

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

Factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024

Para optar el título profesional de:
Obstetra

Autoras:

Bach. Kimberly RODRIGUEZ CUSTODIO

Bach. Yesmi TARAZONA COLCA

Asesor:

Dr. Isaías Fausto MEDINA ESPINOZA

Cerro de Pasco - Perú - 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTERICIA



T E S I S

Factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. Flor Marlene SACHUN GARCIA
PRESIDENTE

Mag. Cesar Ivón TARAZONA MEJORADA
MIEMBRO

Mg. Sandra Lizbeth ROJAS UBALDO
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 104-2024

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:
RODRIGUEZ CUSTODIO, Kimberly
TARAZONA COLCA, Yesmi
Escuela de Formación Profesional
OBSTETRICIA

Tesis
“Factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024”

Asesor:
Dr. Isaías Fausto, MEDINA ESPINOZA

Índice de Similitud: 5%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 15 de diciembre del 2024.



Firmado digitalmente por PAITA
HUATA Elsa Lourdes FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 15.12.2024 16:27:11 -05:00

Dra. Elsa Lourdes PAITA HUATA
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, porque sin ellos no sería posible. Tus esfuerzos, apoyo y consejos nos ayudan a hacer realidad nuestros sueños.

AGRADECIMIENTO

Primero que nada, queremos agradecer a Dios por permitirnos alcanzar una de nuestras metas y agradecer a nuestras familias por su infinita comprensión, tolerancia y paciencia que me permitió completar mis estudios y alcanzar mis metas personales. Les estaremos eternamente agradecidos.

RESUMEN

Objetivo general: Identificar los factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024

Material y métodos: El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo, no experimental de corte transversal y básica.

Nivel y método descriptivo observacional, se utilizó el muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se tomó a todas las mujeres atendidas en la sala de partos, haciendo un total de 82 y que hayan tenido un producto gestacional en el servicio de obstetricia, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión

Resultados: El 50% de las gestantes, presentaron infecciones vaginales muy leve, el 26.8% leve y el 23.2% moderado. El 61% de las gestantes, presenta nivel educativo medio, el 24.4% bajo y el 14.6% alto. El 51.2% de las gestantes, tuvieron entre 1 a 2 controles, el 35.4% de 3 a 4 controles y el 13.4% de 5 a más controles. El 47.6% de las gestantes, se encontraban en pre término (menor a 37 semanas), el 31.7% a término (37 a 42 semanas) y el 20.7% posttérmino (mayor a 42 semanas). El 57.3% de las gestantes, presentaron de las gestantes presentaron, desgarro vaginal leve, el 30.5% desgarro de grado 1 y el 12.2% desgarro de grado 2. En el 47.5% los factores asociados de las gestantes estuvieron presente, en el 29.3%estuvieron medianamente presente, y en el 23.2% ausente. Conclusión:

De acuerdo a los factores asociados de las gestantes, durante el parto y que, atendidos en el Hospital D.A.C., se observa que el 57.3% presentaron desgarro vaginal leve, el 30.5% desgarro de grado 1 y el 12.2% desgarro de grado 2, así mismo, en el 47.5% los factores que afectaron a las gestantes estuvieron presente, el 29.3% medianamente presente, y en el 23.2% ausente.

Al aplicar la prueba del chi cuadrado se obtuvo $X^2 = 33,141 > X^2_{t} = (0.05\%, 4 \text{ gl}) = 9.488$ y $p \text{ valor} = 0.000$, por lo que, se establece que la presencia de los factores

asociados, tiene relación estrecha con el desgarro vaginal durante el trabajo de parto.

Palabras clave: Factores asociados, desgarro vaginal

ABSTRACT

General objective: Identify the associated factors of pregnant women in vaginal tearing during childbirth - Dr. Daniel Alcides Carrión Regional Hospital, April - July 2024

Material and methods:

The present research work has a qualitative, non-experimental cross-sectional and basic approach.

Level and descriptive observational method, non-probabilistic sampling was used, for convenience. All women treated in the delivery room were taken, making a total of 82 and who have had a gestational product in the obstetrics service, who meet the inclusion and exclusion criteria

Results: 50% of pregnant women presented very mild vaginal infections, 26.8% mild and 23.2% moderate. 61% of pregnant women have a medium educational level, 24.4% low and 14.6% high. 51.2% of pregnant women had between 1 to 2 controls, 35.4% had 3 to 4 controls and 13.4% had 5 to more controls. 47.6% of pregnant women were preterm (less than 37 weeks), 31.7% were full term (37 to 42 weeks) and 20.7% were postterm (greater than 42 weeks). 57.3% of pregnant women presented a mild vaginal tear, 30.5% had a grade 1 tear and 12.2% had a grade 2 tear. In 47.5% the associated factors of the pregnant women were present, in 29.3% they were moderately present, and in 23.2% they were absent. Conclusion

According to the associated factors of the pregnant women, during childbirth and that, treated at the DAC Hospital, it is observed that 57.3% presented mild vaginal tear, 30.5% grade 1 tear and 12.2% grade 2 tear, as well Likewise, in 47.5% the factors that affected the pregnant women were present, 29.3% moderately present, and in 23.2% absent.

When applying the chi square test, $X^2 = 33.141 >$ vaginal tear during labor.

Keywords: Associated factors, vaginal tear

INTRODUCCIÓN

La investigación sobre, los factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024.

Esta investigación nos permitió indagar acerca de los desgarros vaginales en las gestantes que reciben atención en un hospital regional. Los desgarros vaginales pueden tener consecuencias fisiológicas, así como emocionales que repercuten directamente tanto a la madre como al recién nacido, incluso decisiones futuras acerca de concebir nuevamente. Los desgarros vaginales son una complicación materna que resulta en la expulsión del producto a través del canal vaginal, las variables estudiadas en esta investigación fueron de gran relevancia.

Rocha, et al., observó una menor tasa de lesión perineal grave en la posición vertical, así mismo, indicó que, fomentar el uso de una posición erguida durante el trabajo de parto normal puede ser beneficioso para prevenir desgarros perineales graves, pero aún no se ha determinado con certeza que sea menos eficaz que la posición horizontal en los resultados generales del parto.⁷

Rubitt Bustamante, indica que, la circunferencia de la cabeza en primogénitos, primogénitos y bebés grandes son factores de riesgo para el desarrollo de lesiones perineales graves en madres y recién nacidos, y específicamente sobre la experiencia de tratamiento que reduce este riesgo. Se ha sugerido que se necesitan investigaciones futuras para confirmar estos resultados.⁸

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo, no experimental de corte transversal y básica.

Nivel y método descriptivo observacional, se utilizó el muestreo no probabilístico, por conveniencia. Se tomó a todas las mujeres atendidas en la sala de partos, haciendo un total de 82 y que hayan tenido un producto gestacional en el servicio de obstetricia, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

El informe de investigación incluye: El problema de investigación, el marco teórico, la metodología y técnicas de investigación, presentación de resultados, conclusiones y recomendaciones, bibliografía y anexos.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
INDICE	

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Delimitación de la investigación	2
1.3. Formulación del problema.....	3
1.3.1. Problema general	3
1.3.2. Problemas específicos	3
1.4. Formulación de objetivos	3
1.4.1. Objetivo general	3
1.4.2. Objetivos específicos.....	3
1.5. Justificación de la investigación	4
1.6. Limitaciones de la investigación.....	5

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio	6
2.2. Bases teóricas – científicas.....	14
2.2.1. Incidencia del trauma perineal o desgarro vaginal.....	14
2.2.2. Anatomía.....	14
2.2.3. Clasificación	15
2.2.4. Preparación preoperatoria.....	15

2.2.5. Antibioticoterapia.....	16
2.2.6. Anestesia	17
2.2.7. Sutura.....	18
2.3. Definición de términos conceptuales.....	19
2.4. Enfoque filosófico y epistémico.....	20

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación	21
3.2. Nivel de investigación	21
3.3. Característica de la investigación.....	21
3.4. Métodos de investigación	21
3.5. Diseño de investigación	21
3.6. Procedimiento de muestreo	22
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	23
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	23
3.9. Orientación ética.....	23

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	24
4.2. Discusión de resultados.....	29

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad de las gestantes, según estado civil, atendidos en el Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril a julio del 2024	24
Tabla 2:	25
Tabla 3: Nivel educativo de las gestantes, según incidencia de infecciones vaginales - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024.....	26
Tabla 4: Clasificación de las gestantes, por edad gestacional, según número de controles prenatales - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril a julio del 2024	27
Tabla 5: Factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024	28

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad de las gestantes, según estado civil	25
Gráfico 2: Clasificación de las gestantes, según ingreso económico familiar	26
Gráfico 3: Nivel educativo de las gestantes, según incidencia de infecciones vaginales	27
Gráfico 4: Clasificación de las gestantes, por edad gestacional, según número de controles prenatales.....	28
Gráfico 5: Factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto	29

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema

En términos de salud materna, el proceso del parto es uno de los eventos más importantes y transformadores en la vida de una mujer. Aunque la medicina obstétrica ha logrado grandes avances en la mejora de la atención del parto, algunas complicaciones, como los desgarros vaginales, siguen siendo un problema grave. Los desgarros vaginales, también conocidos como desgarros perineales, pueden ser un desafío clínico y emocional para las mujeres que experimentan este evento durante el parto. Los desgarros vaginales varían en gravedad y apariencia, desde pequeños desgarros hasta desgarros más extensos que afectan el perineo y el tejido muscular. Estas lesiones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres, afectando su salud física, emocional y sexual después del parto. Aunque se han logrado avances en la comprensión de los desgarros vaginales, se necesita más investigación sobre los factores asociados con su aparición, particularmente en los hospitales públicos. Las investigaciones actuales se centran en investigar y analizar los factores que pueden estar asociados con los desgarros vaginales en mujeres que dan a luz en hospitales públicos. Buscamos obtener una

comprensión más profunda de las condiciones asociadas con esta complicación examinando varias variables como las características maternas, las prácticas obstétricas, las condiciones médicas preexistentes y otros factores potencialmente influyentes. El conocimiento obtenido de este estudio no solo ayudará a identificar y prevenir mejor los desgarros vaginales, sino que también servirá como base para la implementación de estrategias de atención y educación que promuevan experiencias de parto más seguras y satisfactorias en los hospitales públicos.

Al investigar y evaluar rigurosamente estos factores en detalle, esperamos arrojar luz sobre este tema crítico en obstetricia y proporcionar información valiosa para informar la práctica clínica y las políticas de salud materna. El objetivo de este estudio es mejorar la conciencia mundial sobre los desgarros vaginales posparto y, en última instancia, brindar a las mujeres una atención más integral e integral durante el parto en hospitales públicos.

1.2. Delimitación de la investigación

Este estudio realizó un análisis detallado de todas las mujeres que tuvieron un parto vaginal en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión. El hospital brinda servicios médicos a toda la región de Pasco, que incluye 3 condados y 29 distritos departamentales. La encuesta se realizó entre abril y julio de 2024.

La información recopilada de los registros de nacimiento de los centros hospitalarios se utilizó para identificar a las mujeres que dieron a luz por vía vaginal en un entorno hospitalario. Asimismo, se aprovecharon los recursos analíticos, logísticos y humanos existentes para realizar una investigación exhaustiva.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024?

1.3.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son las características de las gestantes que tuvieron un desgarro vaginal en el servicio de obstetricia del hospital regional Dr. Daniel Alcides Carrión, Pasco 2024?
- b) ¿Cuáles son los factores que influyen e la incidencia de desgarros vaginales?.
- c) ¿Cómo es la presencia de desgarros vaginales en el servicio de obstetricia del hospital regional Dr. Daniel Alcides Carrión?
- d) ¿Cómo es la relación de los factores asociados durante la gestación con la incidencia de desgarros vaginales atendidas en el servicio de obstetricia del hospital regional Dr. Daniel Alcides Carrión, Pasco 2024?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Identificar los factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- a) Identificar las características de las gestantes que tuvieron un desgarro vaginal en el servicio de obstetricia del hospital regional Dr. Daniel Alcides Carrión, Pasco 2024
- b) Identificar los factores que influyen e la incidencia de desgarros

vaginales.

- c) Identificar la presencia de desgarros vaginales en el servicio de obstetricia del hospital regional Dr. Daniel Alcides Carrión.
- d) Identificar la relación de los factores asociados durante la gestación con la incidencia de desgarros vaginales atendidas en el servicio de obstetricia del hospital regional Dr. Daniel Alcides Carrión, Pasco 2024

1.5. Justificación de la investigación

Justificación teórica

Este estudio nos permitirá indagar acerca de los desgarros vaginales en las gestantes que reciben atención en un hospital regional. Esta relación es de gran importancia debido a que los desgarros vaginales pueden tener consecuencias fisiológicas así como emocionales que repercuten directamente tanto a la madre como al recién nacido, incluso decisiones futuras acerca de concebir nuevamente. Además, al tratarse de una vía cercana al sistema reproductor y excretor femenino, esta condición puede impactar negativamente al estilo de vida futuro. Dado que los desgarros vaginales son una complicación materna que resulta en la expulsión del producto a través del canal vaginal, las variables estudiadas en esta investigación son de gran relevancia.

Justificación práctica

Al comprender la incidencia de la rotura vaginal en mujeres que dan a luz por vía vaginal, podemos orientar la atención adecuada a las mujeres embarazadas que acuden al centro y necesitan atención durante el parto. De manera similar, podemos implementar estrategias para brindarles atención asequible, desarrollar flujos de trabajo y tal vez establecer pautas de práctica clínica o estándares técnicos para la evaluación, el tratamiento y la prevención del daño vaginal en el centro.

Justificación metodológica

El objetivo del estudio fue determinar las lesiones vaginales en mujeres embarazadas atendidas en el hospital antes mencionado. Se basará en datos regionales y brindará información relevante a todo el personal involucrado en la atención de maternidad en emergencias que involucran parto vaginal. De igual forma se aplicará un enfoque epidemiológico al problema planteado. Además, se guiará por los principios éticos establecidos en Helsinki para la investigación biomédica, garantizando que no se produzcan daños directos a los participantes de la investigación y protegiendo su anonimato. También se respetarán los principios de integridad científica.

1.6. Limitaciones de la investigación

Debido a que este estudio se basa en datos recopilados de historias clínicas y registros de nacimiento, nos guiamos por las variables recopiladas y el sesgo de información que pudo haber surgido. Además, debido a que se trataba de una tesis de licenciatura, teníamos muy pocos recursos para utilizar durante el proceso de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

Antecedente internacional

Henry Chill, et al., en su trabajo de investigación titulado “Obstetric anal sphincter injury following previous vaginal delivery”, investigaron los factores de riesgo asociados a la lesión del esfínter anal (OASI) en mujeres con antecedentes de parto vaginal. Un análisis de cohorte retrospectivo realizado entre 2003 y 2019 examinó datos de mujeres que habían dado a luz previamente por vía vaginal, enfatizando que el parto vaginal previo, los partos con peso al nacer igual o superior a 3900 g, el parto vaginal asistido por vacío y la episiotomía están todos implicados. tienen un mayor riesgo de OASI. Además, en este grupo de mujeres se han identificado factores de riesgo específicos para el desarrollo de formas más graves de OASI. Estos resultados resaltan la importancia de comprender y prevenir el trauma perineal durante partos vaginales anteriores. (1).

Jette Staer-Jensen, et al., en su trabajo titulado “Pelvic floor muscle injuries 6 weeks post partum-an intra- and inter-rater study” siendo su propósito, Evaluar la confiabilidad intra e interevaluadores en el diagnóstico de defectos

grandes y la confiabilidad entre evaluadores en el diagnóstico de defectos pequeños y espesor del músculo púbico visceral en mujeres primerizas utilizando ultrasonido transperineal 3D/4D seis semanas después del nacimiento. parto vaginal. Cuarenta mujeres primíparas se sometieron a una ecografía transperineal 3D/4D, en la que se determinó el volumen durante la contracción muscular máxima del suelo pélvico (PFM) y se diagnosticaron defectos musculares mediante microtomografía de orientación axial (TUI). El espesor muscular se midió en tres niveles centrales de la TUI. El volumen resultante fue analizado de forma independiente por dos investigadores sin conocimiento de los resultados del otro ni de los datos clínicos de las mujeres. Se calcularon los valores de porcentaje de concordancia y kappa de Cohen (κ) para defectos, así como el coeficiente de correlación intraclase (ICC) con intervalo de confianza del 95% para el grosor muscular. Se lograron excelentes valores de concordancia intraevaluador para errores mayores. La concordancia entre evaluadores fue excelente y buena para los defectos bilaterales y del lado derecho, así como buena para los defectos del lado izquierdo. El acuerdo sobre errores menores es pobre. Las mediciones de espesor muscular mostraron un CCI de 0,72 en el izquierdo y 0,48 en el derecho, aunque en muchos casos se descartó por mal contorno muscular. En conclusión, la ecografía por tomografía axial ha demostrado ser una herramienta fiable para detectar grandes defectos musculares posnatales, pero es menos eficaz para defectos pequeños. Las mediciones del espesor muscular son moderadamente confiables, pero deben eliminarse de manera rutinaria para que sean útiles para determinar el adelgazamiento muscular a las seis semanas después del parto.

(2).

Alouini et al., en su trabajo titulado "Anal sphincter tears after vaginal delivery: risks factors and means of prevention" estudiaron casos de lesiones del esfínter anal de tercer y cuarto grado que ocurrieron después del parto

vaginal en un hospital de obstetricia de tercer grado en los años 2005-2010. Hubo 78 casos de rotura del esfínter anal (3,8/1.000 nacimientos). La mayoría de las mujeres afectadas (85%) son nulíparas y la edad promedio es de 29 años. La duración promedio de la segunda etapa del parto es de 3,4 horas y el 15% de los recién nacidos tienen un exceso de peso al nacer. Se encontró que la lesión del esfínter se produjo en el 2,5% de las mujeres después del parto instrumental y en el 0,2% después del parto vaginal. Se encontró que al 65% de los pacientes se les realizó una incisión en la línea media, la mayoría realizada después de una extracción dental instrumental (82%) o después de un parto natural (43%). En el 76% de los casos, el feto se encuentra en la parte frontal y en el 78%, en la parte media de la pelvis. Dos pacientes tuvieron incontinencia urinaria anal en el período posparto temprano. Los desgarros del esfínter anal son relativamente comunes después del parto vaginal, especialmente después del parto instrumental. Factores como la macrosomía, la infertilidad y una segunda etapa del parto prolongada se asocian con un mayor riesgo de rotura del esfínter anal. Además, cabe señalar que una episiotomía mediana no proporciona una protección adecuada al esfínter anal. En algunos casos, estos desgarros provocan incontinencia anal, lo que subraya la importancia del seguimiento a largo plazo de estos pacientes. (3)

Carmen Aquino, et al., en su investigación titulada: "Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery?" analizaron si el uso de la maniobra de Ritgen durante el parto vaginal afecta el riesgo de lesión perineal. Hasta abril de 2018 se realizaron ensayos controlados aleatorios (ECA) en los que se comparó la maniobra de Ritgen con un grupo control de mujeres con embarazos únicos con posición de cabeza. Un análisis de tres ECA en los que participaron 1.589 mujeres encontró que la maniobra de Ritgen realizada por parteras durante la segunda etapa del parto no mostró diferencias significativas en la tasa de desgarros perineales graves, pero

aumenta el riesgo de dolor posparto. Por tanto, la maniobra de Ritgen no previene el daño perineal grave y puede aumentar el dolor posparto.(4).

Alison Macarthur, et al., en su trabajo de investigación "Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study" La atención se centra en evaluar la presencia de laceraciones perineales graves durante el parto vaginal y su relación con los factores clínicos y obstétricos que conducen al parto. Se realizó un análisis de cohorte retrospectivo utilizando la base de datos clínica del Centro de Referencia Universitario para Embarazos de Alto Riesgo. Durante el período de 10 meses de 2013 y 2014, se examinaron 941 partos vaginales. Se encontró que el 78,2% (n = 731) de los nacimientos tuvieron desgarros perineales, de los cuales el 75,7% (n = 708) fueron leves, el 2,5% (n = 708) fueron leves y el 2,5% (n = 731) tuvieron desgarros perineales. lágrimas. lágrima. = 23) en serio. Factores como la edad materna, la paridad, el uso de fórceps, la incisión en la línea media y el peso al nacer influyen en la aparición del desgarro. La probabilidad de una ruptura grave aumenta con la edad gestacional y el primer nacimiento. La episiotomía no tiene ningún efecto protector. En conclusión, la presencia de laceración perineal severa se asoció con el parto quirúrgico, el primer parto, la edad gestacional y la analgesia epidural, mientras que la episiotomía no tuvo un efecto protector.

Jonathan Nettle, et al., en su trabajo titulado: "Perineal trauma with vaginal birth after a previous caesarean section: A retrospective cohort study" buscó determinar la incidencia de trauma perineal severo en mujeres que tuvieron parto vaginal después de una cesárea en un hospital obstétrico terciario y comparó la incidencia de trauma perineal en mujeres que tuvieron cesárea previa y mujeres que dieron a luz por primera vez. Se realizó un análisis de cohorte retrospectivo en mujeres con embarazos únicos que dieron a luz por vía vaginal en 2013-2016. No hubo diferencias significativas en la incidencia de

desgarros de tercer y cuarto grado en mujeres con VBAC en comparación con mujeres nulíparas. Tampoco hubo un aumento significativo en la frecuencia de lesiones del esfínter anal en mujeres que dieron a luz por vía vaginal después de una cesárea en comparación con las mujeres que no lo hicieron. En conclusión, este estudio no encontró diferencias generales en la tasa de desgarros perineales graves entre mujeres con VBAC y mujeres con parto vaginal.(5)

Natalucia Matos, et al., en su investigación titulada “Uso de vaselina líquida en la prevención de laceración perineal durante el parto” indica que la mayoría de los partos vaginales se asocian con rotura del tracto genital. Este ensayo aleatorio se realizó en una maternidad de São Paulo para evaluar la eficacia de la vaselina líquida para reducir los desgarros perineales. La muestra estuvo compuesta por 38 mujeres nulíparas divididas en grupo experimental y control. En el grupo experimental, durante el período de excreción, se aplicaron 30 ml de vaselina en el perineo, ayudando a las mujeres embarazadas durante el parto a pujar y mantener la posición del lado izquierdo. La tasa de desgarros perineales fue similar en ambos grupos (63,2% en el grupo experimental versus 60,5% en el grupo control). La lesión más frecuente es la de la parte posterior del perineo (53,2%). Del total de casos de traumatismo perineal, el 72,3% fueron desgarros de primer grado. (6)

Rocha, et al., en su trabajo titulado “Posiciones verticales en el parto y prevención de laceraciones perineales: revisión sistemática y metaanálisis” El propósito del estudio fue determinar si adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en comparación con la posición de litotomía ayuda a prevenir lesiones perineales. Realizamos una revisión sistemática con metanálisis mediante la búsqueda en varias bases de datos y literatura gris. Evaluamos 26 estudios y seleccionamos 8 para el metanálisis, logrando un nivel de evidencia considerado alto por GRADE. Aunque no se encontró ninguna diferencia

estadísticamente significativa entre las posiciones vertical y horizontal, se observó una menor tasa de lesión perineal grave en la posición vertical. En conclusión, fomentar el uso de una posición erguida durante el trabajo de parto normal puede ser beneficioso para prevenir desgarros perineales graves, pero aún no se ha determinado con certeza que sea menos eficaz que la posición horizontal en los resultados generales del parto.(7).

Antecedentes nacionales

Rubitt Bustamante, en su tesis titulada “Factores de riesgo para desgarro perineal severo en púerperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé año 2014 al 2019, Lima – Perú” mencionaron que los desgarros perineales severos son complicaciones obstétricas cuyas consecuencias incluyen disfunción sexual e incontinencia anal. El objetivo de este estudio fue identificar factores de riesgo asociados al trauma perineal severo en pacientes posparto con parto vaginal en el Hospital HONODOMANI San Bartolomé del 2014 al 2019. Se realizó un estudio de casos y controles observacional, analítico y retrospectivo, que incluyó 60 casos y 120 controles. Los datos se recogieron de las historias clínicas y se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% para determinar la asociación, ajustando los resultados mediante regresión logística binaria. No se identificaron nacimientos (OR=16,24; IC 95%: 4,41-59,85; $p < 0,001$), primer nacimiento (OR=4,4; IC 95%: 1,07-18,12; $p = 0$) se fijó en 0,04) y perímetro cefálico grande (OR=2,65; IC 95%: 1,27 - 5,52; $p=0,01$) aumentó el riesgo de desgarro perineal severo después del nacimiento si había antecedentes de desgarro perineal y/o por R1 (OR = 0,417; IC 95%: 0,21- 0,84 ; $p = 0,015$) redujo el riesgo. En conclusión, este estudio muestra que la circunferencia de la cabeza en primogénitos, primogénitos y bebés grandes son factores de riesgo para el desarrollo de lesiones perineales graves en madres y recién nacidos, y específicamente sobre la experiencia de tratamiento que reduce este riesgo. Se

ha sugerido que se necesitan investigaciones futuras para confirmar estos resultados. (8).

Flor de María Chavarry, et al., en su artículo titulado “Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general” con el objetivo de analizar las características maternas y perinatales de pacientes diagnosticadas con embarazo posparto (EP) en un hospital general. Se realizó un estudio retrospectivo de serie de casos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2004 e incluyó a 341 pacientes. El 76% de los pacientes tenía entre 20 y 35 años, edad promedio $25,8 \pm 6,1$ años y el 47,5% eran primogénitos. En el 71,3% de los casos el parto se inició de forma espontánea, en el 16,4% el parto fue inducido y en el 12,3% de las pacientes se realizó cesárea al ingreso. Entre las pacientes con trabajo de parto espontáneo, el 71,6% tuvo parto vaginal, el 19,3% tuvo cesárea y el 9,1% tuvo parto instrumental. Del total de casos de inducción, el 71,4% terminó en parto vaginal espontáneo, el 23,2% por cesárea y el 5,4% por parto instrumental. El 62% tuvo parto vaginal natural, el 29,9% tuvo cesárea y el 7,4% parto instrumental. La mayoría de los neonatos (NB) fueron adecuados para la edad gestacional (EG), siendo el 53,4% en el grupo Capurro entre 37 y 41 semanas, siendo el 45,7% mayor de 42 semanas y el 0,9% menor de 37 semanas. Las puntuaciones de Apgar a los 5 minutos oscilaron entre 7 y 10 en 333 casos y <7 en 4 pacientes. Hubo 4 casos de muerte fetal intrauterina (1,1%). En conclusión cabe señalar que el embarazo postérmino se presenta con mayor frecuencia en personas adultas y en mujeres nulíparas predomina el parto natural y el parto vaginal. Las complicaciones en recién nacidos vivos son pocas pero la mortalidad intrauterina es alta, principalmente relacionada con indicaciones de cesárea por distocia y sufrimiento fetal agudo.(9).

Rossibel Muñoz, et al., en su investigación titulada “Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas

altoandinas” El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre los desgarros perineales posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres altoandinas de Ayacucho, Perú. Se realizó un estudio descriptivo de casos y controles con 171 madres con desgarros perineales posparto (grupo casos) y 200 mujeres sin esta condición (grupo control) atendidas en un centro médico terciario de la zona andina. Se analizaron diversas variables sociodemográficas y obstétricas y se determinó su asociación con los desgarros perineales mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson (con intervalo de confianza del 95% y nivel de significación menor a 0,05). Se encontró que el 46,1% de los desgarros perineales posparto estaban relacionados con el parto vaginal y el 37,7% con infecciones del tracto urinario. Las variables asociadas con desgarros perineales incluyeron trabajo de parto rápido (OR=10,85; p=0,000) e intervalo corto entre embarazos (OR=5,41; p=0,000). En conclusión, en mujeres altoandinas de la región de Ayacucho en Perú, se encontró una asociación significativa entre desgarros perineales posparto y parto prematuro, intervalos cortos entre embarazos e infecciones vaginales. Estos factores de riesgo identificados pueden abordarse y modificarse mediante intervenciones previas a la concepción.(10).

Margrit Cuellar y Yakelin Tolentino, en su tesis titulada “Factores de Riesgo Asociados a Desgarros Perineales Durante el Periodo Expulsivo en Adolescentes Atendidas en un Hospital Nacional”, Su objetivo fue identificar factores de riesgo asociados a desgarros perineales durante el período migratorio en adolescentes atendidos en el Hospital María Auxiliadora en el año 2017. Se utilizó un diseño de estudio epidemiológico de casos y controles, retrospectivo, analítico, no experimental. La muestra estuvo compuesta por 96 casos de adolescentes embarazadas y 96 controles, seleccionados mediante un método de muestreo no probabilístico. Para el análisis se utilizó SPSS STATISTICS V 22.0. Los resultados mostraron que hubo una asociación

significativa entre la anemia en el tercer trimestre del embarazo y los desgarros perineales ($P = 0,010$) y el número de concepciones y los desgarros perineales ($P = 0,026$). Además, se encontró asociación entre la falta de profilaxis psiquiátrica y la aparición de traumatismo perineal ($p = 0,015$). En cuanto a los factores perinatales, se observó una posible asociación entre la macrosomía neonatal y las lesiones perineales ($p = 0,054$). Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar adecuadamente las tasas de anemia y embarazo, así como promover la psicoprofilaxis para reducir la incidencia de desgarros perineales en adolescentes en período de exilio.(11)

2.2. Bases teóricas – científicas

2.2.1. Incidencia del trauma perineal o desgarro vaginal

Alrededor del 70% de las mujeres que dan a luz por vía vaginal pueden experimentar daños en la vagina o el perineo que pueden requerir cirugía. Después del parto vaginal, se realizará una evaluación exhaustiva de las áreas vaginal, perineal y anal para identificar y reparar cualquier daño importante. En particular, se debe prestar atención al daño potencial al complejo del esfínter anal que puede ocurrir durante un parto sin complicaciones. Si este daño no se detecta y trata, puede provocar problemas de incontinencia anal e intestinal. Incluso cuando se reconoce y trata, la disfunción persistente del esfínter todavía se considera la causa principal de la incontinencia anal posparto. (12,13)

2.2.2. Anatomía

Alrededor del 70% de las mujeres que dan a luz por vía vaginal pueden experimentar daños en la vagina o el perineo que pueden requerir cirugía. Después del parto vaginal, se realizará una evaluación exhaustiva de las áreas vaginal, perineal y anal para identificar y reparar cualquier daño importante. En particular, se debe prestar atención al daño potencial al complejo del esfínter anal que puede ocurrir durante un parto sin complicaciones. Si este daño no se

detecta y trata, puede provocar problemas de incontinencia anal e intestinal. Incluso cuando se reconoce y trata, la disfunción persistente del esfínter todavía se considera la causa principal de la incontinencia anal posparto. (14)

2.2.3. Clasificación

Las laceraciones perineales se clasifican de la siguiente manera: Laceraciones de primer grado: incluyen daño a la piel y tejido subcutáneo del perineo y epitelio vaginal sin afectar los músculos perineales. Laceración de segundo grado: se extiende a la fascia y los músculos perineales, incluidos los músculos transversales profundos y superficiales del perineo, así como a las fibras musculares pubococcígeas y bulboespinales. Los esfínteres anales permanecen intactos. Desgarro de grado 3: se extiende a través de la fascia y los músculos perineales, afectando a algunas o todas las fibras del esfínter anal externo (EAS) y/o fibras del esfínter anal interno (IAS). Se dividen en: 3a: Menos del 50% del espesor del EAS está roto. 3b: Más del 50% del espesor del EAS está roto. 3c: Tanto el EAS como el IAS están rotos. Laceración de grado IV: daño al complejo del esfínter anal (EAS e IAS) y a la mucosa anal. Esta clasificación supone una mejora significativa con respecto a los sistemas anteriores porque tiene en cuenta las NIIF. Ha sido aceptado por organizaciones como el Royal College of Obstetricians and Gynecologists y el American College of Obstetricians and Gynecologists, y también está reconocido por la Agency for Healthcare Research and Quality. (15,16)

2.2.4. Preparación preoperatoria

La evaluación inicial es necesaria para abordar el trauma durante el parto vaginal. Esta evaluación incluye inspección visual y palpación de las lesiones en el perineo, la vagina y el recto antes de la sutura. Además, se recomiendan exámenes rectales periódicos. Se requiere una exposición adecuada, una iluminación óptima y una analgesia adecuada para un examen completo y preciso. El daño al esfínter a menudo puede pasar desapercibido durante el

parto. Para una evaluación exhaustiva, se deben examinar la parte distal de la vagina, el perineo y el recto. Es necesario determinar el vértice del desgarró vaginal. El médico puede extender los dedos alrededor de la lesión perineal para mejorar la capacidad de ver la parte superior de la cabeza. También es necesario un examen rectal regular para descartar daños a la mucosa anal y al esfínter anal. La palpación rectal es importante para comprobar la integridad de la mucosa rectal y el esfínter anal. Este examen se puede realizar en posición de ancas de rana o con una litotomía. Durante un examen vaginal rectal, se coloca el dedo índice en el recto y el pulgar sobre el esfínter anal con un movimiento de balanceo para evaluar su función. Es importante recordar que la fuerza de corte provocada por el descenso de la cabeza fetal puede provocar la rotura del esfínter anal, lo que puede ocurrir incluso en mujeres con el perineo intacto. (17,18)

La reparación de la laceración generalmente se realiza en la sala de partos, con la paciente en posición de litotomía. Sin embargo, para laceraciones de tercer y cuarto grado, puede ser necesario contar con un quirófano con instalaciones adecuadas como equipo, iluminación y anestésicos, además de mantener la esterilidad necesaria. Se recomienda realizar la extracción placentaria antes de la sutura, si es posible, dependiendo de la cantidad de sangrado por rotura, para evitar el desgarró de las suturas durante el parto. Si hay heces, se deben retirar y lavar bien con papel de seda. En tales casos se realizará un enjuague suave con clorhexidina. Cabe señalar que afeitarse el perineo no es obligatorio y no se debe recomendar. (19,20).

2.2.5. Antibioticoterapia

Los antibióticos no son necesarios para tratar los desgarró de primer y segundo grado. Aunque un estudio del Reino Unido mostró una reducción en las tasas de infección por episiotomía después de una dosis única de antibióticos intravenosos para el parto vaginal, las limitaciones del estudio han

impedido su difusión generalizada. Para curar lesiones obstétricas de tercer o cuarto grado, recomendamos una dosis única de un antibiótico de amplio espectro (por ejemplo, una cefalosporina de segunda generación como cefotetán o cefoxitina, o clindamicina si es alérgico a los betalactámicos antes de que cicatrice la herida). . Esto se basa en los resultados de un estudio que muestra que el uso de antibióticos reduce significativamente las complicaciones de las heridas (como la dehiscencia). A pesar de la falta de seguimiento durante el estudio, estos datos son los mejores disponibles para respaldar esta recomendación. La profilaxis antibiótica es una intervención económica y de bajo riesgo que puede prevenir complicaciones con una morbilidad significativa. Tanto el Royal College of Obstetricians and Gynecologists como el American College of Obstetricians and Gynecologists abogan por el uso de antibióticos para reducir la tasa de infección posoperatoria en desgarros de tercer y cuarto grado. Si la herida está contaminada con una cantidad significativa de heces, se debe realizar limpieza e irrigación local independientemente del uso de antibióticos. (21–23).

2.2.6. Anestesia

El nivel de anestesia debe ser suficiente para la cirugía. Si se coloca un catéter epidural durante el parto y se produce dolor/anestesia durante el parto, el catéter se puede utilizar para aliviar el dolor durante la recuperación. Si un desgarro de tercer o cuarto grado ha sanado, es posible que sea necesaria una nueva dosis de anestesia epidural antes de la cirugía. Esto se debe a que a menudo es necesaria una mayor relajación muscular para facilitar la relajación del esfínter anal contraído, lo que permite que los retractores se recuperen y se logre una inserción sin tensión. Si no se ha utilizado ningún tratamiento analgésico previo, se pueden considerar medidas alternativas como bloqueos genitales bilaterales con o sin bloqueos locales, bloqueos selares o anestesia general. Para las laceraciones de primer y segundo grado, suele ser apropiado

un bloqueo del nervio pudendo o un bloqueo del campo local si no se ha utilizado ningún anestésico previo. En pacientes que reciben anestesia epidural adecuada, se utiliza anestesia local para reducir la necesidad de analgesia posparto. Sin embargo, un ensayo aleatorio encontró que ni la ropivacaína ni la lidocaína eran más efectivas que la solución salina en las primeras 24 horas después del nacimiento. (24)

2.2.7. Sutura

La elección de las suturas para reparar un desgarro perineal ha sido históricamente una decisión personal. Sin embargo, estudios recientes muestran que los materiales de sutura sintéticos absorbibles proporcionan un alivio a corto plazo del dolor perineal y es menos probable que causen dehiscencia de la herida que el catgut. La mayoría de las instalaciones han reemplazado el catgut de cromo con materiales sintéticos de absorción lenta, como la poliglactina 910 y el ácido poliglicólico, porque el uso de catgut de cromo parece causar más molestias en el período posparto. Un análisis de ensayos aleatorios realizado en 2010 encontró que las suturas sintéticas absorbibles estándar producían menos dolor en los primeros tres días después del nacimiento, menos necesidad de analgésicos en los primeros 10 días y menos necesidad de volver a coser porque los puntos estaban agrietados. Sin embargo, con mayor frecuencia se retiró el material de sutura sintético no absorbible; esto se ha visto limitado por el uso de material de sutura sintético que se absorbe rápidamente. La elección de suturas estándar o estándar de poliglactina 910, así como suturas monofilamento del tamaño adecuado, es un método razonable para la curación de heridas perineales y vaginales. La sutura de poliglactina 910 de rápida absorción reduce el dolor perineal y reduce la necesidad de retirar la sutura hasta tres meses después del parto. (25–27)

2.3. Definición de términos conceptuales

Factores asociados de las gestantes. – La falta de protección perineal conduce a la expulsión fetal incontrolada, macrosomía fetal, diabetes gestacional, edad materna avanzada y expulsión prolongada.

Anemia. – La anemia por deficiencia de hierro es especialmente común durante el embarazo. Durante este tiempo, su cuerpo produce más sangre para apoyar el crecimiento de su bebé. Por lo tanto, necesitará más hierro y otros nutrientes y, para ayudarla a obtener estos nutrientes, se le pedirá que tome vitaminas prenatales.

Número alto de gestaciones. – Cantidad de embarazos que tuvo durante la etapa fértil.

Carencia de psicoprofilaxis. – Gestantes que no tienen acceso al proceso educativo de la preparación integral que les permite desarrollar hábitos y comportamientos positivos en relación a su embarazo

Nivel educativo. – Grado de instrucción.

Desgarros vaginales. – Son comunes durante el parto. Esto suele ocurrir cuando la cabeza del bebé pasa por la abertura vaginal. Estos desgarros generalmente ocurren porque la cabeza es demasiado grande para que la vagina se estire o porque la vagina no se puede estirar fácilmente.

Desgarro vaginal leve. – Cuando los síntomas más comunes son la sensibilidad en la zona y dolor muscular.

Desgarro vaginal moderado. – Los síntomas y signos, Se manifiesta como un dolor muscular importante con inflamación y rigidez muscular en la zona lesionada y daño menor de las fibras musculares.

Desgarro vaginal grave. – Cuando ocurre la rotura muscular parcial de las fibras musculares.

Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión. – Nosocomio de salud que pertenece al Ministerio de Salud y se encuentra ubicado en el distrito de Yanacancha – Cerro de Pasco.

2.4. Enfoque filosófico y epistémico

Los desgarros vaginales, especialmente los desgarros perineales, son una complicación común del parto vaginal y pueden tener un impacto significativo en la salud de la mujer. Un problema que debe considerar no sólo los factores físicos y médicos, sino también los factores sociales, culturales y éticos que influyen en la experiencia del parto. factor.

La investigación sobre los factores asociados al desgarro vaginal en mujeres embarazadas no sólo debe centrarse en los aspectos clínicos, sino también considerar las dimensiones éticas y sociales relacionadas con el parto. Un enfoque holístico puede ayudar a mejorar la atención perinatal, reducir los riesgos y brindar a las mujeres una experiencia más positiva durante este proceso crítico.

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo, no experimental de corte transversal y básica.

3.2. Nivel de investigación

Descriptivo, por describir situaciones en la medida con la mayor precisión posible de la presencia de factores asociados de las gestantes, en la incidencia de desgarros vaginales durante el parto

3.3. Característica de la investigación

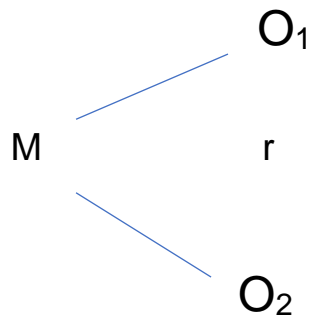
Se caracteriza por seguir el proceso inherente a la idea de la investigación, luego es sistemática porque sigue un orden, y es estructurada porque cada parte de la investigación está relacionada entre sí.

3.4. Métodos de investigación

Método descriptivo, observacional. Las variables son cualitativas.

3.5. Diseño de investigación

Diseño descriptivo correlacional



Donde:

M= Muestra

O1 = Factores asociados de las gestantes

r = Relación de Variables

O2 = . Desgarro vaginal durante el parto.

3.6. Procedimiento de muestreo

Población

La población estuvo conformada por todas las mujeres atendidas en la sala de partos y que hayan tenido un producto gestacional en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, Pasco 2024.

Muestra y muestreo

El tipo de muestreo será no probabilístico usando el muestreo por conveniencia. Se tomó a todas las mujeres atendidas en la sala de partos, haciendo un total de 82 y que hayan tenido un producto gestacional en el servicio de obstetricia y se tomaron como selección final a aquellas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación.

Criterios de inclusión

Mujeres atendidas en la sala de partos y que hayan tenido un producto gestacional en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión García durante el 2024, que tengan las variables de interés completas.

Edad gestacional mayor a 37 semanas. Producto gestacional entre 2500 y 4000 gramos Criterios de exclusión Edad gestacional mayor a 41 semanas Parto no institucional

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomaron los datos registrados en el libro de partos, tarjeta de control y/o historia clínica, se realizó una ficha de recolección de datos para el correcto llenado de la información. La base de datos fue elaborada por el investigador a partir de la información recolectada.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para realizar el procesamiento y análisis de la información se realizarán los siguientes pasos:

- Verificación de la base de datos obtenida
- Capacitación en investigación epidemiológica
- Codificación de variables y traducción en un diccionario
- Tabulación de datos en el programa Microsoft Office Excel
- Verificación y limpieza de datos
- Importar datos al paquete estadístico STATA v.17 (STATA CORP TEXAS, EE. UU.)

3.9. Orientación ética

El presente trabajo de investigación se rigió a las normas éticas para los estudios biomédicos declarados en Helsinki en su versión más reciente. Los datos se recolectaron mediante la codificación en una instancia, no se usaron nombres ni el documento nacional de identidad para la identificación de las participantes del estudio. Para establecer el correcto quehacer durante esta investigación, se procedió a enviar al comité de ética para su aprobación y continuación del trabajo.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Tabla 1:

Edad de las gestantes, según estado civil, atendidos en el Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril a julio del 2024

Estado civil	Edad (Años)						TOTAL	
	12 -- 17		18 - 23		24 a más		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Madre soltera	6	7.3	10	12.2	10	12.2	26	31.7
Casadas	8	9.8	20	24.4	12	14.6	40	48.8
Otra condición	1	1.2	11	13.4	4	4.9	16	19.5
TOTAL	15	18.3	41	50	26	31.7	82	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla nos muestra la edad de las gestantes, según estado civil, atendidos en el H.R.D.D.A.C., en donde el 48.8% son madres casadas, el 31.7% son madres solteras y el 19.5% tienen otra condición civil.

El 50% se encuentran entre las edades de 18 a 23 años, el 31.7% de 24 años a más, el 18.3% de 12 a 17 años.

Gráfico 1:

Edad de las gestantes, según estado civil

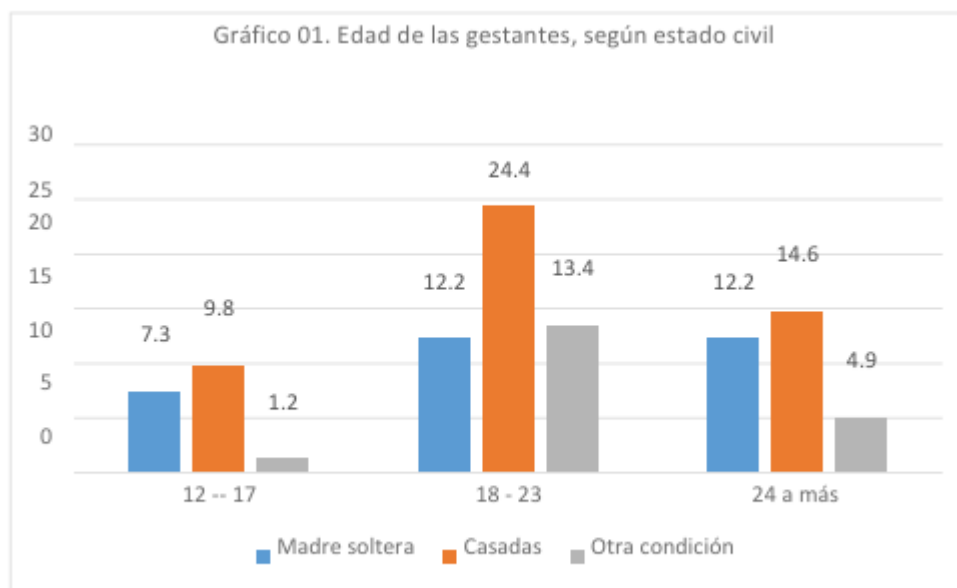


Tabla 2:

Clasificación de las gestantes, según ingreso económico familiar- Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión Clasificación de las gestantes, abril a julio del 2024

Ingreso económico familiar	Clasificación de las gestantes						TOTAL	
	Primigesta		Segundigesta		Multigesta			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	14	17.1	26	31.7	7	8.5	47	57.3
Medio	7	8.5	11	13.4	3	3.7	21	25.6
Alto	4	4.9	9	11	1	1.2	14	17.1
TOTAL	25	30.5	46	56.1	11	13.4	82	100

Fuente: Elaboración propia.

La tabla nos muestra la clasificación de las gestantes, según ingreso económico familiar, atendidos en el H.R.D.D.A.C., en donde el 57.3% son de bajo recurso económico, el 25.6% tienen ingreso económico medio y el 17.1% tienen alto ingreso económico.

El 56.1% son segundigesta, el 30.5% primigestas, el 13.4% multigestas.

Gráfico 2:

Clasificación de las gestantes, según ingreso económico familiar

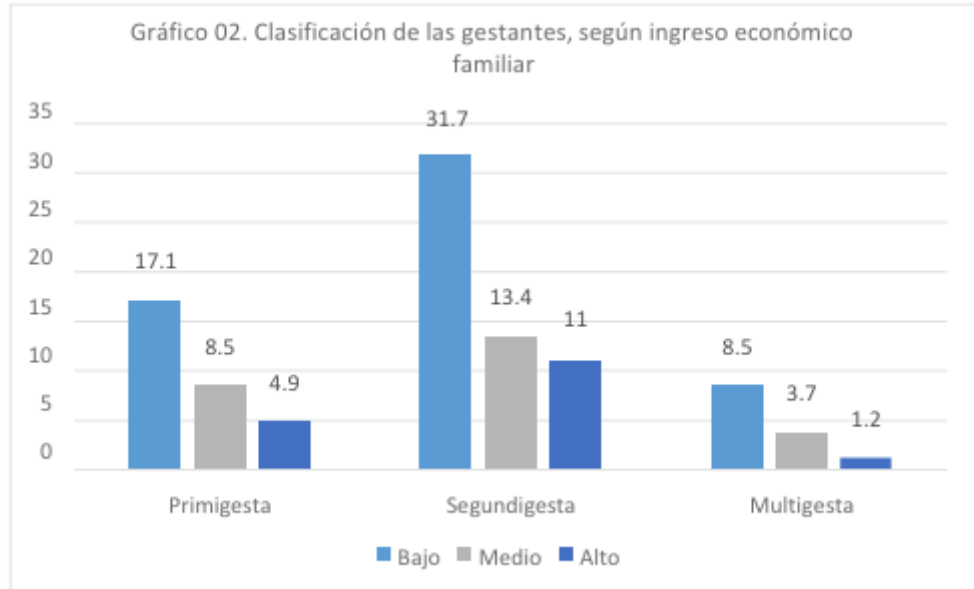


Tabla 3:

Nivel educativo de las gestantes, según incidencia de infecciones vaginales - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024

Incidencia de infecciones vaginales	Nivel educativo de las gestantes						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy leve	0	0	32	39	9	11	41	50
Leve	4	4.9	16	19.5	2	2.4	22	26.8
Moderado	16	19.5	2	2.5	1	1.2	19	23.2
TOTAL	20	24.4	50	61	12	14.6	82	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2_c = 51.715 > X^2_t = (0.05 \% \ 4 \text{ gl}) = 9.4877$$

Por lo tanto: $H_a = \text{Se acepta}$ $H_o = \text{Se rechaza}$

La tabla nos muestra el nivel educativo de las gestantes, según incidencia de infecciones vaginales, atendidos en el H.R.D.D.A.C., en donde el 50% presentó infecciones vaginales muy leve, el 26.8% leve y el 23.2% moderado. El 61% presenta nivel educativo medio, el 24.4% bajo y el 14.6% alto.

Gráfico 3:

Nivel educativo de las gestantes, según incidencia de infecciones vaginales

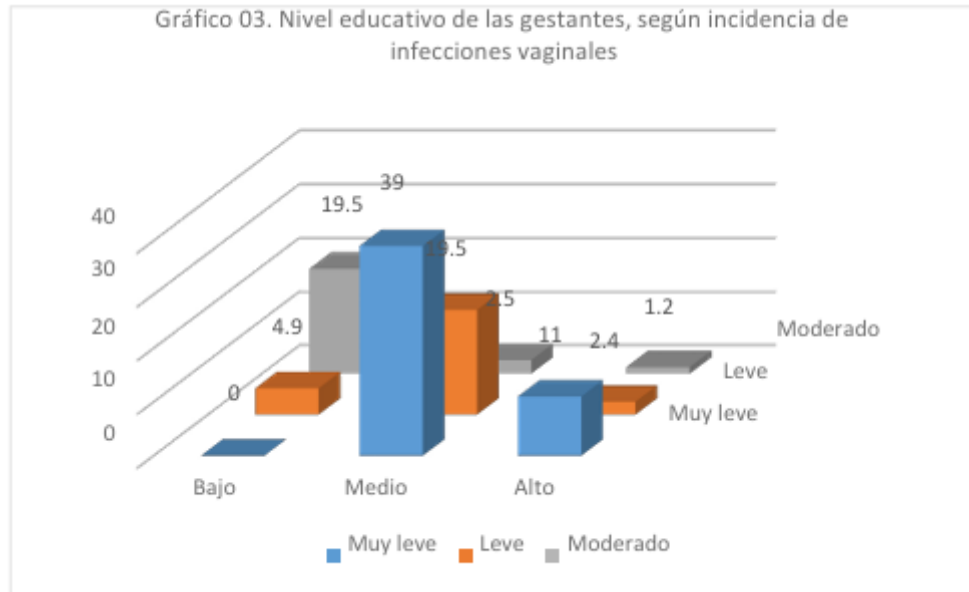


Tabla 4:

Clasificación de las gestantes, por edad gestacional, según número de controles prenatales - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril a julio del 2024

Número de controles prenatales	Edad gestacional						TOTAL	
	Pre término (Menor a 37 semanas)		A término (37 a 42 semanas)		Pos termino (Mayor a 42 semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1—2	25	30.5	15	18.3	2	2.4	42	51.2
3—4	14	17.1	9	11	6	7.3	29	35.4
5 a más	0	0	2	2.4	9	11	11	13.4
TOTAL	39	47.6	26	31.7	17	20.7	82	100

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2_c = 32.316 > X^2_t = (0.05 \% 4 \text{ gl}) = 9.4877$$

Por lo tanto: $H_a =$ Se acepta $H_o =$ Se rechaza

La tabla nos muestra la clasificación de las gestantes, por edad gestacional, atendidos en el H.R.D.D.A.C., en donde el 51.2% tuvieron entre 1 a 2 controles, el 35.4% de 3 a 4 controles y el 13.4% de 5 a más controles.

El 47.6% se encontraban Pre término (menor a 37 semanas), el 31.7% a término (37 a 42 semanas) y el 20.7% posttérmino (mayor a 42 semanas).

Gráfico 4:

Clasificación de las gestantes, por edad gestacional, según número de controles prenatales

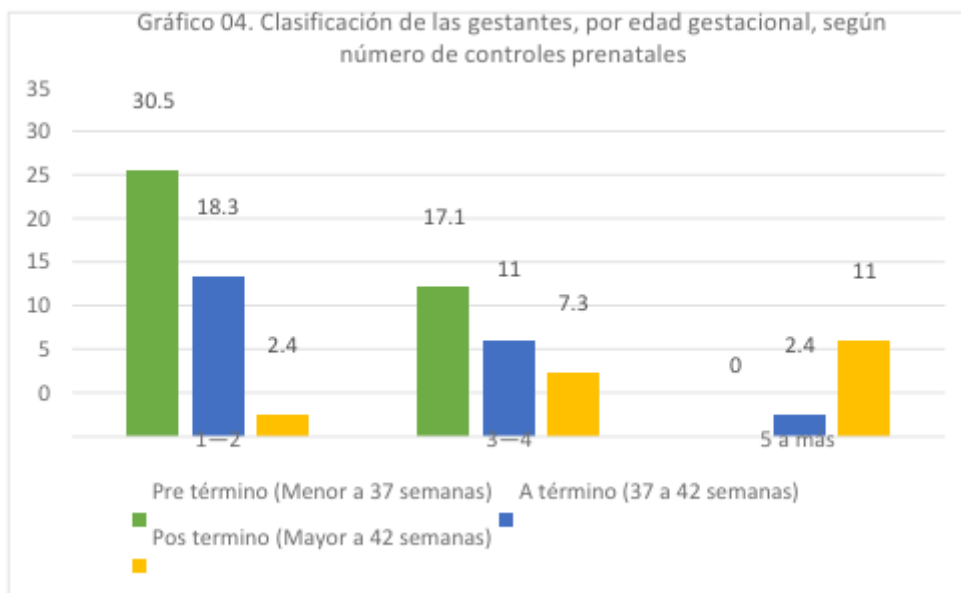


Tabla 5:

Factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024

Desgarro vaginal durante el parto	Factores asociados de las gestantes						TOTAL	
	Presente		Medianamente presente		Ausente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	28	34.1	16	19.5	3	3.7	47	57.3
Grado 1	11	13.4	7	8.6	7	8.5	25	30.5
Grado 2	0	0	1	1.2	9	11	10	12.2
TOTAL	39	47.5	24	29.3	19	23.2	82	100.0

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2_c = 33.141 > X^2_t = (0.05 \% \ 4 \text{ gl}) = 9.4877$$

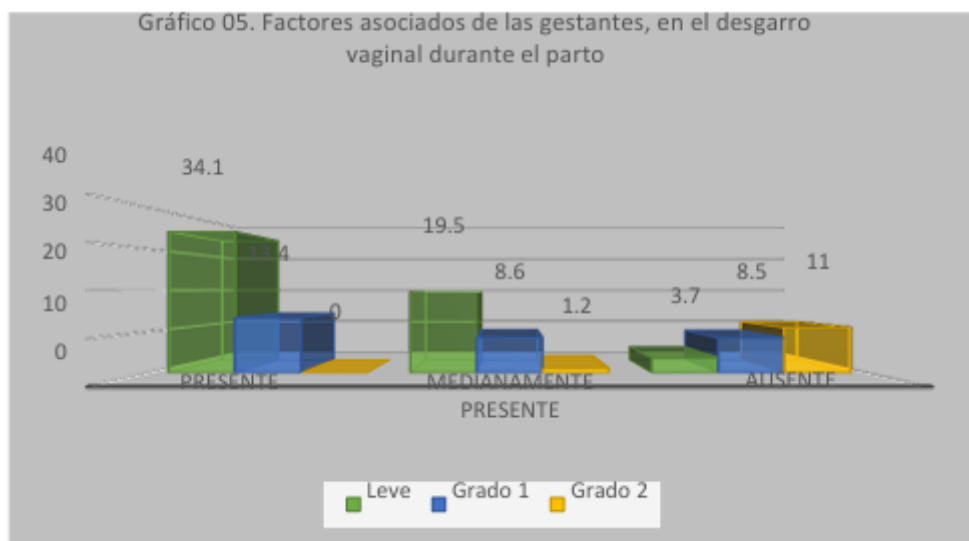
Por lo tanto: $H_a = \text{Se acepta}$ $H_o = \text{Se rechaza}$

La tabla nos muestra a los factores asociados de las gestantes, durante el parto, atendidos en el H.R.D.D.A.C., en donde el 57.3% presentaron desgarro vaginal leve, el 30.5% desgarro de grado 1 y el 12.2% desgarro de grado 2.

En el 47.5% los factores asociados de las gestantes estuvieron presente, en el 29.3%estuvieron medianamente presente, y en el 23.2% ausente.

Gráfico 5:

Factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto



4.2. Discusión de resultados

El objetivo de la investigación es: Identificar los factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril - julio del 2024.

Los resultados encontrados fueron: El 50% de las gestantes, presentaron infecciones vaginales muy leve, el 26.8% leve y el 23.2% moderado. El 61% de las gestantes, presenta nivel educativo medio, el 24.4% bajo y el 14.6% alto. El 51.2% de las gestantes, tuvieron entre 1 a 2 controles, el 35.4% de 3 a 4 controles y el 13.4% de 5 a más controles. El 47.6% de las gestantes, se encontraban en pre término (menor a 37 semanas), el 31.7% a término (37 a 42 semanas) y el 20.7% posttérmino (mayor a 42 semanas).

De acuerdo a los factores asociados de las gestantes, durante el parto y que, atendidos en el Hospital D.A.C., se observa que el 57.3% presentaron desgarro vaginal leve, el 30.5% desgarro de grado 1 y el 12.2% desgarro de grado 2, así mismo, en el 47.5% los factores que afectaron a las gestantes estuvieron presente, el 29.3% medianamente presente, y en el 23.2% ausente.

Rocha, et al., observó una menor tasa de lesión perineal grave en la posición vertical, así mismo, indicó que, fomentar el uso de una posición erguida durante el trabajo de parto normal puede ser beneficioso para prevenir desgarros perineales graves, pero aún no se ha determinado con certeza que sea menos eficaz que la posición horizontal en los resultados generales del parto.⁷

En nuestra investigación encontramos que, el 57.3% de las gestantes, presentaron de las gestantes presentaron, desgarro vaginal leve, el 30.5% desgarro de grado 1 y el 12.2% desgarro de grado 2. En el 47.5% los factores asociados de las gestantes estuvieron presente, en el 29.3%estuvieron medianamente presente, y en el 23.2% ausente.

Rubitt Bustamante, indica que, la circunferencia de la cabeza en primogénitos, primogénitos y bebés grandes son factores de riesgo para el desarrollo de lesiones perineales graves en madres y recién nacidos, y específicamente sobre la experiencia de tratamiento que reduce este riesgo. Se ha sugerido que se necesitan investigaciones futuras para confirmar estos resultados.⁸

Un análisis reflexivo de los factores asociados con el desgarro vaginal durante el trabajo de parto revela interacciones complejas entre las variables maternas, los métodos de parto y las características neonatales. Identificar y modificar estos factores puede ayudar a mejorar los resultados del parto y

reducir la incidencia de complicaciones asociadas con los desgarros vaginales, permitiendo que los recién nacidos nazcan en condiciones de vida óptimas.

CONCLUSIONES

1. El 48.8% de las gestantes son casadas, el 31.7% son madres solteras y el 19.5% tienen otra condición civil.
2. El 50% de las gestantes, se encuentran entre las edades de 18 a 23 años, el 31.7% de 24 años a más, el 18.3% de 12 a 17 años.
3. El 57.3% de las gestantes, son de bajo recurso económico, el 25.6% tienen ingreso económico medio y el 17.1% tienen alto ingreso económico.
4. El 56.1% de las gestantes, son segundigesta, el 30.5% primigestas, el 13.4% multigestas.
5. El 50% de las gestantes, presentaron infecciones vaginales muy leve, el 26.8% leve y el 23.2% moderado.
6. El 61% de las gestantes, presenta nivel educativo medio, el 24.4% bajo y el 14.6% alto.
7. El 51.2% de las gestantes, tuvieron entre 1 a 2 controles, el 35.4% de 3 a 4 controles y el 13.4% de 5 a más controles.
8. El 47.6% de las gestantes, se encontraban en pre término (menor a 37 semanas), el 31.7% a término (37 a 42 semanas) y el 20.7% posttérmino (mayor a 42 semanas).
9. El 57.3% de las gestantes, presentaron de las gestantes presentaron, desgarro vaginal leve, el 30.5% desgarro de grado 1 y el 12.2% desgarro de grado 2.
10. En el 47.5% los factores asociados de las gestantes estuvieron presente, en el 29.3%estuvieron medianamente presente, y en el 23.2% ausente.

RECOMENDACIONES

Educación al personal de salud

1. La rotura vaginal durante el parto es una complicación que afecta a la mujer embarazada, siendo su prevención y tratamiento fundamental para la salud de la madre.
2. Los factores asociados a los desgarros vaginales, se relacionan con mucha frecuencia con las mujeres más jóvenes o mayores pueden correr un mayor riesgo de sufrir desgarros.
3. Las madres primerizas suelen derramar más lágrimas que las mujeres que ya han dado a luz.
4. Los bebés más pesados (macrosomía) aumentan el riesgo de desgarro.
5. La presentación anormal, como la presentación de nalgas, puede causar desgarro vaginal.
6. El uso de fórceps o una episiotomía puede afectar la apariencia de los desgarros.

A las gestantes

7. Es importante la educación en la etapa prenatal porque se proporciona información sobre el proceso del parto y las técnicas de relajación que ayudan a controlar mejor el dolor y el estrés durante el parto.
8. Fomentar el masaje perineal durante el embarazo puede aumentar la elasticidad de los tejidos y reducir el riesgo de desgarros.
9. El control del peso fetal es importante y controlar el crecimiento fetal para evitar la macrosomía puede ser fundamental.
10. El cuidado personal durante el parto, el seguimiento continuo y el apoyo emocional durante el parto pueden ayudar a identificar condiciones que aumentan el riesgo de ruptura.

A las autoridades del hospital Daniel Alcides Carrión

11. En Hospital Regional Daniel Alcides Carrión, la atención integral debe centrarse en la educación, prevención y tratamiento adecuado de los desgarros vaginales durante el parto. La implementación de estas recomendaciones puede mejorar significativamente los resultados de salud materna y neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chill HH, Karavani G, Lipschuetz M, Berenstein T, Atias E, Amsalem H, et al. Obstetric anal sphincter injury following previous vaginal delivery. *Int Urogynecology J*. 2021 Sep;32(9):2483–9.
2. Staer-Jensen J, Siafarikas F, Hilde G, Braekken IH, Bø K, Engh ME. Pelvic floor muscle injuries 6 weeks post partum-an intra- and inter-rater study. *Neurourol Urodyn*. 2013 Sep;32(7):993–7.
3. Alouini S, Rossard L, Lemaire B, Mégier P, Mesnard L. [Anal sphincter tears after vaginal delivery: risks factors and means of prevention]. *Rev Med Liege*. 2011 Oct;66(10):545–9.
4. Aquino CI, Saccone G, Troisi J, Guida M, Zullo F, Berghella V. Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery? *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. 2020 Sep;33(18):3185–92.
5. Nettle JAS, Mcnamara HC, Du Plessis JM. Perineal trauma with vaginal birth after a previous caesarean section: A retrospective cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019 Jun;59(3):346–50.
6. Araújo NM, Oliveira SMJV de. Uso de vaselina líquida en la prevención de laceracion perineal durante el parto. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*. 2008 Jun [cited 2023 Aug 7];16:375–81. Available from:<https://www.scielo.br/j/rlae/a/LfNw9nH884fDdPKCvJp3zFx/?lang=es&format=html>
7. Rocha BD da, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Posiciones verticales en el parto y prevención de laceraciones perineales: revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2020 Sep 14 [cited 2023 Aug 7];54:e03610. Available from:<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ftGqgMsj3xwJXG778pQDHZc/abstract/?format=html&lang=es>
8. Sep 14 [cited 2023 Aug 7];54:e03610. Available from:<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ftGqgMsj3xwJXG778pQDHZc/abstract/?format=html&lang=es>

9. Bustamante Torres RA. Factores de riesgo para desgarro perineal severo en puérperas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé año 2014 al 2019, Lima – Perú. Repos Inst - URP [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 7]; Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3431>
10. Chavarry Valencia F de M, Cabrera Epiqueñ RA, Diaz Herrera JA. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. Rev Medica Hered [Internet]. 2009 Oct [cited 2023 Aug 7];20(4):200–5. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2009000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Muñoz de la Torre RJ, Mendoza Vilcahuaman J, Jauregui Sueldo JC, Toral Santillán EJ, Villanueva Navarro KY, Quispe Aroni R, et al. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. MediSur [Internet]. 2022 Jun [cited 2023 Aug 7];20(3): 402–8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2022000300402&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
12. Cuellar Meza MK, Tolentino Martinez YL. Factores de Riesgo Asociados a Desgarros Perineales Durante el Periodo Expulsivo en Adolescentes Atendidas en un Hospital Nacional. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2018 Oct [cited 2023 Aug 7]; Available from: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/400>
13. Rogers RG, Leeman LM, Borders N, Qualls C, Fullilove AM, Teaf D, et al. Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2014 Aug;121(9):1145–53; discussion 1154.
14. M V de CM, Gm P, Ra A, Ri A, Md CJ, Zs R. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. Int Urogynecology J [Internet]. 2016 Jan [cited 2023 Aug 7];27(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26224381/>
15. Delancey JO, Togli MR, Perucchini D. Internal and external anal sphincter

- anatomy as it relates to midline obstetric lacerations. *Obstet Gynecol.* 1997 Dec;90(6):924–7.
16. RCOG [Internet]. [cited 2023 Aug 7]. Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management (Green-top Guideline No. 29). Available from: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/third-and-fourth-degree-perineal-tears-management-green-top-guideline-no-29/>
 17. Practice Bulletin No. 165 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery: Correction. *Obstet Gynecol.* 2016 Aug;128(2):411. 17.
 18. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries--myth or reality? *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2006 Feb;113(2):195–200.
 19. Frudinger A, Bartra CI, Spencer JA, Kamm MA. Perineal examination as a predictor of underlying external anal sphincter damage. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 Sep;104(9):1009–13.
 20. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol.* 2018 Jun;131(6): e172–89.
 21. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(1):CD001236.
 22. Knight M, Chiochia V, Partlett C, Rivero-Arias O, Hua X, Hinshaw K, et al. Prophylactic antibiotics in the prevention of infection after operative vaginal delivery (ANODE): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2019 Jun 15;393(10189):2395–403.
 23. Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B. Antibiotic prophylaxis for third- and fourth-degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Oct 7;(10):CD005125.
 24. Duggal N, Mercado C, Daniels K, Bujor A, Caughey AB, El-Sayed YY. Antibiotic prophylaxis for prevention of postpartum perineal wound complications: a

- randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008 Jun;111(6):1268–73.
25. Schinkel N, Colbus L, Soltner C, Parot-Schinkel E, Naar L, Fournié A, et al. Perineal infiltration with lidocaine 1%, ropivacaine 0.75%, or placebo for episiotomy repair in parturients who received epidural labor analgesia: a double-blind randomized study. *Int J Obstet Anesth.* 2010 Jul;19(3):293–7.
 26. Mackrodt C, Gordon B, Fern E, Ayers S, Truesdale A, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 2. A randomised comparison of polyglactin 910 with chromic catgut for postpartum perineal repair. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Apr;105(4):441–5.
 27. Greenberg JA, Lieberman E, Cohen AP, Ecker JL. Randomized comparison of chromic versus fast-absorbing polyglactin 910 for postpartum perineal repair. *Obstet Gynecol.* 2004 Jun;103(6):1308–13.
 28. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;2010(6):CD000006.

ANEXOS

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Formación Profesional de Obstetricia

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Objetivo: Identificar los factores asociados de las gestantes, en el desgarro vaginal durante el parto - Hospital Regional Dr. Daniel Alcides Carrión, abril- julio del 2024.

DATOS GENERALES:

1) Edad

.....

2) Estado civil:

- a. Madre soltera. ()
- b. Casada ()
- c. Casada ()
- d. Otra condición ()

3) Procedencia:

4) Grado de instrucción:

5) Número de embarazos:

DATOS DE LA MADRE

6) Número de controles prenatales:

- a. 1--2 ()
- b. 3—4 ()
- c. 5 a más ()

7) Número de partos:

- a. 1--2 ()
- b. 3—4 ()
- c. 5 a más ()

8) ¿Presentó desgarro vaginal? Si () No (), si la respuesta es afirmativa, señale las características:

.....
.....
.....
.....

DATOS DEL RECIEN NACIDO

9) Sexo: Masculino () Femenino ()

10) Peso del Recién nacido:

11) Talla del R.N.

12) Perímetro torácico:

13) Perímetro cefálico:

PANEL FOTOGRÁFICO









LIBRO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE PARTO



N.º	Fecha	Nombre de la paciente	Edad	Gravidez	Parosidad	Tipo de parto	Módulo												Observaciones			
							T. Mat. (°C)	T. Rect. (°C)	P. (mmHg)	F. (lpm)	F. Fetal (lpm)	Color de piel	Color de mucosas	Estado de conciencia	Reflexos	Estado de hidratación	Estado de nutrición	Estado de excreción		Estado de eliminación		
1	11/05/14	Aquino Casiano Yuli	30	VI	0	Natural	37.2	38.0	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena		Indicador por el momento es negativo. Plan de parto.
2	12/05/14	Antonina Rodriguez Zapana	29	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
3	13/05/14	Carmelita Cedeno Liz Estia	28	VI	1	Natural	37.8	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
4	14/05/14	Luzmila Incaon Zabala	27	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
5	15/05/14	Yanisela Miranda Reyna	26	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
6	16/05/14	Rivera Motta Fabrice	25	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
7	17/05/14	Yasnez chaves Stephanie	24	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
8	18/05/14	Plattl Angelico Aguch	23	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
9	19/05/14	De la Cruz Angelica Niño	22	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
10	20/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
11	21/05/14	Villanes Zurtilan Noisail	20	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
12	22/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
13	23/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
14	24/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
15	25/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
16	26/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
17	27/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
18	28/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
19	29/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.
20	30/05/14	Miguelo Blasquez Sergio	21	VI	1	Natural	37.5	38.5	120/80	70	140	Rosa	Rosa	Alerta	Reflexos	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Comenzó con dolor de cabeza en la noche. Plan de parto.