



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS
VULVOPERINEALES EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, ENERO – ABRIL DEL 2013”**

Para optar el título Profesional de:

Obstetra

Autores:

Bach. en Obst. MIGUEL ANGEL PEREZ TORRES

Bach. En Obst. CESAR AUGUSTO LINARES GUERRERO

ASESORA.

Obsta. Dra. NELLY REATEGUI LOZANO.

TARAPOTO- PERU

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS
VULVOPERINEALES EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, ENERO – ABRIL DEL 2013”**

JURADO CALIFICADOR:

.....
Obsta. Dra. Lolita Arévalo Fasanando

Presidente

.....
Obsta. Dra. Orfelina Valera Vega

Miembro

.....
Obsta. Hilda Gonzales Navarro

Miembro

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios por haberme dado la salud y la vida para poder llegar a esta gran meta además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Segundo Carlos y Cremilda por apoyarme cada día, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí...los amo

A mis Hermanos Milagros y Marcos por compartir conmigo momentos inolvidables en el proceso de mi formación profesional. Los Quiero mucho.

Miguel Angel

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y vida y por
Ser el motor espiritual que me impulsa
a realizar cosas.

A mis padres, Augusto y Lindaura y a toda
mi familia porque creyeron en mí y me
dieron ejemplos dignos de superación,
entrega y compromiso; gracias a ustedes,
hoy puedo ver alcanzada mi meta y
porque el orgullo que sienten por mí, fue
lo que me hizo llegar hasta el final.

Cesar Augusto

AGRADECIMIENTO

Agradecemos de forma especial: a la obstetra Dra. Nelly Reátegui Lozano, por haber guiado el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo

Este trabajo no se hubiese concluido sin la ayuda de Dr. Juan Juárez por el apoyo técnico y estadístico

A mis maestros: *Por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.*

Gracias por haber fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

A mis amigos. *Que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino y que hasta el momento, seguimos siendo amigos.*

¡Gracias!

Los Autores

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
ÍNDICE.....	lii
RESUMEN.....	lv
ABSTRACT.....	v
TITULO	1
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 MARCO CONCEPTUAL	1
1.2 ANTECEDENTES	4
1.3 BASES TEORICAS	8
1.4 JUSTIFICACION Y PROBLEMA	16
II: OBJETIVOS.....	19
III. HIPOTESIS E IDENTIFICACION DE VARIABLE.....	20
IV.- MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
V. RESULTADOS.....	27
VI. DISCUSION.....	34
VII. CONCLUSIONES.....	37
VIII. RECOMENDACIONES.....	38
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
X.- ANEXO.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

N° DE TABLA	TITULO	Pág.
01	Frecuencias de factores maternos y de parto en puérperas con desgarro vulvoperineal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero abril 2013	28
02	Uso del estadístico de contraste que permite conocer si es un factor asociado	29
03	Distribución del ji cuadrado	30
04	Nivel de asociación según rangos	31
05	Factor materno y decisión según χ^2_c y χ^2_t	31
06	Factor del parto y decisión según χ^2_c y χ^2_t	32
07	Características sociodemográficos en puérperas con desgarro vulvoperineal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero abril 2013	44

ÍNDICE DE GRAFICOS

N° DE GRAFICO	TITULO	Pág.
01	Características sociodemográficos en puérperas con desgarro vulvoperineal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero abril 2013	27

RESUMEN

La presente investigación titulada “Factores de Riesgo Asociados a Desgarros Vulvoperineales en Puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero – Abril 2013”; estudio cuantitativo correlacional retrospectivo, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales, la población estuvo constituida por todas las puérperas que presentaron diagnóstico de desgarro vulvoperineal post parto el mismo que asciende a 115. La información fue obtenida de las historias clínicas perinatales y el Sistema Información Perinatal 2000, se registró en los formatos adaptados para el estudio y organizado en una base de datos automatizada con el software Microsoft Excel 2011.

Los resultados, 115 desgarros vulvoperineales en cuatro meses, la población estudio se caracterizó por ser conviviente 71.3% (82), de educación primaria completa 37.3% (43) e incompleta 23.4% (27), de procedencia urbana 54.7% (urbana), de ocupación ama de casa 84,3% (97). Los factores de riesgos maternos resaltantes son la edad de 21 a 30 años, anemia leve, la posición horizontal y la condición de primíparas, como factores de riesgo del parto tenemos parto instrumental, episiotomía y peso 3501 a 4000g del RN.

Se concluye que los factores maternos: edad ($x^2=14.03$), anemia ($x^2=12.75$), posición de la madre ($x^2=8.03$) y paridad ($x^2=13.69$); y los factores del parto, uso de episiotomía media ($x^2=17.84$) y peso del recién nacido ($x^2=13.91$), están asociados con él desgarro vulvoperineal en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013.

Palabra clave: desgarro vulvoperineal, factor de riesgo y parto

ABSTRACT

This research entitled "Risk factors associated with postpartum tears in vulvoperineal treated at the Regional Hospital of Loreto, January-April 2013" ; retrospective correlational quantitative study aimed to identify risk factors associated with vulvoperineal tears, the population consisted of all Postpartum women who had diagnosis of vulvo-perineal tear postpartum amounting to 115. The information was obtained from perinatal clinical histories and 2000 Perinatal Information system recorded in formats adapted to the study and organized in a computerized database with Microsoft Excel 2011 software. The results, 115 vulvoperineal tears in four months, the study population was characterized as cohabiting 71.3 % (82) , complete primary education 37.3 % (43) 23.4 % and incomplete (27), 54.7 % of urban origin (urban) housewife occupancy 84.3 % (97) . The salient maternal risk factors are age 21 to 30 years, mild anemia, the horizontal position and status of gilts, as risk factors for delivery I have instrumental delivery , episiotomy and weight to 4000g RN 3501 .

We conclude that maternal factors : age ($x^2 = 14.03$) , anemia ($x^2 = 12.75$) , maternal position ($x^2 = 8.03$) and parity ($x^2 = 13.69$); and delivery factors , use of episiotomy ($x^2 = 17.84$) and birth weight ($x^2 = 13.91$) , are associated with it Vulvo tear in puerperal women attended the Loreto Regional Hospital during the months of January to April 2013.

Keyword: vulvo-perineal tear, birth and risk factor

TITULO:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS VULVOPERINEALES EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ENERO – ABRIL DEL 2013

I. INTRODUCCION

1.1. MARCO CONCEPTUAL

Los desgarros vulvoperineales se consideran una de las principales causas de morbilidad durante la atención del parto y representan uno de los principales temores de la mujer al momento de parir, ocurren en más del 65% de los partos vaginales y como consecuencia de ello se estima que en Estados Unidos cerca de 1000 mujeres por día requieren reparo perineal luego del parto. (1)

Los desgarros vulvoperineales constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variables y extensión diversa. En las primíparas ocurre con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o esta es insuficiente para facilitar la salida del feto; así mismo existen condiciones desfavorables en la constitución del perineo que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto como por ejemplo cicatrices operatorias previas, parto precipitado, macrosomía fetal (feto con un peso mayor a 4000 gramos), anomalías congénitas y rigidez de los tejidos, especialmente en las primíparas añosas. (1)

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 manejo. (1)

La morbilidad asociada a los desgarros vulvoperineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto, estos síntomas están dados por eventos adversos a corto plazo que incluyen: hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fistula y dispareunia y eventos a largo plazo tales como prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal. (2)

Se señala que cuanto más joven sea la mujer, 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 pélvico, 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 éstas jóvenes, manifestándose en una estrechez del canal blando. (3)

Los desgarros vulvoperineales son complicaciones maternas que se presentan en el post parto y que conllevan, en algunos casos, a trastornos hemorrágicos como el shock hipovolémico; además las complicaciones de los desgarros perineales tienen un efecto negativo para la mujer; conllevando a un impacto significativo sobre su salud física, psicológica y emocional. Esto incluye el desarrollo de ansiedad y depresión con rechazo a considerar futuros embarazos. (3)

Es considerada la tercera causa, en frecuencia, de la hemorragia post parto, puesto que la pérdida hemática es considerable secundaria a la extensión y la profundidad de la lesión así como al tiempo transcurrido hasta la reparación. (3)

Los desgarros vulvoperineales son causa frecuente de morbilidad materna y se presentaron en un 25% de las mujeres atendidas en todos los establecimientos de salud de latino américa, con edades que fluctuaron entre los 15 – 35 años y que procedan del área rural. El daño subsiguiente a un desgarro es común. Entre 1/3 y 2/3 de las mujeres que sufren un desgarro reconocido de 3º grado durante el parto presentarán subsiguientemente incontinencia fecal. (4)

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 11 gr. y el hematocrito se halla por debajo del 32% y muchas veces están asociadas con un pronóstico materno desfavorable. (5)

Inmediatamente después del período 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 del sangrado en 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. (6)

1.2 ANTECEDENTES:

PAVON y COL. (2009), realizó un estudio sobre “factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Xalapa - México”. En total se estudió a 1137 mujeres embarazadas de las cuales 114 presentaron complicaciones obstétricas durante el período estudiado, siendo la incidencia de 9.9 por cada 100 mujeres embarazadas. El tipo de complicación más frecuente fue el desgarro en 107 pacientes, con los siguientes tipos de desgarro: desgarro perineo-vaginal en el 64.5% y laceraciones perineo-vaginales en 24.3%. Del total de las pacientes con parto vaginal al 81.9% se les realizó episiotomía y al 18.1% no. De las pacientes a las que no se les realizó episiotomía el 35% presentó desgarro, siendo el de mayor porcentaje el perineo-vaginal (72%). De las que si se les realizó episiotomía el 15% presentaron desgarro, siendo el 60% perineo-vaginal. Se analizó el peso del recién nacido en las pacientes que presentaron desgarro y se observó que el 79.4% de los recién nacidos tenían un peso entre 2,500 y 3,500 grs., el 15.9% tenían un peso de más de 3,500 grs. y el 4.7% tenían un peso menor de 2,500 grs. Al analizar el riesgo de presentar desgarro se obtuvo que las pacientes sin episiotomía tengan un riesgo relativo de 2.99, incrementándose en el caso del desgarro perineo-vaginal a 3.32. (7)

ABRIL Y COL. (2009), en su estudio denominado “Factores de riesgo para desgarro vulvoperineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá” en Colombia incluyó 149 pacientes de las cuales 81 (54.4%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura. Los

factores de riesgo significativos para desgarro vulvoperineal durante el parto vaginal sin episiotomía fueron la duración del periodo de la fase activa mayor de 420 minutos (RR = 1.45; IC95% 1.10-1.91), peso del neonato mayor de 3.100 g (RR = 1.43; IC95% 1.05-1.94) y la inducción del trabajo de parto (RR = 1.38; IC95% 1.03-1.86). La paridad y el perímetro cefálico no fueron estadísticamente significativos mientras que el análisis de regresión logística estableció que el peso (RR=2.6; IC95% 1.25-5.49) y la duración del periodo de la fase activa (RR = 3.0; IC95% 1.33-6.48) fueron los factores de riesgo significativos. (8)

CARRILLO (2011), realizó un estudio denominado “factores de riesgo para producir desgarros perianales en pacientes gestantes del Hospital de Guatemala”. Para ello se ha realizado un estudio prospectivo de casos - control que revisa 2078 partos vaginales durante un periodo de 2 años (desde 2008 - 2010). De los 2078 informes revisados solo había 91 con desgarros perianal, es decir, un 4,4%. La media de edad de los casos era de 24,9 +/- . Utilizando los datos de casos y controles se pudo apreciar un incremento de 10 veces el riesgo de desgarros perianales en los partos en los que se han utilizado fórceps (comparados con partos que no han requerido instrumentos). Las nulíparas tienen mayor riesgo de desgarro que las multíparas, pero el riesgo de ambas se iguala al usar fórceps. El peso aumentado del recién nacido también aparece como un importante factor de riesgo. Las episiotomías también son factor de riesgo, pero existe una menor asociación entre ésta y el desgarro perianal mayor a desgarros II°. Por lo tanto, mediante este estudio, se pudo determinar que los factores de riesgo más importantes para sufrir un daño o

desgarro en la región perianal son el uso de fórceps y los partos vaginales en pacientes nulíparas. (9)

ARBELOA. 2009. Realizó un estudio de tipo descriptivo “factores de riesgo y desgarros vulvoperineales con y sin uso de episiotomía en pacientes del área de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse de Chile”. Se analizaron 748 fichas de pacientes que tuvieron partos vaginales normales durante los meses de marzo, abril y mayo del año 2009 de las cuales 391 (52,3%) fueron multíparas y 357 (47,7%) primíparas. Considerando al grupo de pacientes a las cuales se les realizó episiotomía, del total de multíparas, se realizó episiotomía en 24,55%, mientras que en 75,45% no se practicó. En primíparas, 78,43% requirió de dicho procedimiento y en 21,57% no fue requerido. En el grupo de pacientes con parto vaginal normal y en las cuales se realiza episiotomía, existe un sub-registro importante de la presencia de desgarros, fisuras, laceraciones o propagación de episiotomía hacia planos anatómicos más profundos, lo que explica el alto porcentaje de partos con episiotomía sin desgarros asociados. Los desgarros consignados a este grupo (3%) corresponden a grado II. En el grupo de pacientes con parto vaginal eutócico, en quienes no se efectuó episiotomía, predominan los desgarros o fisuras a nivel de horquilla vulvar que corresponden a grado I, de fácil solución. Entre las pacientes a las cuales no se les realizó episiotomía se aprecia que la mayor frecuencia de desgarros ocurre en aquellas cuyos recién nacidos presentaron una circunferencia craneana entre los 34 y 36 cm (137 casos). Sólo en 12 casos ocurre con circunferencia mayor a 36 cm. El mayor número de desgarros en las pacientes con episiotomía está en el rango promedio antropométrico de 34-36 cm. (10)

CASANOVA. 2010. Realizo en Perú un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal denominado “factores de riesgo más frecuentes en las pacientes con desgarros vulvoperineal del Hospital San Bartolomé en el período Enero - Agosto 2010”. Se tuvo como muestra de estudio a 160 pacientes con partos vaginales que tuvieron desgarros vulvoperineales; de estos 73 presentaron desgarros de I° siendo el factor de riesgo más frecuente la nuliparidad, 45 tuvieron desgarros de II° donde que el factor de riesgo más frecuente fue la posición de la paciente en el expulsivo, 17 pacientes tuvieron desgarros de tercer grado donde el factor de riesgo más frecuente fue el peso del R.N. bordeando entre los 3500 – 3700 grs. (11)

MEJIA. 2009. Realizo un estudio descriptivo denominado “factores de riesgo más frecuentes en desgarros vulvoperineales en gestantes atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Junín - Perú” el cual estuvo constituido por una muestra de 125 partos con diagnóstico de desgarro vulvoperineal, se observaron que dentro de los factores más frecuentes de estos desgarros se presentó el peso del R.N. en un 65%, este peso estuvo en un rango promedio del 3500 – 3800 grs., luego fue la edad materna en un 25% que fluctuaba entre 35 – 38 años y por último la posición de la madre en un 10% de los partos, principalmente en aquellas que daban a luz en posición vertical. (12)

1.3 BASES TEORICAS

Los desgarros son lesiones del tejido muscular (generalmente de las fibras interiores del mismo), que va acompañada de hemorragia provocada por la rotura de los vasos sanguíneos que recorren el músculo afectado, provocando un dolor muy intenso (descrito como una "clavada de aguja") que impide contraerlo. (13)

Sucede por una súper elongación (exceder al músculo más allá de su capacidad de estiramiento), por una contracción brusca (veloz), o por realizar un esfuerzo superior a la capacidad biológica de resistencia a la tensión. Habitualmente los músculos que se ven más afectados son los músculos de las extremidades (más incidencia en las inferiores), en los músculos de la espalda y en los músculos vulvoperineales durante el parto en las mujeres. Siendo más habitual en músculos poli articulares o con una estructura compleja. (13)

Etiología: tenemos varias causas que producen un desgarro muscular, a continuación se enumeran las más comunes:

- Traumatismo una de las principales causas, especialmente en deportes de contacto.
- Mal esfuerzo o fatiga muscular intensa, más que todo en la práctica deportiva y es cuando se excede temporalmente el uso del músculo.
- Una mala circulación sanguínea (tanto venosa como arterial), ocasiona que durante el ejercicio el músculo no recibe el aporte suficiente de flujo sanguíneo

con lo que las sustancias de desecho no se eliminan adecuadamente; ello implica a su vez una posible “intoxicación” del propio músculo.

- Mala preparación previa del músculo no realizar o realizar de forma incorrecta ejercicios de calentamiento, estiramientos o incluso maso terapia antes de la actividad física.
- Sedentarismo, en personas sedentarias se debilitan las fibras musculares haciéndolas más propensas a sufrir un desgarro.
- Desnutrición, que debilita la capacidad contráctil de las fibras musculares.
- Enfermedades, como por ejemplo la diabetes. (13)

DESGARRO VAGINAL

Suelen producirse por extensión de los desgarros cervicales o vulvares. Pueden darse en localizaciones y direcciones variadas, aunque los más graves son los que afectan a los fondos de saco. (14)

Se manifiesta por sangrado después de la expulsión del feto, persistente con un útero correctamente contraído. El diagnóstico se establece por visualización directa. Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes. (14)

Los desgarros aislados que afectan el tercio medio o superior de la vagina pero que no se relacionan con desgarros del perineo o del cuello del útero se observan con menor frecuencia. Esos desgarros suelen extenderse hasta planos profundos hacia

los tejidos subyacentes, y pueden dar lugar a hemorragia importante, que por lo general se controla con la aplicación apropiada de puntos de sutura. Quizá pasen inadvertidos a menos que se efectúe una inspección meticulosa de la parte superior de la vagina. (14)

La extensión del desgarro casi siempre guarda relación con la intensidad de la hemorragia, sin embargo, pueden ocurrir laceraciones pequeñas del fondo de saco posterior que sangren mucho. (14)

Tratamiento: Su reparación implica la localización del ángulo superior del desgarro y la sutura hemostática por encima del mismo. Después puede suturarse mediante puntos sueltos o sutura continua. En caso de estallidos vaginales tras dar los puntos hemostáticos, es preferible la colocación de un tapón de gasa vaginal apretado (y una sonda de Foley), si el intento de dar puntos de sutura se ve dificultado por la friabilidad del tejido. (14)

DESGARRO VULVAR

Los desgarros vulvares se producen a nivel de los labios y de la región del clítoris. Cuando se afecta el clítoris o procesos varicosos vulvares, la hemorragia es de mayor intensidad; sin embargo, las lesiones de los labios suelen ser superficiales y discretamente hemorrágicas. (14)

Son fácilmente identificables, no suelen causar problemas. Son frecuentes, sangrantes y dolorosos en la vecindad del clítoris. Se suturan con puntos sueltos

mediante una sutura fina reabsorbible. Si no sangran cicatrizan solos con facilidad.
(14)

Tratamiento: Consiste en la reparación quirúrgica con pinzamiento y ligadura de los vasos sangrantes. Se aconseja igualmente suturar los desgarros no sangrantes ya que se producen molestias al estar la herida en contacto con los loquios, la orina y pueden ser la vía de entrada de una infección. (14)

DESGARROS PERINEALES

Son las más frecuentes de las lesiones que se pueden producir en el canal blando del parto. Todos los desgarros perineales salvo los más superficiales se acompañan de grados variables de lesión de la parte inferior de la vagina. Esos desgarros pueden alcanzar suficiente profundidad como para afectar el esfínter anal, y quizás se extienda hasta profundidades variables a través de las paredes de la vagina. Los desgarros bilaterales hacia la vagina por lo regular son de longitud desigual y están separados por una posición de mucosa vaginal en forma de lengua. Su reparación debe formar parte de toda operación para reconstrucción de un perineo desgarrado.
(14)

Distinguimos cuatro tipos de desgarros del periné, de acuerdo con el grado de extensión:

- **1° Grado:** Afectan a la piel, tejido subcutáneo, músculos vulbo-cavernoso, músculos transversos superficiales y profundos de la vulva y a la zona proximal de la vagina.

- **2º Grado:** Además de la piel y los tejidos superficiales compromete también la vagina y el músculo elevador del ano.
- **3º Grado:** Afectan no solo a los músculos perineales sino también, al esfínter externo del ano alterándose el mecanismo esfinteriano.
- **4º Grado (desgarros complicados):** Afectan a las estructuras anteriores y a la mucosa del recto. (14)

Tratamiento: En caso de afectación de la mucosa rectal, ésta se sutura desde el ángulo de rotura hacia abajo, mediante una sutura continua de material reabsorbible fino, invirtiendo los bordes, de tal manera que se una serosa con serosa; posteriormente se recomienda antibioterapia y dieta astringente, con o sin fármaco astringente asociado, en los primeros días. Para la corrección de los desgarros Iº Y IIº se sigue la misma técnica utilizada para cerrar la episiotomía pero cuidándose de reparar bien los bordes irregulares. El cierre incorrecto favorece la cicatrización defectuosa y puede ser causa de dispareunia. Además, se forman hematomas que producen mucho dolor y facilitan la infección. Para el desgarro de IIIº y IVº se utiliza anestesia general, se procede plano por plano teniendo especial cuidado de reparar previamente los cabos del esfínter externo. (14)

Factores de Riesgo para Desgarros Vulvoperineales:

Entendemos por este término (factores de riesgo) como el atributo o exposición a elementos que conduce al individuo o al grupo de personas a incrementar su predisposición para el desarrollo de un acontecimiento no deseado, desagradable e insalubre. En el caso de los factores de riesgo para desgarros vulbo-perineales se

define como aquellos componentes que hacen que una paciente sometida a trabajo de parto vaginal tenga una cierta probabilidad de sufrir lesiones del canal blando en el momento del periodo expulsivo. (15)

Factores maternos:

Son las condiciones, pertenecientes a la madre, que la hacen vulnerable a que sufra un cierto tipo de lesión del canal blando al momento del periodo expulsivo. (8)

Paridad: En las nulíparas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, debido en gran parte a una menor elasticidad de los tejidos de esta zona del cuerpo; el porcentaje de ocurrencia de desgarros varía entre 70 – 80 % en aquellas pacientes que dan a luz por primera vez, en las secundíparas se produce en un promedio de 15% y la incidencia de la injuria perineal va disminuyendo conforme el número de partos aumente, pero su presencia es variable pudiéndose presentar hasta en múltiparas como también no dándose en las nulíparas. Se ha visto que generalmente los desgarros complicados son los que más se han dado en este tipo de pacientes y que tienden a desarrollar secuelas posteriores a la reparación. (8)

Edad materna: La edad de la madre también juega un rol importante dentro de las posibles complicaciones del parto, especialmente en el momento de producirse algún tipo de desgarro. En edades avanzadas se ha encontrado que los tejidos musculares con más menos fibrosos debido probablemente a una hipoplasia. Evidencia basada en medicina nos muestra que este tipo de complicaciones se ha

dado en mayor incidencia en aquellas pacientes con edades que bordean 16 - 20 años y en las mayores de 33 años. (8)

Posición de la madre en el expulsivo: La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal: En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%). Se practican más episiotomías en la posición semi-sentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas. En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos). Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (<42%) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. (8)

Anemia materna: Es uno de los factores de riesgo por lo cual los tejidos vulvoperineales son friables 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 y la anemia severa que duplica el riesgo de sufrir una pérdida sanguínea considerable y cuando se sufre algún desgarro aún más por lo expuesto antes. (5)

Factores de parto:

Están dados por aquellos elementos que, sin ser propiamente pertenecientes a la gestante, pueden ocasionar algún daño o algún tipo de desgarro vulvoperineal. (5)

Peso del recién nacido: El peso es, probablemente, el factor más importante que condiciona la morbilidad materna, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Existe una relación muy estrecha entre el peso del feto al nacer y el riesgo de sufrir un desgarro perineal, no es necesario un producto macrosómico para producir algún daño en los tejidos perineales, algunos expertos han señalado que el peso promedio para que se desarrolle una lesión vulvoperineal estaría a partir de los 3.700 gr en adelante, pero teniendo en cuenta factores como la paridad y la edad; sin embargo la probabilidad de que se produzca algún tipo de desgarros siempre está latente con productos que tengan un peso considerable. (16)

Parto instrumentado: La mayor parte de los fórceps se realizan por algún grado de distocia o por una prolongación de la 2ª fase de parto. El fórceps, al ser un aparato tractor ejerce una fuerza muy grande y los tejidos deben de acomodarse muy rápidamente al incremento de diámetro que produce la cabeza fetal. La mayoría de los fórceps se realizan por necesidad y probablemente antes de su realización ya se haya dañado el músculo elevador. En general los estudios que hablan del daño del fórceps y vacunm en los desgarros vulvoperineales se deben más a la mala indicación de esta maniobra obstétrica que a su mismo uso. (5)

Uso de la episiotomía mediana: El realizar una episiotomía no disminuye la posibilidad de desgarro perineal. Un gran número de episiotomías medio laterales

(EML) se realizan porque pensamos que el periné está muy tenso y se puede romper. Hay autores que han valorado que el desgarro puede producirse aun así se haya realizado este tipo de procedimientos. (17)

1.4 JUSTIFICACIÓN Y/O IMPORTANCIA

Según la OPS los desgarros vulvoperineales son uno de los principales focos de infección post parto y que pueden conllevar a una sepsis si es que no se brinda un tratamiento eficaz y oportuno. (18)

La mayoría de las mujeres puede dar a luz sin un daño grave en el perineo, pero un 1% a un 8% de las mujeres sufre desgarros perineales graves (lesión de esfínter anal con o sin lesión de la mucosa rectal) durante el parto vaginal. (19)

La mayoría de los partos vaginales se asocian con algún tipo de traumatismo en el aparato genital. La morbilidad asociada con el traumatismo perineal es significativa, especialmente cuando se trata de desgarros de tercer y cuarto grado. Generalmente, el grado de morbilidad está relacionado directamente con el grado de la lesión perineal ocurrida, es decir, los traumatismos perineales de primer y segundo grado causan una morbilidad menos grave que los desgarros de tercer y cuarto grado. (20)

En los últimos años diferentes estudios han sido realizados para identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de desgarros vulvoperineales durante el parto vaginal, con el fin de minimizar su ocurrencia. Los factores maternos y de parto identificados en trabajos previos incluyen la edad materna, la raza, la nuliparidad, el

uso de episiotomía, parto vaginal instrumentado, el peso al nacer, la variedad de posición, el expulsivo prolongado, la inducción del trabajo de parto y la anestesia epidural. El riesgo de traumatismo perineal posterior cuando no se realiza episiotomía va del 0 hasta al 2.3%, cuando se realiza episiotomía medio lateral el riesgo va del 0,2 al 9%. (21)

Existen una serie de factores que pueden influir en la aparición de los desgarros vulvoperineales como: la paridad, la posición en el expulsivo, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal y el tiempo de duración del expulsivo. (21)

Uno de los factores que se involucra con los desgarros vulvoperineales de I° Y II° es el tiempo que dura el periodo expulsivo; se detalla que mientras más se prolongue esta fase es mayor el riesgo de desgarro porque hay una edematización de los tejidos. (21)

Existe un cierto vinculo de las lesiones vulvoperineales a la no practica de la Psicoprofilaxis partiendo de que los músculos de esta zona se encuentran tensos y en el momento del parto aún más si es que no se ha realizado previamente una adecuación enfocada a la distensibilidad de estos músculos para ser sometidos a un posterior trabajo de parto. (21)

El Hospital Regional de Loreto es un establecimiento de salud centro de referencia de pacientes con patología obstétrica a nivel Regional y atiende un volumen poblacional importante, por lo que es conveniente la realización del presente estudio ya que brinda atención a la mayor parte de la población por ser centro de referencia regional, y durante el desarrollo del internado nos permitió plantear el problema en

mención. El estudio tiene relevancia social porque la población que atiende el establecimiento principalmente es pobre y extremadamente pobre que constituyen el grupo de mayor vulnerabilidad social, ya que estas personas vienen cultivando un estilo de vida diferente influenciadas por las costumbres y creencias que han ido adquiriendo a lo largo de los años o de generación en generación. En ese sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una disminución en las posibles complicaciones durante el parto y así dar respuesta a esta problemática de salud que se presenta en las mujeres atendidas en este nosocomio.

Por tal motivo el propósito del trabajo consiste en identificar los factores de riesgos asociados en los desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a abril del 2013, de esa manera tener una idea clara con respecto a esta morbilidad y con esta información que recolectada y procesada, poder tener los resultados, que nos ayudaran en la toma de decisiones futuras para evitar un parto con complicaciones.

PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013?

II. OBJETIVOS:

a) Objetivo general

- Identificar los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013

b) Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficos de las puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013
- Identificar los factores maternos y de parto asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013
- Determinar la asociación de los factores maternos y de parto con desgarro vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto

III. HIPOTESIS:

Hipótesis de investigación

Existe asociación de los factores de riesgo materno y de parto con los desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el periodo enero - abril 2013.

IV. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Identificación de variables:

- **Variables Independientes:** Factores de riesgo
- **Variable dependiente:** Desgarros vulvoperineales

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Items
Factores de riesgo	Factores o condiciones en las parturientas que incrementan su predisposición para los desgarros vulvoperineal	factores maternos y de parto que predisponen a la parturienta a sufrir desgarro vulvoperineal	Factores Maternos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • ≤16 • 17 – 34 • ≥35
				Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multipara • Gran multipara
				Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Leve(Hb:9- 10.9) • Moderada(Hb:7- 8.9) • Severa(Hb< 7)
				Posición de la madre en el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Horizontal • Vertical
			Factores del parto	Parto instrumentado	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Uso episiotomía media	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Peso del R.N	<ul style="list-style-type: none"> • <2500 gr. • 2500-3500 gr. • >3500 < 4000 gr. • ≥4000 gr

VARIABLE: DESGARRO VULVOPERINEAL

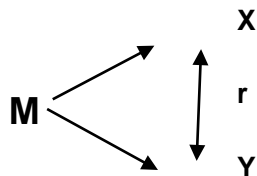
Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Items
Desgarro vulvoperineal	Rupturas o lesiones de los tejidos blandos ubicados en la zona inferior del periné comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa	Tipos de desgarro según lesión del tejido afectado y determinación de su grado	Desgarro vaginal	Lesión de las paredes del canal vaginal, fondo de saco	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo • No hubo
			Desgarro vulvar	Lesión que compromete los labios y la región del clítoris	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo • No hubo
			Desgarro perineal	<p>1°: Afecta la piel, tejido subcutáneo, músculos bulbocavernoso, músculos transversos superficiales y profundo de la vulva.</p> <p>2° compromete la vagina y el músculo elevador del ano.</p> <p>3°: Afectan los músculos perineales y al esfínter externo del ano.</p> <p>4°: Afectan a las estructuras anteriores y a la mucosa del recto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo • No hubo

V. MATERIALES Y METODOS:

Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, retrospectivo y de diseño correlacional.

Diseño de estudio



DONDE:

M: Puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto

X: Factores de riesgo

Y: Desgarros vulvoperineales

r: coeficiente de asociación entre factores de riesgo y desgarros vulvoperineales.

UNIVERSO:

Todas las puérperas atendidas en la sala de parto del Hospital Regional de Loreto en el periodo enero a abril del 2013, que hacen un total de 950. Fuente Sistema de Información Perinatal.

POBLACION:

Todas las puérperas que presentaron el diagnóstico de desgarros vulvoperineales después del parto que asciende a la suma de 115 puérperas.

MUESTRA:

Conformado por todas las puérperas que presentaron desgarro vulvoperineal en un total de 115.

UNIDAD DE ANALISIS:

Conformada por una puérpera con diagnóstico de desgarro vulvoperineal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Puérperas que presentaron el diagnóstico de desgarros vulvoperineales después del parto espontáneo, sin la realización de una episiotomía.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Puérperas sin factores de riesgo que no tuvieron desgarro después del parto espontaneo.

PROCEDIMIENTO

1. Para llevar a cabo el proyecto de investigación se realizó la obtención de datos a través de la aplicación del método estadístico, solicitando a las autoridades del servicio de Gineco – obstetricia el permiso correspondiente para la disposición de dichos archivos y utilización del programa Sistema Informático Perinatal (SIP 2000). Se procedió a elaborar un diseño de instrumento de investigación, para la aplicación de datos útiles, que eran de importancia para el proyecto. (22)

2. Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo y de diseño correlacional, revisando los registros de hospitalización, las historias clínicas, los registros de sistema de vigilancia materno perinatal (SIP 2000) y libro de partos.
3. Antes de la recolección de datos se informó al servicio de Gineco - obstetricia y al servicio de estadística para que se nos facilite en el proceso de realización, a fin de obtener la autorización para la investigación. La aplicación del SIP 2000 el cual se extrajo el registro de desgarros vulvoperineales durante el periodo enero a abril del 2013.
4. Con la ayuda de algunos profesionales de obstetricia se analizó la asociación de los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo, una vez recolectado se utilizó la aplicación de una ficha de recolección de Datos, el procesamiento de análisis de los datos para la comprobación de los resultados, seguidamente se efectuó la interpretación correspondiente de los mismos.
5. Las variables de tabulación se expresó en tablas de contingencia para la asociación, se utilizó el ji cuadrado. (23)

METODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para la presente investigación se empleó la técnica de recolección de datos cuya información requerida la obtuvimos de las historias clínicas y del SIP.

La lista de recolección cuenta con cuatro secciones: los datos personales y las dimensiones de las variables respectivamente. En cada sección se enumera los indicadores y cada uno de estos con sus respectivos ítems.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Para la aplicación del coeficiente de correlación estadístico Ji o chi cuadrado, debemos se procedió de la siguiente manera:

La fórmula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dónde:

O_{ij} Denota a las frecuencias observadas. Es el número de casos observados clasificados en la fila i de la columna j.

E_{ij} Denota a las frecuencias esperadas o teóricas. Es el número de casos esperados correspondientes a cada fila y columna. Se puede definir como aquella frecuencia que se observaría si ambas variables fuesen independientes.

Para obtener los valores esperados E_{ij} , estos se calculan a través del producto de los totales marginales dividido por el número total de casos (n). Para el caso de una tabla 3x3, se tiene que:

$$E_{11} = \frac{(a + b + c + d)(a + e + i + m + q)}{n}$$

$$E_{12} = \frac{(a + b + c + d)(a + e + i + m + q)}{n}$$

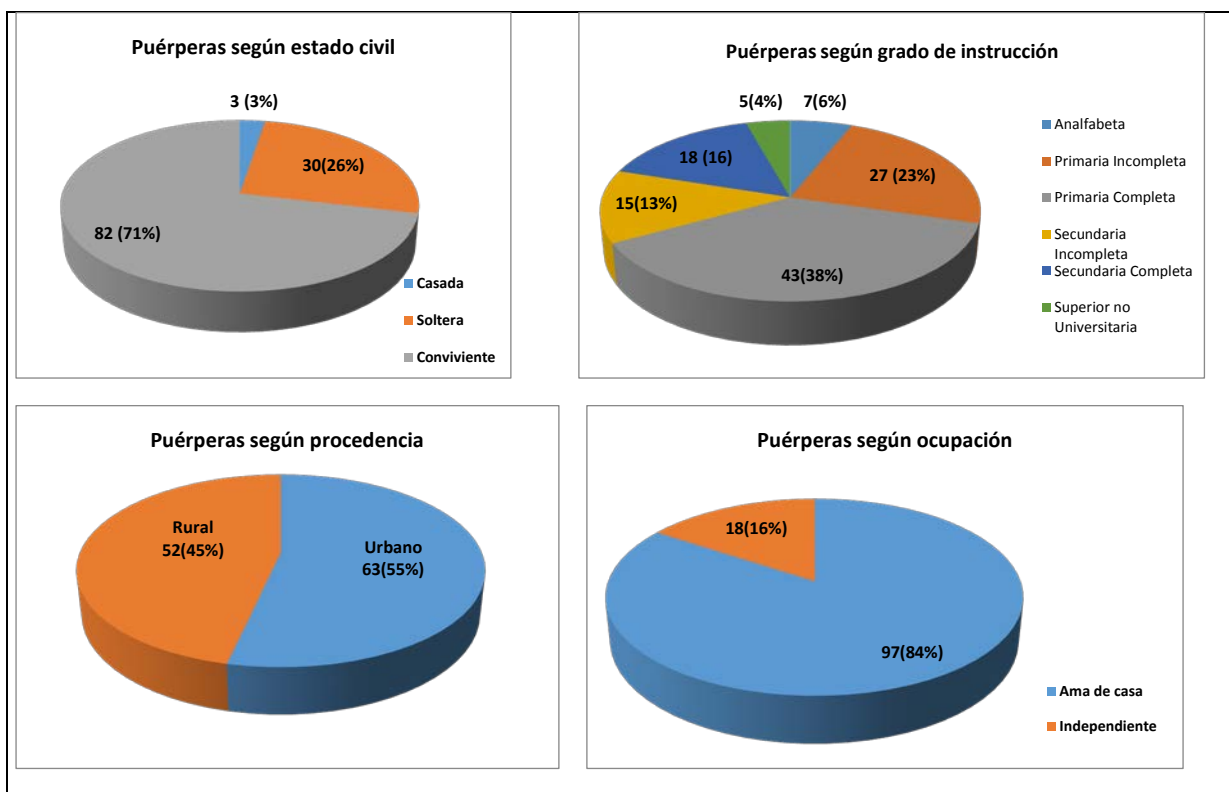
$$E_{54} = \frac{(a + b + c + d)(a + e + i + m + q)}{n}$$

Para los datos de la distribución de ji cuadrado, los valores esperados se presentan en el paréntesis junto con los observados

Después se plantea un contraste estadístico de hipótesis entre la hipótesis nula y la hipótesis alterna.

VI. RESULTADOS:

Gráfico N° 01. Características sociodemográficos en puérperas con desgarro vulvoperineal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero abril 2013.



Fuente: Datos del propio estudio de investigación.

Observamos que la población estudio se caracterizó por ser conviviente 71.3% (82), de educación primaria completa 37.3% (43) y primaria incompleta 23.4% (27), de procedencia urbana 54.7% (urbana), de ocupación ama de casa 84,3% (97).

Tabla N° 01. Frecuencias de factores maternos y de parto en puérperas con desgarro vulvoperineal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero abril 2013

FACTORES DE RIESGO		DESGARROS			TOTAL	
		VULVAR	VAGINAL	PERINEAL		
MATERNOS	EDAD	Menor o igual a 20	2	12	14	28
		21-30	18	15	34	67
		igual o mayor a 31	13	3	14	30
	ANEMIA	Leve	17	18	35	70
		Moderado	8	11	20	39
		Severa	0	2	14	16
		No hubo	11	6	36	53
	POSICION DE LA MADRE	Vertical	0	3	11	14
		Horizontal	33	29	45	107
	PARIDAD	Múltiparas	19	16	12	47
		Primíparas	22	17	55	94
		Gran Múltipara	0	0	0	0
DEL PARTO	PARTO INSTRUMENTAL	Vacum	1	10	18	29
		No hubo	15	17	38	70
	USO DE EPISIOTOMIA	MEDIA LATERAL	1	1	7	9
		MEDIA	8	23	13	44
		No se uso	16	15	46	77
	PESO DEL RECIEN NACIDO	2500 – 3500	8	7	17	32
		3501- 4000	26	35	46	107
		mayor de 4001	3	2	10	15
			221	242	485	948

Fuente: Datos del propio estudio de investigación

Observamos que existe un mayor número de casos registrados al analizar los desgarros por que las puérperas presentaron de uno hasta tres tipos de desgarros por caso, el desgarro que se presenta con mayor frecuencia es el perineal. Así mismo los factores de riesgos maternos resaltantes son la edad de 21 a 30 años, anemia leve, la posición horizontal y la condición de primíparas, como factores de riesgo del parto tenemos no parto instrumental, no episiotomía y peso 3501 a 4000g del RN, es donde se presentan mayormente los desgarros vulvoperineales.

Tabla 02. Uso del estadístico de contraste que permite conocer si es un factor asociado.

FACTOR	VARIABLE	x ² Calculado	x ² Tabular	DECISION
MATERNO	EDAD	14.03	9.49	Asociado
	ANEMIA	12.75	12.59	Asociado
	POSICION DE LA MADRE	8.03	5.99	Asociado
	PARIDAD	13,69	9.49	Asociado
DEL PARTO	PARTO INSTRUMENTAL	5,11	5.99	No asociado
	USO DE EPISIOTOMIA MEDIA	17,84	9.49	Asociado
	PESO DEL RECIEN NACIDO	13.91	9.49	Asociado

Fuente: Datos del propio estudio de investigación

H₀: El factor materno y el desgarro vulvoperineal son independientes

Y la hipótesis alterna:

H_a: El factor materno y el desgarro vulvoperineal no son independientes, están asociados.

Bajo la hipótesis nula de independencia, se sabe que los valores del estadístico χ^2 se distribuyen según una distribución conocida denominada ji-cuadrado, que depende de un parámetro llamado “grados de libertad” (g.l.). Para el caso de una tabla de contingencia de 3 filas y 3 columnas, los g.l. son igual al producto del número de filas menos 1 (3-1) por el número de columnas menos 1 (3-1). Así, para el caso (Tabla 3x3) los g.l. son 4.

De ser cierta la hipótesis nula, el valor obtenido debería estar dentro del rango de mayor probabilidad según la distribución ji-cuadrado correspondiente. El valor-p que usualmente reportan la mayoría de estadísticos no es más que la

probabilidad de obtener, según esa distribución, la probabilidad de obtener los datos observados si fuese cierta la hipótesis de independencia. Si el valor-p es muy pequeño (usualmente se considera $p < 0.05$) es poco probable que se cumpla la hipótesis nula y se debería de rechazar.

Tabla 03. Distribución de ji-cuadrado					
	Probabilidad de un valor superior				
Grados de libertad	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	5,99	7,38	9,21	10,60
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84
4	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86
5	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75
6	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55
7	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28
8	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95
9	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59
10	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19
11	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76
12	18,55	21,03	23,34	26,22	28,30
13	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82
14	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32
15	22,31	25,00	27,49	30,58	32,80

Se determinan los grados de libertad (en la primera columna) y el valor de α (en la primera fila). El número que determina su intersección es el valor crítico correspondiente. De este modo, si el estadístico χ^2 que se obtiene toma un valor mayor se dirá que la diferencia es significativa.

Sí, para una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$) el valor teórico de una distribución ji-cuadrado con 4 grados de libertad es 9,49. Para $\alpha = 0.10$ es de 7,78. Como quiera que en el cálculo del χ^2 obtuvimos un valor de 16.6, que supera al valor para $\alpha = 0.05$, podremos concluir que las dos variables no son independientes, sino que están asociadas ($p < 0.05$). Por lo tanto, a la vista de los resultados, rechazamos la hipótesis nula (H_0) y aceptamos la hipótesis alternativa (H_a) como probablemente cierta.

Para la decisión en relación al nivel de asociación utilizaremos los siguientes rangos

Tabla 04: Nivel de asociación según rangos

Nº	Rango	Nivel de asociación
1.	De 0.1 a 3.00 $X^2_{c \text{ mayor a } X^2_t}$	Baja
2.	De 3.01 a 10.00 $X^2_{c \text{ mayor a } X^2_t}$	Media
3.	De 10.01 a más $X^2_{c \text{ mayor a } X^2_t}$	Alta

Fuente: Hernández Sampieri. 2006

Tabla 05: Factor materno y decisión según X^2_c y X^2_t según las variables

FACTOR	VARIABLE	X^2_c	$X^2_t (0.05)$	Diferencia	DECISION
MATERNO	EDAD	14.03	9.49	4,54	Asociados
	ANEMIA	12.75	12.59	0,16	Asociado
	POSICION DE LA MADRE	8.03	5.99	2,04	Asociado
	PARIDAD	13,69	9.49	4,2	Asociado

Datos del propio estudio de investigación

Podemos señalar entonces que los factores maternos asociados en forma media a los desgarros vulvoperineales son la paridad y la edad. Sin embargo,

la posición de la madre y la anemia presentan una asociación baja. Todo esto con 0.05 de margen de error, lo que representa el 5%.

Tabla 06: Factor del parto y decisión según X^2_c y X^2_t según las variables

FACTOR	VARIABLE	x^2 Calculado	x^2 Tabular	Diferencia	DECISION
DEL PARTO	PARTO INSTRUMENTAL	5,11	5.99	ninguna	No asociado
	USO DE EPISIOTOMIA	17,84	9.49	8.35	Asociado
	PESO DEL RECIEN NACIDO	13.91	9.49	4.42	Asociado

Datos del propio estudio de investigación

Por su parte los factores del parto asociados en forma media a los desgarros vulvoperineales son uso de episiotomía y el peso del recién nacido. Y el parto instrumental no presenta una asociación. Todo esto con 0.05 de margen de error, lo que representa el 5%.

Por lo tanto las variables asociadas medianamente son edad, paridad, uso de episiotomía y el peso del recién nacido, por lo tanto se rechaza la hipótesis de investigación planteada, que plantea Los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013 son edad, paridad y parto instrumentado

VII. DISCUSION

Teóricamente se acepta que en edades muy tempranas o tardías las posibilidades de lesiones aumentan, lo cual se confirma en el presente estudio ya que resultó que tener edades menores a 19 años (adolescentes) y entre 20 y 34 años son factores de riesgo para la presencia de desgarro perineal, sin embargo estadísticamente resultó no significativo por lo cual los resultados no se pueden extrapolar a otras muestras ni estudios

El resultado obtenido nos muestra que existen factores maternos y del parto asociados al desgarro vulvoperineal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013.

En cuanto al número de partos se encontró que la mayor frecuencia con 80 pacientes (69.57%) pertenecieron al grupo de multíparas, las primíparas con 35 pacientes (30.43%). Esto concuerda con un estudio realizado por Ávila Fabián, Adela Cecilia en el Hospital Santa Rosa en Lima, año 2003, donde menciona que la mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas con 124 desgarros (79%).

En nuestro estudio la paridad es considerada factor de riesgo para presentar desgarro perineal. A menor cantidad de partos vaginales mayor es el riesgo de presentar desgarro como en el caso de las primíparas. Como el resultado fue estadísticamente significativo es válido para otros estudios donde se aborde esta relación.

Se encontró que los desgarros más frecuentes fueron el perineal con 485 casos, seguido del vaginal con 242 y el vulvar con 221, corroborando los estudios de Pavón

y col. 2009. México, quien encontró que el tipo de complicación más frecuente fue el desgarro perineo-vaginal en el 64.5% y laceraciones perineo-vaginales en 24.3% y también con Abril y col. 2009. Colombia. Quien encontró que (54.4%) presentaron desgarros perineales que requirieron sutura.

Asimismo se encontró que los factores de riesgo del parto asociados al desgarro son uso de episiotomía y el peso del recién nacido coincidiendo con Arbeloa, 2009. Chile, quien encontró que (52,3%) fueron multíparas y 357 (47,7%) primíparas. Considerando al grupo de pacientes a las cuales se les realizó episiotomía, del total de multíparas, se realizó episiotomía en 24,55%, mientras que en 75,45% no se practicó. En primíparas, 78,43% requirió de dicho procedimiento y en 21.57% no fue requerido. Entre las pacientes a las cuales no se les realizó episiotomía se aprecia que la mayor frecuencia de desgarros ocurre en aquellas cuyos recién nacidos presentaron una circunferencia craneana entre los 34 y 36 cm (137 casos). Y De Jone' S. 2010. EE.UU., los resultados fueron: que el peso del recién nacido se presenta con mayor implicancia hasta en un 62% de los casos, seguido del parto instrumentado en un 23% y la no utilización de la episiotomía en un 15%. Similar resultado encontramos en Carreras. 2010. Puerto Rico. Donde en el 70% de ellas estuvo presente la no utilización de la episiotomía, en un 15 % el peso del RN y el otro 15% la edad materna (30 a 33 años) y Santi Estevan y Col. 2008. CHILE, donde el factor principal es el peso del recién nacido (3700 – 3900 gr.), y el no haber realizado episiotomía, De igual modo Santana, 2011, Panamá encontró que; en 125 pacientes estuvo presente el peso del recién nacido como principal factor, 55 la edad materna (fluctuaba entre 35 – 40 años) y 45 de ellas el no haberle realizado episiotomía. Zea, 2009, Ecuador, el factor de riesgo más frecuente fue el peso del

R.N., seguido del tiempo que duro el expulsivo y en 33 estuvo presente el no haber utilizado la episiotomía. En el ámbito internacional Pavón y col. (México) y Abril y col. (Colombia) encontraron similares resultados, lo mismo que en Guatemala Carrillo en el 2011. Similares resultados encontramos en nuestro país con Mejía, Bendezu, Eyzaguirre y Padilla el mismo año.

Los factores maternos asociados en forma media a los desgarros vulvoperineales son la paridad y la edad. Sin embargo, la posición de la madre y la anemia presentan una asociación baja. Resultados que difieren con Ortiz, 2010. Chile, los factores de riesgo de desgarro fueron: la paridad como factor más frecuente (primíparas con 32 desgarros y multíparas con 30 desgarros), le siguió el peso del R.N como factor de riesgo en 47 partos y en 31partos estuvo presente la edad materna (promedio 30 – 35 años), Casanova, 2010, Perú, el factor de riesgo más frecuente es la nuliparidad, 45 tuvieron desgarros de II° donde que el factor de riesgo más frecuente fue la posición de la paciente en el expulsivo, 17 pacientes tuvieron desgarros de III° donde el factor de riesgo más frecuente fue el peso del R.N. bordeando entre los 3500 – 3700 gr. Y Pariguana, 2008, Perú, el factor de riesgo más frecuente fue posición de la madre en el expulsivo (horizontal 14.5% y vertical 28.3%), como segundo factor fue el peso del R.N. (38.3%), el parto instrumentado con vacunm (11.8%) y finalmente como cuarto factor el tiempo del expulsivo mayor de 40 minutos (7.4%).

VIII. CONCLUSIONES:

- La población estudio se caracterizó por ser conviviente 71.3% (82), de educación primaria completa 37.3% (43) e incompleta 23.4% (27), de procedencia urbana 54.7% (urbana), de ocupación ama de casa 84,3% (97).
- Los factores de riesgos maternos resaltantes son la edad de 21 a 30 años, anemia leve, la posición horizontal y la condición de primíparas.
- Los factores de riesgo en el parto son la episiotomía y peso entre 3501 a 4000g del RN.
- Existe asociación de los factores maternos: edad ($x^2=14.03$), anemia ($x^2=12.75$), posición de la madre ($x^2=8.03$) y paridad ($x^2=13.69$); y de parto, uso de episiotomía media ($x^2=17.84$) y peso del recién nacido ($x^2=13.91$) con desgarro vulvoperineales.

IX. RECOMENDACIONES

- ✓ Al MINSA, capacitar al equipo de salud encargado de la atención del parto para una correcta evaluación del paciente y así verificar la presencia de algunos de los riesgos estudiados a fin de prevenir los desgarros vulvoperineales y las posibles complicaciones a las que estas conllevan.

- ✓ A los servicios salud hospitalarios, que se promuevan acciones que impliquen el reconocimiento de metodologías y técnicas de atención en salud reproductiva traducidas en normas operativa, que permita reducir los factores de riesgo de los desgarros vulvoperineales.

- ✓ Al MINSA, a través del área de Promoción de la Salud baja la estrategias de comunicación para el cambio de comportamientos se empodere a las puérperas sobre la importancia de la atención pre natal por ser este una medida de primer orden para detectar a tiempo algún tipo de factor de riesgo presente y así minimizar el posible daño durante el parto.

X. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1.- Jones, k. Incidencia de desgarros perineales en partos instrumentados. Revista Informática de la Jornada Internacional de Obstetricia y Ginecología. Valencia - España. 2010. Pág. 17 – 20.

2.- Rivera, G. Hemorragia post parto: incidencia, factores de riesgo y tratamiento. Comunicaciones científicas y tecnológicas UNNE. Guayaquil. Ecuador.2010. Pág. 35 – 39.

3.- Cervantes, B. Hemorragias del puerperio inmediato: Prevención. Acta medica peruana n° 20. Apuntes Médicos del Perú. 2003. Pág. 23 – 27.

4.- Ávalos R. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Ministerio de salud de la nación. Ecuador. 2010. Pág. 39 – 45.

5.- Martínez, G. Factores asociados a lesiones perineales. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Ediciones Santa Fe. Colombia. 2007. Pág. 20 - 23

6.-Mondragón, C. Hemorragia Post Parto: Tratamiento y Diagnóstico Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. N° 8. Ginebra. 2011.

7.- Pavón y col. *Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Xalapa.* Tesis de pregrado para optar el título de médico cirujano. Biblioteca virtual de la UNAM. Mexico.2009

8.- Abril y col. *Factores de riesgo para desgarro vulvoperineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá*. Revista colombiana de ginecología y obstetricia. Volumen 6. Colombia. 2009.

9.- Carrillo, A. *Factores de riesgo para producir desgarros peri-anales en pacientes gestantes del Hospital de Guatemala*. Boletín médico informativo. Ediciones médicas. Guatemala. 2011. Pág. 15 – 23.

10.- Arbeloa, J. *Factores de riesgo y desgarros vulvoperineales con y sin uso de episiotomía en pacientes del área de Gineco-obstetricia del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse*. Revista chilena de ginecología y obstetricia. Chile. 2009.

11.- Casanova, M. *Factores de riesgo más frecuentes en las pacientes con desgarros vulvoperineal del Hospital San Bartolomé en el período enero-agosto 2010*. Tesis de pregrado para optar el título de médico cirujano. Universidad Nacional Federico Villarreal. Perú. 2011.

12.- Mejía, J. *Factores de riesgo más frecuentes en desgarros vulvoperineales en gestantes atendidas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Junín*. Tesis de pregrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Centro del Perú. 2010.

13.- Lamder, C. et. *Factores de riesgo para daño perineal durante el parto vaginal*. Edición Rev. Chilena obstet. Ginecol número de pag. 13 obstet. ginecol. 28 – 09–13,18:30 hrs febrero 2009 [En línea].

Disponible en <http://www.jobstetgynecol.htm>.

14.- Cunningham G. *Obstetricia de Williams*. Vigésima segunda edición. Editorial medica panamericana. España. 2004. Pág. 834 - 836

15.- Vásquez, J. *Manual de ginecología y obstetricia*. Editorial Tierra Nueva. Perú. 2011. Pág. 37.

16.- Ramírez. *Correlación del Peso Fetal por Clínica en Productos Macrosómicos y las Complicaciones Maternas en el Hospital General de Zona N° 11*. Protocolo de Investigación. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013.

17.- Gardner, P. *Episiotomía de rutina en países en desarrollo*. British medical Journal. Editorial Elsevier. Boston. 2008. Pág. 15 – 17.

18.- Schwarcs, R. *El parto patológico en obstetricia*. Obstetricia 6° sexta edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina. 2008.

19.- Cabero, L. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina Reproductiva*. Editorial Madrid Médica Panamericana. España. 2003. Pág. 250.

20.- García, M. Parto vaginal y los desgarros perianales. Departamento de Gineco Obstetricia Hospital Clínico Universitario De Salamanca. Revista Sobre salud sexual y reproductiva año 2000. Asociación de argentina por la salud sexual y reproductiva. AASSER. pág. 10 – 12.

21.- Molina, R. Puerperio Inmediato: Factores de riesgo para desgarro vulvoperineal. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Edición N° 11. Chile. 2008. Pág. 17 – 28.

22.- Sistema Información Perinatal (SIP 2000).

23.- WALKER, JOHN. *Retro Psycho Kinesis Project Home*. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Agosto 2013.

<http://www.fourmilab.ch> [calcula la *probabilidad* (p) de χ^2 a partir de los valores de χ^2 y de los grados de libertad, y el valor de χ^2 a partir de p (probabilidad) y grados de libertad].

XI. ANEXOS

Anexo 01:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESGARROS VULVOPERINEALES EN
PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ENERO –
ABRIL DEL 2013**

H.C.:.....

I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1.1.-Edad:.....

1.2.- Estado Civil:.....

1.3.- Grado de Instrucción:.....

1.4.- Ocupación:

1.5.- Procedencia:.....

II.- FACTORES MATERNOS

2.1.- Edad Gestacional:

- 37 sem.
- 38 sem.
- 39 sem.
- 40 sem.
- 41 sem.

Anemia materna:

- a) anemia leve ()
- b) anemia moderada ()
- c) anemia severa ()

2.3.- Paridad

- a) primípara
- b) múltipara
- c) gran múltipara

2.4.- Posición de la madre en el expulsivo

- a) horizontal ()
- b) vertical ()

III.- FACTORES DE PARTO

3.1.- Episiotomía:

- a) Media ()
- b) medio lateral ()

3.2.- Peso del recién nacido

- 1500 – 2500 gr. ()
- 2501 – 3500 gr ()
- 3501 – 4000 gr ()
- > 4000 gr ()

3.3.- Parto Instrumentado

- a) vacunm ()
- b) fórceps ()

IV.- DESGARROS VULVOPERINEALES

4.1- Desgarro Vulvar

- a) Si hubo
- b) no hubo

4.2- Desgarro vaginal

- a) Si hubo
- b) no hubo

4.3.- Desgarro perineal

Desgarro de 1° grado:

- a) Hubo
- b) no hubo

Desgarro de 2° grado:

- a) Hubo
- b) no hubo

Desgarro de 3° grado:

- a) Hubo
- b) no hubo

Desgarro de 4° grado:

- a) Hubo
- b) no hubo

Anexo 02:

Tabla N° 07 Características sociodemográficos en puérperas con desgarro vulvoperineal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero abril 2013.

CARACTERISTICAS	PUERPERAS	
ESTADO CIVIL	N°	%
Casada	03	2.6
Soltera	30	26.1
Conviviente	82	71.3
TOTAL	115	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	7	6.08
Primaria Incompleta	27	23.4
Primaria Completa	43	37.3
Secundaria Incompleta	15	13.04
Secundaria Completa	18	15.6
Superior no Universitaria	5	4.3
TOTAL	115	100
PROCEDENCIA	N°	%
Urbana	63	54.7
Rural	52	45.2
TOTAL	115	100
OCUPACIÓN	N°	%
Ama de casa	97	84,3
Independiente	18	15.65
TOTAL	115	100

Fuente: Datos del propio estudio de investigación.