

11217 112
241



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4
"DR LUIS CASTELAZO AYALA"
DIVISION DE EDUCACION MEDICA
UNIDAD DE TOCOQUIRURGICA**

**MORBILIDAD DEL DESGARRO PERINEAL
DE TERCER GRADO**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
DR. ALFONSO MORALES BARRERA

ASESOR DR. JOSE RAMIREZ CASTRO
MEDICO ADSCRITO AL TERCER PISO



MEXICO, D. F.

AGOSTO 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264576



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Título : Morbilidad del desgarro perineal de tercer grado.

Objetivo : Conocer la morbilidad, factores contribuyentes y condiciones que favorezcan la morbilidad, así como la frecuencia, incidencia y epidemiología del desgarro perineal de tercer grado en el Hospital de Ginecoobstetricia " Luis Castelazo Ayala ".

Diseño : Próspectivo, Longitudinal, Observacional, Descriptivo y Analítico.

Material y Métodos : Se incluyeron 100 pacientes - puerperas, que presentaron desgarro perineal de tercer grado cuyo embarazo, se resolvió por vía vaginal (eutócico / distócico). Atendidas en la Unidad de Tocoquirúrgica, con participación de médicos adscritos al servicio. Durante un periodo de 11 meses. Se formaron dos grupos; el grupo A, pacientes con morbilidad (N = 33), y el grupo B , pacientes sin morbilidad (N = 67). Se hizo el seguimiento de las pacientes (7,21,42 y 60 o más días). El método estadístico consistió en un análisis simple de los datos, con porcentajes.

Resultados : La tasa de frecuencia del desgarro de tercer grado, fué de 0.52 % (100 casos); y el número de nacimientos por vía vaginal , en el periodo fué de 18,869 nacimientos, y la tasa de natalidad por vía vaginal es de 57.45 % . La morbilidad en los 100 pacientes con desgarro de tercer grado , se encontró solo 33 casos (33 %), las cuales fueron : Dehiscencia de episiorrafia 30 casos (90.8 %), incontinencia perineal 1 (3.9 %) y Dispareunia 2 (6.6 %).

Conclusiones : La tasa de desgarro de tercer grado y el tipo de morbilidad encontrada en el Hospital de Ginecoobstetricia " Luis Castelazo Ayala " es baja, en comparación a la reportada en la literatura . Los factores asociados al desgarro : como la edad, la escolaridad, paridad, jerarquía del médico tratante, tipo de episiotomía, tipo de parto, anestesia, etc., son semejantes a las reportadas en la literatura .

DEDICATORIA

A MIS ABUELOS (NEMECIO Y ELENA) Y A MIS PADRES POR EL APOYO BRINDADO

INDICE

	Página.
INTRODUCCION	4
OBJETIVO	6
MATERIAL Y METODOS	7
ANALISIS	8
RESULTADOS	9
DISCUSION Y CONCLUSIONES	9
BIBLIOGRAFIA	10
GRAFICAS Y TABLAS	11

INTRODUCCION

En nuestro país , las tasas de natalidad continúan manteniéndose elevadas , a pesar del control prenatal cada vez más aceptado , ya que la atención materno - fetal es cada vez más amplia y completa. Aún existen grupos de población en donde los niveles de salud continúan siendo insuficientes, hecho que establece la necesidad de grandes erogaciones para el manejo de padecimientos que caracterizan el nacimiento y las primeras horas de vida extrauterinas y sus complicaciones. Por lo que sería ideal establecer medidas que lograrán mejorar los niveles de salud, no solo por mejorar la calidad de vida; sino incluso para disminuir los costos que el manejo de este tipo de pacientes le ocasiona al sector salud. Uno de estos eventos, que se presenta con mayor frecuencia son las laceraciones intra y extrahospitalarias al momento de la atención del parto, por lo que es necesario conocer dichas complicaciones, una de estas es también el desgarro perineal de tercer grado .

La evolución posterior a la reparación del desgarro de tercer grado puede ser satisfactoria o bien dejar alguna secuela (Morbilidad) como es dispareunia , insuficiencia perineal, fistulas , procesos infecciosos , dehiscencia de la reparación , incontinencia fecal, etc.

El conocer el grado y frecuencia de complicaciones en este tipo de problemas nos permite establecer procedimientos terapéuticos tempranos , que podrían incluso disminuir los días de estancia hospitalaria de estas pacientes, el uso de antibióticos, el número de consultas médicas. etc.

Lo que redundaría en una mayor disponibilidad de recursos que idealmente deberían utilizarse en la prevención. El Hospital de Ginecoobstetricia " Luis Castelazo Ayala " tiene una relación de alta incidencia de desgarros perineales, en aquellas pacientes que son atendidas durante el nacimiento de sus recién nacidos. Este trabajo tiene la intención de analizar aquellos factores que pudieran contribuir a que estos desgarros se compliquen , ya que ocasionan una mayor morbilidad , incrementos de gastos de recurso que deberían ser destinados a programas de prevención.

El cuerpo perineal es un jalón anatómico importante que se halla en íntima asociación con esfínter externo y el conducto anal. El cuerpo perineal comprende dos componentes de los músculos transversos del perine , una capa muscular y profunda, ambas constituidas por músculo estriado . El tendón central (Rafé) de esta musculatura transversa del perine es el punto donde el esfínter externo se conecta con los músculos elevadores, incluso el externo terminal del bulbocavernoso. Los músculos elevadores del ano , separan el límite lateral del conducto respecto de la fosa isquiorrectal , por donde pasan nervios , vasos linfáticos y vasos sanguíneos del recto terminal, conducto anal y periné . (1) .

Todo traumatismo o separación del Rafé perineal produce relajación del cuerpo del periné , que se inserta en el asa basal de esfínter anal externo. La respectiva alteración de esta inserción suele acarrear la pérdida del control de las heces líquidas y gases. (2) (3) .

La episiotomía reduce el riesgo o probabilidad de presentarse un desgarro perineal de tercer grado y que se puede extender al esfínter anal, incluyendo hasta el recto. La relación de episiotomía y desgarro perineal de tercer grado en un estudio realizado en Bélgica, se encontró que la incidencia de episiotomía fue de 28.4 %, el desgarro perineal de tercer grado ocurrió en 1.4 % de los partos con episiotomía y 0.9 % de los partos sin episiotomía. (3) .

El desgarro perineal de tercer grado es más frecuente en pacientes primigestas, cuando se les realizó aplicación de forceps. (3) . En las primigestas el riesgo relativo de presentar desgarro perineal, es cuando los recién nacidos pesan igual o mayor de 3500 grs. posterior a la realización de la episiotomía. (3) .

Ingraham y Col; Reportaron una laceración de tercer grado con una tasa de 0.15 % en multiparas y 4.09 % en primigestas. (4) .

La episiotomía evita el trauma de la cabeza fetal, acorta el segundo estadio del trabajo de parto y previene algunas laceraciones perineales. (4) .

Para los partos espontáneos los factores de riesgo de la laceración perineal incluyen la nuliparidad, la episiotomía media, macrosomía, posición de litotomía y la raza, especialmente la asiática. La nuliparidad es bien conocida como un factor importante de riesgo para laceración perineal en partos espontáneos; este efecto es probablemente como resultado de la relativa inestabilidad del perineo de la nulipara y el corto periné que presentan. Algunas diferencias raciales en la anatomía perineal pueden contribuir a la laceración. Green y Soo Hon encontraron que la mujer asiática tenía un alto riesgo de laceración perineal en partos espontáneos, por un periné relativamente corto. (5)

Las laceraciones perineales en el esfínter y recto se pueden asociar a un incremento en el posparto incomodo a pesar de una excelente reparación, ocasionalmente hay infección o formación de fistulas y la necesidad de realizar una nueva cirugía. (6) .

En el desgarro perineal de tercer grado, la episiotomía media lateral esta menos asociada que la episiotomía media. La episiotomía media ha sido recomendada en la prevención de los desgarros perineales y lesiones del esfínter anal, pero su efecto protector nunca ha sido probada. (3) .

Las indicaciones para la episiotomía ha sido en relación factores anatomicos y condiciones médicas durante el parto. En algunos países la tasa de episiotomía es del 14 % al 96 % en primigestas en Inglaterra; mientras que la frecuencia de episiotomía de todos los partos vaginales en Bélgica es de 28 %, en Dinamarca es del 58 % y en los Estados Unidos de Norte América es de 82 % (7) .

Las laceraciones profundas de el periné ocurren en el 0.9 % de las mujeres que son atendidas sin el uso de la episiotomía. Las laceraciones del esfínter anal externo y el recto son complicaciones durante el nacimiento al realizar la episiotomía media. El desgarro perineal de tercer grado y cuarto grado ocurren en asociación con la episiotomía y las tasas varían de 0.2 % a 29 %.

La incidencia de la morbilidad perineal posparto en el hospital de Parkland y Memorial, en un estudio se encontró infección en 0.8 %, dehiscencia de 1.08 % y de infección con dehiscencia en un 2.8 % (8).

La morbilidad de la dehiscencia o infección no está asociada a la infección por el virus papiloma humano (VPH), o al tabaquismo. (8) (9) .

Las mujeres con desgarro obstétrico completo del esfínter anal tienen un alto riesgo de incontinencia anal. (Haadem et al 1988). La incontinencia anal transitoria después de un parto completo es un predictor de incontinencia anal después de un parto vaginal subsecuente. (9) .

Se ha reportado hasta un 50 % de mujeres que experimentaron incontinencia anal después de un desgarro perineal completo y el 39 % de cursar con incontinencia anal después de un parto subsecuente. De las mujeres con incontinencia anal después de un desgarro completo, el 60 % tienen evidencia de daño del nervio pudendo (Snook 1988). (9) (10) .

Se ha reportado dispareunia posterior a un año después de una episiotomía media lateral, aunque no está claro el mecanismo.

La dispareunia y el dolor perineal puede persistir por años después de un desgarro perineal de tercer grado y significativamente existe disfunción del perineo con frecuencia. Las laceraciones que violan la mucosa rectal pueden agregarse a riesgos de infección , dehiscencia de la herida y fístula recto vaginal. Algunos requieren secundariamente reparación y se recomienda una cesarea en vez de realizar atención de parto por vía vaginal . (5) (10) .

OBJETIVO

Conocer la morbilidad, factores contribuyentes y condiciones que favorezcan la Morbilidad, así como la frecuencia, incidencia y Epidemiología del desgarro perineal de tercer grado en el Hospital de Gineco-obstetricia " Luis Castelazo Ayala " .

La incidencia de la morbilidad perineal posparto en el hospital de Parkland y Memorial, en un estudio se encontró infección en 0.8 %, dehiscencia de 1.08 % y de infección con dehiscencia en un 2.8 % (8).

La morbilidad de la dehiscencia o infección no está asociada a la infección por el virus papiloma humano (VPH), o al tabaquismo. (8) (9).

Las mujeres con desgarro obstétrico completo del esfínter anal tienen un alto riesgo de incontinencia anal. (Haadem et al 1988). La incontinencia anal transitoria después de un desgarro completo es un predictor de incontinencia anal después de un parto vaginal subsecuente. (9).

Se ha reportado hasta un 50 % de mujeres que experimentaron incontinencia anal después de un desgarro perineal completo y el 39 % de cursar con incontinencia anal después de un parto subsecuente. De las mujeres con incontinencia anal después de un desgarro completo, el 60 % tienen evidencia de daño del nervio pudiendo (Snook 1988). (9) (10).

Se ha reportado dispareunia posterior a un año después de una episiotomía media lateral, aunque no está claro el mecanismo.

La dispareunia y el dolor perineal puede persistir por años después de un desgarro perineal de tercer grado y significativamente existe disfunción del perineo con frecuencia. Las laceraciones que violan la mucosa rectal pueden agregarse a riesgos de infección, dehiscencia de la herida y fistula recto vaginal. Algunos requieren secundariamente reparación y se recomienda una cesarea en vez de realizar atención de parto por vía vaginal. (5) (10).

OBJETIVO

Conocer la morbilidad, factores contribuyentes y, condiciones que favorezcan la Morbilidad, así como la frecuencia, incidencia y Epidemiología del desgarro perineal de tercer grado en el Hospital de Gineco-obstetricia " Luis Castelazo Ayala ".

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio : *Próspectivo, longitudinal, Observacional, Descriptivo y Analítico.*

El universo de estudio:

Se estudiaron a 100 pacientes embarazadas que presentaron *desgarro perineal de tercer grado*; cuyo embarazo se resolvió por vía vaginal, siendo *Eutócico o Distócico*. Atendidas en la *Unidad De Tocoquirugia del Hospital de Gineco-obstetricia " Luis Castelazo Ayala "*. En un periodo de 11 meses. Con una participación de *Médicos Internos de Pregrado , Médicos Residentes de 2 º, 3 º, y 4 º de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, Así como Médicos de base adscritos al servicio.*

Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas que presenten *desgarro perineal de tercer grado*
- Pacientes atendidas en la *Unidad de Tocoquirugia del Hospital de Gineco-obstetricia " Luis Castelazo Ayala "* del 01 de julio de 1996 al 01 de junio de 1997.
- Pacientes embarazadas con resolución vaginal (*Eutócico / Distócico*) .

Criterios de no inclusión

- Pacientes que no quieren colaborar con el estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes que cambien de residencia.
- Pacientes no derecho habientes.
- Pérdida de expediente clínico.
- Pacientes que no acudán subsecuentemente a sus citas.

Seguimiento de pacientes :

Se citaron a todas las 100 mujeres posterior a su resolución del embarazo, para valoración de su *desgarro perineal*; esto fue a los 7, 21 , 42 y 60 o Más Días.

Analisis estadístico: Se presenta un análisis simple de los datos, con porcentajes.

ANALISIS

Se realizó un estudio en 100 pacientes puerperas que también tuvieron desgarro de tercer grado. Se formaron dos grupos, incluyendo en el grupo A, aquellas pacientes que presentaron morbilidad (33 pacientes) y el grupo B, aquellas pacientes sin morbilidad (67 pacientes). Ambos grupos se analizaron en forma comparativa, encontrando:

EDAD : Grupo A, predominó en un 42.42 %, el rango de edad entre 21 y 25 años, el promedio de edad fué de 24 años; en el grupo B, el rango de edad que predominó fué también el mismo que en el grupo A (21 a 25 años), en un 40.29 %. El promedio de edad fué de 25 años.

ESCOLARIDAD : El nivel de escolaridad en ambos grupos fué la preparatoria, en el grupo A, con un 45.45 % y en el grupo B de 55.22 %.

PARIDAD : Predominó más la primigesta en ambos grupos, el grupo A, con 27 pacientes (81.81 %) y el grupo B con 33 pacientes (49.25 %).

SEMANAS DE GESTACION : Las semanas de gestación en el grupo A, el promedio fué de 39 semanas (45.45 %) y en el grupo B, 39 semanas (49.25 %).

TIPO DE EPISIOTOMIA : En el grupo A, predominó la media en 28 pacientes (84.84 %) y también en el grupo B, siendo de 8 pacientes (97.01 %).

TIPO DE PARTO : Predominó en el grupo A, el eutócico con 26 casos (78.78 %) y en el grupo B, también predominó con 83 casos (94.02 %).

JERARQUIA : En cuanto a la jerarquía del médico que con mayor frecuencia se asoció al desgarro de tercer grado, fué en el grupo de residentes de 2º año.

ANESTESIA : El tipo de anestesia que predominó, tanto en el grupo A y B, fué el bloqueo peridural (BPD), en 27 casos (81.81 %) y 64 casos (95.52 %) respectivamente.

TIPO DE FORCEPS : En relación al tipo de forceps e indicación del mismo, se encontró en el grupo A, el Kjelland en 3 casos (9.09 %), Salinas en 2 casos (6.06 %) y Simpson en un caso (3.03 %). Siendo la indicación principal el expulsivo prolongado con 3 casos (9.09 %). En el grupo B, el forceps utilizado fué el Simpson en 4 casos (5.97 %), y como indicación principal el expulsivo prolongado en 3 casos (4.4 %).

En cuanto al grupo A (con morbilidad), las variables estudiadas (Dehiscencia de herida quirúrgica, infección, incontinencia perineal, dispareunia, incontinencia fecal, absceso de fosa isquialtica, etc.), se encontraron las siguientes :

- Dehiscencia en 30 pacientes (90.9 %).
- Dispareunia en 2 pacientes (6.06 %).
- Incontinencia perineal 1 paciente (3.00 %).

RESULTADOS

La tasa de frecuencia del desgarro de tercer grado, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia núm. 4 " Luis Castelazo Ayala ", En el período comprendido del 01 de Julio de 1996 al 01 de Junio de 1997, Fue de 0.52 % (100 casos).
El número de nacimientos por vía vaginal, en el período fue de 18,869 nacimientos y la tasa de natalidad por vía vaginal es de 57.45 %.

La morbilidad en las 100 pacientes con desgarro de tercer grado se encontró solo 33 casos, que representa un 33 %.

La morbilidad encontrada fue :

	Nº de casos	Porcentaje
Dehiscencia de episiorrafia	30	90.8 %
Infección	0	0.0 %
Incontinencia perineal	1	3.0 %
Dispareunia	2	6.0 %
Fistula	0	0.0 %
Incontinencia fecal	0	0.0 %
Abceso de fosa isquiatica	0	0.0 %

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La tasa de desgarro de tercer grado del Hospital de Ginecología y Obstetricia Nº 4 " Luis Castelazo Ayala ", en comparación a la reportada a la literatura mundial es baja.
El tipo de morbilidad que se encontró en el Hospital de Ginecoobstetricia Nº 4 " Luis Castelazo Ayala " (dehiscencia de herida quirúrgica, incontinencia perineal, dispareunia, infección, incontinencia fecal, etc.), es baja en comparación a la que se reporta en la literatura mundial.

Los factores asociados al desgarro; como la edad, escolaridad, paridad, jerarquía del médico tratante, tipo de episiotomía, tipo de anestesia, tipo de parto, etc. Son semejantes a las reportadas actualmente en la literatura.

RESULTADOS

La tasa de frecuencia del desgarro de tercer grado, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia núm. 4 " Luis Castelazo Ayala ", En el periodo comprendido del 01 de Julio de 1996 al 01 de Junio de 1997, Fue de 0.52 % (100 casos).
El número de nacimientos por vía vaginal, en el periodo fué de 18,869 nacimientos y la tasa de natalidad por vía vaginal es de 57.45 %.

La morbilidad en las 100 pacientes con desgarro de tercer grado se encontró solo 33 casos, que representa un 33 %.

La morbilidad encontrada fué :

	Nº de casos	Porcentaje
Dehiscencia de episiorrafia	30	90.8 %
Infección	0	0.0 %
Incontinencia perineal	1	3.0 %
Dispareunia	2	6.6 %
Fístula	0	0.0 %
Incontinencia fecal	0	0.0 %
Absceso de fosa isquiatica	0	0.0 %

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La tasa de desgarro de tercer grado del Hospital de Ginecología y Obstetricia Nº 4 " Luis Castelazo Ayala ", en comparación a la reportada a la literatura mundial es baja.
El tipo de morbilidad que se encontró en el Hospital de Ginecoobstetricia Nº 4 " Luis Castelazo Ayala " (dehiscencia de herida quirúrgica, incontinencia perineal, dispareunia, infección, incontinencia fecal, etc.), es baja en comparación a la que se reporta en la literatura mundial.

Los factores asociados al desgarro; como la edad, escolaridad, paridad, jerarquía del médico tratante, tipo de episiotomía, tipo de anestesia, tipo de parto, etc. Son semejantes a las reportadas actualmente en la literatura.

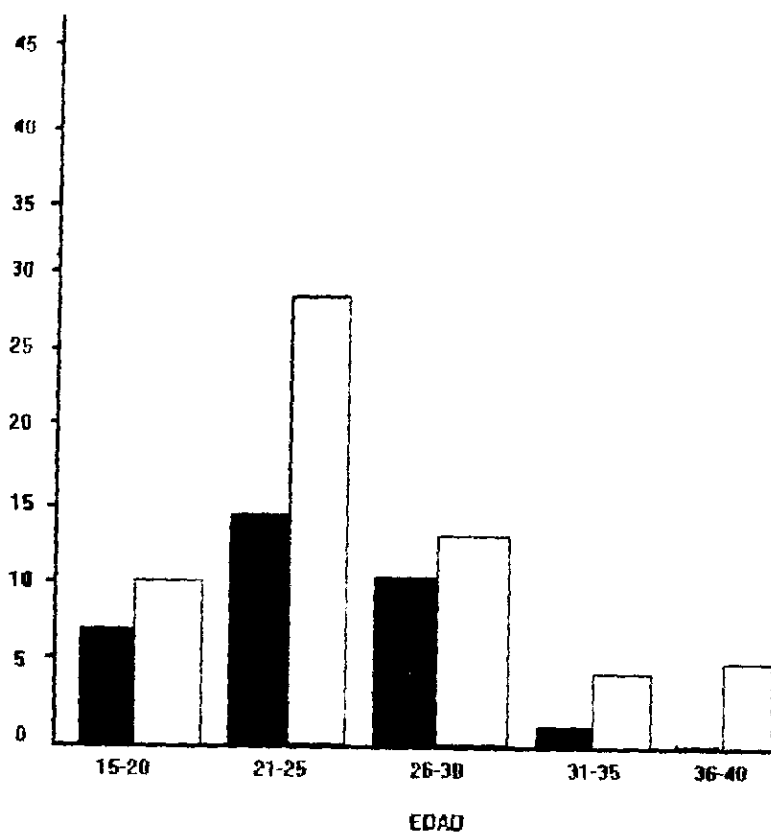
BIBLIOGRAFIA

1. Mattingly R. Te linde Ginecologia operatoria. 1990, pag 584-586.
2. Synder R. Human papillomavirus associated with poor healing of episiotomy repairs. 1990; 76 : 664-667.
3. Buekens P. Episiotomy and third degree tears. BJ Obstet Gynecol 1985; Aug (92) : 820-823.
4. Antony S: Episiotomy and the occurrence of severe perineal lacerations BJ Obstet Gynecol 1994; Dec (101) : 1064-1067.
5. Combs C. Risk factors for third degree and fourth degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries- AM J obstet Gynecol 1990; 163: 100-104.
6. Borgatta I. Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. AM J Obstet Gynecol 1989; 160 : 294-297.
7. Henriksen T. Episiotomy and perineal lesion in spontaneous vaginal delivery
BJ Obstet Gynecol 1992; Dec (99) : 950-954.
8. Goldaber K. postpartum perineal morbidity after fourth degree perineal repair. AM J Obstet Gynecol 1993; February (168) : 489-493.
9. Bek K. Risks of anal incontinence from subsequent vaginal delivery after a complete obstetric anal sphincter tear. BJ Obstet Gynecol 1992; sep (99) : 724-726.
10. Torp JM. Selected use of Midline episiotomy : Effect in perineal trauma. Obstet Gynecol 1987; 70 : 260-262.

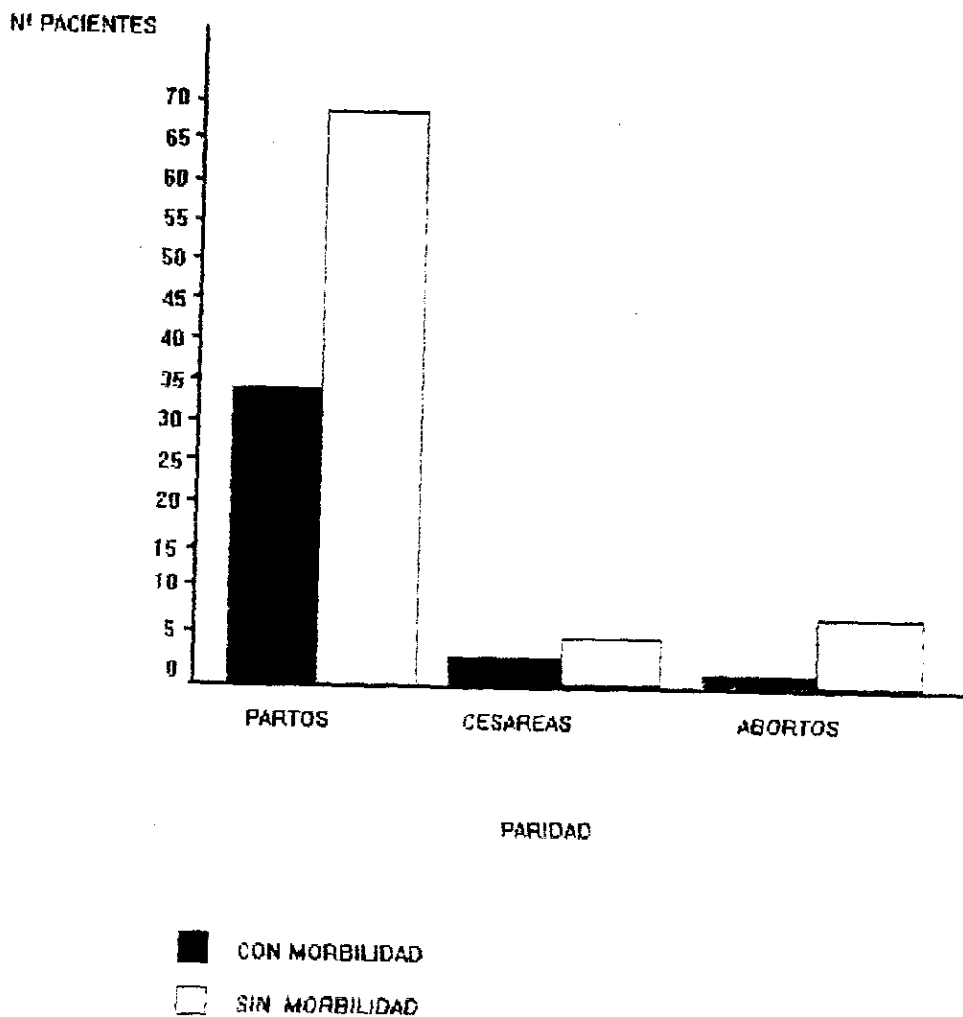
GRAFICA 1

**PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL DE 3º GRADO
CON Y SIN MORBILIDAD EN RELACIÓN A LA EDAD.**

Nº PACIENTES

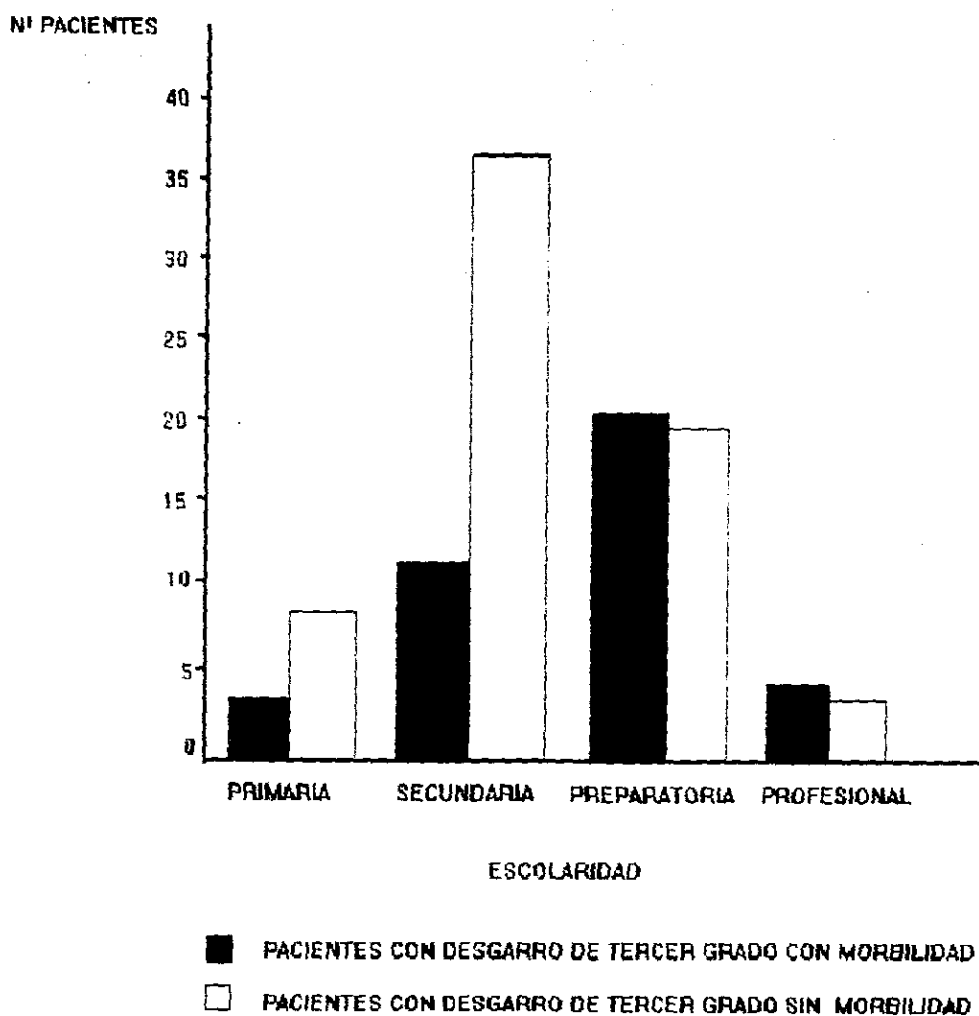
**■ CON MORBILIDAD****□ SIN MORBILIDAD**

GRAFICA 2

PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL
CON Y SIN MORBILIDAD DE ACUERDO A PARIDAD

GRAFICA 3

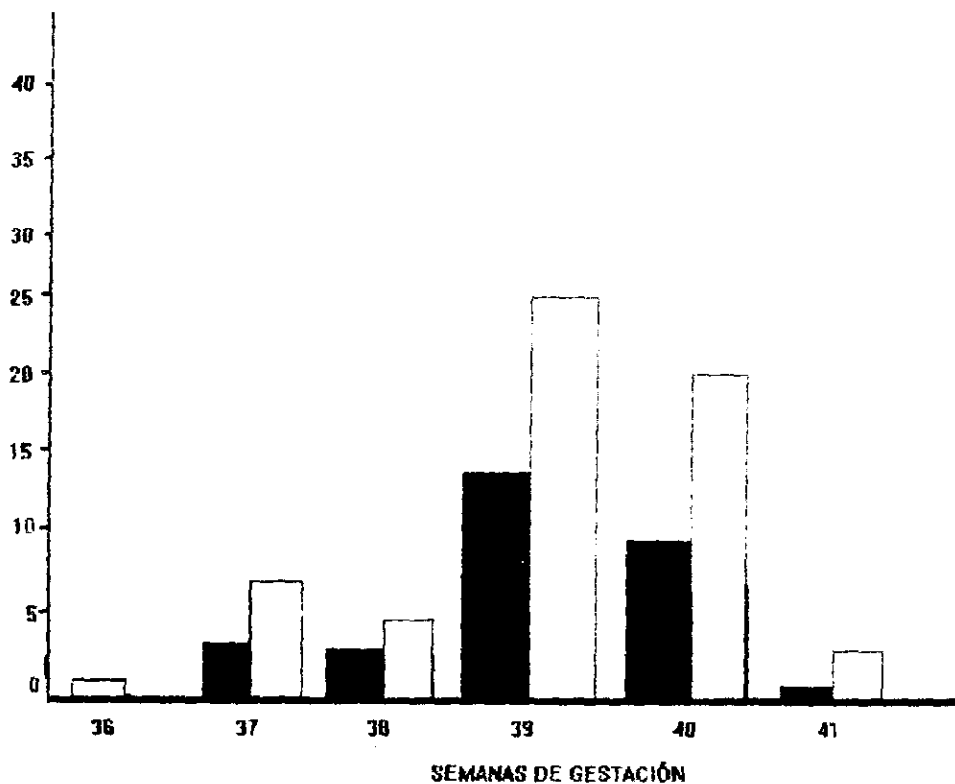
PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL
CON Y SIN MORBILIDAD DE ACUERDO A ESCOLARIDAD



GRAFICA 4

PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL
CON Y SIN MORBILIDAD DE ACUERDO A SEMANAS DE GESTACIÓN

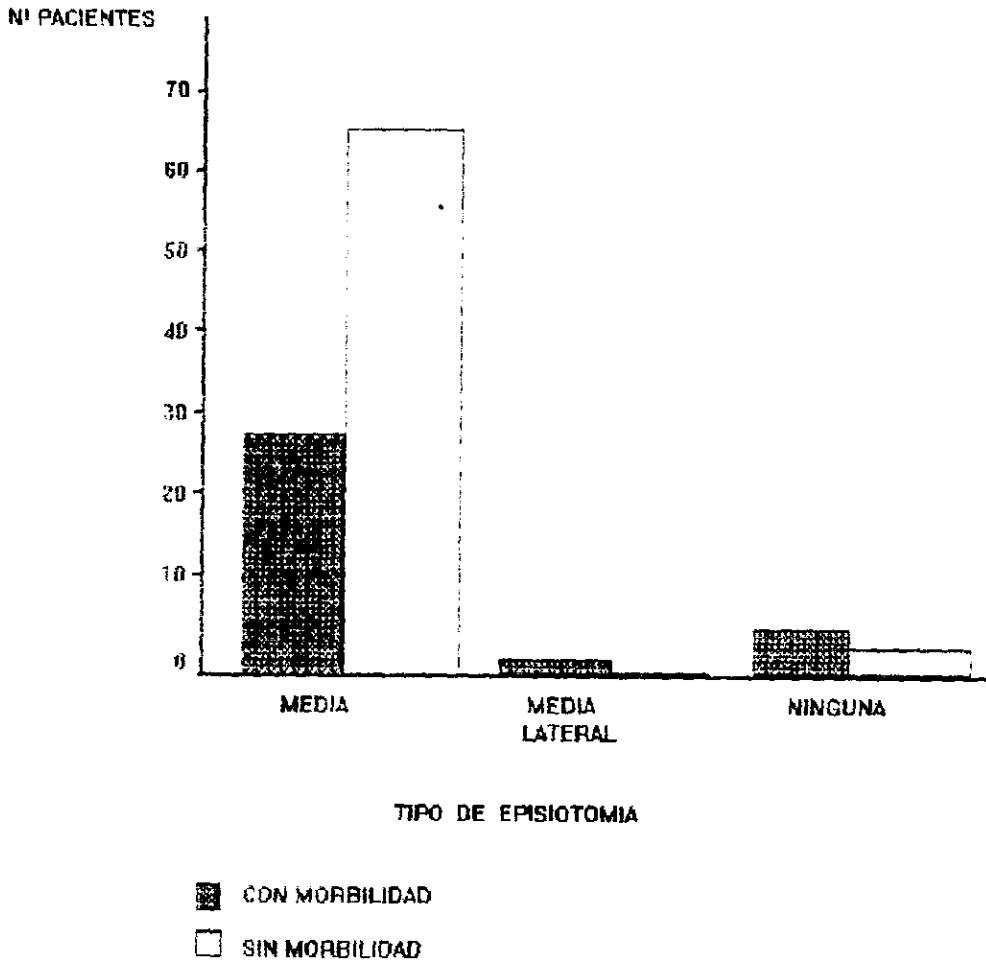
Nº PACIENTES



- PACIENTES CON DESGARRO DE TERCER GRADO CON MORBILIDAD
- PACIENTES CON DESGARRO DE TERCER GRADO SIN MORBILIDAD

GRAFICA 5

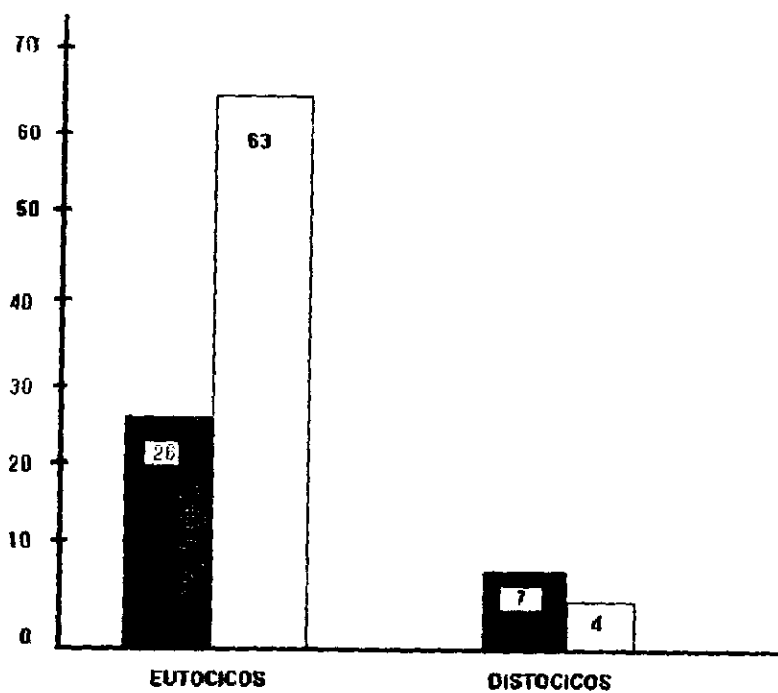
PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL CON Y SIN MORBILIDAD DE ACUERDO AL TIPO DE EPISIOTOMIA



GRAFICA 6

**PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL
CON Y SIN MORBILIDAD DE ACUERDO AL TIPO DE PARTO**

N° DE PACIENTES



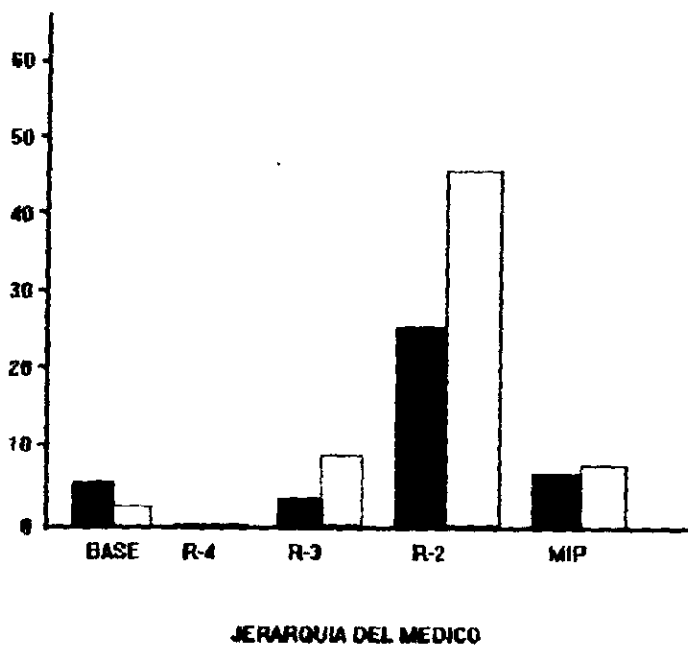
TIPO DE PARTO

■ CON MORBILIDAD
□ SIN MORBILIDAD

GRAFICA 7

PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL
CON Y SIN MORBILIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO, DE ACUERDO
A LA JERARQUÍA DEL MEDICO

Nº PACIENTES



■ CON MORBILIDAD

□ SIN MORBILIDAD

GRAFICA 8

PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL
CON Y SIN MORBILIDAD. EN RELACIÓN CON ANESTESIA UTILIZADA

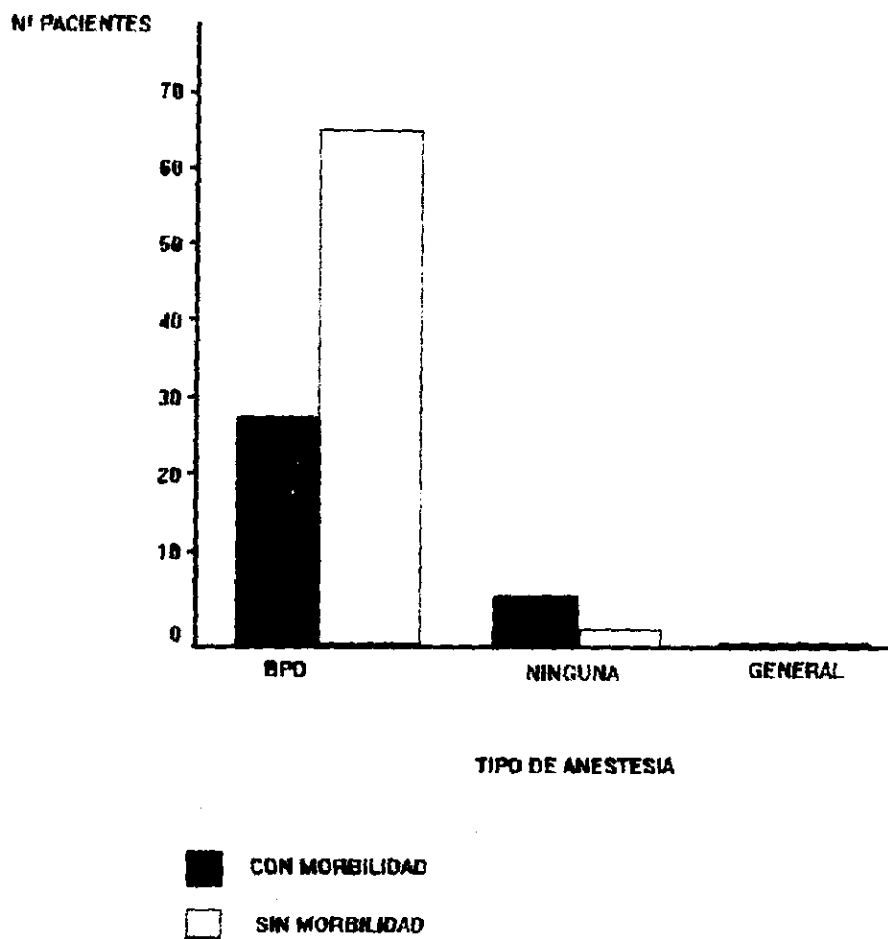


TABLA 1

PACIENTES QUE PRESENTARON DESGARRO PERINEAL DE 3º GRADO EN LA UTILIZACIÓN DE LA APLICACIÓN DE FORCEPS CON Y SIN MORBILIDAD.

N = 33 PACIENTES CON MORBILIDAD FORCEPS			N = 67 PACIENTES CON MORBILIDAD FORCEPS		
TIPO	NUMERO	PORCENTAJE	TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
KJELLAND	3	9.09 %	KJELLAND	0	0.0 %
SALINAS	2	6.06 %	SALINAS	0	0.0 %
SIMPSON	1	3.03 %	SIMPSON	4	5.97 %
INDICACIÓN DEL FORCEPS	NUM.	PORCENTAJE	INDICACIÓN	NUM.	PORCENTAJE
EXPULSIVO PROLONGADO	3	9.09 %	EXPULSIVO PROLONGADO	3	4.4 %
PROFILACTICO	2	6.06 %	PROFILACTICO	1	1.49 %
OTI PERSISTENTE	1	3.03 %			

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 2

PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL DE 3º GRADO
CON Y SIN MORBILIDAD EN RELACIÓN AL NUMERO DE PARIDAD

PARIDAD				
Nº DE GESTAS				
CON MORBILIDAD N = 33			SIN MORBILIDAD N = 67	
	NUM.	%	NUM.	%
PRIMIGESTAS	27	81.811 %	PRIMIGESTAS	33 49.25 %
SECUNDIGESTAS o Más	6	18.181 %	SECUNDIGESTAS o Más	34 50.74 %

TABLA 3

PACIENTES CON DESGARRE PERINEAL DE 3º GRADO QUE
QUE PRESENTARON MORBILIDAD DURANTE EL SEGUIMIENTO DE
LAS PACIENTES : DEHISCENCIA.

DEHISCENCIA (30 PACIENTES)		
SEGUIMIENTO (DIAS)	NUMERO DE PACIENTES	ALTA DE PACIENTES
7	24 (77.7%)	10 (30.3%)
21	6 (18.1 %)	4 (12.2 %)
42	0	0
60 o Más	0	0
SEGUIMIENTO DE PACIENTES HASTA LOS 42 DIAS		16 (48.48 %)

TABLA 4

PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL DE 3º GRADO, QUE PRESENTARON MORBILIDAD, DURANTE SU SEGUIMIENTO: INCONTINENCIA PERINEAL Y DISPAREUNIA.

INCONTINENCIA PERINEAL (UN PACIENTE)		DISPAREUNIA (2 PACIENTES).	
SEGUIMIENTO	Nº DE PACIENTES	SEGUIMIENTO	Nº DE PACIENTES
21 DIAS	1 (3.0 %).	60 DIAS O MAS	2 (6.05 %).

TABLA 5

SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE PRESENTARON MORBILIDAD (DEHISCENCIA, INCONTINENCIA PERINEAL Y DISPAREUNIA).

Nº DE PACIENTES / ALTA	Nº DE PACIENTES / NO ALTA
17 (51.5 %)	16 (48.4 %)