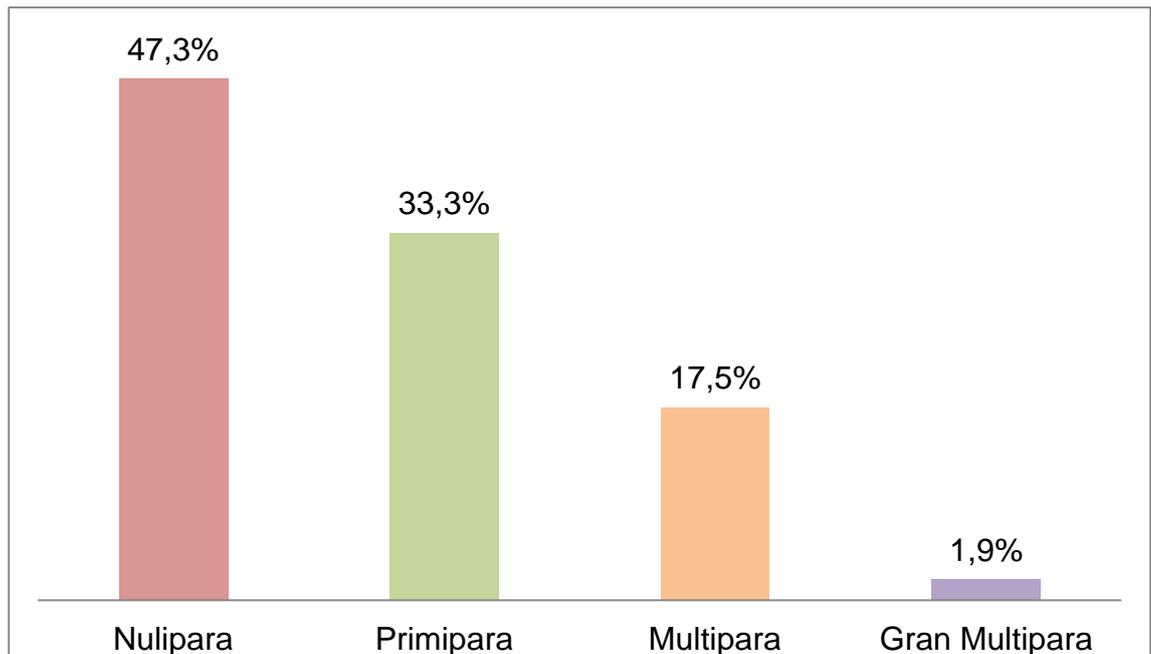
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

Los controles prenatales de las gestantes atendidas que presentaron desgarros perineales (57) fueron insuficientes en el 66,7% (38).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 10. Distribución de gestantes con desgarros según paridad. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)



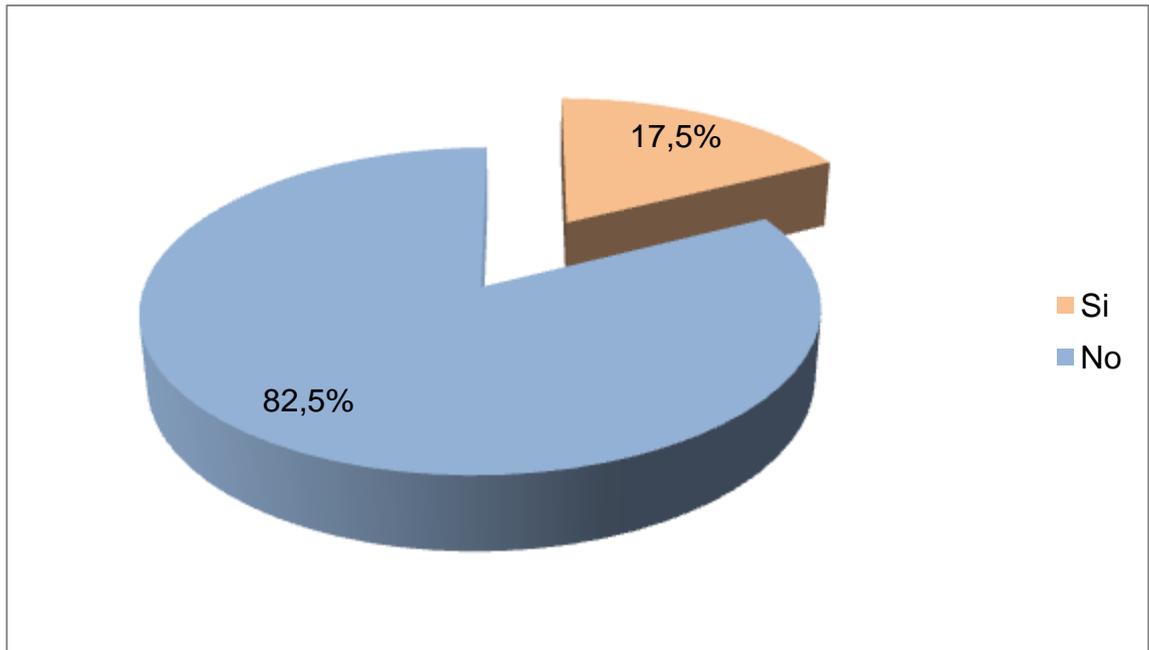
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

Del total de pacientes con desgarros perineales el 47,3% (27) fue nulípara, el 33,3% (19) primípara, 17,5% (10) múltipara y el 1,9% (1) gran múltipara.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 11. Frecuencia de episiotomía en gestantes con desgarros. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)



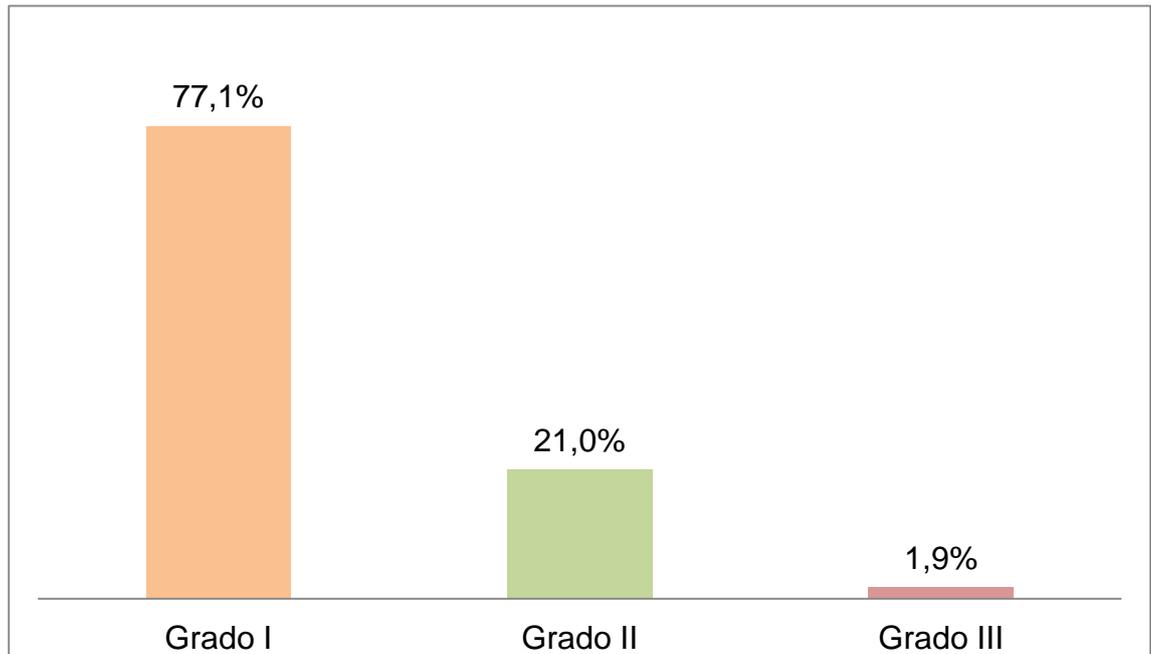
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las gestantes atendidas que presentaron desgarro perineal (57) el 82,5% (47) no se realizaron episiotomía.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 12. Grado de desgarro en gestantes. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)



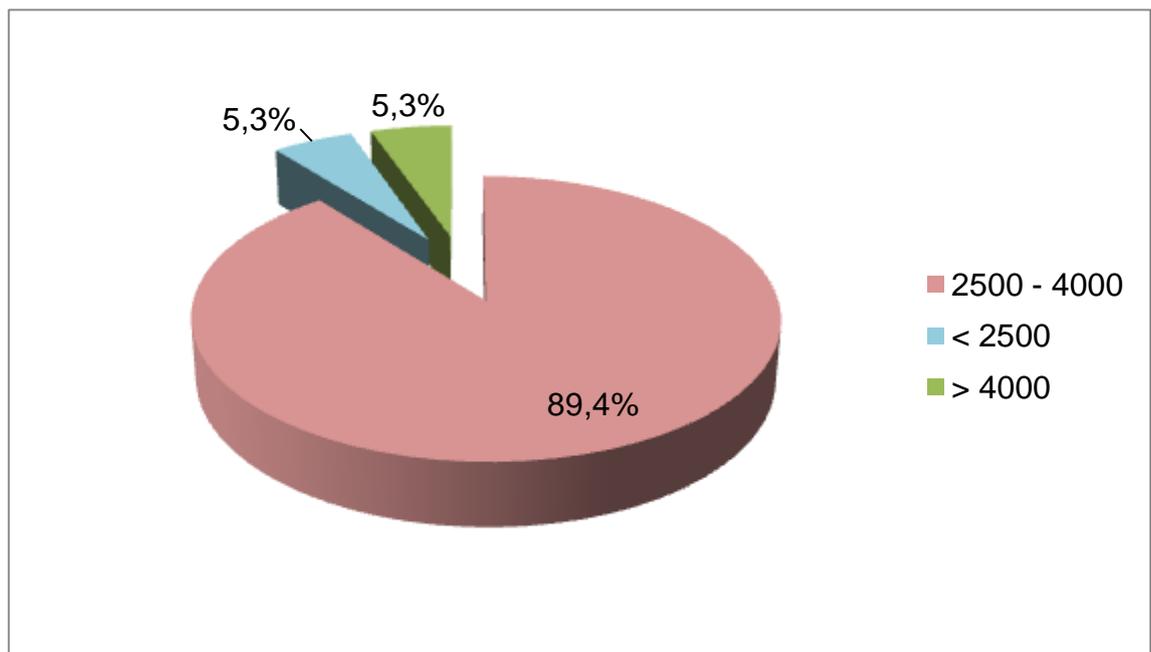
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las pacientes que presentaron desgarro perineal (57) el 77,1% (44) fue de grado I, 21% (12) grado II y en un 1,9% (1) grado III.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 13. Distribución de gestantes según el peso del recién nacido. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)



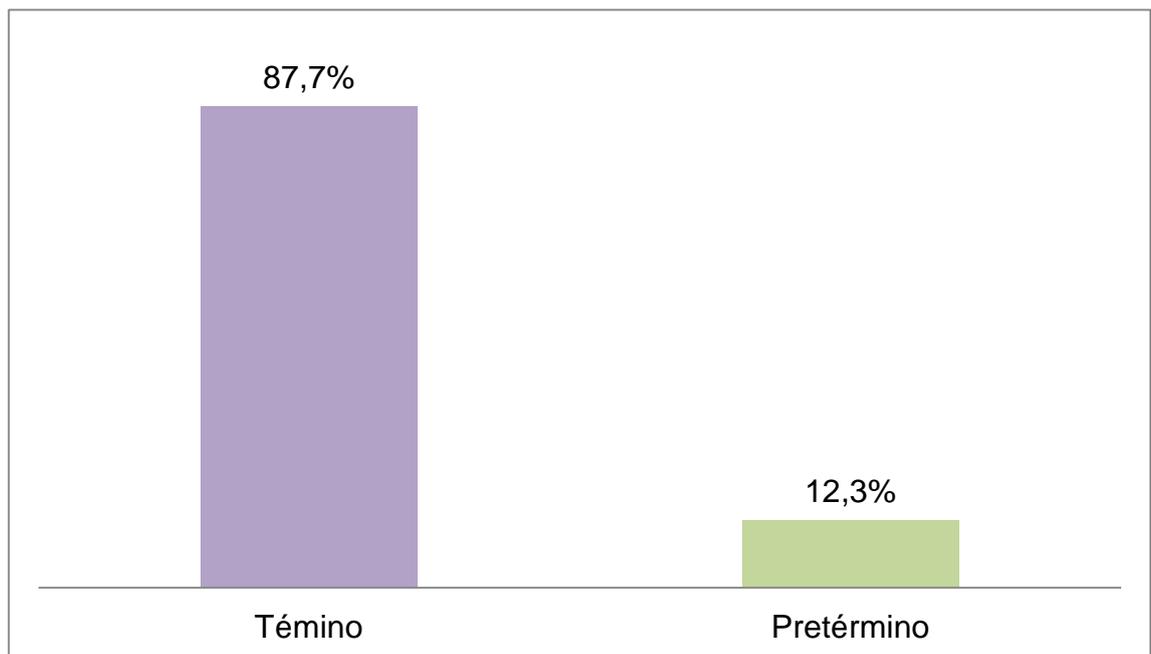
Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las pacientes con desgarros perineales (57) en el 89,4% el peso de recién nacido fue entre 2500 – 4000 gramos, en el 5,3% un peso menor a 2500 gramos y en un 5,3% mayor a 4000 gramos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 14. Distribución de gestantes con desgarros según la edad gestacional al nacer. Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017 (n= 57)



Fuente: Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017

De las pacientes con desgarros perineales (57) en el 87,7% (50) el parto fue de término y en un 12,3% (7) pre término.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. DISCUSIÓN

Se incluyó en el estudio a un total de 216 gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre del año 2017.

La prevalencia de desgarros perineales entre las gestantes atendidas en este estudio fue de 26,4%. Cifra similar se constató en un estudio publicado por Lorenzana Cruz y col., quienes analizaron la frecuencia de desgarros perineales en 1936 pacientes, de las cuales un 23% presentaron desgarros perineales. A diferencia de otro estudio publicado por Abril González y col, en donde se analizó a 149 pacientes y se encontró una cifra elevada de 54,3% de desgarros perineales^{1, 12}.

Considerando la edad de las mujeres embarazadas la franja etaria con mayor frecuencia de desgarros perineales fue entre 20 a 34 años con un porcentaje de 77,2%, este resultado es semejante al obtenido en el estudio realizado por Ríos Linares, donde fue de 74,59%, así también Santos Malásquez describió en su investigación un 73,5% en dicho grupo etáreo^{4,11}.

En los estudios realizados por Ríos Linares y Pérez Torres se observó que prevalecieron las mujeres de procedencia urbana en un 97,5% y 55% respectivamente, al igual de lo obtenido en esta investigación con 61,4% que fueron de procedencia urbana; a diferencia de este resultado, Llumiquinga publicó un trabajo donde prevaleció la zona rural en un 53%^{4, 7, 13}.

En cuanto a los controles prenatales, en el estudio de Cruz Carrasco se constató 70,8% de controles prenatales deficientes, cifra levemente superior al constatado en este estudio donde las gestantes atendidas presentaron en un 66,7% controles prenatales insuficientes; por otro lado se observó que en un trabajo publicado por Ríos Linares 71,3% de los controles fueron suficientes^{4, 8}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En el estudio de los factores de riesgo del total de pacientes con desgarros perineales (57) el 47,3% fue nulípara, el 33,3% primípara, 17,5% múltipara y el 1,9% gran múltipara, lo que indicaría que a mayor número de partos vaginales menor sería la tasa de desgarros. Estas cifras son similares a las obtenidas en el estudio publicado por Lorenzana que reporta a la nuliparidad en un 33,72%; estos datos difieren de la investigación llevada a cabo por Oviedo Maravi, quien refiere que la primiparidad es más frecuente en un 63,1%^{3, 12}.

Llumiquinga, en su estudio “Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la Sala de Partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril-diciembre del 2011” encontró que al 67% de las gestantes se le realizó una episiotomía, cifra elevada con respecto a lo obtenido en este estudio donde solo al 17,5% se le practico la episiotomía⁷.

Según el tipo de desgarro constatado el 77,1% fue desgarro de grado I, 21% grado II y en un 1,9% grado III. En un estudio publicado por Santos Malásquez acerca del tipo de desgarros en gestantes obtuvo en mayor proporción desgarros de primer grado en un 83,7%, cifra similar a las encontradas en este trabajo¹¹.

Entre los factores de riesgo neonatales se citan: el peso del recién nacido, y la edad gestacional.

De las pacientes con desgarros perineales (57) en el 89,4% el peso de recién nacido fue entre 2500 – 4000 gramos, en el 5,3% un peso menor a 2500 gramos y en un 5,3% mayor a 4000 gr. La investigación llevada a cabo por Ríos Linares, describe que el 95,9% de los neonatos se encontraban con un peso al nacer de 2500 a 4000 gramos⁴.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Cruz Carrasco, en su estudio “Factores biológicos, gineco-obstétricos e infecciosos asociados a desgarros perineales de III y IV grado en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino, enero-diciembre 2014”, observó que en un 90,3% el producto del parto fue de término, cifra similar a este estudio donde los recién nacidos de término prevalecieron en un 87,70%⁸.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10. CONCLUSIÓN

La prevalencia de desgarros perineales registrada en el Hospital Regional de Coronel Oviedo fue similar a estudios anteriores.

En cuanto a los factores de riesgos maternos, la edad predominante en las pacientes que presentaron desgarros perineales fue entre 20 y 34 años y de procedencia mayoritariamente urbana.

Considerando los factores de riesgos obstétricos, el desgarro perineal se observó con mayor frecuencia en gestantes con controles prenatales insuficientes, nulíparas, a quienes no se les había realizado una episiotomía. Según la clasificación de desgarros, se documentó una mayor proporción en el grado I.

Teniendo en cuenta los factores de riesgos neonatales, predominó el parto con neonatos de término y el peso del recién nacido comprendido entre 2500 a 4000 gramos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11. RECOMENDACIONES

Queda en evidencia que las complicaciones obstétricas como el desgarro perineal que afecta la morbi-mortalidad materna está relacionado a factores de riesgo altamente prevenibles por lo que se recomienda:

- Promover campañas de concientización, dirigidas específicamente a la realización de un control prenatal adecuado.
- Establecer un programa de consultas prenatales que garantice un sistema que capte la atención de las pacientes y reconozcan la importancia del control prenatal, informando acerca del número de consultas necesarias, de los factores de riesgo para desgarros perineales.
- Captar a la población vulnerable y fortalecer en ella los conocimientos acerca de la importancia del control prenatal.
- Realizar estudios posteriores con el objetivo de detectar las causas de la falta de adherencia a los controles prenatales especialmente en las adolescentes y así establecer estrategias para mejorar su adhesión.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Abril FP, Guevara AS, Ramos A, Rubio JA. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá (Colombia) 2007. 2009;60(2): 143-151.
2. Lorenzo MA, Villanueva LA. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Rev. Conamed 2013;18(3):111-116.
3. Oviedo GK. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro obstétrico del Hospital San José del Callao durante el año 2014. [tesis doctoral] Universidad Ricardo Palma. 2016.
4. Ríos GU. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. [tesis] Universidad Científica del Perú. 2016.
5. Chiriboga A. Causas y factores de riesgo que conllevan a presentar hemorragias post-parto en pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre 2012 a febrero 2013. [tesis] Universidad de Guayaquil. 2013.
6. Robayo WM. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013. [tesis doctoral] Universidad Técnica de Ambato. 2014.
7. Llumiquinga D. Incidencia de traumatismos obstétricos y neonatales relacionados con el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del Hospital Provincial General Riobamba durante el período abril-diciembre del 2011. [tesis] Universidad Central del Ecuador. 2012.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. Cruz A. Factores biológicos, Gineco - obstétricos e infecciosos asociados a desgarros perineales de III y IV grado en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino, enero-diciembre 2014. [tesis] Universidad de San Martín de Porres. 2016.
9. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. EMC – Ginecología-Obstetricia. 2014;50(2):41-897.
10. Zarratea S. Complicaciones materno-fetales en gestantes mayores de 35 años y sus resultados neonatales. 2007;32-34
11. Santos K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. [tesis doctoral] Universidad Ricardo Palma. 2016.
12. Lorenzana J, Espinal J. Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela. Rev. med post unah. 2012;6(2):138-142.
13. Perez MA, Linares CA. Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero – abril del 2013. [tesis] Universidad Nacional de San Martín. 2014.
14. López CA. Embarazo prolongado como factor de riesgo asociado a trauma Obstétrico en el Hospital Belén de Trujillo. 2010-2014. [tesis doctoral] Universidad Privada Antenor Orrego. 2015.
15. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2014.
16. Barot S, Tardif D. Desgarros obstétricos antiguos. EMC – Ginecología – Obstetricia. 2010;200-A-10.
17. Folch M, Parés D, Castillo M, Carreras R. Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. Cir Esp. 2009;85(6):341–347.
18. Congo EA. 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 17d07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013. [tesis doctoral] Universidad Central del Ecuador. 2015.
 19. Organización Mundial de la Salud. Protocolo de Atención Prenatal en Atención Primaria en Salud. Organización Panamericana de la Salud; 2011. Disponible en: http://www.mspbs.gov.py/programasdesalud/wp-content/uploads/2014/03/APS prenatal Guia_1.pdf
 20. Aguilera JP. Control prenatal insuficiente y funcionalidad familiar en mujeres embarazadas que acuden al subcentro de salud de la Parroquia Cumbe, en el año 2011. [tesis doctoral] Universidad del Azuay. 2011.
 21. Ballesteros C. Factores que Condicionan la Práctica de la Episiotomía en el Marco de la Estrategia de Atención al Parto Normal en un Hospital Universitario de la Región de Murcia. [tesis doctoral] Universidad de Murcia. 2014.
 22. Berzaín MC, Camacho LA. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Med 2014;17(2):53-57.
 23. Valdés V, Font A, Cahuana MC, Roca B, Redón S. Desgarro rectovaginal con esfínter anal íntegro: una complicación obstétrica infrecuente. Prog Obstet Ginecol. 2012;55(2):71-73.
 24. Moral E. Actualización sobre el manejo de los desgarros perineales de grado III-IV que afectan al esfínter anal durante el parto. 2015;11(3): 54-58.
 25. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. Protocolo:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Hospital Clínic Barcelona; 2014.

26. Anda L, Castañeda AK, Pérez JA. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. Rev. Conamed. 2017;60(5):30-35.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13. ANEXO

ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

“Prevalencia de factores de riesgo y desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo de agosto a octubre, 2017”

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente cuestionario es totalmente confidencial, los datos recopilados serán codificados y totalmente anónimos. Este instrumento consta de 3 secciones: factores de riesgo materno, obstétrico y neonatal, dentro de las cuales figuran las variables de estudio; se utilizarán las fichas clínicas para la recolección de datos. Facilitando de este modo el cargado de los mismos al sistema operativo Excel© para su posterior análisis.

Marca con una

X

I. FACTORES DE RIESGO MATERNOS

1. Edad	1. < 19 años	
	2. 20 a 34 años	
	3. ≥ 35 años	
2. Procedencia	1 Rural	
	2 Urbana	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

II. FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS		
3. Paridad:	1. Nulípara	
	2. Primípara	
	3. Multípara	
	4. Gran Multípara	
4. Atención Prenatal:	1. < 6 APN	
	2. > 6 APN	
5. Episiotomía:	1 Si	
	2 No	
6. Desgarro:	1 Si	
	2 No	
7. Grado de desgarro:	0. No Aplica	
	1. Grado I	
	2. Grado II	
	3. Grado III	
	4. Grado IV	
III. FACTORES DE RIESGO NEONATALES		
8. Peso del Recién Nacido:	1. 2500 gr-4000 gr	
	2. < 2500 gr.	
	3. > 4000 gr.	
9. Edad Gestacional:	1 RN de termino > 37 semanas	
	2 RN de pre término < 37 semanas	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
