

**POSGRADO DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA
GENERACIÓN 2018-2019**

TESINA:

Intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en
desgarros perineales en pacientes atendidas en la Unidad de partería
Alameda de Chilpancingo de los Bravo. 2019

PRESENTA:

Lic. en enfermería. Nancy Ramírez Marcelo

DIRECTOR INTERNO: M.C.E Eva Barrera García
DIRECTOR EXTERNO: M.C.E Juana Barrera García
GRUPO DISCIPLINAR: La bioseguridad en enfermería.
L.G.A.C calidad en los procesos de bioseguridad en
enfermería.
L.G.A.C de Enfermería medico quirúrgica
Calidad de enfermería medico quirúrgica.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios** por ser el creador de quienes me han dado la vida, quienes me han acompañado y formado a ser una persona de bien.

A mis padres, **Roberto y Alejandra** por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida, por los valores inculcados, por haberme forjado como la persona que soy actualmente, y por qué muchos de mis logros se los debo a ellos, por apoyarme en cada decisión y proyectos realizados, por sus palabras de aliento cuando lo he necesitado, por sus enseñanzas para ser perseverante y cumplir mis ideales.

A mis tres queridos hijos: **Irvin, Jared e Iker** que son mi razón de ser, mi orgullo y motivación para seguir superándome cada día, la inspiración para alcanzar mis metas, pero sobre todo por fomentar en mí el deseo de superación y triunfo en la vida para ofrecerles un futuro mejor.

A mis asesoras de tesis: La M.C.E Eva **Barrera García** y la DRA. **Juana Barrera García**, por guiarme en este arduo camino recorrido, por darme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico y sobre todo por la paciencia que me han brindado para guiarme durante el desarrollo de tesis.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos	1
Índice general.....	2
Introducción.....	4
Capítulo I Generalidades de la investigación	6
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Pregunta de investigación	9
1.3 Objetivos	10
1.4 Hipótesis	11
1.5 Justificación	12
1.6 Contexto de la investigación	14
Capítulo II Marco teórico.....	16
2.1 Estado del arte	17
2.2 Desgarros perineales	27
2.2.1 Definición.....	27
2.2.2 Clasificación de desgarros por Sultán	27
2.2.3 Factores de riesgo de desgarros perineales	28
2.2.4 Epidemiología de Desgarros perineales	29
2.2.5 Tratamiento de Desgarros perineales	29
2.2.6 Complicaciones de Desgarros perineales	31
2.2.7 Intervenciones preventivas de Desgarros perineales	31
2.2.8 La teoría del déficit de autocuidado de Orem	32
Capítulo III Metodología de la investigación	37
3.1 Metodología.....	38
3.1.1 Tipo de la investigación	38
3.1.2 Ruta de investigación	39
3.1.3 Método	39
3.1.4 Instrumento de recolección de datos.....	39

3.1.5 Universo de estudio.....	40
3.1.6 Población de estudio	40
3.1.7 Tamaño de la Muestra.....	40
3.1.8 criterios de selección.....	40
3.1.9 criterios éticos	41
3.1.10 variables de estudio.....	42
3.1.11 Plan de análisis	42
Capítulo IV Resultados	43
4. Resultados	44
4.1 Perfil socio laboral del personal de salud que atendió los partos en la unidad de partería Alameda durante el periodo de estudio.	44
4.2 Perfil demográfico de las mujeres que acudieron para atender su parto en la unidad de partería Alameda de Chilpancingo durante el periodo de estudio.	48
4.3 Factores obstétricos de las mujeres que acudieron a la unidad de partería Alameda para atender su parto durante el periodo de estudio.....	53
4.4 Cuidado en la prevención de desgarros perineales que realiza el personal de salud en la unidad de partería Alameda.	62
Capítulo V Conclusiones	78
5.1 Conclusiones.....	79
5.2 Sugerencias	80
Referencias Bibliográficas.....	81
Anexos	85
Oficio de gestión de permiso	86
Instrumento de recolección de datos.....	87
Programa educativo	89
Cronograma de trabajo	96

INTRODUCCIÓN

Uno de los factores que más preocupan tanto a las embarazadas como a los profesionales de salud que asisten el parto, es la manera de evitar que ocurran desgarros perineales, además de reducir las episiotomías; debido a que generan una alta morbilidad. La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en Obstetricia, el periné es un área que se encuentra localizada entre la vagina y el recto mismo, que puede desgarrarse durante el parto y posteriormente ocasionar dolor, reducción de la movilidad de la mujer, disuria y dispareunia o el paso de las heces, infección por prolapso, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer para dar de lactar y atender al recién nacido.

Los desgarros perineales son las complicaciones obstétricas más frecuentes generadas durante la atención del parto; se ha reportado que hasta 73% de las nulíparas presentan un desgarro perineal moderado y entre 2.2% y 19% de los partos vaginales cursan con una laceración del esfínter anal. Los desgarros perineales graves afectan a las mujeres durante o inmediatamente después del evento obstétrico, y pueden deteriorar en forma importante la calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres en largo plazo.

Es importante mencionar que los desgarros en gran medida son prevenibles, la evidencia científica resalta intervenciones preventivas del desgarro ya que representa un problema de salud pública por su alta incidencia y las repercusiones en la mujer, por ello en la presente investigación se determinó el cumplimiento de las intervenciones de enfermería preventivas de desgarro perineal que se realizan a las mujeres atendidas en la Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los bravo, la investigación fue transversal, observacional y descriptiva, la población de estudio fue el Personal de enfermería de la Unidad de Partería Alameda que asistió partos durante el periodo de 1 de julio al 30 de octubre del 2019, el instrumento de recolección fue una lista de cotejo de 34 reactivos validada con un nivel de confiabilidad de 0.96 de alfa de chrombach, la aplicación de la lista fue mediante

estudio de sombra para evitar el sesgo de la información, los criterios éticos aplicados fueron tomados del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en los artículos donde se hace referencia al anonimato, confidencialidad y respeto de los participantes en el estudio. El método empleado en la investigación es el hipotético deductivo, ya que a partir de la comprobación de la hipótesis se obtuvieron conclusiones particulares comprobadas estadísticamente

CAPITULO I
GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad en el campo de la obstetricia, el desgarro perineal sigue siendo un problema para las parturientas, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas, se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, es importante destacar que los traumatismos perineales, tales como la episiotomía y los desgarros obstétricos constituyen la segunda causa de hemorragia postparto exclusivo en partos traumáticos en el cual lesionan el canal blando del parto; el sangrado suele ser constante, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta. (Ávila, 2017)

La Organización Mundial de la Salud (2015) publicó que del 1% al 8% de las mujeres sufren un desgarro perineal de tercer grado (lesión en el esfínter anal) o un desgarro perineal de cuarto grado (lesión en la mucosa rectal) durante el parto vaginal, y estos desgarros son más frecuentes después del parto con fórceps (28%) y la episiotomía media. Los desgarros de tercer y cuarto grado pueden contaminarse con bacterias del recto, lo que aumenta de forma significativa la probabilidad de infección en la herida perineal.

A nivel mundial datos estadísticos reportan una prevalencia de desgarros perianales que oscila entre 0.1 y 10.2% en partos vaginales en Europa, con una incidencia en los EUA de 6.4%. En Reino Unido, se ha triplicado la incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado en primigestas atendidas de parto, de 1.8% a 5.9% del año 2000 al 2012. El riesgo de recurrencia de lesión del esfínter anal en el contexto obstétrico posterior a un segundo parto es de 4-8%. (Tejeda et. al., 2018)

A nivel nacional Se estima que en la población general, los desgarros de tercer y cuarto grado ocurren en el 0.8% de todos los partos vaginales, un estudio reveló que el grupo de adolescentes tiene mayor vulnerabilidad para complicaciones obstétricas, entre ellas laceración del esfínter anal, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico establece que México es el país con la

mayor tasa de prevalencia de embarazos en adolescentes ya que en 2015, se registraron 405,876 embarazos en adolescentes de 15-18 años, representando el 18.2% del total de los nacimientos del país, en un estudio realizado en un Hospital de tercer nivel en Monterrey Nuevo León se encontró una prevalencia general de 2.0% de desgarros de tercer y cuarto grado y en adolescentes de 2.5%. (Sánchez, et. al., 2018)

En la unidad de partería Alameda, de Chilpancingo de los Bravo en el mes de marzo 2018 a marzo de 2019 se reportó un total de 59 casos de esta complicación de un total de 153 partos atendidos, en donde específicamente las pacientes primigestas presentaron un mayor índice de lesiones perineales hasta en un 42 %. Según la clasificación de desgarros perineales por sultan, la mayoría de estas complicaciones fue de 1° y 2 ° grado y en menor número de 3^{ro} y 4^{to} grado. La paciente múltipara solo en un 6 %.

Estos problemas detectados en función de la actual Norma Oficial Mexicana 007 para la atención del embarazo, parto, puerperio y atención de la persona recién nacida, de las GPC SS-792-16, GPC-IMSS-052-19 y a las 56 recomendaciones de la OMS, las cuales han sido limitadas en cuanto al cumplimiento y apego de dicha normativa para evitar complicaciones que sin duda alguna retrasan la recuperación de las pacientes, desde la posición de la paciente, múltiples tactos vaginales, así como las intervenciones de enfermería no son aplicadas correctamente, no considerando la normativa emanada para la vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Por lo tanto, se considera necesario buscar estrategias que nos permitan corregir dichas intervenciones y procesos de atención si estas no se están aplicando correctamente y podamos contribuir en la disminución de lesiones perineales.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las Intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en desgarros perineales en pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo?

1.3 OBJETIVOS

A) General

Determinar las intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en desgarros perineales en pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.

B) Específicos

- ♣ Identificar las intervenciones de enfermería preventivas de desgarre perineal que tienen mayor omisión antes y durante el trabajo de parto, de las pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.

- ♣ Conocer el cumplimiento global de las intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en desgarros perineales en pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.

1.4 HIPOTESIS

Si se omiten las intervenciones de enfermería para la prevención de desgarros perianales, entonces la incidencia de desgarros es alta en las en pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se justifica porque se estima que, en México en la población general, los desgarros de tercer y cuarto grado ocurren en el 0.8% de todos los partos vaginales en. Así mismo se asocian las lesiones obstétricas del esfínter anal, con secuelas a corto y largo plazo, principalmente incontinencia anal, fístulas recto vaginales, dehiscencia de heridas y formación de abscesos, que afectan a las pacientes física y psicológicamente. Además, las fístulas y la incontinencia fecal, son en su mayoría, consecuencia de una inadecuada reconstrucción del esfínter, lo que se asocia a problemas médico legales y elevación de costos en atención en salud. (Sánchez, et. al., 2018)

Dado el impacto de los desgarros perineales, en la unidad de partería Alameda existen normas y guías de práctica clínica, que describen los procesos de atención para la prevención de estas lesiones, sin embargo, se considera que existen factores que favorecen la presencia de los desgarros perineales lo que repercute en la atención otorgada durante el trabajo de parto, por tal motivo el presente trabajo de investigación tiene como propósito detectar los factores que intervienen en las lesiones perineales y determinar las medidas preventivas e intervenciones de enfermería durante la atención de parto que permitan reducir la incidencia de lesiones en el periné y sus complicaciones.

Este estudio tendrá beneficios directos para las **pacientes** que acuden a la unidad antes mencionada ya que mediante la intervención educativa se pretenden mejorar las intervenciones de enfermería preventivas de desgarros perineales, esto beneficia directamente a las usuarias disminuyendo la incidencia de esta complicación que deja múltiples secuelas que van desde lo físico hasta lo psicológico, al disminuir la incidencia de estas lesiones **la unidad** también tendrá

beneficios ya que se disminuyen los días de estancia hospitalaria y por ende los costos hospitalarios derivados de la atención a este tipo de complicaciones.

Así mismo el **personal de enfermería** tendrá beneficios ya que en el estudio se realizó una intervención educativa para aumentar el nivel de conocimientos sobre las intervenciones preventivas de desgarros perineales, con el objetivo de mejorar la atención de enfermería y empoderar al profesional de la unidad de partería alameda de conocimientos actualizados basados en la evidencia científica para mejorar la atención directa durante el trabajo de parto y parto garantizando calidad de atención libre de riesgos.

1.6 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Guerrero es uno de los treinta y un estados que, junto con la Ciudad de México, forman los Estados Unidos Mexicanos. Su capital es Chilpancingo de los Bravos y su ciudad más poblada, Acapulco de Juárez. Está ubicado en la región suroeste del país, limitando al norte con el Estado de México, Morelos y Puebla, al sureste con Oaxaca, al suroeste con el océano Pacífico y al noroeste con el río Balsas que lo separa de Michoacán. Fue fundado el 27 de octubre de 1849, con una superficie territorial de 64.281 km² (aprox. 38.000 mi²), representando el 3,2% del territorio nacional, en la cual viven 3,533,251 habitantes, lo que hace que se clasifique como la 12ª entidad más poblada de México; la mayoría de la población se concentra en la Zona Metropolitana de Acapulco, específicamente en el municipio de Acapulco.

CHILPANCINGO DE LOS BRAVOS, GUERRERO

Municipio principal del estado de Guerrero en México, (en náhuatl: chilpancingo, 'lugar de avispa, "pequeño avispero') conocido simplemente como Chilpancingo, es una ciudad mexicana, capital del estado de Guerrero, la segunda más grande del mismo. Se ubica en la región Centro del estado y en el suroeste de México. Se encuentra a 275 km de la capital del país la Ciudad de México. Una extensión de aproximadamente 566.8 kilómetros cuadrados es la cuna de la actividad turística, religiosa y cultural del estado. En la historia de México Chilpancingo fue de gran importancia porque aquí el Congreso Nacional se reunió en 1813 durante la Guerra de la Independencia de México, además de que fue la sede del Congreso de Chilpancingo, primer ejecutivo de la independencia de México, en donde José María Morelos presentó el documento Sentimientos de la

Nación. Tuvo gran importancia también durante la revolución mexicana, durante la erección del estado y durante el Porfiriato.

En 1853, Chilpancingo es declarada la capital provisional del estado, debido a una epidemia que azotó a la entonces capital Tixtla. En 1870 Chilpancingo es nuevamente declarada capital por el gobernador Francisco O. Arce, debido a la oposición encabezada por el General Jiménez, quien tenía en su poder la sede oficial del gobierno que en ese entonces era Tixtla. Fue hasta 1871, cuando la legislatura local acuerda el cambio de sede de la capital, de Tixtla a Chilpancingo y en 1872 se convierte en la capital definitiva. Cuenta con 187,251 habitantes según el conteo de 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, representando el 77 por ciento de la población municipal, además de ser la septuagésima sexta ciudad más poblada del país considerada la sexta ciudad con el Índice de Calidad de Vida más bajo del país.

UNIDAD DE PARTERÍA ALAMEDA:

Ubicada en la ciudad de Chilpancingo de los Bravos Gro, en avenida Vicente Guerrero, Col Centro, No. 45, CP. 39000, a un costado de la Jurisdicción Sanitario 03. Fue inaugurada el 18 de diciembre de 2018, por el actual gobernador, Héctor Astudillo Flores, secretario de salud: Dr. Carlos de la Peña Pintos, ocupa el edificio del que hace unos años fue el Hospital General Raymundo Abarca Alarcón, edificio que fue remodelado para este proyecto el cual está basado en promover la partería profesional con enfoque de interculturalidad. Inicio sus funciones el 18 de diciembre de 2018; Con un índice de 19 camas censables, una plantilla de 34 Enfermeras, 17 Médicos Generales, 14 Parteras Profesionales y 2 Gineco-obstetras. Los servicios que oferta: atención preconcepcional, atención del embarazo de bajo riesgo, parto, puerperio y atención de la persona recién nacida, ultrasonido, planificación familiar, modulo mater. Actualmente cuenta con una clínica de lactancia materna, salud reproductiva (vasectomías), tamiz metabólico neonatal, módulo de seguro popular,

módulo de registro civil, sala de psicoprofilaxis, sala de entretenimiento infantil, (ceredi), temazcal, consulta preconcepcional, ultrasonido, entre otros.

CAPITULO II
MARCO TEORICO



2. MARCO TEORICO

2.1 ESTADO DEL ARTE

Para iniciar este trabajo de investigación se procede a investigar que trabajos se encuentran presentes sobre “desgarros o lesiones perineales y la intervención de enfermería para la prevención de dicha complicación”. Para esta investigación se obtuvo que diversos factores contribuyen o están asociados a las complicaciones de lesiones perineales aunado a la falta o poca participación de enfermería para prevenir y contribuir a la disminución de dichas lesiones, para ello se indagaron donde se describen las siguientes:

ANTECEDENTES:

1.- Rev. Obste. Gineco. - Hospital. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2018; Vol. 13 (1): 25-30, artículo de revisión. Tema: Desgarros perineales.

Introducción: El traumatismo perineal se produce espontáneamente con el parto vaginal o secundariamente como una extensión a una episiotomía. A nivel mundial la incidencia de desgarros perineales severos es 3% en primíparas y 0.8% en múltiparas. El trauma obstétrico perineal está relacionado directamente con el riesgo de desarrollar patologías del piso pélvico. El traumatismo perineal severo puede implicar daño al esfínter anal, externo e interno, y de la mucosa rectal (OASIS), puede tener un impacto significativo en las mujeres con deterioro de su calidad de vida tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo dolor perineal, edema, hematomas. En el posparto inmediato el dolor perineal puede producir retención urinaria, y problemas en la defecación. Al largo plazo las mujeres pueden presentar dispareunia, función sexual alterada. Complicaciones adicionales que pueden presentar trauma perineal son abscesos, infecciones, fistulas recto vaginales.

Objetivo: Aportar una actualización clínica del tema, basado en la evidencia disponible. La prevención de OASIS consiste en episiotomías medio lateral,

protección adecuada del periné, masaje perineal, posición, velocidad del expulsivo, entre otras. **Conclusiones:** El traumatismo perineal se produce espontáneamente con el parto vaginal, nace la necesidad de prevenir, identificar y tratar de forma adecuada y oportuna los desgarros perineales, mejorar la calidad de vida y complicaciones a corto y largo plazo. **Palabras claves:** Desgarros perineales, desgarros perineales severos en el parto que involucran los esfínteres anal externo e interno), episiotomía.

2.- Enfermería global, revista electrónica trimestral de enfermería, Julio 2017 (pág. 539-551). Tema: Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura.

Introducción: El trabajo de parto y el nacimiento representan el final del embarazo, el inicio de la vida extrauterina para el recién nacido y un gran cambio en la vida familiar, clasificación de las prácticas comunes en la asistencia del parto normal, la cual integra en la categoría “conductas frecuentemente utilizadas de forma inapropiada” el uso liberal o por rutina de la práctica de la episiotomía, que hoy en día, continua siendo ejecutada a pesar de la ausencia de evidencia científica que apoye su beneficio, pero si evidencia de que puede acarrear secuelas en la mujer principalmente infecciones, riesgo de lesiones graves en el periné, entre otras, incluyendo los procesos de lactancia. Metodología: Cualitativa, identificación de artículos sobre las intervenciones de la matrona para prevenir el trauma perineal, práctica basada en la evidencia, metodología de revisión integrativa de la literatura, permitiendo la búsqueda, reflexión crítica y síntesis de las evidencias, con la finalidad de determinar el estado actual del conocimiento, la implementación de intervenciones en la práctica y también la identificación de limitaciones susceptibles de desarrollo en futuras búsquedas. **Resumen:** Este artículo describe las estrategias que pueden ser desarrolladas por la matrona con el objetivo de mantener la integridad del periné materno, durante la fase activa del segundo periodo del trabajo de parto. **Objetivo:** Determinar la evidencia disponible sobre las intervenciones de la matrona para la prevención del trauma perineal. **Método:** Identificación de artículos incorporando las evidencias científicas sobre la prevención del trauma perineal. **Resultados/discusión:** La actuación de la matrona en la prevención del trauma perineal debe seguir un conjunto secuencial de intervenciones: incentivar el

ejercicio físico moderado tres veces por semana en el embarazo, incentivar a la mujer para la realización del masaje perineal, restricción de la manipulación perineal en el trabajo de parto, cambios de posición, gasas calientes en el periné, promover el empoderamiento de la mujer mediante el apoyo y confianza. **Conclusiones:** Las intervenciones son señaladas como beneficiosas en la prevención del trauma perineal. Su aplicación exige más evidencia, así como una efectiva divulgación de sus resultados por parte de los equipos multidisciplinares con la presentación de los beneficios para la salud de la mujer, la familia y sociedad. **Palabras claves:** Embarazo, parto, periné, matronas.

3.- Matronas Prof. 2015; 16(3); 90-95. Tema: Meta análisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. **Introducción:** Las lesiones del periné pueden estar relacionadas con la práctica de una episiotomía o aparición de desgarros, que pueden ser en labios menores, uretra, clítoris, pared vaginal, músculos perineales, esfínter o mucosa anal. Se ha adoptado distintas posturas maternas durante el expulsivo como factor protector. Se distinguen dos tipos de posturas: verticales y horizontales. Verticales, línea imaginaria que uniera los centros de las vértebras L3 y L4 en un ángulo de 90° o más respecto a la horizontal. Serían de pie, sentada, en cuclillas, de rodillas o de manos-rodillas. Horizontales: posición en cama, cabecera levantada ángulo de 0 a 45 ° se distingue entre decúbito dorsal, lateral o litotomía. Históricamente las mujeres han adoptado posiciones que permiten la deambulación. En el mundo occidental en el siglo XVII se introdujo las posturas horizontales para el parto que permite al asistente mayor comodidad, facilita la vigilancia y permite realizar maniobras obstétricas. Existen recomendaciones dirigidas a recuperar la posición vertical a la hora de dar a luz, lo que favorece el parto, facilita el descenso de la presentación, mejora las contracciones uterinas, pujos maternos, aumenta el diámetro pélvico, y podría reducir la duración del expulsivo y disminuir la necesidad de partos instrumentales. **Objetivo:** Es determinar la evidencia científica sobre los efectos preventivos de las distintas posiciones que puede adoptar la gestante durante el periodo expulsivo del parto, para reducir la incidencia de lesiones en el periné y morbilidad asociada. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios aleatorizados y posterior

meta análisis de estos. **Resultados:** Al adoptar posturas verticales se observa una reducción significativa en la tasa de episiotomías, a costa de un aumento de los desgarros labiales y de los desgarros que precisan suturas, tanto en mujeres nulíparas como en multíparas. **Discusión:** a pesar de que no es el objetivo de este estudio, resulta conveniente analizar la importancia de la disminución en la tasa de episiotomías. **Conclusiones:** los resultados permiten recomendar posturas alternativas (verticales, decúbito lateral) para la reducción en la tasa de episiotomías, remarcando la importancia de tomar medidas oportunas para prevenir posibles desgarros que pudieran aparecer en el transcurso de la expulsión fetal. Sería recomendable se estudie otro tipo de posturas que han obtenido resultados como el decúbito lateral, rodillas y manos. **Palabras clave:** Parto, episiotomía, periné, desgarro, postura materna

4.- Artículo. Gineco obstetricia México 2017 ene, 85(1).13-20. Tema: El desgarro intraparto del esfínter anal, ¿Puede prevenirse? **Introducción:** El daño perineal es una complicación del parto vaginal, que a su vez puede implicar una lesión del esfínter anal. Se considera la causa más importante de incontinencia fecal en mujeres jóvenes sanas y ocurre en el posparto inmediato. La incidencia varía de 0.5 a 5 %, el 24 y 39 % sufrirán síntomas de incontinencia anal, aun con la corrección quirúrgica correcta. La lesión del esfínter implica una morbilidad física como: dolor perineal, dispareunia, incontinencia anal y urinaria que afecta la calidad de vida de las mujeres. Entre los factores de riesgo que incrementa la incidencia de desgarros del esfínter anal se encuentran mujeres de raza amarilla, primiparidad, duración del periodo expulsivo, parto instrumentado, presentación occipito posterior del feto, episiotomías, distocia de hombros y peso del recién nacido (más de 4 kilos). **Objetivo:** Es determinar los factores de riesgo asociado con el desgarro intraparto del esfínter anal. **Material y método:** análisis retrospectivo de casos y controles con desgarro del esfínter anal y sin este. Se aplicó análisis bivariante. **Resultados:** Se incluyeron 97 pacientes, 48 con desgarro de esfínter anal. La incidencia de desgarros fue de 1.6 %. Se encontraron diferencias significativas: Primiparidad 0.003%, parto inducido, parto instrumentado, duración de la dilatación, tiempo de expulsión. Episiotomía, peso del recién nacido, entre otras, e n el análisis

multivariado se encontró asociación con la episiotomía. **Conclusiones:** El desgarro del esfínter es multifactorial y difícil de predecir. Para intentar reducir la incidencia debe intervenir en los factores de riesgo modificable. **Palabras clave:** Desgarro del esfínter anal, parto vaginal. Incidencia, factores de riesgo.

5.- Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Pág. 1-10. Tema: Lesiones perineales de origen obstétrico. **Introducción:** La lesión del periné es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en obstetricia. Se pueden clasificar en cuatro grados, el 3° se subdivide en 3 categorías: 1°. - Lesión de piel perineal. 2°. - Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal. 3°. - Lesión del esfínter anal, 3ª.- Lesión del esfínter externo < 50% grosor. 3b.- Lesión del esfínter externo > 50% grosor. 3c.- Lesión de esfínter externo e interno. 4°. - Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal.

6.- Artículo original. Matronas Prof. 2017; 18(3): 98-104. Tema: Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. **Introducción:** La episiotomía apareció a finales del siglo XVIII, utilizándose de forma exclusiva para partos dificultosos, en el siglo XIX se introdujo la idea de la episiotomía profiláctica para prevenir daño perineal, en 1920 se generó su uso para aliviar el dolor, prevenir desgarros, disminuir la duración del parto, y la morbilidad perinatal, se convirtió en un procedimiento habitual, sin pensar en los efectos adversos. Hace aproximadamente 20 años comenzó a extenderse la evidencia que apoyaba el uso restrictivo de la episiotomía. Se comenzó a publicar guías de práctica clínica y recomendaciones en el que se afirmaba que no existía evidencia del uso indiscriminado de episiotomía tuviera efectos benéficos. Actualmente su uso es restrictivo, pero no existe un criterio común para realizarla. En la actualidad aún no se ha llegado a un consenso sobre la tasa ideal de episiotomías que debería establecerse como objetivo. **Objetivo:** Analizar los factores que condicionan la realización de episiotomía en partos eutócicos en el Hospital Universitario de La Ribera. **Material y método:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Los criterios de exclusión fueron los partos instrumentados, las cesáreas, la muerte fetal y la gestación múltiple. Se decidió no practicar un muestreo entre los casos que

cumplían los criterios de inclusión, ya que se consideró prioritario analizar la información de todos los partos incluidos en el periodo de estudio. **Resultados:** El número total de partos atendidos en el HULR durante 2015 fue de 1.814. De ellos, 1.116 fueron partos eutócicos (62%), de los cuales un 83% no precisó episiotomía. Por tanto, la tasa de episiotomías en partos eutócicos fue del 17%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la realización de episiotomía y las variables primiparidad, uso de analgesia epidural, parto estimulado/inducido y posición de parto en litotomía. No se encontró relación estadísticamente significativa con la edad materna, el peso del recién nacido, el profesional que atendió el parto o la aparición de desgarros. **Conclusiones:** Conocer los factores que se asocian con la realización de episiotomías en el HULR puede ser determinante para restringir su uso a las situaciones estrictamente necesarias. Se proponen ciertas medidas al respecto, como el uso de posiciones alternativas durante el expulsivo, el inicio del parto espontáneo cuando sea posible, el respeto a los tiempos de expulsivo en los casos de analgesia epidural y la elaboración de un documento de consenso sobre las indicaciones de la episiotomía. **Palabras clave:** Episiotomía, parto normal, matronas.

7.-Facultad de Ciencias de la Salud. Trabajo de investigación de Enfermería.

Tema: Efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones postparto. **Introducción:** El concepto de parto ha sido transmitido a todas las mujeres desde generaciones anteriores, y es bien sabido que es un proceso fisiológico y natural, doloroso y complejo. Es diferente del dolor que sentimos en general, es uno de los más intensos comparados con otros procesos patológicos, es un dolor agudo, severo y de intensidad variable, no es continuo, sino intermitente. El parto es el principal factor de riesgo para el traumatismo o daño perineal, el cuidado y atención adecuados en la gestación y proceso de parto para que puedan dar a luz de una forma más natural y con menos procedimientos médicos puede contribuir a la obtención de unos buenos resultados, pudiéndose adaptar a la vida después del parto y garantizar el cuidado adecuado del niño. En este aspecto la matrona juega un papel muy importante, ya que tiene que garantizar

un cuidado adecuado de la mujer disminuyendo la necesidad de intervención que le pueda causar experiencias negativas **Resumen:** El parto es el principal factor de riesgo para la incidencia de traumatismo perineal que conlleva a una mayor morbilidad posterior tanto a corto como a largo plazo disminuyendo la calidad de vida de la mujer. El masaje perineal está siendo efectuado como método de prevención del trauma perineal. **Objetivo:** Conocer la evidencia que existe sobre la efectividad del masaje perineal durante el embarazo y parto para prevenir complicaciones postparto. **Metodología:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Cinahl y Cuiden plus. Hemos seleccionado dos meta-análisis y dos ensayos clínicos. Resultados principales: Existe una reducción significativa en la incidencia de traumatismo perineal que requiere sutura RR 0,91 IC 95% (0,86-0,96) y en la incidencia de episiotomía RR 0,84 IC 95% (0,74-0,95) en aquellas mujeres que practicaron el masaje perineal prenatal. Se observó reducción significativa en la incidencia de dolor a los 3 meses del parto RR 0,45 IC 95% (0,24-0,87) en aquellas mujeres sin partos vaginales previos. También se observó una reducción significativa en la incidencia de traumatismo de 3º y 4º grado en aquellas mujeres a las que se le había aplicado el masaje perineal durante la segunda etapa del parto RR 0,52 IC 95% (0,29-0,94) y una disminución significativa en las tasas de episiotomía junto con desgarro espontáneo OR 0.44 IC 95% (0.23–0.83). **Conclusiones:** El masaje perineal prenatal disminuye la incidencia de traumatismo perineal (sobre todo de episiotomía) y dolor a los 3 meses después del parto. El masaje perineal durante la segunda etapa del parto disminuye la incidencia de traumatismo de 3º y 4º grado y las tasas de episiotomía concomitante con desgarro espontáneo. **Palabras clave:** Masaje, embarazo, educación prenatal, episiotomía, dolor, parto obstétrico, segundo período del trabajo de parto.

8.- Revista Enfermería Docente 2018; enero-junio (110): 49-53 ISSN 2386-8678.

Tema: Entrenamiento perineal con dispositivo vaginal inflable durante la gestación y resultados perineales tras el parto. **Introducción:** La segunda fase del parto puede suponer una sobrecarga importante para el periné de la mujer. Las estructuras

susceptibles de lesionarse son: ligamentos músculos (esfínteres y el suelo pélvico), el núcleo fibroso central del periné, los planos de adherencia (fascia de Halban) y la aponeurosis media perineal. El traumatismo perineal en el parto vaginal puede estar asociado con una morbilidad significativa a corto y largo plazo. Para evitar lesiones perineales, existen intervenciones sobre el periné de la mujer que ayudan a una mayor distensión de los tejidos perineales. Estas son: Masaje perineal durante el último trimestre de la gestación. Una revisión Cochrane aconseja que las mujeres reciban información sobre el beneficio probable del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo. La aplicación de compresas calientes. El uso de vaselina líquida en la segunda fase del parto. Dispositivos específicos para el entrenamiento perineal, como son los dilatadores vaginales. Existen intervenciones que parecen ayudar a reducir las lesiones perineales y del suelo pélvico resultantes del expulsivo, tales como el entrenamiento vaginal con balón inflable. **Objetivo:** Conocer la evidencia científica de la eficacia del uso de los dispositivos vaginales inflables durante la gestación para reducir los traumas perineales en el parto. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED, PEDRO, Biblioteca Cochrane, Scielo, ENFISPO, en base, Guías de Práctica Clínica, abarcando los últimos 10 años, en inglés y español. De 26 artículos iniciales, quedaron 11 por su pertinencia y se emplearon 6 para el presente artículo. Resultados: 2 de los artículos (estudios prospectivos observacionales), mostraban relación entre el uso del dispositivo y la disminución de traumatismos perineales mostrando diferencias estadísticamente significativas. Otros 2 (revisiones sistemáticas) también relacionaban el uso del dispositivo y la disminución de las lesiones del periné. El resto (una revisión sistemática y un ensayo prospectivo multicéntrico) concluían que no tenía que ver el uso del balón con los resultados perineales. **Discusión:** No podemos afirmar que el uso del dispositivo reduzca los traumas perineales del parto. Los resultados pudieron ser por factores o actuaciones concomitantes. **Conclusiones:** Son necesarios más estudios para evidenciar que el uso del balón inflable influye en la integridad perineal intraparto. **Palabras clave:** Diafragma pélvico episiotomía, fisioterapia, incontinencia urinaria, lesiones, paridad, parto, perineo, rehabilitación.

9.- Universidad Autónoma de Madrid. 18/05/2018 Autora: Sara Colás Carpallo, Trabajo de Fin de Grado de Enfermería Tema: Masaje perineal prenatal, revisión narrativa. **Introducción:** “El daño al periné es uno de los traumas más frecuentes experimentados por las mujeres en el parto, incluso en el considerado parto normal”. Dentro de estos traumas, los más frecuentes son los desgarros perineales, considerándolos como “cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto de manera espontánea”. La episiotomía, considerada igualmente un tipo de trauma perineal, se define como una “incisión en el periné que se realiza para aumentar el tamaño del introito vaginal en el periodo expulsivo del parto”. Pueden ser de tres tipos según la dirección en la que se realice la incisión **Objetivo:** Analizar las ventajas e inconvenientes del masaje perineal prenatal, así como su eficacia en la prevención de las episiotomías o desgarros perineales. **Metodología:** Se ha llevado a cabo una la revisión narrativa mediante búsquedas bibliográficas en las bases de datos Cinahl, Cuiden, Cochrane, Pubmed, Scopus y Web of Science, además del repositorio de la Universidad de La Rioja (Dialnet). Se ha utilizado lenguaje libre y controlado, cuando existían tesauros específicos, formando las sentencias de búsqueda mediante operadores booleanos, dentro del límite temporal de 2013-2018. **Resultados:** Se obtuvieron 20 artículos, de los cuales 11 están escritos en inglés y 9 en español, a partir de los cuales se desarrollaron 4 unidades de análisis: efectividad del masaje perineal en la prevención del trauma perineal y la episiotomía, masaje perineal y morbilidad postparto, técnica del masaje perineal, educación y aceptación del masaje perineal por parte de la usuaria. **Conclusiones:** Pese a que el masaje perineal prenatal es una técnica ampliamente recomendada por los y las profesionales de Enfermería para la prevención del trauma perineal, no obtiene una unanimidad completa debido a la ausencia de estudios correctamente realizados con un rigor adecuado. Pese a ello, y apoyándonos en la evidencia actual, se puede confirmar que sus beneficios en relación con la prevención de desgarros y episiotomías es notable, además de ser de gran utilidad para el empoderamiento de las gestantes, tomando una mayor conciencia de su cuerpo y del proceso del parto y obteniendo una motivación mayor. **Palabras clave:** Parto,

embarazo, desgarro perineal, episiotomía, trauma perineal, masaje perineal, enfermería.

10.- Trabajo fin de grado en enfermería Curso académico 2016/2017 Autora: Paloma Madrid Prieto. Tema: Masaje perineal y prevención de las lesiones tisulares y funcionales asociadas al parto. **Introducción:** El trauma perineal es el daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea, mediante un desgarro, o causado de manera artificial, mediante una episiotomía. Se trata de una de las principales y más prevalentes complicaciones que tienen lugar durante la segunda fase, o fase expulsiva del parto. Instituciones de alto reconocimiento como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el National Institute for Health (NHS), el Ministerio de Sanidad y Política Social español etc. abogan por una transición hacia el parto de baja intervención, considerando a este como un proceso fisiológico, por lo que los profesionales sanitarios, cada vez en mayor número, centran parte de su atención en métodos que eviten o disminuyan la aparición de traumas perineales, estableciéndose un modelo que se centra no sólo en las necesidades fetales, sino también en las maternas. **Objetivo:** Conocer la efectividad y validez del masaje perineal como método preventivo del desgarro perineal y de la episiotomía, así como de las complicaciones derivadas de la ruptura de la integridad del periné durante el parto. **Material y método:** Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cuiden Plus, CINAHL, Scielo, Cochrane Library, Cochrane Plus, Science Direct y The Joanna Briggs Institute en inglés y español, mediante una estrategia en lenguaje libre y controlado (MeSH) que contemplaba las palabras clave: "masaje perineal", "episiotomía", "desgarro perineal", "perineal massage", "episiotomy", "perineal injury" y "perineal tear", combinándolas mediante los operadores booleanos AND y OR. Los límites temporales se situaron entre 2006 y 2017. **Resultados:** Se seleccionaron 15 documentos, estableciéndose 4 unidades de análisis: efectividad del masaje perineal intraparto en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal, efectividad del masaje perineal durante la gestación en la prevención de la episiotomía y el desgarro perineal, relación entre la práctica del masaje perineal y la presencia de dolor y de alteraciones perineales en el postparto y grado de

satisfacción materno con respecto al masaje perineal. **Conclusiones:** Bajo un alto grado de satisfacción materno, se vislumbra el masaje perineal como un método inocuo, que tanto en su modalidad intraparto, como en su modalidad intragestación, disminuye entre las nulíparas la incidencia de episiotomías y de traumatismos que requieren sutura respectivamente. Los resultados del efecto del masaje perineal sobre las complicaciones perineales entre las múltiparas (concretamente refiriéndonos al dolor perineal) se muestran difusos. Se plantea la necesidad de estudios más concluyentes y de la inclusión de la técnica en programas de educación maternal. **Palabras clave:** Masaje perineal, episiotomía, desgarro perineal, trauma perineal, embarazo, parto.

2.2 DESGARROS PERINEALES

2.2.1 Definición

Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. Es considerado como un problema de salud, debido a que más del 91% de pacientes con este trauma llegan a la consulta presentando síntomas al menos por ocho semanas post parto.

Se menciona al trauma obstétrico como la causa principal de las laceraciones a altura de la musculatura perineal lo que conlleva a consecuencias variables sobre la continencia fecal. La salida del feto a través del canal del parto produce lesiones que tan solo podrían afectar a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia. (Córdova, 2017)

2.2.2. Clasificación de desgarros perineales por Sultán

Grado I: Solo daño en piel

Grado II: Daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal.

Grado III: Daño a músculos perineales, involucrando al esfínter anal;

3 a. lesión con afectación menor al 50% del esfínter anal.

3 b. lesión con afectación mayor al 50% del esfínter anal.

3 c. Desgarro con afectación del esfínter anal interno.

Grado IV: Daño al perineo involucrado el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal. (GPC IMSS-608-13, 2013)

2.2.3 Factores de riesgo de desgarro perineal

Se han documentado diversos factores de riesgo asociados:

- Peso fetal mayor a 4 kg
- Variedad de posición occipital posterior persistente
- Nuliparidad
- Inducción del parto
- Periodo expulsivo prolongado
- Episiotomía
- Edad materna avanzada
- Distocia de hombros.

El Colegio Americano de Ginecoobstetricia ha establecido que el desgarro perineal es multifactorial. (Arvizu, et. al. 2019)

2.2.4 Epidemiología

Gran parte de los partos vaginales presentarán desgarros de diversos niveles de gravedad en labios, vagina, perineo, clítoris y zona peri-uretral. La incidencia de algún tipo de traumatismo perineal es del 85% y la incidencia de traumatismo que afecta el esfínter anal es del 0,5% al 7,0% y generalmente entre el 0,5% y el 2,5% en los partos vaginales espontáneos. Estas tasas de traumatismo perineal son difíciles de cuantificar ya que variarán considerablemente según las prácticas individuales y los protocolos de las distintas instituciones a nivel mundial, además a menudo se subestima el grado de traumatismo perineal en las diversas publicaciones. (Brenes, et. al., 2017)

En el Reino Unido aproximadamente el 85% de las mujeres presentó trauma perineal durante el parto y alrededor de 350.000 mujeres por año requirieron sutura para lesión perineal después del parto vaginal espontáneo. La incidencia de OASIS (Obstetric Anal Sphincter Injuries) en el Reino Unido es 2,9% (0-8%), con una incidencia de 6.1% en primíparas comparado con 1,7% en multíparas. La tasa reportada de OASIS en pacientes en partos únicos, de término, cefálicos en primíparas en Inglaterra se ha triplicado de 1,8% en el año 2000 al 5,9% en el año 2012. A nivel mundial la incidencia de OASIS es 3% en primíparas y 0,8% en multíparas, sin embargo, se estima que podría ser tan alta como 11%. (Narváez, et. al. 2018)

En México se estima que los desgarros de tercer y cuarto grado ocurren en el 0.8% de todos los partos vaginales. (Sánchez, et. al., 2018)

2.2.5 Tratamiento de los desgarros perineales

En la práctica clínica, estos desgarros a menudo se suturan. Sin embargo, los desgarros pequeños también pueden cicatrizar bien sin interferencia quirúrgica. Si hay dolor, éste puede ocasionar cierta reducción en la movilidad y malestar durante

la micción o el paso de las heces y puede repercutir negativamente sobre la capacidad de la mujer para amamantar y atender a su recién nacido. (Elharmeel et. al. 2013)

La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia. El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada. Cuando se detecta una lesión perineal, hay que llevar a cabo la sutura en quirófano, hecho que permitirá hacerla en condiciones asépticas, con los instrumentos adecuados, iluminación correcta y, en ocasiones, con un ayudante entrenado. La anestesia regional o general permitirá la relajación del complejo esfínteriano anal, maniobra que es esencial para poder recuperar los extremos desgarrados retraídos del esfínter anal y poder aproximarlos sin tensión. (Folch et. al. 2018)

Para la sutura del EAE (esfínter anal externo) se puede utilizar una técnica de superposición o bien una técnica de aproximación directa. Para la sutura del EAI (esfínter anal interno) se aconseja realizarla por separado del EAE mediante una técnica de puntos entrecortados o sueltos. No hay revisiones sistemáticas para evaluar el mejor material de sutura para el EAE o el EAI. A pesar de ello, se conoce que los hilos de monofilamento tipo PDS 3-0 y Vicryl 2-0 ocasionan menos molestias locales a las pacientes. El único estudio aleatorizado que compara PDS y Vicryl no demostró que hubiera diferencias significativas en la morbilidad respecto a incontinencia fecal, dolor perineal o migración de sutura en 12 meses de seguimiento. Desde un punto de vista técnico, se recomienda enterrar los nudos quirúrgicos debajo de los músculos perineales superficiales para evitar la migración de los nudos hacia la piel. (Folch et. al. 2018)

2.2.6 Complicaciones

Muchas mujeres se quejan de una o más complicaciones a largo plazo de laceraciones perineales severas, incluyendo dispareunia, dolor crónico en el perineo, incontinencia y riesgo creciente de rasgar perineal en partos subsiguientes.

La dispareunia es una complicación sabida del daño perineal y de la reparación quirúrgica. Por lo tanto, la cópula sexual se comienza mejor después de seis semanas que siguen al parto, aunque el intervalo exacto dependerá del tipo y de la severidad del desgarro, así como el curso de la reparación perineal.

El dolor crónico en el perineo puede resultar de marcar con una cicatriz con la compresión de pequeños nervios. La incontinencia de la orina y de las heces puede resultar del debilitamiento del suelo pélvico y del esfínter anal respectivamente. (Thomas, 2017)

2.2.7 Intervenciones preventivas de desgarros perineales

Las recomendaciones para la prevención primaria de los desgarros perineales son:

Antes del parto

Masaje perineal durante el último trimestre de la gestación. Una revisión Cochrane aconseja que las mujeres reciban información sobre el beneficio probable del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo.

Dispositivos específicos para el entrenamiento perineal, como son los dilatadores vaginales. (Vallejo et. al. 2018)

Incentivar el ejercicio físico moderado tres veces por semana en el embarazo

Durante el parto

Episiotomía restrictiva medio-lateral, con un ángulo suficiente (entre 45-60° de la línea media), que permita el alejamiento del esfínter anal. Es frecuente realizar la episiotomía con un ángulo inferior debido a la distensión del periné.

Para asegurar que se realiza la episiotomía con el ángulo adecuado, se recomienda marcar con rotulador el recorrido de la misma antes de la distorsión perineal producida por la cabeza fetal, o bien realizar la episiotomía con un ángulo de unos 60° con el periné distendido.

Protección adecuada del periné, "hands on", basada en el enlentecimiento de la fase final del periodo expulsivo del parto, y en lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones.

Cuando se realice un parto instrumentado, se recomienda retirar las ramas para la fase final del expulsivo, una vez se ha conseguido el descenso suficiente de la cabeza. (Hospital Sant Joan de Déu, 2014)

La aplicación de compresas calientes en el periné

El uso de vaselina líquida en la segunda fase del parto.

Cambios de posición. (Ferreira & Fernández, 2017)

2.2.8 La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem

El presente estudio se correlaciona con una de las subteorías presentadas por Dorothea Orem para explicar la correlación a continuación se presenta un resumen sobre el contenido de cada una de las subteorías de Orem:

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipo de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud. (Naranjo et. al., 2017)

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción,

no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero pueden darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita. (Naranjo et. al., 2017)

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción. (Naranjo et. al., 2017)
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el

autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado. (Naranjo et. al., 2017)

El estudio se correlaciona directamente con la **subteorías de los sistemas de enfermería** ya que la evidencia científica muestra que hay intervenciones preventivas para disminuir los desgarros perineales estos deben ser realizados durante el último trimestre de embarazo, por ello es indispensable utilizar el sistema de apoyo educativo para mejorar el autoconocimiento anatómico de la mujer, incentivar a realizar ejercicio durante el embarazo, enseñar la técnica de masaje perineal dentro de los programas de educación materna y dotar a las mujeres de información sobre el beneficio probable del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo para, así, favorecer la autonomía de estas en la toma de decisiones y empoderar su figura en el proceso de embarazo y parto, con estas acciones la enfermera aumenta la agencia de autocuidado de la gestante y se permite que la mujer sea participe de su propio plan de cuidados

CAPITULO III
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN



3.1 METODOLOGIA

3.1.1 Tipo y diseño de la investigación

Descriptivo: Se intervendrán describiendo, dos variables: La dependiente desgarros perineales, y la independiente que es personal de enfermería en Intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos

Se describen 4 dimensiones fundamentales para la investigación:

1. El perfil laboral y formación educativa del personal de enfermería en el área de labor, parto y recuperación.
2. Perfil de la paciente en la atención del parto
3. Factores obstétricos como antecedentes de posibles causas de desgarro perineal.
4. Factores neonatales de causas de desgarro perineal
5. Cuidados preventivos de enfermería en el embarazo y trabajo de parto en desgarros perineales

Observacional: Porque mediante estudio de sombra se aplicará una lista de verificación para conocer el cuidado preventivo de desgarros perineales que se proporciona en la Unidad de Partería Alameda.

Transversal: Porque se delimito un periodo de tiempo para realizar el estudio el cual fue dividido en tres etapas, la primera etapa se realizó del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre, segunda etapa del 1 al 15 de octubre y la tercera etapa del 15-al 30 de octubre de 2019.

3.1.2 Ruta de investigación

- Revisión de literatura científica
- Elaboración de objetivos e hipótesis
- Construcción del diseño de la investigación
- Elaboración de instrumento de recolección de datos
- Elección de herramientas estadísticas para el análisis de los datos.

3.1.3 Método

El Método empleado en la investigación fue el hipotético deductivo, ya que se trata del método que parte de una hipótesis o explicación inicial, para luego obtener conclusiones particulares de ella, que luego serán a su vez comprobadas experimentalmente.

3.1.4 Instrumento y técnica de recolección

El instrumento utilizado fue validado obteniendo un alfa de chrombach de 0.96 de confiabilidad, previamente se realizó una prueba piloto en una población diferente para verificar su aplicabilidad. La técnica de recolección de datos fue mediante estudio de sombra para evitar sesgos en la información obtenida.

El instrumento para la recolección de datos consta de 5 dimensiones:

Primera dimensión: La identificación de competencias educativas de nivel licenciatura y/o especialidad en el área quirúrgica.

Segunda dimensión: El perfil de la paciente embarazada con datos de Gineco/obstetricia, incluyendo la somatometría del neonato.

Tercera dimensión: se compone de los factores obstétricos que representan un riesgo para el desgarro perineal.

Cuarta dimensión: se describen los factores de riesgo neonatales principalmente el peso del neonato.

Quinta dimensión: La prevención del cuidado de periné en enfermería de la paciente en trabajo de parto.

En total consta de 34 reactivos de los cuales 15 son específicos para evaluar el cuidado preventivo que realiza el personal de enfermería en la prevención de desgarros perineales.

3.1.5 Universo de estudio

Partos asistidos en la Unidad de Partería Alameda del 1 de julio al 30 de octubre del 2019.

3.1.6 Población de estudio

Personal de enfermería de la Unidad de Partería Alameda que asistió partos durante el periodo de recolección de datos.

3.1.7 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra es por conveniencia ya que fue proporcional al número de partos que se realizan en la unidad de partería no se pudo determinar un número fijo porque el número de partos es variable, en la primera etapa la muestra fue de 50 partos observados y en la segunda etapa fue el mismo tamaño de la muestra.

3.1.8 Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Partos realizados en la unidad de partería alameda en los que se permitió la entrada de la investigadora, durante el periodo de recolección de datos.

Criterios de Exclusión:

- Partos que no pudieron ser observados por que no se permitió la entrada a la investigadora.
- Partos que no pudieron ser observados porque fueron simultáneos con otros partos que estaban siendo observados.

Criterios de eliminación:

- Partos que se realizaron fuera del periodo de recolección de datos.

3.1.9 Criterios éticos

Los aspectos éticos de la presente investigación se tomaron del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud bajo los siguientes artículos:

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. (Reglamento de la ley general de salud)

3.1.10 Variables de estudio

Variable Dependiente:

Desgarros perianales

Variable Independiente:

- Factores de riesgo obstétricos
- Factores de riesgo asociados con el neonato
- Cuidado preventivo de desgarros perineales

3.1.11 Plan de análisis de resultados

1. Una vez terminada la recolección de datos se realizó la revisión de cada uno de los instrumentos y se foliaron a fin de evitar duplicidades.
1. Se elaboró una base de datos en el programa SPSS versión 25, en el cual se ingresó la información.
2. A partir de la base de datos se realizaron tablas, figuras y pruebas estadísticas para la presentación de los resultados de la investigación.

CAPITULO IV
RESULTADOS



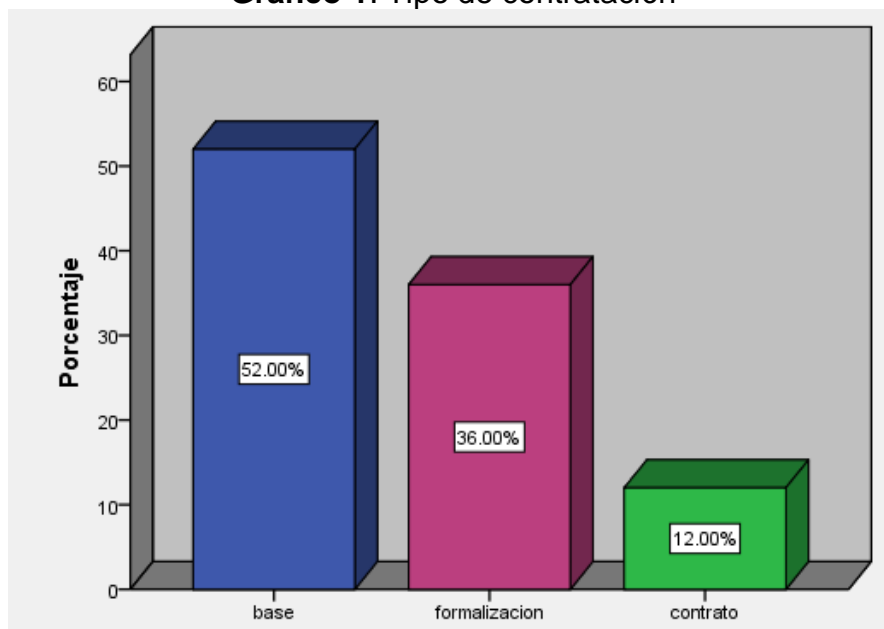
4. RESULTADOS

4.1 Perfil socio laboral del personal de salud que atendió los partos en la unidad de partería Alameda durante el periodo de estudio.

Tabla 1. Tipo de contratación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido base	26	52.0	52.0	52.0
formalización	18	36.0	36.0	88.0
contrato	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Grafico 1. Tipo de contratación



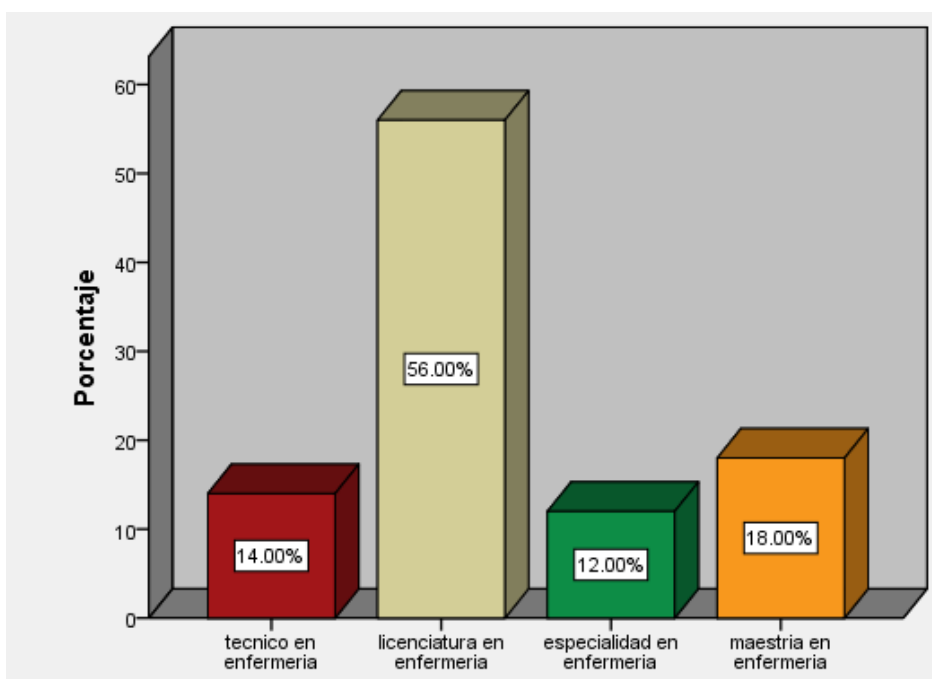
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En el grafico 1 se observa en relación a la contratación que el mayor porcentaje del personal estudiado tiene contratación en el rubro de base y en menor porcentaje contrato.

Tabla 2. Perfil educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	técnico en enfermería	7	14.0	14.0	14.0
	licenciatura en enfermería	28	56.0	56.0	70.0
	especialidad en enfermería	6	12.0	12.0	82.0
	maestría en enfermería	9	18.0	18.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 2. Perfil educativo



FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

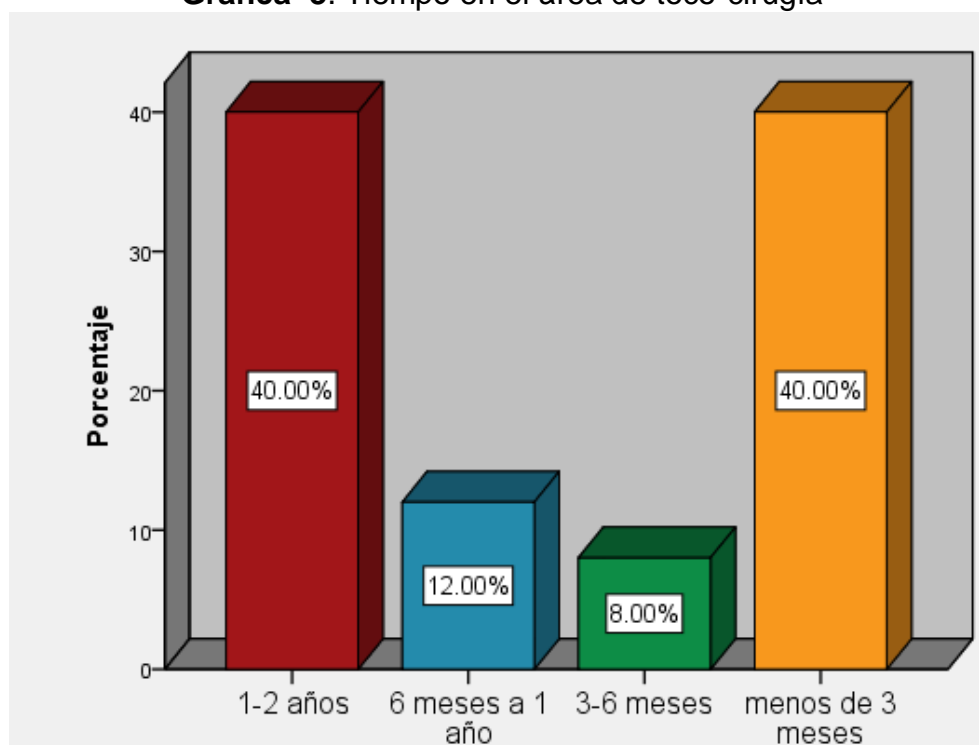
En el grafico 2 se observa el perfil educativo del personal de enfermería estudiado, el grupo que predomina fue la licenciatura en enfermería con un 56% y el menor

porcentaje con un 12% fue la especialidad en enfermería, cabe destacar que son especialistas en perinatología.

Tabla 3. Tiempo en el área de toco-cirugía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1-2 años	20	40.0	40.0	40.0
	6 meses a 1 año	6	12.0	12.0	52.0
	3-6 meses	4	8.0	8.0	60.0
	menos de 3 meses	20	40.0	40.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 3. Tiempo en el área de toco-cirugía



FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

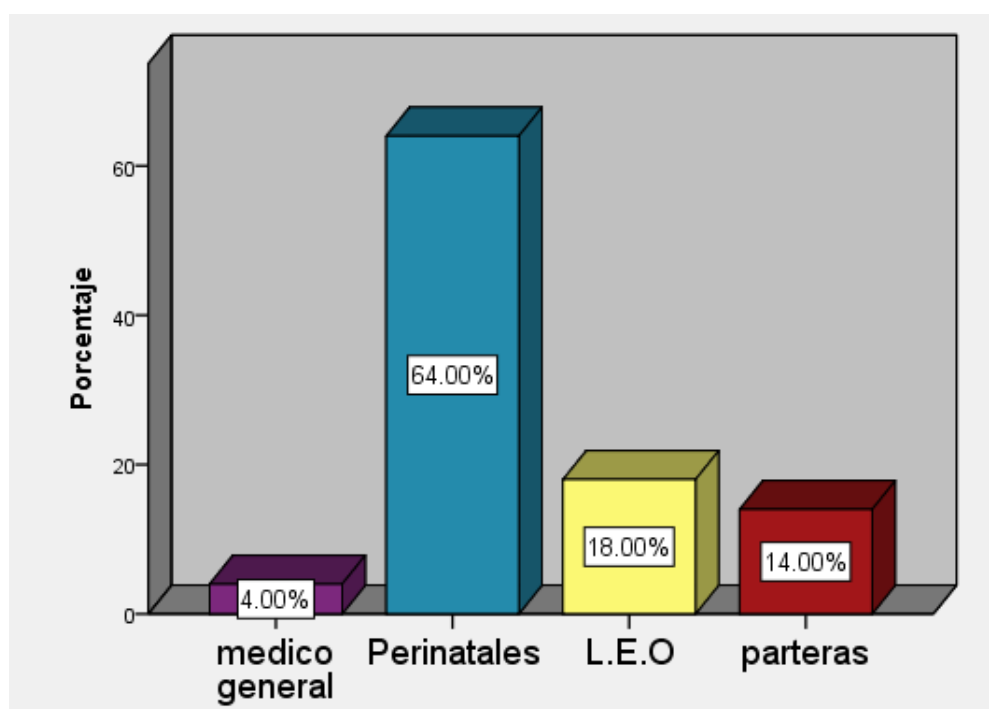
En el gráfico 3 se presenta el tiempo que tiene laborando el personal estudiado en el área de toco-cirugía el grupo que predominó con un 40% fue el personal con

antigüedad de 1-2 años y con el mismo porcentaje el personal con menos de 3 meses, el menor porcentaje con un 8% lo obtuvo el personal que tiene de 3-6 meses en toco-cirugía.

Tabla 4. Personal de salud que atiende el parto durante el periodo de estudio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido médico general	2	4.0	4.0	4.0
Perinatales	32	64.0	64.0	68.0
L.E.O	9	18.0	18.0	86.0
parteras	7	14.0	14.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Grafica 4. Personal de salud que atiende el parto durante el periodo de estudio



FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

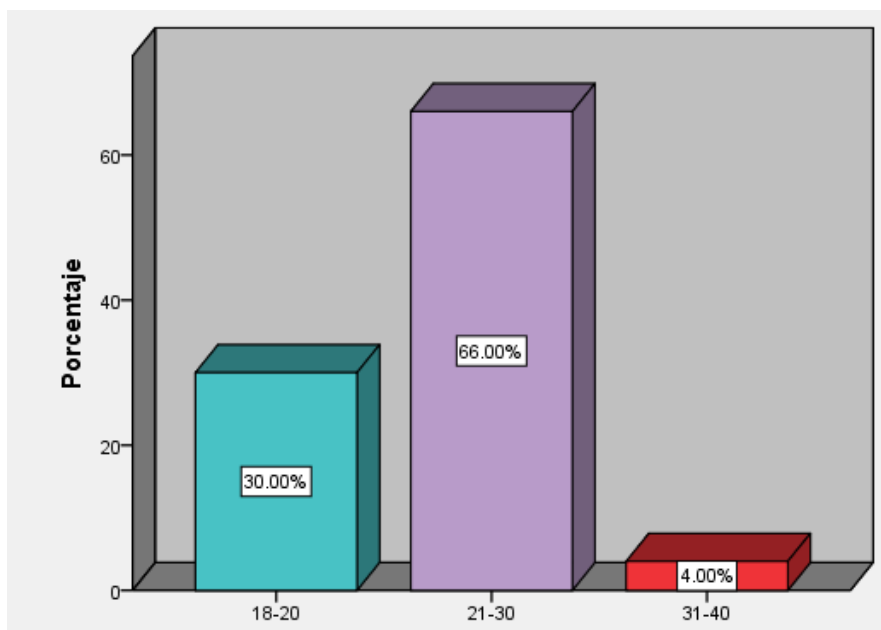
En el grafico 4 se observa que tipo de profesional de salud atendió los partos observados durante el periodo de estudio, el mayor porcentaje con un 64% fueron las enfermeras perinatales, el menor porcentaje con un 4% los médicos generales.

4.2 Perfil demográfico de las mujeres que acudieron para atender su parto en la unidad de partería Alameda de Chilpancingo durante el periodo de estudio.

Tabla 5. Edad de las mujeres parturientas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-20	15	30.0	30.0	30.0
	21-30	33	66.0	66.0	96.0
	31-40	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 5. Edad de las mujeres parturientas.



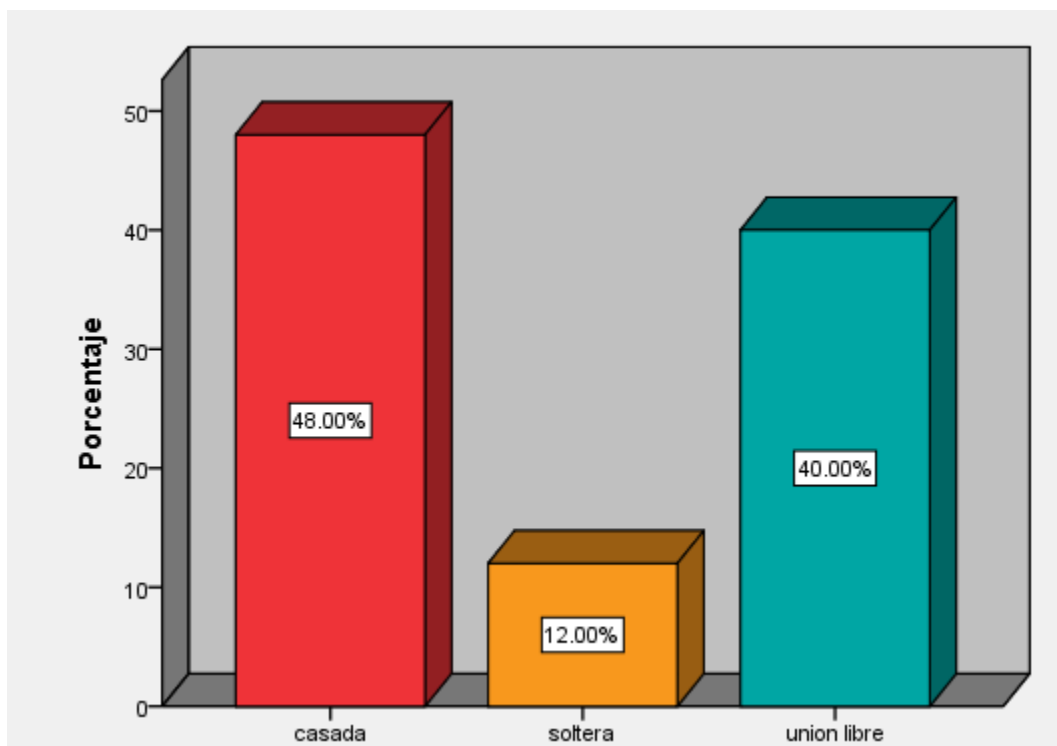
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 5 se observa la edad de las mujeres que tuvieron parto durante el periodo de estudio, el mayor porcentaje con un 66% lo obtuvo el grupo de edad de 21- 30 años el menor porcentaje con un 4% las mujeres con edad de 31-40 años.

Tabla 6. Estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido casada	24	48.0	48.0	48.0
soltera	6	12.0	12.0	60.0
unión libre	20	40.0	40.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 6. Estado civil.



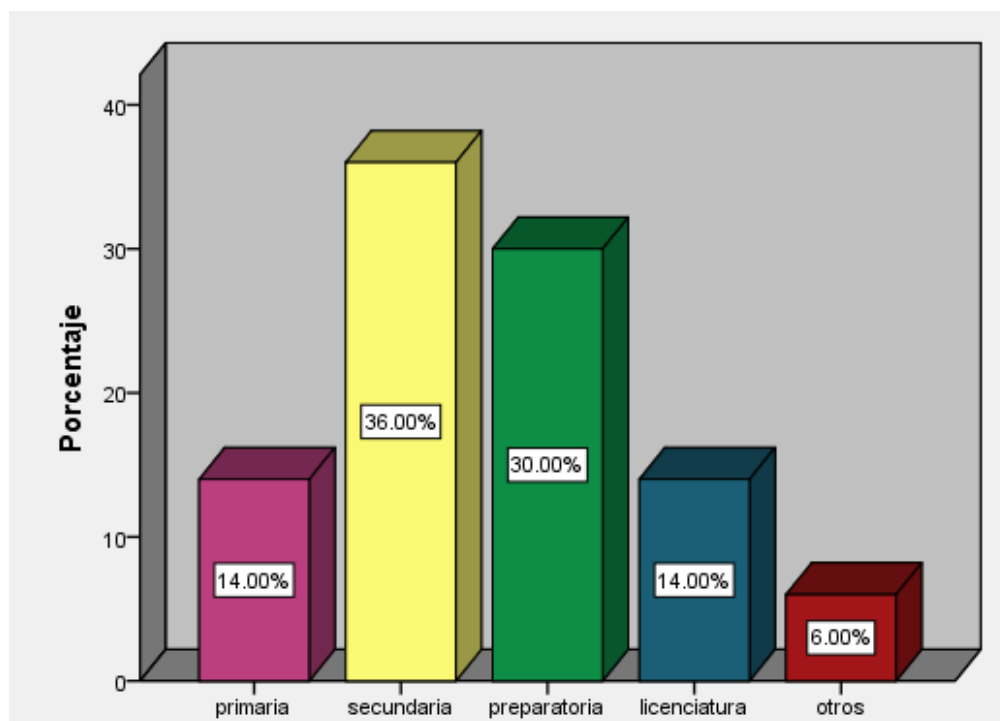
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 6 se observa el estado civil de las mujeres estudiadas, claramente se observa que el mayor porcentaje con un 48% fueron las casadas, con una diferencia de solo 8% también predominan las mujeres en unión libre con un 40% y el menor porcentaje lo obtuvieron las solteras con un 12%.

Tabla 7. Grado de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria	7	14.0	14.0	14.0
	secundaria	18	36.0	36.0	50.0
	preparatoria	15	30.0	30.0	80.0
	licenciatura	7	14.0	14.0	94.0
	otros	3	6.0	6.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 7. Grado de instrucción



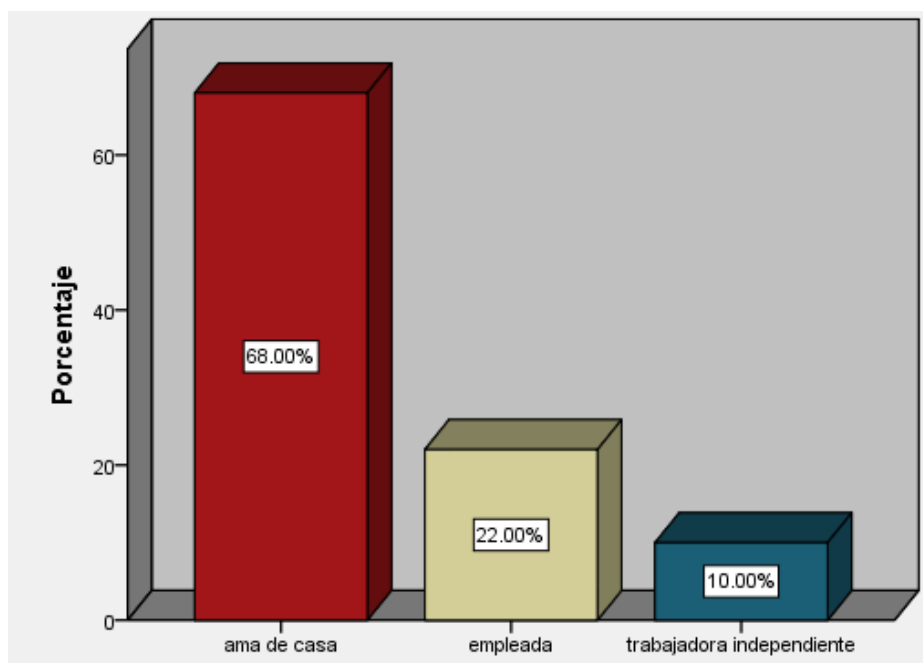
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 7 se observa el grado de instrucción o escolaridad de las mujeres estudiadas el mayor porcentaje con el 36% lo obtuvo el grupo de secundaria y el menor porcentaje con 6% otros, que se refiere a algunos cursos de manualidades, costura o belleza que han tomado las mujeres.

Tabla 8. Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ama de casa	34	68.0	68.0	68.0
empleada	11	22.0	22.0	90.0
trabajadora independiente	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 8. Ocupación



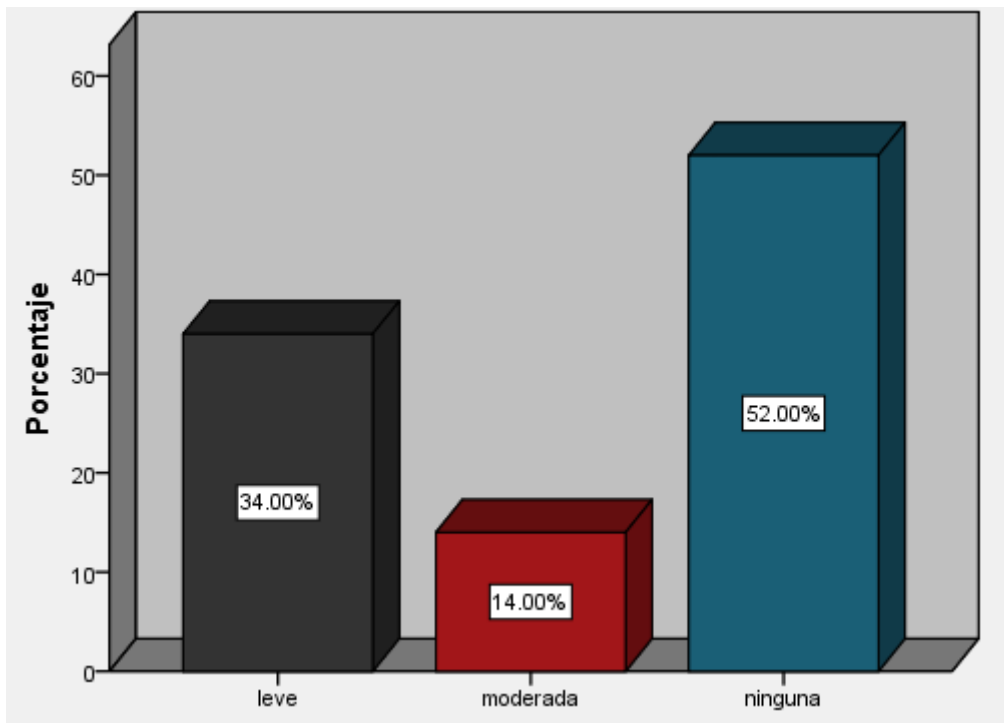
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 8 se presenta la ocupación de las mujeres estudiadas el mayor porcentaje con 68% lo obtuvieron las amas de casa y el menor porcentaje con 10% las trabajadoras independientes o comerciantes.

Tabla 9. Anemia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido leve	17	34.0	34.0	34.0
moderada	7	14.0	14.0	48.0
ninguna	26	52.0	52.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Grafica 9. Anemia



FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

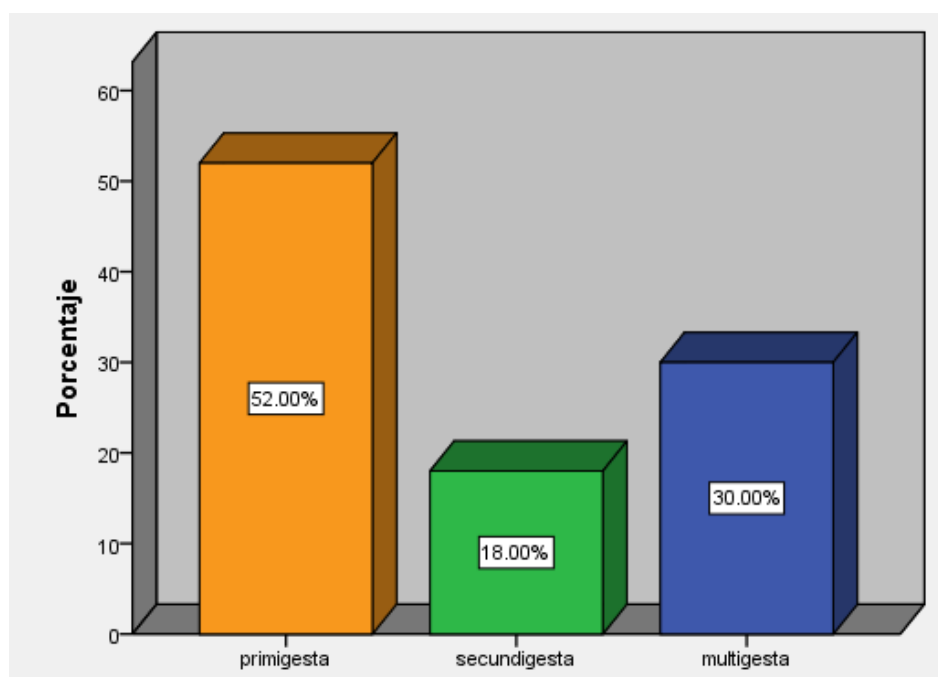
En la gráfica 9 e observa si las mujeres tienen algún grado de anemia, el mayor porcentaje con un 52% lo obtuvo el rubro de ninguna, con un menor porcentaje de 14% la anemia moderada.

4.3 Factores obstétricos de las mujeres que acudieron a la unidad de partería Alameda para atender su parto durante el periodo de estudio.

Tabla 10. Paridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primigesta	26	52.0	52.0	52.0
	secundigesta	9	18.0	18.0	70.0
	multigesta	15	30.0	30.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 10. Paridad



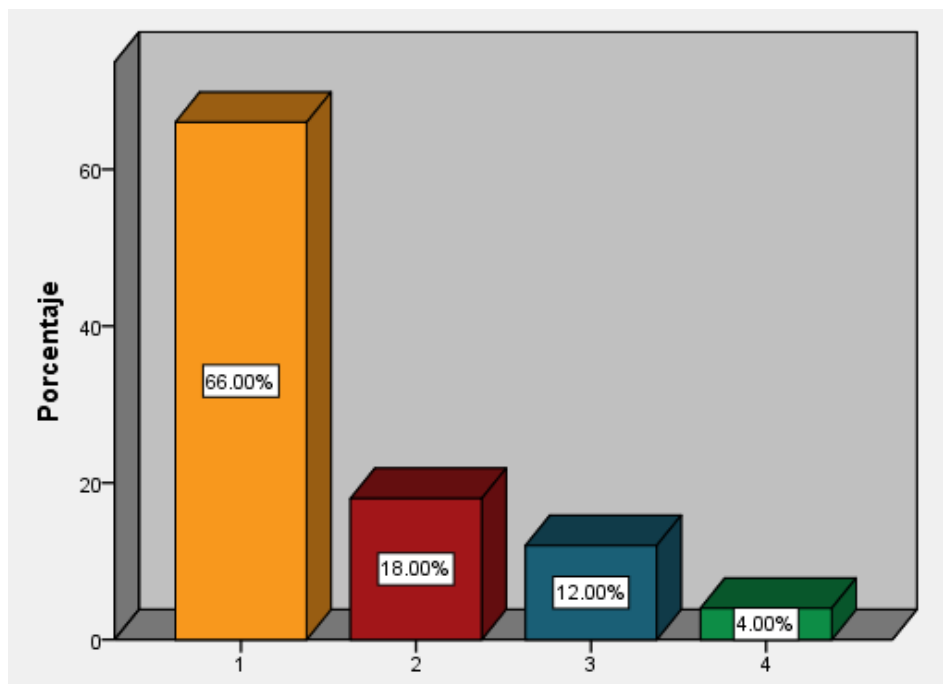
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 10 se presenta la paridad de las mujeres estudiadas el mayor porcentaje lo obtuvieron las primigestas con 52% y el menor porcentaje con 18% las secundigestas.

Tabla 11. Periodo intergenésico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	33	66.0	66.0	66.0
	2	9	18.0	18.0	84.0
	3	6	12.0	12.0	96.0
	4	2	4.0	4.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 11. Periodo intergenésico



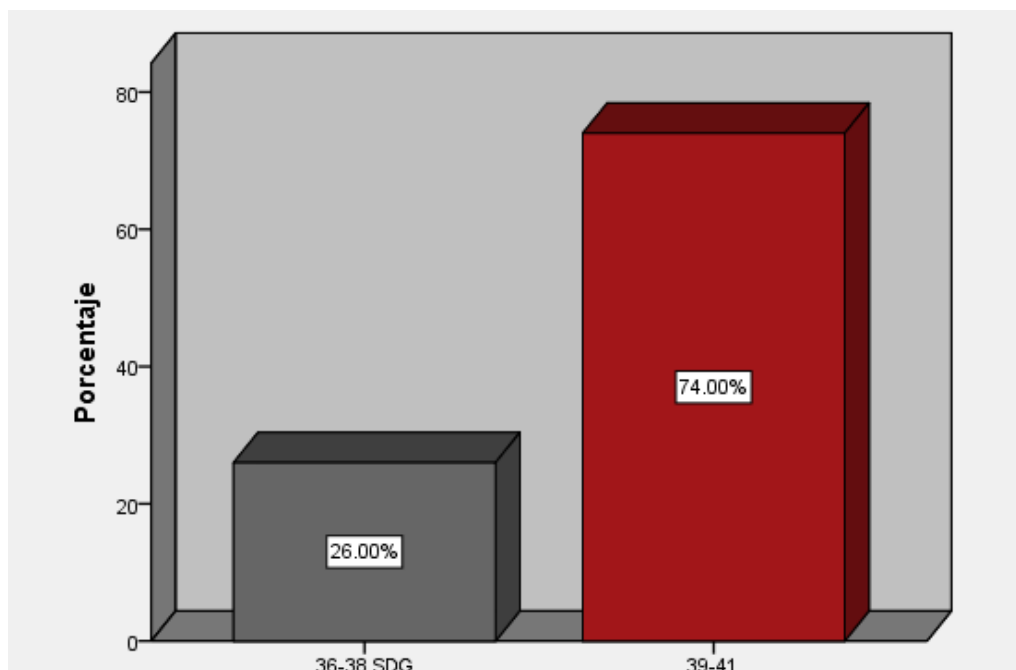
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 11 se puede observar el periodo intergenésico el mayor porcentaje con 66% lo obtuvo el periodo 1 y el menor porcentaje con 4% el periodo 4.

Tabla 12. Edad gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 36-38 SDG	13	26.0	26.0	26.0
39-41	37	74.0	74.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 12. Edad gestacional



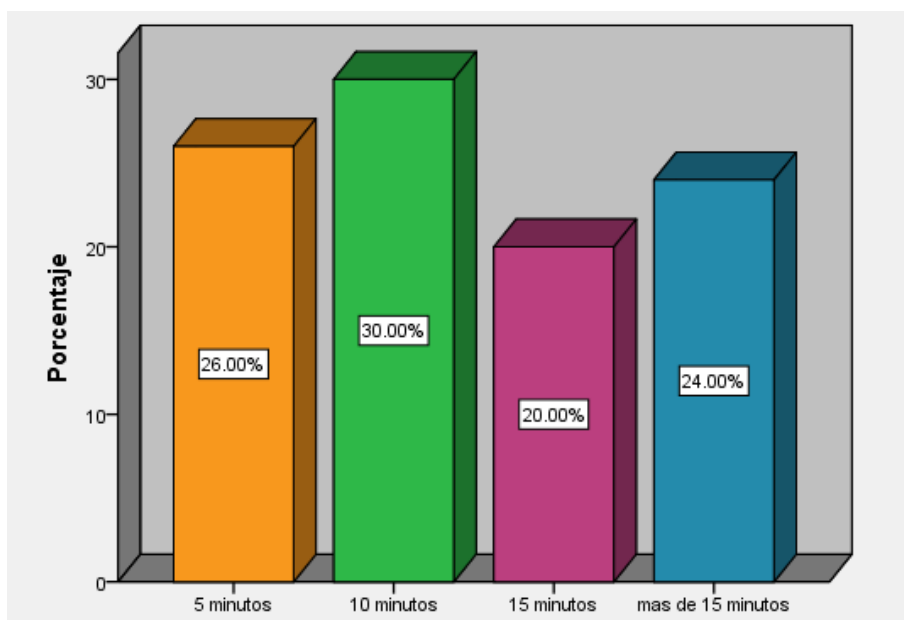
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 12 se observa la edad gestacional de las mujeres en el momento del parto, el mayor porcentaje con 74% lo obtuvo el grupo de 39-41 SDG y el menor porcentaje con 26% el grupo de 36-38 SDG.

Tabla 13. Tiempo de expulsivo en minutos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5 minutos	13	26.0	26.0	26.0
	10 minutos	15	30.0	30.0	56.0
	15 minutos	10	20.0	20.0	76.0
	más de 15 minutos	12	24.0	24.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 13. Tiempo de expulsivo en minutos



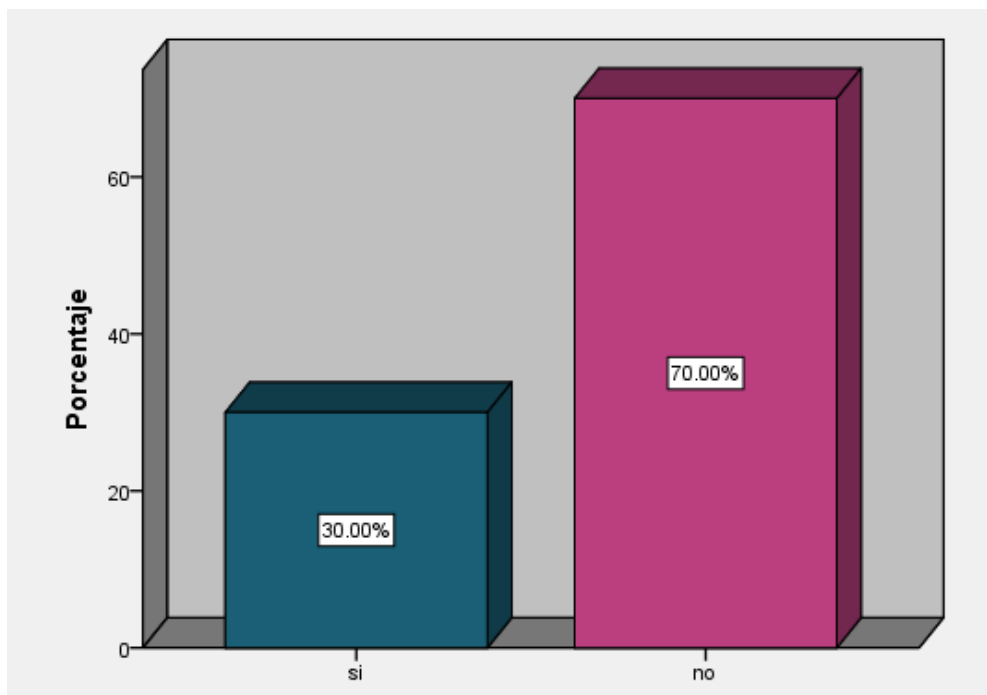
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 13 se observa el tiempo de expulsivo, el mayor porcentaje con 30% lo obtuvo 10 minutos y el menor porcentaje con 20% 15 minutos.

Tabla 14. Capacitación en parto respetado (psicoprofilaxis)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	15	30.0	30.0	30.0
no	35	70.0	70.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 14. Capacitación en parto respetado (psicoprofilaxis)



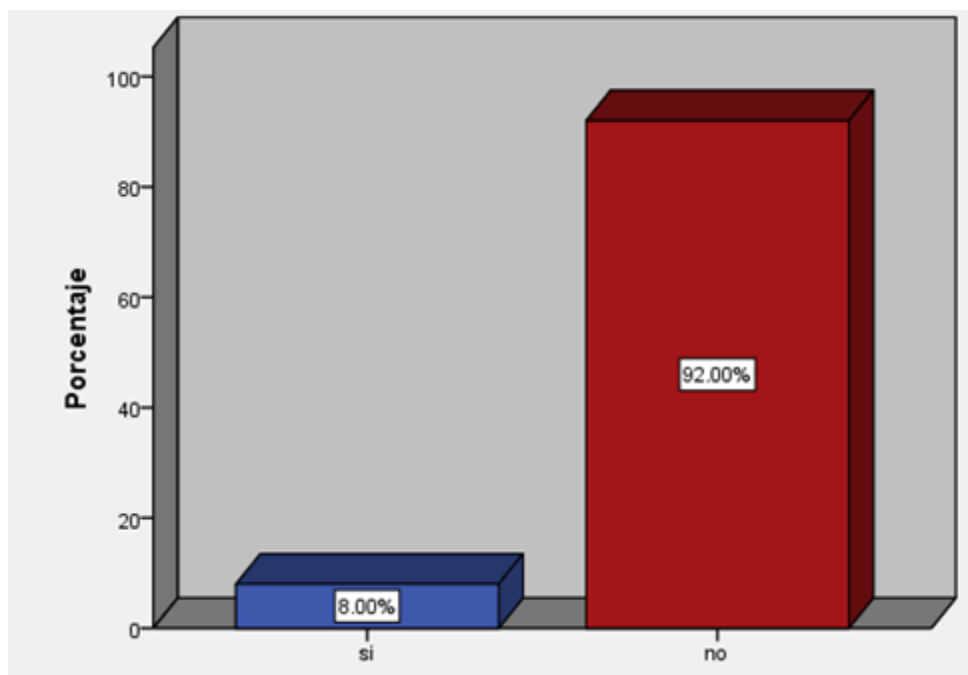
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 14 se presenta si la mujer tuvo psicoprofilaxis previa al parto, cabe destacar que es una de las principales medidas preventivas en la prevención de desgarros perineales pero el 70% de las mujeres no la recibió solo un 30% si.

Tabla 15. Episiotomía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	4	8.0	8.0	8.0
no	46	92.0	92.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 15. Episiotomía



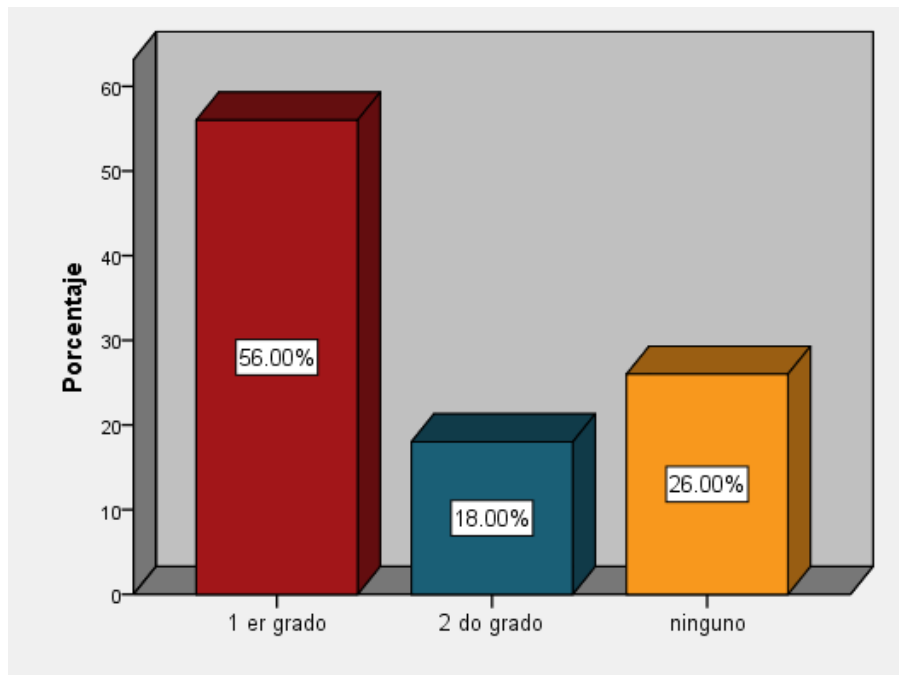
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 15 se presenta si a la mujer se le realizo episiotomía, a el 92% de las mujeres no se les realizo episiotomía solo a un 8% sí.

Tabla 16. Desgarros perineales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 er grado	28	56.0	56.0	56.0
	2 do grado	9	18.0	18.0	74.0
	ninguno	13	26.0	26.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 16. Desgarros perineales



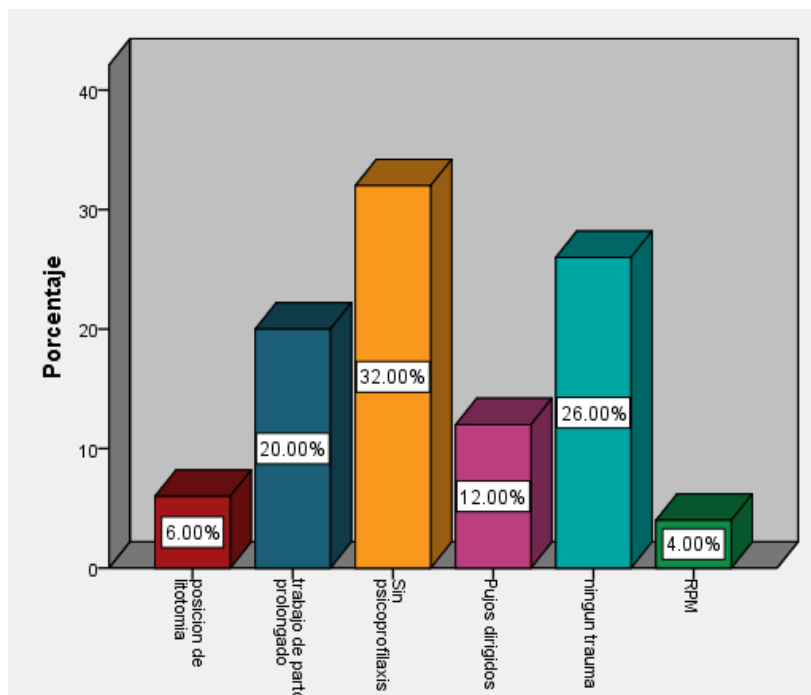
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 16 se observa la frecuencia y grados en los que se presentaron los desgarros perineales en los partos observados, el 56% de las mujeres tuvieron desgarros de primer grado cabe destacar que su resolución fue de manera fisiológica el 18% tuvo desgarros de segundo grado y el 26% de las mujeres no tuvo ningún desgarro.

Tabla 17. Factores que influyen en el trauma perineal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido posición de litotomía	3	6.0	6.0	6.0
trabajo de parto prolongado	10	20.0	20.0	26.0
Sin psicoprofilaxis	16	32.0	32.0	58.0
Pujos dirigidos	6	12.0	12.0	70.0
ningun trauma	13	26.0	26.0	96.0
RPM	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Grafica 17. Factores que influyen en el trauma perineal



FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

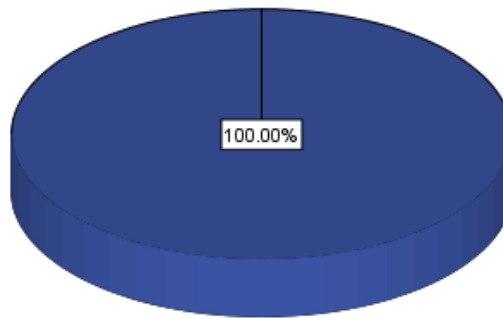
En la gráfica 17 se observan los factores que influyen en el trauma perineal el mayor porcentaje con 32% fue el factor sin psicoprofilaxis, el menor porcentaje con 4% lo obtuvo el factor de rotura prematura de membranas.

Tabla 18. Peso elevado como factor de riesgo de desgarro perineal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	50	100.0	100.0	100.0

Grafica 18. Peso elevado como factor de riesgo de desgarro perineal

■ no



FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 18 se observa si el peso del neonato fue un factor predisponente al desgarro perineal, pero el 100% de los niños no tuvieron peso mayor a 4 kilogramos.

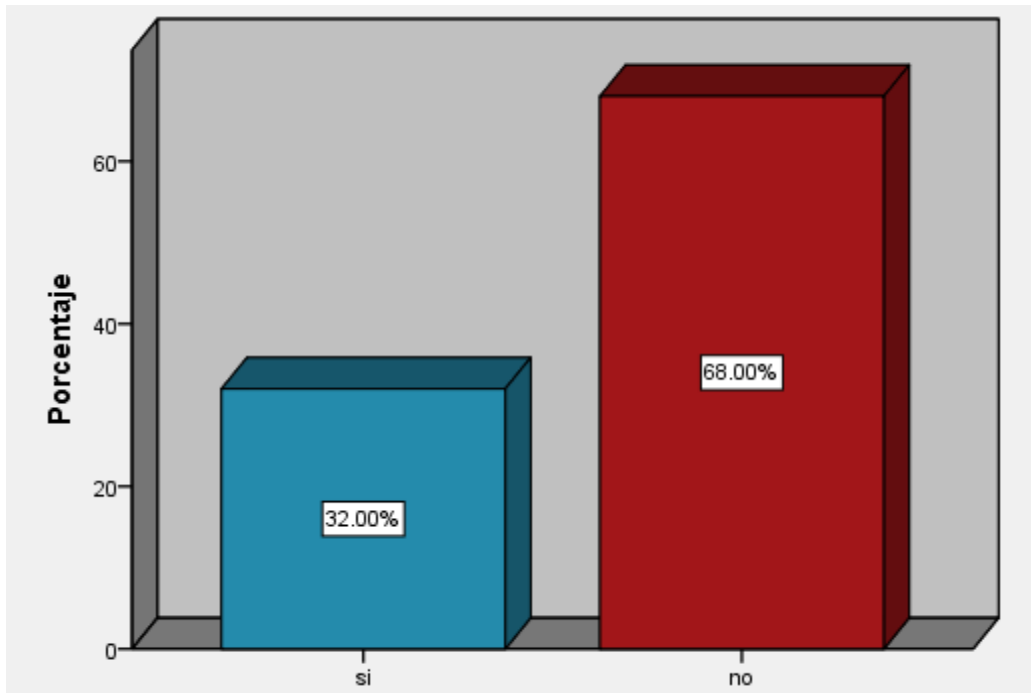
4.4 Cuidado en la prevención de desgarros perineales que realiza el personal de salud en la unidad de partería Alameda.

Tabla 19. Se incentivó en el ejercicio físico moderado, tres veces por semana, durante el embarazo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	si	16	32.0	32.0	32.0
	no	34	68.0	68.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 19. Se incentivó en el ejercicio físico moderado, tres veces por semana, durante el embarazo.



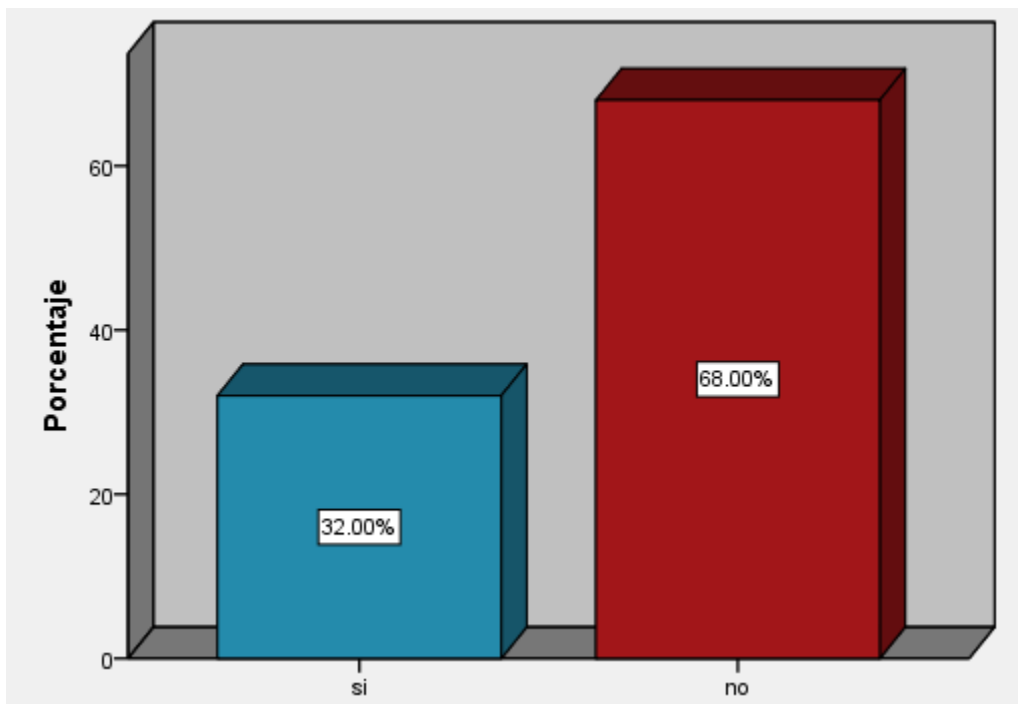
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 19 se presenta si se incentivó al ejercicio a la embarazada el 68% de las estudiadas no recibió esta incentivación solo el 32% sí.

Tabla 20. Se promovió en la mujer embarazada, para la realización del masaje perineal, desde la 30 SDG.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	16	32.0	32.0	32.0
	no	34	68.0	68.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 20. Se promovió en la mujer embarazada, para la realización del masaje perineal, desde la 30 SDG.



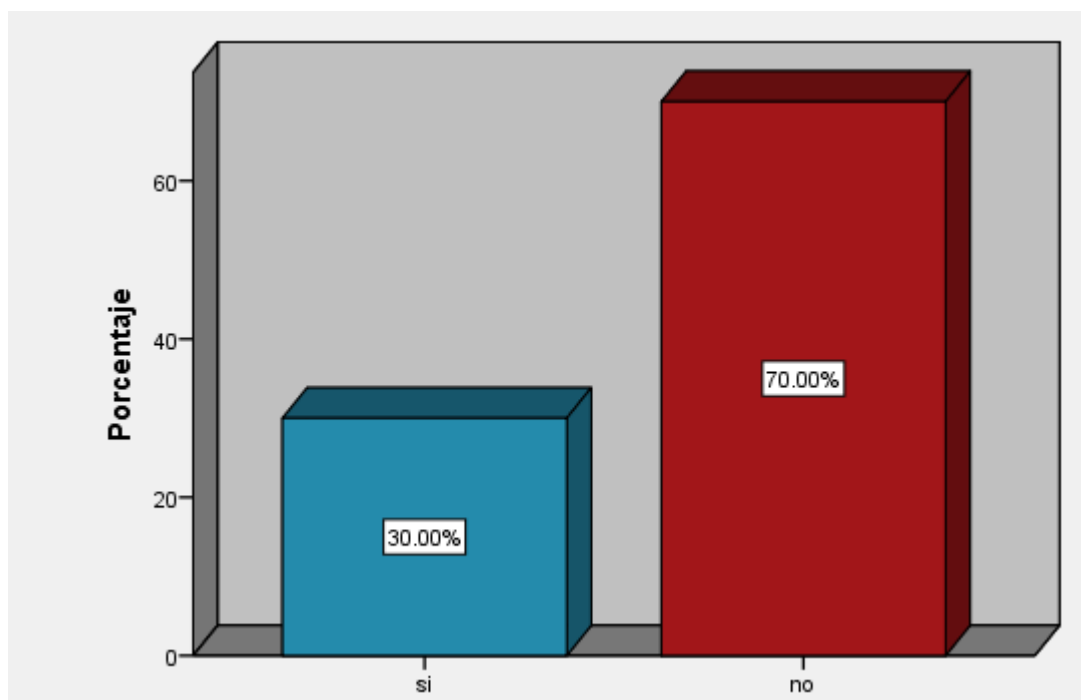
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 20 se presenta si se promovió en la mujer embarazada la realización del masaje perineal, desde la semana 30 de gestación, en el 68% de las embarazadas no se realizó la promoción y en el 32% sí.

Tabla 21. Se promovió el uso del gel lubricante, compuesto por ingredientes con propiedades relajantes, permite la elasticidad y de la extensibilidad de la piel y de los músculos del perineo de las mujeres embarazadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	15	30.0	30.0	30.0
	no	35	70.0	70.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 21. Se promovió el uso del gel lubricante, compuesto por ingredientes con propiedades relajantes, permite la elasticidad y de la extensibilidad de la piel y de los músculos del perineo de las mujeres embarazadas.



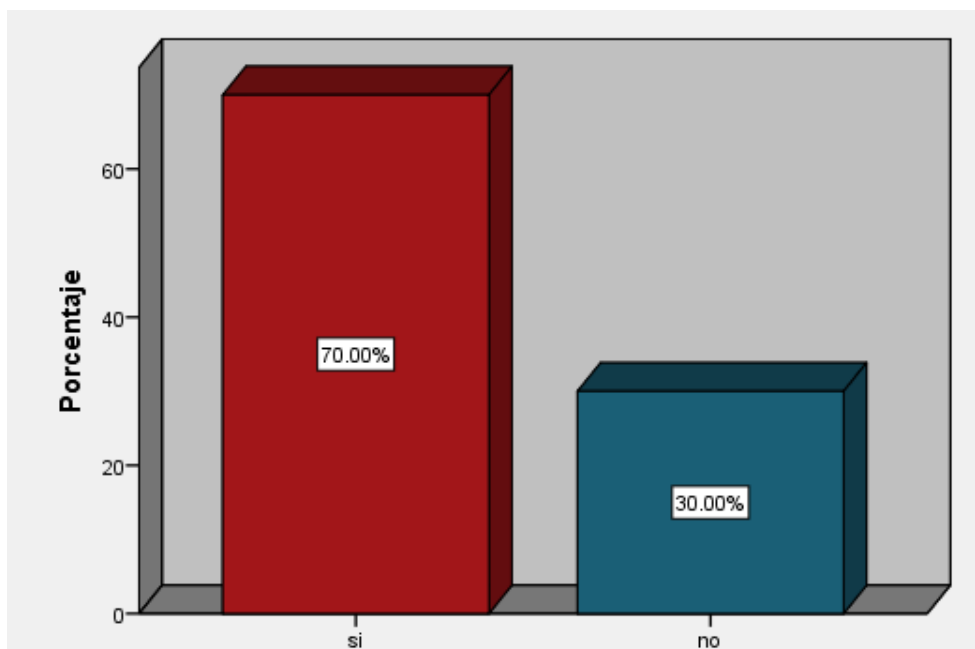
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 21 se presenta si se promovió el uso del gel lubricante en el 70% de las mujeres no se promovió solo en el 30% sí.

Tabla 22. Participo en promover la restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto, permitiendo la adaptación lenta y gradual de los tejidos a la presentación fetal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	35	70.0	70.0	70.0
	no	15	30.0	30.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 22. Participo en promover la restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto, permitiendo la adaptación lenta y gradual de los tejidos a la presentación fetal.



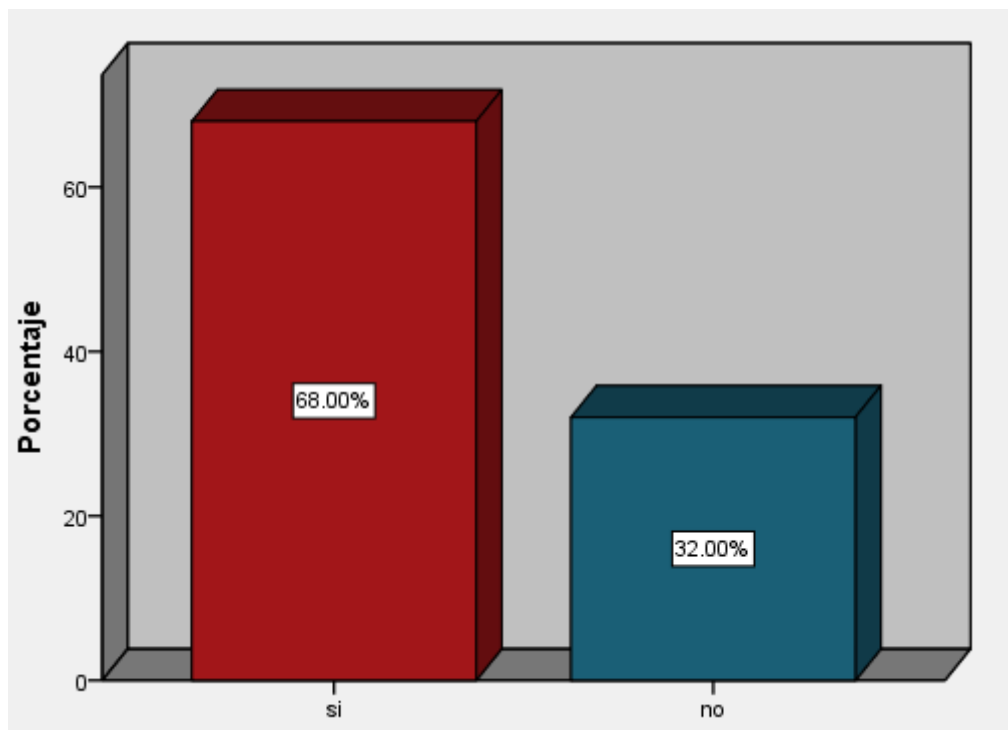
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 22 se presenta si se promovió la restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto en el 70% de las mujeres atendidas si, solo en el 30% no.

Tabla 23. Llevo a cabo masaje suave en el periné, alentando el tirón espontaneo y el cambio de posición de la mujer en trabajo de parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	34	68.0	68.0	68.0
no	16	32.0	32.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Grafica 23. Llevo a cabo masaje suave en el periné, alentando el tirón espontaneo y el cambio de posición de la mujer en trabajo de parto.



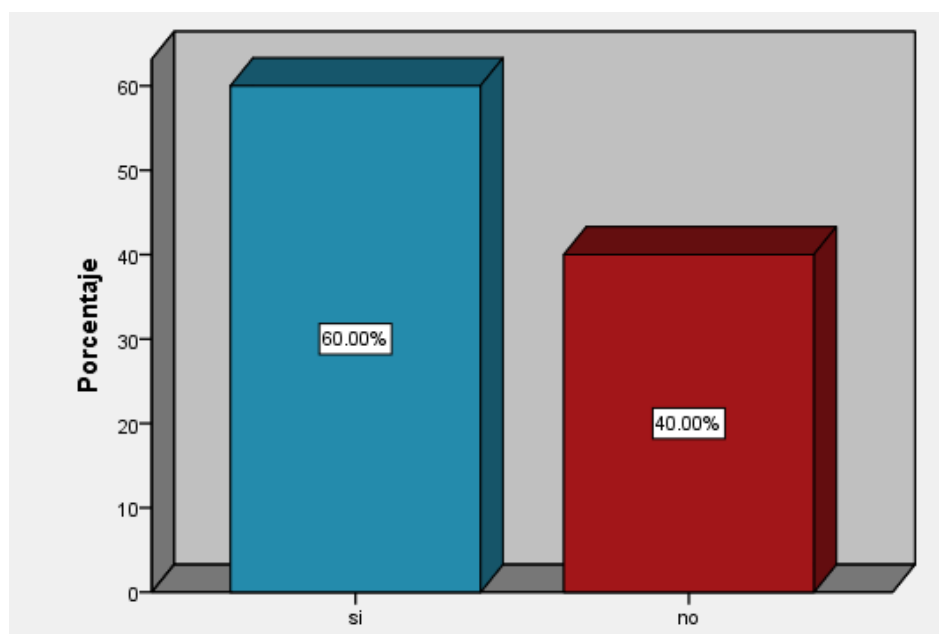
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 23 se presenta si se llevó a cabo masaje suave en el periné, alentando el tirón espontaneo y el cambio de posición de la mujer en trabajo de parto, en el 68% de las mujeres si se realizó en el 32% no.

Tabla 24. Procede a la aplicación de compresas calientes tolerables, en el perineo de la de la mujer en trabajo de parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	30	60.0	60.0	60.0
no	20	40.0	40.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

Grafica 24. Procede a la aplicación de compresas calientes tolerables, en el perineo de la de la mujer en trabajo de parto.



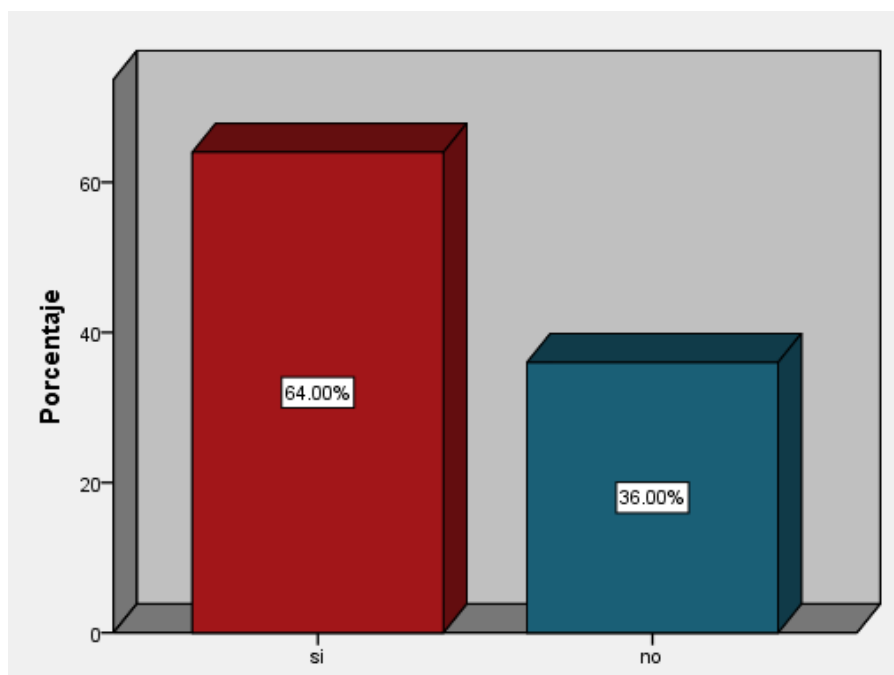
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 24 se presenta si el personal realiza la aplicación de compresas calientes tolerables, en el perineo de la de la mujer en trabajo de parto para la prevención del desgarro perineal, en el 60% de las mujeres si se realizó esta medida en el 40% no.

Tabla 25. Proporcionar el apoyo perineal simple cuando se aplica la maniobra Ritgen.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	32	64.0	64.0	64.0
	no	18	36.0	36.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 25. Proporcionar el apoyo perineal simple cuando se aplica la maniobra Ritgen.



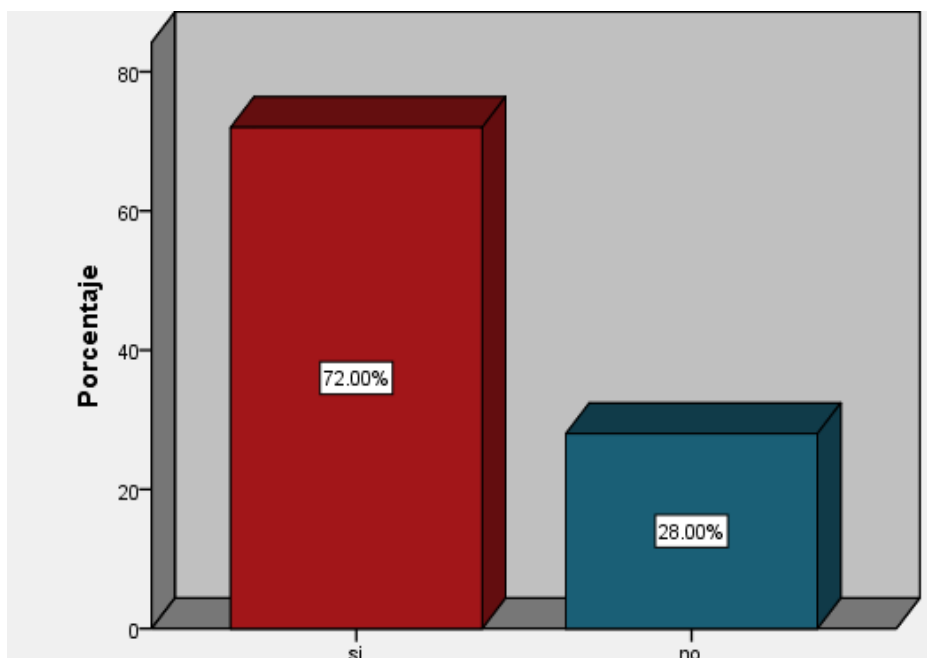
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 25 se presenta si el personal realizo apoyo perineal simple cuando se aplicó la maniobra Ritgen, el 64% del personal si lo realizo el 36% no.

Tabla 26. Valora si la episiotomía es la causa principal de desgarros perineales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	36	72.0	72.0	72.0
	no	14	28.0	28.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 26. Valora si la episiotomía es la causa principal de desgarros perineales



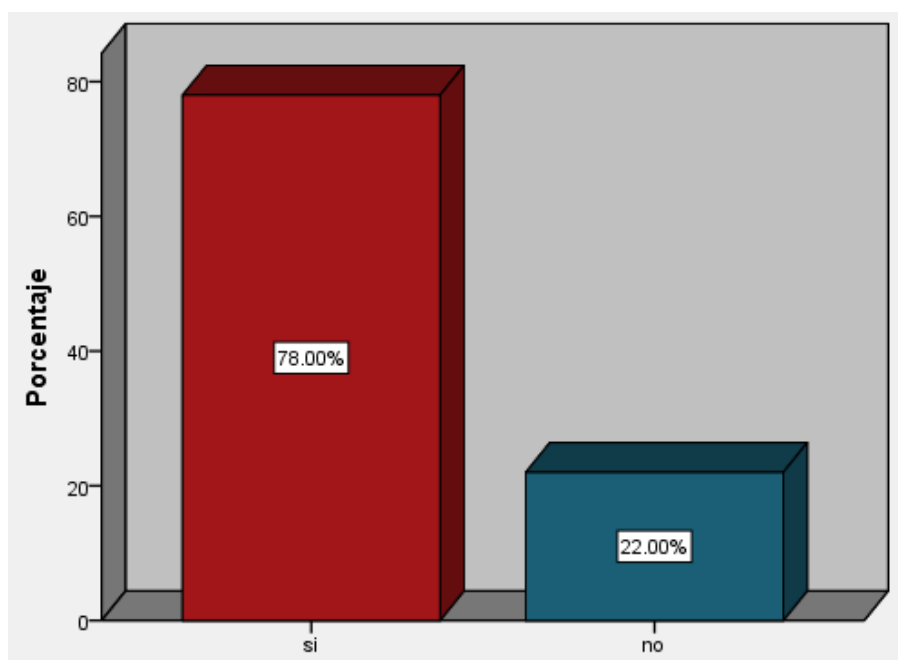
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 26 se presenta si el personal valoro si la episiotomía era la causa del desgarro perineal, el 72% del personal si realizo la valoración el 28% no.

Tabla 27. En el trabajo de parto, capacita a la paciente cuando y como debe pujar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	39	78.0	78.0	78.0
	no	11	22.0	22.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Gráfica 27. En el trabajo de parto, capacita a la paciente cuando y como debe pujar.



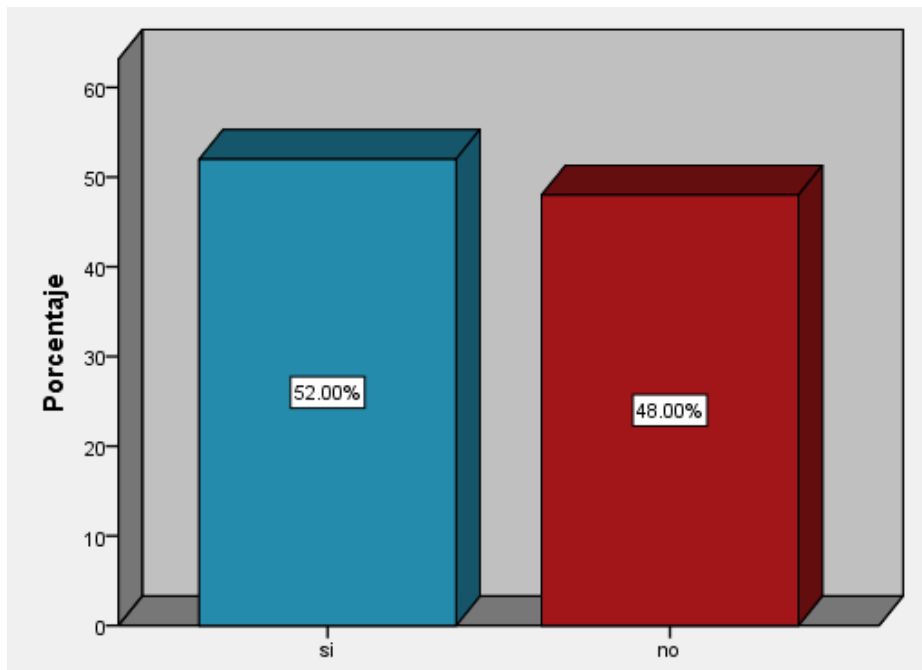
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 27 se observa si el personal durante el trabajo de parto, capacita a la paciente cuando y como debe pujar, el 78% del personal si realizo esta acción solo el 22% no lo realizo.

Tabla 28. Coloca compresas tibias en el perine para evitar la episiotomía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	26	52.0	52.0	52.0
	no	24	48.0	48.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 28. Coloca compresas tibias en el periné para evitar la episiotomía.



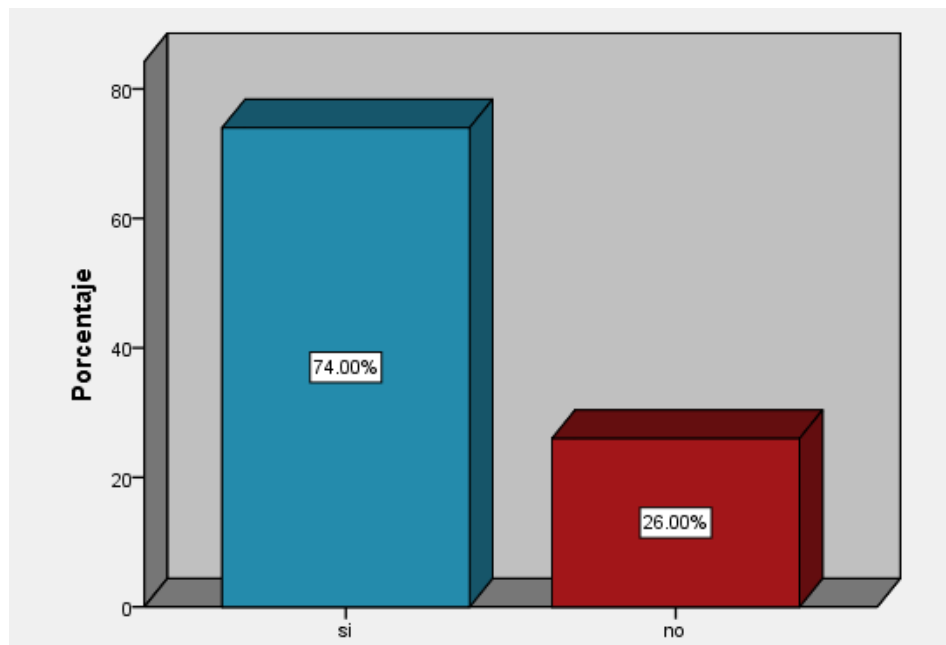
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 28 se observa si el personal coloca compresas tibias en el periné para evitar la episiotomía, el 52% si lo realiza pero el 48% no.

Tabla 29. Protege el equipo cuando se indica episiotomía; como ropa e instrumental.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	37	74.0	74.0	74.0
	no	13	26.0	26.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 29. Protege el equipo cuando se indica episiotomía; como ropa e instrumental.



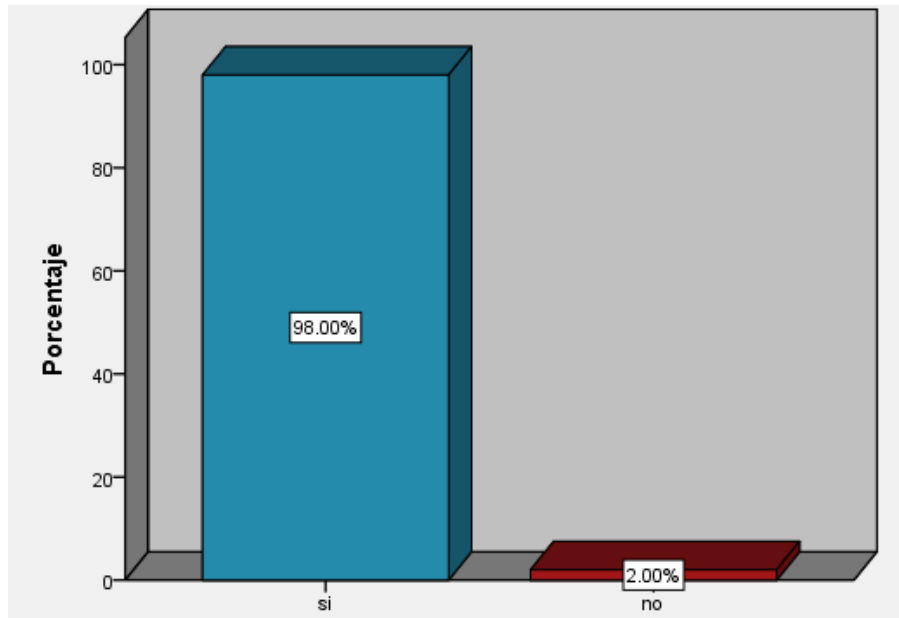
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 29 se presenta si el personal protege el equipo cuando se indica episiotomía; como ropa e instrumental, el 74% si realizo esta acción el 26% no la realizo.

Tabla 30. Valora la posición deseada por la paciente en el periodo expulsivo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	49	98.0	98.0	98.0
	no	1	2.0	2.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 30. Valora la posición deseada por la paciente en el periodo expulsivo.



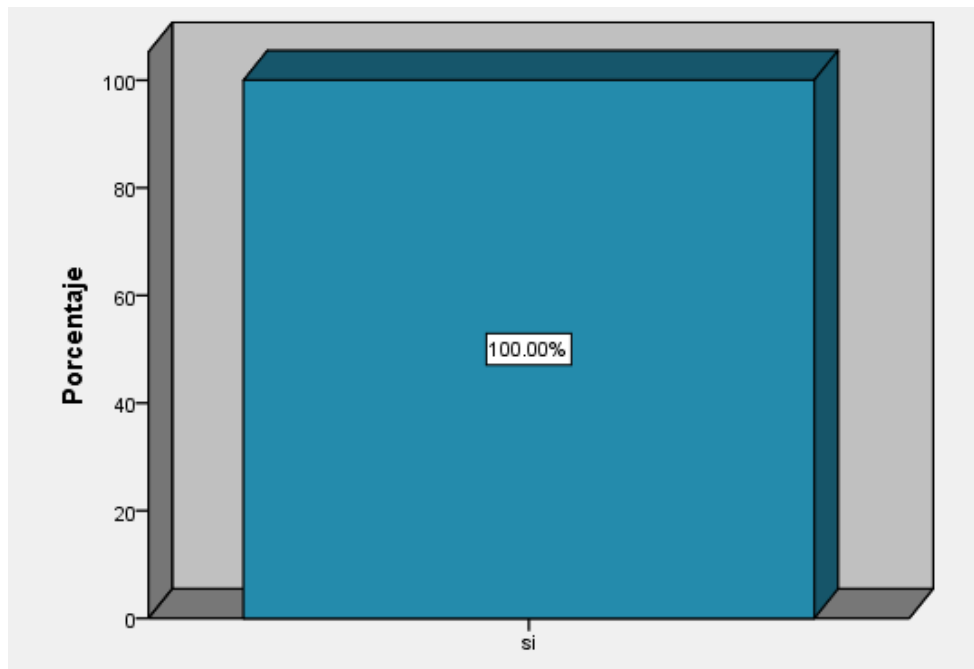
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 30 se observa si el personal valora la posición deseada por la paciente en el periodo expulsivo, el 98% del personal si realizo la valoración, solo el 2% no la realizo.

Tabla 31. Evita dar maniobra de Kristeller a la paciente en el trabajo de parto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	50	100.0	100.0	100.0

Grafica 31. Evita dar maniobra de Kristeller a la paciente en el trabajo de parto.



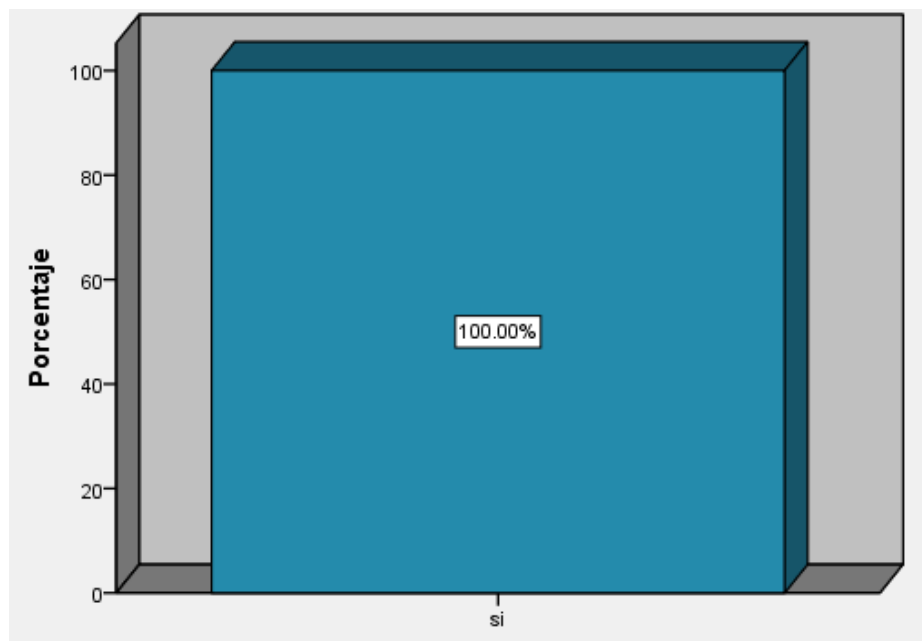
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 31 se presenta si el personal de salud evita dar maniobras de Kristeller a la paciente en el trabajo de parto, el 100% del personal estudiado no realiza esta práctica.

Tabla 32. Permite dejar a la paciente con manos libres de acuerdo a las recomendaciones de la OMS a menos que este medicamento indicado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido si	50	100.0	100.0	100.0

Gráfica 32. Permite dejar a la paciente con manos libres de acuerdo a las recomendaciones de la OMS a menos que este medicamento indicado.



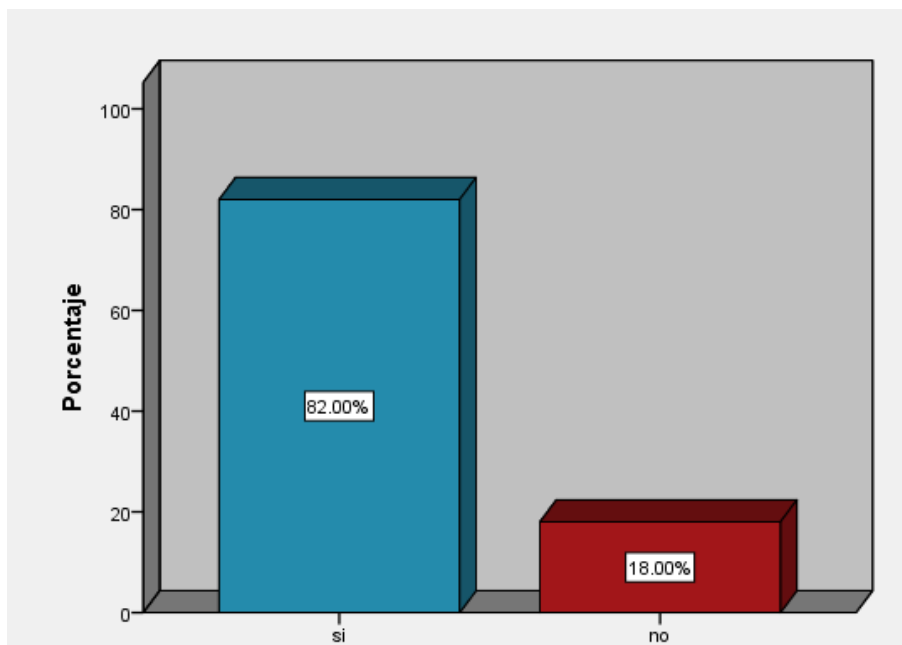
FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 32 se observa si se permite dejar a la paciente con manos libres de acuerdo a las recomendaciones de la OMS a menos que este medicamento indicado, el 100% si realiza esta práctica.

Tabla 33. Colabora con la persona al atender el parto a conservar la calma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	41	82.0	82.0	82.0
	no	9	18.0	18.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Grafica 33. Colabora con la persona al atender el parto a conservar la calma



FUENTE: Estudio de sombra realizado durante los partos atendidos en la unidad de partería alameda de Chilpancingo de los Bravo durante el periodo del 1º de julio 2019 al 30 de septiembre del 2019.

En la gráfica 33 se presenta si el personal colabora con la persona al atender el parto a conservar la calma, el 82% del personal si realiza esta colaboración el 18% no.

Tabla 34. Cumplimiento de las intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en desgarros perineales en pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.

Formula:

$$\frac{\text{Puntaje obtenido (491)} \times 100}{\text{Puntaje esperado (800)}} = 61.3 \%$$

Niveles de cumplimiento:

- ❖ **Excelente:** se otorga cuando el personal de enfermería realiza de manera secuencial todo el proceso y alcanza un índice de eficiencia entre el 91 y 100%
- ❖ **Significativo:** se otorgará cuando el personal de enfermería cumpla con la mayoría de los requisitos del proceso y alcance un estándar de calidad entre el 85 y el 90%.
- ❖ **Parcial:** se otorgará cuando el personal de enfermería cumpla con algunos de los requisitos del proceso y alcance un estándar de calidad entre el 75 y el 84%.
- ❖ **Mínimo:** se otorgará cuando el personal de enfermería cumpla con pocos de los requisitos del proceso y el estándar de calidad se ubica entre el 70 y el 74%.
- ❖ **No cumplimiento:** Indica que el personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso y su estándar de calidad se encuentra por abajo del 70%.

De acuerdo a los niveles de cumplimiento establecidos por la asociación Donabedian de Bogotá Colombia, el personal de salud estudiado globalmente se encuentra en no cumplimiento ya que el porcentaje obtenido se encuentra por debajo del 70% (61.3%).

CAPITULO V
CONCLUSIONES



5.1 Conclusiones

En el presente trabajo de investigación se concluye que no se cumple con las intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en desgarros perineales en pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda ya que el índice de eficiencia global obtenido fue de 61.3% esta medición indica que el personal no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso y su estándar de calidad de cuidado preventivo es bajo.

Es importante destacar que de acuerdo a algunos estudios revisados la promoción y capacitación del masaje perineal después de la semana 30 de gestación es una de las principales medidas preventivas de desgarre perineal pero en este estudio el 68% de las encuestadas no recibió esta información, otra importante medida que resalta la evidencia científica en la prevención de desgarres es la psicoprofilaxis de acuerdo a los resultados estadísticos el 70% de las estudiadas no recibieron este cuidado preventivo.

En este estudio el 74% de las pacientes atendidas en la unidad de partería Alameda presentaron desgarre perineal de primer y segundo grado, esto se relaciona directamente con la omisión del cuidado y las principales medidas preventivas que debe realizar el personal de salud desde la semana 30 de gestación, durante el control prenatal y durante el trabajo de parto.

En relación a los objetivos planteados en la investigación estos se cumplieron ya que se determinó si las intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en desgarros perineales se realizan y así mismo se identificaron cuáles fueron las intervenciones que presentan mayor omisión, esto representa un área de oportunidad para establecer estrategias de solución, para mejorar la prevención de desgarres perineales en la Unidad de partería Alameda.

5.2 Sugerencias

De acuerdo a los resultados de la investigación se realizan las siguientes sugerencias para mejorar el cumplimiento de las intervenciones de enfermería preventivas de desgarre perineal en pacientes atendidas en la unidad de Partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.

- Capacitación continua a profesionales de enfermería sobre cuidados preventivos de desgarre perineal (masaje perineal, incentivar al ejercicio moderado a la embarazada, psicoprofilaxis durante el embarazo, uso de aceites para mejorar la elasticidad del perineo)
- Evaluación periódica a profesionales de enfermería sobre conocimientos y aplicación de las intervenciones de enfermería preventivas de desgarre perineal.
- Implementación de un protocolo institucional para la prevención de desgarres perineales en la unidad de partería Alameda.
- Supervisión continúa del cumplimiento de las intervenciones preventivas de desgarre perineal que realizan los profesionales que atienden los partos en la unidad.
- Realizar registros de la incidencia real de desgarres perineales para tener una panorámica sobre la problemática existente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arvizu J. A., Rodríguez C., González P. M., Aguilera S. M. & Sánchez R. (2019).

Prevalencia de desgarros perineales en pacientes con aplicación de vacuum.

Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom197e.pdf>

Ávila, A.C. (2017). *Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital*

Carlos Ian Franco la hoz. Enero – junio 2015. Disponible en:

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2694/3/avila_fac.pdf

Brenes J., Quirós C. & López P. E. (2017). *Curación fisiológica vs reparación*

quirúrgica en las laceraciones espontáneas a nivel de labios mayores y menores. Disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11127.pdf>

Córdova, I.M. (2017). *Factores que predisponen al desgarro perineal durante el*

parto en pacientes atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. Disponible en:

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/544/T-TPMC-iv%C3%A1n%20Marco%20C%C3%B3rdova%20Tello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel M. (2013). *Reparación quirúrgica versus tratamiento no quirúrgico de los desgarros perineales espontáneos.* Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD008534/reparacion-quirurgica-versus-tratamiento-no-quirurgico-de-los-desgarros-perineales-espontaneos>

Ferreira C. M. & Fernández M. N. (2017). *Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura.* Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300539

Folch M., Pares D., Castillo M. & Carreras R. (2018). *Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal.* Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-aspectos-practicos-el-manejo-las-S0009739X09000530>

Guía de práctica clínica. (2013). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada.* Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf

Hospital Sant Joan de Déu (2014). *Protocolo: lesiones perineales de origen obstétrico.* Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9tricone w.pdf>

Naranjo, Y., Concepción, J.A., & Rodríguez, M. (2017). *La teoría Déficit de*

autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Narváez P., Castro F., Corvalan J. & Guzmán C. (2018). *Desgarros perineales*.

Disponible en: <file:///C:/Users/Es1/Downloads/0618.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Profilaxis antibiótica para el desgarro*

perineal de tercer y cuarto grado durante el parto vaginal. Disponible:

<https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/perineal-trauma-2>

Sánchez M.T., Galván M., Cantú J.J., Vázquez N., Martínez. J. P., Matías V. M.

Avitria A. M., Morales L. A., Hernández C. E., Soto G. & González M.T.

(2018). *Prevalencia de desgarro de alto grado en parto de adolescentes*

mexicanas. Disponible: http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v49n4/es_1657-9534-cm-49-04-00261.pdf

Tejeda, C., Dector, C. E., Gonzales, P. M. y Rodríguez, C. (2018). *Trauma perineal:*

parto acuático versus parto convencional en Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango en la Ciudad de México. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000200125

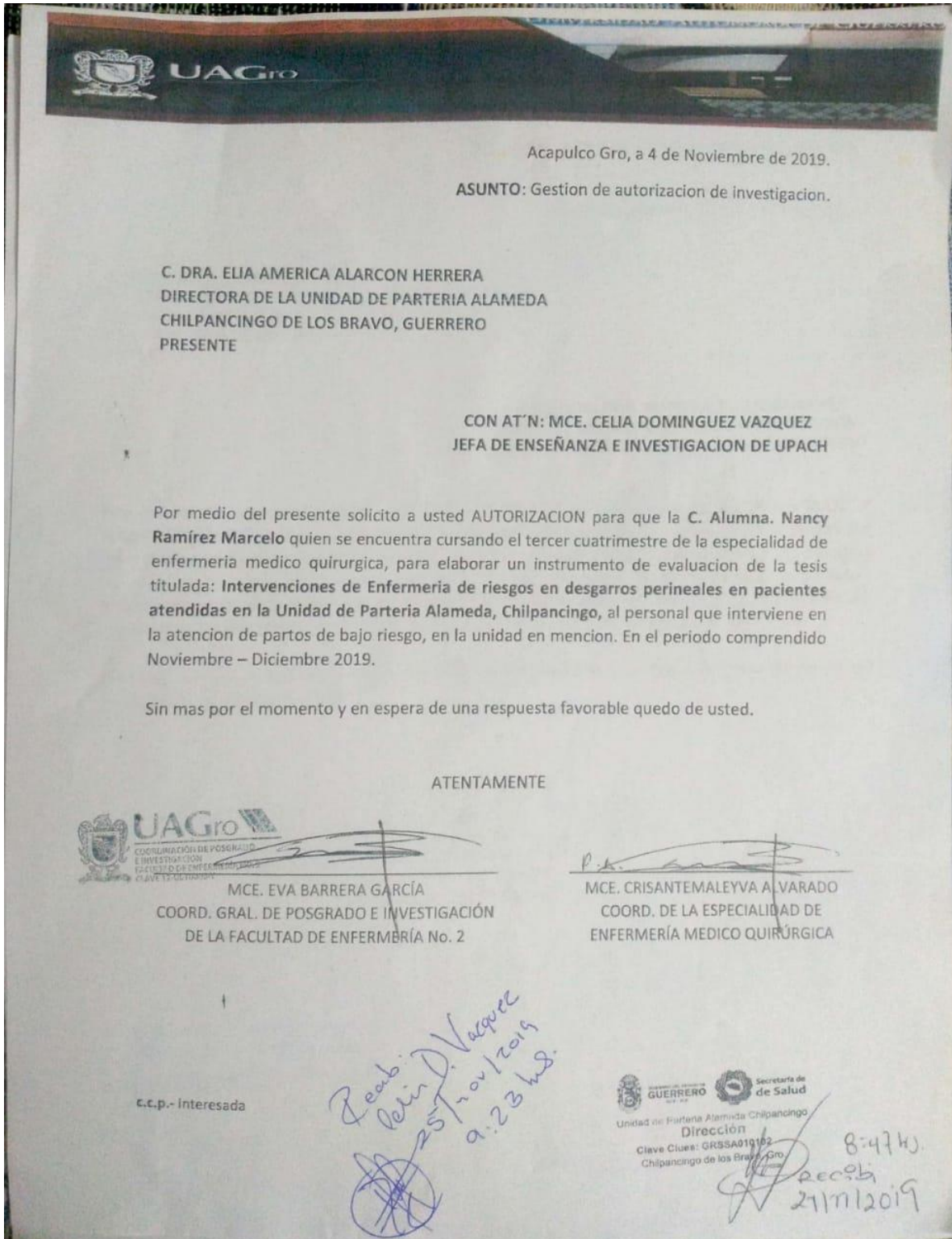
Thomas, L. (2019). *Desgarro perineal*. Disponible: [https://www.news-medical.net/health/Perineal-Tear-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Perineal-Tear-(Spanish).aspx)

Vallejo M.R, Márquez A. M. & Sánchez R. (2018). *Entrenamiento perineal con dispositivo vaginal inflable durante la gestación y resultados perineales tras el parto*. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/110049ed>

ANEXOS



ANEXO 1. Gestión de autorización



ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Instrumento para aplicarlo en el trabajo de investigación “Intervenciones de enfermería en la prevención de riesgos en desgarros perineales en pacientes atendidas en la Unidad de partería Alameda, Chilpancingo Guerrero: Periodo 1º de julio 2019 al 30 de septiembre 2019

I) PERFIL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE LABOR, PARTO Y RECUPERACIÓN					
1) Tipo de plaza	a) Auxiliar de enfermería	b) Enfermera general	c) Licenciatura en enfermería	d) Especialista	
2) Perfil educativo	a) Técnico en enfermería	b) Licenciatura en enfermería	c) Especialidad en enfermería	d) Maestría en enfermería	
3) Tiempo en el área de toco cirugía	a) 1-2 años	b) 3-4 años	c) 5-6 años	6 años a mas	
4) Personal de salud que atiende el parto durante el periodo de estudio	a) M. Especialista	b) M. General	c) Perinatal	d) Partera	
II) PERFIL DE LA PACIENTE EN LA ATENCIÓN DEL PARTO					
Edad					
Estado civil	Casada ()	Soltera ()	Conviviente ()		
Grado de instrucción	Primaria ()	Secundaria ()	Preparatoria o Técnico ()	Licenciatura ()	Otros:
Ocupación	Ama de casa ()	Empleada ()	Trabajadora independiente ()	Otros:	
Anemia	Leve ()	Moderada ()	Severa ()		
III) FACTORES OBSTÉTRICOS					
Paridad	Primigesta	Segundigesta	Multigesta		
Periodo intergenésico					
Edad gestacional					
Tiempo de expulsivo en minutos					
Capacitación en parto humanizado			Si ()	No ()	
Episiotomía			Si ()	No ()	
Desgarro perineal		1º grado	2º grado	3º grado	4º grado
Factores que influyen en el trauma perineal:					
a) Posición de litotomía durante el parto	b) Trabajo de parto prolongado	c) Aceites y lubricantes incrementan las laceraciones	d) Pujos dirigidos o pujos en Valsalva, (mantener la glotis cerrada, y empujar durante el máximo de tiempo) realizando pujos forzados largos y manteniendo el aire dentro.	e) Problemas de incontinencia urinaria	f) Bloqueo epidural
Complicaciones de la tecnica de la episiotomía:					
a) Tipo de antiséptico que se usa.	b) Esterilización del equipo	c) Tipo de episiotomía : 1) incisión medio o central ;2) medialateral.	d) Ausencia de protección manual del periné	e) Presión en el fondo uterino	f) Empleo de oxitocina durante el parto
V) Factores neonatales, del desgarro perineal:					
Sexo	Masculino ()	Femenino ()			
Elevado peso al nacer					
VI) Cuidado en la prevención de desgarros perineales:					
Se incentivó el ejercicio físico moderado, tres veces por semana, durante el embarazo				Si	No

Se promovió en la mujer embarazada, para la realización del masaje perineal, desde la 30ª semana de gestación	Si	No
Se promovió el uso del gel lubricante, compuesto por ingredientes con propiedades relajantes, permite la elasticidad y de la extensibilidad de la piel y de los músculos del perineo de las mujeres embarazadas.	Si	No
Participo en promover la restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto, permitiendo la adaptación lenta y gradual de los tejidos a la presentación fetal.	Si	No
Llevo a cabo masaje suave en el periné suave, alentando el tirón espontáneo (mantener la glotis abierta) y el cambio de posición de la mujer en trabajo de parto.	Si	No
Procede a la aplicación de gasas calientes tolerables, en el perineo, de la mujer en trabajo de parto.	Si	No
Proporciona el apoyo perineal simple cuando se aplica la maniobra de Ritgen, (favorece la flexión de la cabeza y facilita su salida)	Si	No
Valora si la episiotomía es la causa principal de desgarros perineales	Si	No
En el trabajo de parto, capacita a la paciente cuando y como debe pujar.	Si	No
Coloca compresas tibias en el periné para evitar la episiotomía.	Si	No
Protege el equipo cuando se indica episiotomía; como ropa, e instrumental, Nota: este debe de ser en papel grado médico y ropa de parto estéril (fecha y caducidad) .	Si	No
Valora la posición deseada por la paciente en el periodo expulsivo.	Si	No
Evita dar técnica de Cristella a la paciente en trabajo de parto	Si	No
Permite dejar a la paciente con manos libres siempre y cuando no se tenga indicado por el médico de aplicar soluciones periféricas.	Si	No
Colabora con la persona al atender al parto ha conservar la calma	Si	No
Registra los diagnósticos de enfermería de la atención del parto: 1) conocimientos deficientes,2)ansiedad,3)riesgo de baja autoestima situacional, 4)temor,5)riego de déficit de volumen de líquidos,6)dolor agudo,7)Disconfort,8)riesgo de infección, 9) temor, 10)Apoyo y confianza	Si	No

2019

PROGRAMA EDUCATIVO

PREVINIENDO LOS DESGARROS PERINEALES



ELABORO: NANCY RAMIREZ MARCELO

INDICE

Introduccion	
Objetivos	
estrategias educativas	
Evidencia de la intervencion educativa	

INTRODUCCIÓN

La intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. Las intervenciones educativas tienen algunos elementos importantes: Tienen una intención, es decir están dirigidas a una deficiencia en particular, son específicas y formales. Una intervención dura un cierto número de semanas o meses y se revisa periódicamente. (Touriñan, 2012)

En la profesión de enfermería la educación es un componente esencial para mantenerse actualizado y responder a las necesidades emergentes de cuidado del usuario, por ello en el presente trabajo se realizó una intervención educativa con el objetivo de mejorar cuidado preventivo de desgarros perineales para disminuir su incidencia en la unidad de partería Alameda de Chilpancingo y con ello contribuir a brindar una atención de calidad a la mujer en trabajo de parto.

OBJETIVOS

A) General

Aumentar el nivel de conocimientos para la prevención de desgarros perineales durante el parto del personal de enfermería de la unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.

B) Específicos

- Impartir una plática educativa mediante una presentación en Power point.
- Entregar trípticos informativos para la retroalimentación de la capacitación.

FICHA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Programa educativo

“PREVINIENDO LOS DESGARROS PERINEALES”

<i>Objetivo del programa</i>	Aumentar el nivel de conocimientos para la prevención de desgarros perineales durante el parto del personal de enfermería de la unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.
<i>Área de conocimiento</i>	Cuidados de enfermería preventivos de desgarros perineales.
<i>Modalidad</i>	Presencial.
<i>Sede</i>	Unidad de partería Alameda de Chilpancingo de los Bravo.
<i>Fecha</i>	Del 1 al 15 de octubre de 2019.
<i>Horario de sesiones educativas</i>	El horario será establecido en cada jornada de acuerdo a la disponibilidad del personal.
<i>Estrategias didácticas</i>	Video educativo, infografía y díptico de retroalimentación.
<i>Recursos humanos</i>	Lic. Enf. Nancy Ramírez Marcelo.

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS UTILIZADAS EN EL PROGRAMA EDUCATIVO

PRESENTACION EN POWER POINT



¿QUÉ ES UN DESGARRO PERINEAL?

Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. Es considerado como un problema de salud, debido a que más del 91% de pacientes con este trauma llegan a la consulta presentando síntomas al menos por ocho semanas post parto.



TRIPTICO INFORMATIVO

¿COMO PREVENIR UN DESGARRO PERINEAL?

El suelo pélvico es el conjunto de músculo y ligamentos que se encuentran alrededor de la vagina. Por ello, es fundamental fortalecer estos músculos durante el embarazo para evitar complicaciones en el parto y posparto.

En concreto, para evitar la episiotomía, la mujer puede llevar a cabo las siguientes acciones:

- Acudir a un fisioterapeuta especialista en suelo pélvico para hacer una valoración y seguir sus indicaciones.
- Asistir a clases de preparación al parto, donde aprenderá técnicas de respiración y empuje para el parto, entre otras cosas.
- Practicar los ejercicios de Kegel.
- Realizar masajes perineales desde

¿QUÉ ES EL MASAJE PERINEAL?

Es una medida física preventiva aplicable durante el embarazo que consiste en la estimulación táctil de la piel y los tejidos.

- Se ha demostrado que puede ser un factor protector contra el trauma perineal.

¿Cuándo es necesario empezar y con qué frecuencia?

El masaje ha demostrado eficacia a partir de 32 SDG es importante realizarlo mínimo 2 veces por semana.

PREPARACIÓN Y MASAJE PASO A PASO

1. Lavados de manos y uñas recortadas
2. Vaciar la vejiga y tener un lugar cómodo
3. Posición: Canebrillas apoyada de la pared
- Lubricar los dedos antes el contacto

PREVENCIÓN DEL DESGARRO PERINEAL

ELABORO: Nancy Ramírez Marcelo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GPC Vigilancia y Atención Integral en el Trabajo de Parto y Delivery de Alto Riesgo
- Reamnestoria de la OMS Para los cuidados durante el parto en una experiencia de parto
- Desgarras perineales. Periné. Hernández R. Paricio Castro LQ. Jara González G. Cacha García R.

EVIDENCIA DE LA INTERVENCION EDUCATIVA



ANEXO 4. Cronograma de trabajo

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO		
	semana				Semana				Semana				semana				semana				semana				semana		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Elaboración del proyecto de investigación																											
Gestión de autorización de permisos																											
Recolección de información antes de la intervención educativa																											
Intervención educativa con el programa educativo																											
Recolección de información después de la intervención educativa																											
Captura de datos en la base estadística realizada en el programa estadístico SPSS.																											
Elaboración de cuadros y gráficas para el análisis de los datos.																											
Presentación del trabajo de investigación en forum																											
Presentación del trabajo de investigación ante sinodales.																											