

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES QUE PREDISPONEN AL DESGARRO
PERINEAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO
UNANUE DURANTE EL AÑO 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

IVÁN MARCO CÓRDOVA TELLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA - PERÚ
2017**

ASESOR

Dra. PAJUELO BUSTAMANTE DE MORALES ROSSANA

AGRADECIMIENTO

El presente informe de tesis se ha presentado gracias a la orientación de la Dra. Pajuelo Bustamante Rossana.

DEDICATORIA

A mis amados padres, Iván y Lucy por su infinito amor, por su ejemplo a seguir, por darme fortaleza en los momentos adversos y así cumplir este gran sueño de ser Médico.

A mis queridos hermanos, José y Kendra por todo su apoyo incondicional.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.

Material y método: El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra está conformada por 144 historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se encontró que de 144 pacientes que acudieron para atención de parto durante el año 2016, las multigestas presentaron mayor asiduidad de desgarros de primer grado con un 37.5%; con respecto a la edad el más importante porcentaje ocurrió en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7%. También se halló que el 81.3% sufrió desgarro de primer grado en recién nacidos con peso entre 2500 a 4000 gr. y 2.1% de tercer grado. Las pacientes que presentaron anemia antes del parto tuvieron mayor porcentaje de desgarros perineales con un 91.7% y el 8.3% no tuvo anemia. Además del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis. Por último se observa que los factores obstétricos tienen mayor riesgo de desarrollar desgarro con un 41.7%, mientras que los factores maternos un 39.6%.

Conclusión: Se concluye que las pacientes con paridad de multigesta, edad que fluctúa entre 20- 34 años de edad y presencia de anemia antes del

parto, aumentan la frecuencia de desgarros perineales. También se concluye tener un recién nacido con un peso entre el rango de 2500 a 4000 gr. y no haber realizado clases de psicoprofilaxis incrementa el riesgo a desarrollar desgarros perineales durante el parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.

Palabras Claves: desgarros perineal, factores, parto y anemia.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors that contribute to perineal tear during delivery in patients treated at the Hospital Nacional Hipólito Unanue during the year 2016.

Material and Methods: This research work is an observational, descriptive, retrospective cross-sectional study. The sample is made up of 144 clinical histories that meet the inclusion and exclusion criteria.

Results: It was found that of 144 patients who attended the delivery care during the year 2016, the girls presented the highest frequency of first degree tears with 37.5%; In terms of age, the highest percentage occurred in the group of 20 to 35 years old with 66.7%. It was also found that 81.3% suffered first degree tear in newborns weighing between 2500 and 4000g. And 2.1% of third grade. Patients who had anemia before delivery had a higher percentage of perineal tears with 91.7% and 8.3% had no anemia. In addition to the group that presented perineal tear of first degree in 54.2% they were absent of the classes of Psicoprofilaxis. Finally, it is observed that the obstetric factors have a greater risk of developing tear with 41.7%, while the factors are 39.6%.

Conclusion: It is concluded that patients with multigeneral parity, age ranging from 20-34 years of age and presence of anemia before delivery, increases the frequency of perineal tears. It has also been concluded to have a newborn with a weight between the range of 2500 to 4000 gr. and not

having received classes of psychoprophylaxis increase the risk of developing the perineal during delivery at the National Hospital Hipólito Unanue during 2016.

Key Words: Perineal tears, factors, childbirth, and anemia.

PRESENTACIÓN

Uno de los factores que más preocupan tanto a las embarazadas como a los profesionales sanitarios 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 la Obstetricia que posteriormente podría ocasionar molestias como; dolor, reducción de la movilidad de la mujer, malestar durante la micción o el paso de las heces, repercutiendo negativamente sobre la capacidad de la mujer para dar de lactar y atender al recién nacido¹.

El índice de ocurrencia de lesión en el tracto perineal o trauma perineal es de 65% en los partos naturales y comúnmente como resultado del desgarramiento espontáneo o secundario en la episiotomía. En un 60% de los partos naturales se realiza una episiotomía rutinaria, siendo un 90% de estos casos en pacientes primíparas. Se considera asimismo que más de un 85% de las pacientes a quienes proceden con parto natural presentaran algún tipo de lesión perineal, de este grupo de 1 a 8% experimentara desgarro perineal severo y entre un 60 a 70% de estos desgarros necesitaran de sutura para tratarlo².

Existen reportes posterior al parto en un aproximado de hasta ocho semanas que un 91% de las mujeres presentan síntomas persistentes, como producto la morbilidad relacionada a los desgarros perineales es considerado como

un problema de salud de alto grado de consideración. La mayoría de las mujeres experimentan dolor perineal o malestar en los primeros días después del parto vaginal, el 40% de las mujeres con trauma perineal describen dolor en las primeras semanas después del parto, hasta un 20% todavía sienten dolor hasta las 8 semanas y de un 7% a 9% notifican sentir dolor a los 3 meses³.

En la actualidad, aunque la frecuencia con la que se realizan las episiotomías se ha reducido, en general las tasas de traumatismo perineal siguen siendo altas, si tomamos en consideración el gran número de mujeres que sufren trauma perineal en el parto, podemos observar claramente la necesidad de realizar intervenciones que ayuden a reducir este trauma. Es importante remarcar que el riesgo de desgarro perineal posterior cuando no se realiza episiotomía va del 0.0% hasta al 2.3%, cuando se realiza episiotomía medio lateral el riesgo va del 0,2% al 9% y cuando se realiza episiotomía mediana el riesgo va del 3 al 24%. En el 2013, a escala mundial 289 mil mujeres murieron por causas obstétricas. La muerte en el post parto es más frecuente con un 67.7% de los casos. Una de cada cuatro mujeres muere en el domicilio o en el trayecto a un servicio de salud. La mortalidad materna cobra aproximadamente 800 muertes maternas cada día en el mundo, según datos de OMS, la mayoría de las causas son evitables y prevenibles⁴.

Por lo tanto basándome en la información revisada y mostrada párrafos arriba amerita la investigación como proyecto de tesis el siguiente trabajo,

que tendrá como título “Factores que predisponen al Desgarro Perineal durante el Parto en pacientes atendidas en HNHU el año 2016”.

El siguiente trabajo de investigación estará estructurado por cinco capítulos los cuales detallo a continuación:

Capítulo I: Expone el problema, que a su vez comprende; planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos y propósitos.

Capítulo II: Que trata del marco teórico y que consta de antecedentes, bases teóricas, hipótesis, variables y definición operacional de términos.

Capítulo III: Con materiales y métodos, trata del tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumentación de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: Trata sobre resultados y discusión.

Capítulo V: Se presenta las conclusiones y recomendaciones, finalmente se presenta bibliografía y anexos.

ÍNDICE

| | pág. |
|--------------------------------|-------------|
| CARATULA | i |
| ASESORA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vii |
| PRESENTACIÓN | ix |
| ÍNDICE | xii |
| LISTAS DE TABLAS | xv |
| LISTA DE GRÁFICOS | xii |
| LISTA DE ANEXOS | xix |
| | |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.2.1 PROBLEMA GENERAL | 3 |
| 1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS | 3 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 1.4 OBJETIVOS | 5 |

| | |
|--|----|
| 1.4.1 GENERAL | 5 |
| 1.4.2 ESPECÍFICOS | 5 |
| 1.5 PROPÓSITO | 6 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS | 7 |
| 2.2 BASE TEÓRICA | 11 |
| 2.3 HIPÓTESIS | 18 |
| 2.4 VARIABLES | 18 |
| 2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS | 19 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 3.1 TIPO DE ESTUDIO | 23 |
| 3.2 ÁREA DE ESTUDIO | 23 |
| 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA | 24 |
| 3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 26 |
| 3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 28 |
| 3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 28 |
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | |
| 4.1 RESULTADOS | 30 |
| 4.2 DISCUSIÓN | 41 |

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES 43

5.2 RECOMENDACIONES 44

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 45

BIBLIOGRAFÍA 49

ANEXOS 50

LISTA DE TABLAS

Pág.

| | | |
|-----------------|--|----|
| Tabla 01 | LA FRECUENCIA DE DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO CON PARIDAD DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 31 |
| Tabla 02 | LA EDAD DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 33 |
| Tabla 03 | EL PESO DEL RECIÉN NACIDO DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 35 |

| | | |
|-----------------|--|----|
| Tabla 04 | PRESENCIA DE ANEMIA EN LAS PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL SEGÚN GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 37 |
| Tabla 05 | PSICOPROFILAXIS EN LAS PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL SEGÚN GRADO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 39 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Gráfico 01 LA FRECUENCIA DE DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO CON PARIDAD DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 32 |
| Gráfico 02 LA EDAD DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 34 |
| Gráfico 03 EL PESO DEL RECIÉN NACIDO DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 36 |

| | | |
|-------------------|--|----|
| Gráfico 04 | PRESENCIA DE ANEMIA EN LAS PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL SEGÚN GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 38 |
| Gráfico 05 | PSICOPROFILAXIS EN LAS PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL SEGÚN GRADO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016 | 40 |

| LISTA DE ANEXOS | Pág. |
|--|-------------|
| Anexo 01 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 50 |
| Anexo 02 INSTRUMENTOS | 52 |
| Anexo 03 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS- CONSULTA DE EXPERTOS | 54 |
| Anexo 04 MATRIZ DE CONSISTENCIA | 57 |
| Anexo 05 BASE DE DATOS | 58 |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según estudios el desgarro perineal ocurre con mayor frecuencia en las primíparas fundamentalmente cuando no realizamos la episiotomía, o esta es deficiente para permitir la salida del producto, cicatrices cirugías anteriores, cuando la atención del parto es defectuoso, macrosomia fetal, parto precipitado¹.

También tenemos la rigidez de los tejidos primordialmente en las primíparas añosas, anomalías congénitas, a veces se presentan ciertas condiciones perjudiciales en la estructura del perineo causadas por ejemplo por la malnutrición materna que podrían favorecer los desgarros a pesar de la destreza del personal de salud que atiende el parto, también se presentan en variedades de posición como la occipitosacra y en pelvis estrechas. Se menciona que cuanto más joven es la parturienta, mayores son las complicaciones que pueden suceder durante el parto. Esto se debe esencialmente a una deficiente madurez de la anatomía materna, la cual conllevaría a una mayor incidencia de desproporción céfalo pélvico (CPD), provocando esto trabajos de parto prolongado y cesárea. Además de la CPD, las adolescentes embarazadas tienen un importante riesgo de terminar su embarazo con lesiones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Este agravamiento se da primordialmente por la limitación de madurez de estas jóvenes, presentándose entonces una estrechez del canal blando².

La anemia materna es uno de los factores de riesgo por lo cual los tejidos vulvoperineales son friables. En estudios realizados en el Instituto Materno Perinatal en gestantes mayores de 35 años, se observó que el mayor número de desgarros perineales fue más frecuente en las mayores de 35 años presentándose desgarros de primer grado (52.4%), desgarros de segundo grado (12.4%) y desgarros de tercer grado (2.9%). En un estudio comparativo entre uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulípara en el Hospital "San Bartolomé" en el año 2002, encontró que en el grupo de episiotomía con indicación, el 9.6% de las pacientes sufrió un desgarro perineal. En el de episiotomía sistemática el 8% y en el de no episiotomía el 51.5%, siendo estos en su mayoría de primer grado (41.7%). Además se encontró que la mayor cantidad de gestantes oscilan entre las edades de 20 a 34 años (66%), seguidos por el grupo de 25 a 29 años (23.1%) y por el de 30 a 34 años (10.9%)⁴.

Se observó también que la media del tiempo de expulsivo para el grupo de episiotomía con indicación fue aproximadamente de 40 minutos seguidos por el grupo de episiotomía sistemática que fue aproximadamente 13 minutos y finalmente el grupo de no episiotomía en el cual la media del tiempo de expulsivo fue de 14 minutos⁵. Por tal motivo la finalidad de esta investigación es Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la frecuencia de desgarro perineal según el grado con paridad durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016?
2. ¿Cuál es la edad donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016?
3. ¿Cuál es el peso del recién nacido donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016?
4. ¿Hubo presencia de anemia en las pacientes con desgarro perineal según grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016?
5. ¿Se realizó psicoprofilaxis en las pacientes con desgarro perineal según grado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 es una de las entidades obstétricas más usuales y cuya consecuencia pueden ser las más desfavorables en a la salud de la madre, trayendo en conjunto graves y diversas complicaciones.

Teórico: Según estudios se ha constituido al desgarro perineal como una de las causas principales de infecciones, hemorragia puerperal la cual podría conllevar al shock hipovolémico, dispareunias, hematomas, etc.

Práctica: La importancia del presente estudio radica en tratar un tema de la problemática de Salud Pública. Nos permitirá iniciar una fuente de información básica para estudios posteriores a nivel del hospital, distrital, regional y nacional, que contribuye a brindar una mejor atención oportuna y de calidez de la paciente.

Metodológica: Se podrá servir como marco de referencia documental para futuras investigaciones relacionadas con el tema tratado.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GENERAL

Determinar los Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.

1.4.2 ESPECÍFICO

1. Identificar la frecuencia de desgarro perineal según el grado con paridad durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
2. Conocer la edad donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
3. Describir el peso del recién nacido donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
4. Determinar la presencia de anemia en las pacientes con desgarro perineal según grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
5. Identificar la realización de psicoprofilaxis en las pacientes con desgarro perineal según grado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.

1.5 PROPÓSITO

El propósito de esta investigación es proporcionar a las autoridades del Hospital Nacional Hipólito Unanue información válida y confiable por ser un problema de actualidad, por cuanto el tema a investigar es vigente y más aún en el ámbito de Salud Materno Perinatal, nos permitirá conocer el significado que se atribuye el desgarro perineal según grado en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

El Hospital Nacional Hipólito Unanue es la Institución de Salud de mayor complejidad, cuenta con población asignada, brindando atención primaria en las zonas urbanas de nuestra jurisdicción, orientada hacia los principales problemas de salud y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Guamán (2013)⁵: Determinó los traumas obstétricos en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el hospital Gineco-obstétrico Enrique C Sotomayor, identificando los factores de riesgos en una muestra de 50 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión obteniendo los datos estadísticos mediante un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 30% tienen complicaciones o traumas en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%; teniendo como riesgo asociado el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2.501 a 3.500 gr que fue el porcentaje más alto.

Mora y Col. (2011)⁶: Estimaron la incidencia y el tipo de lesiones perineales en mujeres primigestas; realizaron un estudio de cohortes en gestantes nulíparas sanas y continentes, asistidas en el sistema sanitario público catalán, recogieron los datos de interés sobre 938 mujeres. El 76.8% de las gestantes tuvieron un parto vaginal. El 93% de las mujeres con parto vaginal presentaron algún grado de trauma perineal: 521 episiotomías y 194 desgarros, siendo la tasa de episiotomía del 72.8% y de desgarros del 31%. En la mayoría de los casos se diagnosticó un desgarro perineal de primer grado (61%). En el 32.8% se produjo un desgarro perineal de segundo grado

y en el 2.6% del total de desgarros perineales existió afectación del esfínter anal. La episiotomía resultó la única variable asociada a desgarro de segundo grado, mientras que el riesgo de este tipo de desgarro en ausencia de episiotomía resultó muy elevado; concluyeron que la mayoría (93%) de las primíparas con parto vaginal presenta algún grado de trauma perineal. Aquellas primíparas en las que no se realiza episiotomía presentan un riesgo significativamente más elevado de desgarro de segundo grado

M. Lorenzo-Pliego, L. Villanueva (2013) ⁸, realizaron un estudio “Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias”. Para medir la fuerza de asociación entre variables se calcularon razones de momios (RM), a través de análisis bivariado y de un análisis de regresión logística. Se obtuvo como resultado que de los 173 casos, 121 presentaron desgarro perineal de tercer grado con un 69 % y 52 desgarro de cuarto grado con un 30.05%, la episiotomía y el parto instrumentado con fórceps (fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles, sin diferencias en la antropometría de los neonatos o en el tipo de personal que atendió el parto. Se concluye que debido a la naturaleza multifactorial de los lesiones perineales completos, se tiene que limitar la exposición a diferentes condiciones que actúan en forma sinérgica. Lo que nos permite inferir que las estrategias para la reducción de estas complicaciones o para su identificación temprana ayudaran a la mejora de atención.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Santos K. (2014) ⁹, realizó un estudio titulado “Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014”. Estudios descriptivo, retrospectivo de corte transversal, Se concluye que la mayor recurrencia de desgarro perineal según grado fue el de primer y el de menor frecuencia el de tercer grado en el Hospital Vitarte, que las pacientes que tenían edades de 20 a 34 años presentan mayor frecuencia desgarro perineal en el Hospital Vitarte en el año 2014. Los desgarros perineales en las gestantes sin anemia son más frecuentes en puérperas de parto vaginal, el peso del recién nacido no influye en el desarrollo de desgarros perineales en el Hospital Vitarte en el 2014. La mayor frecuencia de desgarros corresponde a las multíparas siendo las de segunda paridad las que presentaron el mayor número de desgarros.

Oviedo. 2016. Determinó los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en centro obstétrico del Hospital San José del Callao. El estudio fue observacional, analítico retrospectivo de casos y controles no pareados. Se desarrolla un diseño de casos y controles, con 130 historias clínicas para el grupo casos y 130 historias clínicas para el grupo control, El grado más frecuente de desgarro perineal de fue el de primer grado con un 79.23%. Estadísticamente los resultados en este estudio fueron significativo, se encontró relación entre la edad, anemia,

paridad, periodo intergenésico y peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal. La presencia o ausencia de psicoprofilaxis no se relaciona con el desarrollo de desgarro perineal, tampoco tiempo de expulsivo tuvo resultados significativos.

Atunca D. en su trabajo de investigación titulada Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010¹⁰ El estudio es analítico de casos y controles, Concluye en cuanto a factores maternos, que el pertenecer al grupo de adolescentes o mayor de 35 años aumenta el riesgo de desgarro, el tener anemia tiene 1.9 veces más de presentar desgarro, la realización de psicoprofilaxis no se relaciona con desgarro. En cuanto a factores obstétricos, la paridad, las primíparas tienen 1.5 más veces de presentar desgarros que las multíparas. Presentar el segundo periodo mayor o igual a 10 min se relaciona con la presencia de desgarros. Aquellas con periodo intergenésico corto o largo tienen 1.5 y 1.9 veces más. Con respecto a factores neonatales, el peso, los macrosómico tienen 23 veces más de hacer desgarro. Se obtuvo que de los 3 factores mencionados, los neonatales son considerados de mayor riesgo en comparación con el materno y obstétrico.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 DESGARROS PERINEALES¹²

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.

2.2.2 FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA FECAL¹³

El mecanismo esfinteriano anal está constituido por dos estructuras anatómicas:

Esfínter interno: músculo liso en forma circular integrado en la pared rectal e inervada por el sistema nervioso autónomo. Asegura la continencia de forma involuntaria.

Esfínter externo: constituido por tres fascículos: uno profundo o músculo pubo-rectal, que surge de la sínfisis púbica para rodear el canal anal en forma de “U”; uno intermedio que surge del coxis rodeando al canal anal en forma de “U” pero en sentido inverso al fascículo profundo, y uno superficial a modo de anillo en íntima relación con la mucosa rectal y la piel perianal¹³. A nivel medial, próximo al esfínter externo se encuentra el músculo elevador del ano que funcionalmente se divide en dos componentes, el músculo pubo-coccígeo y el iliococcígeo, constituyendo un mecanismo auxiliar de gran importancia en la continencia fecal. A su vez, el tono de esta estructura está reforzado por los músculos del diafragma urogenital, los músculos bulbo cavernoso y transverso superficial y profundo, que poseen una inserción común en el cuerpo del periné o tendón perineal central entre el ano y el introito. En estado de relajación el mecanismo esfinteriano confiere al recto, forma de “embudo” con una angulación anterior, por la contracción del esfínter interno y del fascículo pubo rectal del esfínter externo, y la relajación del fascículo intermedio del esfínter externo y del elevador del ano. Durante la defecación o al incrementar la presión intraabdominal de forma voluntaria, el elevador del ano se contrae y el músculo pubo rectal se relaja. El esfínter interno se relaja de forma refleja al ser ocupada la luz del recto¹³.

La triple estructura del esfínter externo explica la variabilidad en la sintomatología tras la destrucción: si el traumatismo conserva el fascículo profundo o pubo rectal del esfínter externo, a pesar de la destrucción distal

del esfínter interno, existe cierta compensación a través del control esfinteriano voluntario¹³.

2.2.3 CLASIFICACIÓN¹⁴

Según su extensión y el grado de afectación muscular, se diferencian tres grados:

- Desgarro perineal de primer grado: Interesa piel, tejido celular subcutáneo y músculos bulbos cavernosos y transversos superficiales y profundos.
- Desgarro perineal de segundo grado: Si se afecta el músculo elevador del ano.
- Desgarro perineal de tercer grado: Si se lesiona el mecanismo esfinteriano anal. Algunos autores consideran un cuarto grado si la lesión es completa lesionando en su totalidad el esfínter interno y la mucosa rectal¹⁴.

2.2.4 REPARACIÓN DE DESGARRO DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO¹⁵

En la sutura de cualquiera de ellos será importante una buena iluminación y visualización del campo, una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

2.2.4.1 Sutura de mucosa vaginal:

1. Material de sutura: Vicryl rapid “Safil quick” 2/0.

2. Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo.
3. Realizar una sutura continua desde del ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia¹⁵.

2.2.4.2 Sutura de músculos perineales:

1. Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos¹⁵.
2. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o Vicryl 2/0 convencional.
3. Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa¹⁵.

2.2.4.3 Sutura de piel:

La piel debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Por este motivo se aceptan 2 opciones:

- Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel.
- Puntos sueltos en piel de Vicryl rapid “Safil quick” 2/0 o 3/0, evitando la tensión de los mismos¹⁵.

2.2.5 REPARACIÓN DE DESGARROS DE TERCER Y CUARTO GRADO¹⁶

La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar, de forma sistemática, un tacto rectal. El desgarro perineal de tercer grado puede ser reparado inmediatamente tras el parto. Si la destrucción anatómica no es completa, los síntomas suelen aparecer tras una semana.

Si se conserva el fascículo profundo del esfínter externo, la sintomatología se limita a incontinencia de gases. Si se destruye totalmente el esfínter aparece incontinencia fecal. La reparación secundaria debe diferirse un mínimo de 4 a 6 meses, para reestablecer adecuadamente el aporte vascular de los márgenes del defecto y optimizar la viabilidad de los tejidos perineales. La cirugía reconstructiva debe reponer la angulación anterior del canal anal mediante la plicatura de los músculos pubo rectales y la reparación de los fascículos intermedio y superficial del esfínter externo. En

el preoperatorio es necesario eliminar el contenido fecal, para ello se recomienda instaurar en las 48 horas previas a la cirugía, dieta semilíquida y uso de laxantes suaves, y en el día anterior, el uso de enemas de limpieza. No es imprescindible el uso de antibióticos¹⁶.

Entre las muchas técnicas propuestas comentaremos las siguientes:

2.2.5.1 Método de la reparación por capas clásico:

Se sitúan tres pinzas de Allis o similares, dos lateralmente en el lugar donde se situará la comisura posterior, cuidando de no estenotar excesivamente el introito, y la tercera a algunos centímetros sobre el borde superior del desgarro, en la línea media de la pared vaginal posterior. Se realiza una incisión en el borde cicatricial que delimita el desgarro y se disecciona con tijera a través del espacio rectovaginal hasta identificar los extremos desgarrados y retraídos del esfínter externo y en una extensión que posibilite la sutura de la pared rectal sin tensión¹⁷.

Se extirpa el tejido cicatricial y se reconstruye el conducto rectal. Se realiza una sutura con material reabsorbible, preferiblemente de reabsorción lenta tipo ácido poliglicólico o poliglactina de 3/0 o 4/0 en la fascia perirrectal de modo que los bordes de la mucosa sean invaginados en dirección al recto, en dos planos, sin que haya tensión alguna. A continuación se aproximan los extremos desgarrados del esfínter externo que son traccionados con pinzas de Allis, sin liberarlos del tejido circundante, mediante dos puntos en "U" con material de reabsorción lenta Nº 2/0 ó 3/0, aunque algunos recomiendan para suturar el esfínter material irreabsorbible monofilamento 2/0 o 3/0 tipo

Prolene. El siguiente paso es el fruncimiento de los haces del músculo pubo rectal, denominados habitualmente como “elevadores”, mediante uno o dos puntos de sutura con material reabsorbible N° 01¹⁸.

Finalmente se realiza la plastia perineal, suturando la mucosa vaginal y piel perineal de forma continua o entrecortada con material reabsorbible N° 2/0. Puede hacerse una pequeña incisión de descarga del esfínter superficial del ano para aliviar tensión a la sutura¹⁹.

2.2.5.2 Método del colgajo de Warren: Esta intervención está indicada en caso de pequeños desgarros. Consiste en la sustitución de la pared anterior del recto ausente por medio de un colgajo de mucosa vaginal posterior. Se realiza una incisión en “V invertida” en la mucosa vaginal posterior de forma que su punto superior esté a -2 cm. del borde superior del desgarró y lateralmente alcance los extremos retraídos del esfínter externo. El colgajo se disecciona cuidadosamente hacia abajo procurando no perforarlo para no comprometer su aporte vascular. A continuación se reúnen los extremos desgarrados del esfínter y finalmente se aproximan los “elevadores”. Se sutura la mucosa vaginal desde arriba y los bordes del colgajo a la comisura posterior²⁰.

Al final de la intervención, la sutura de la pared vaginal posterior con ambas ramas de la sutura perineal forma una “Y invertida”²⁰.

2.2.6 OPERACIÓN DE NOBLE – MERGENT²¹

Difiere de la técnica clásica en que se realiza una incisión longitudinal media que alcanza el tercio medio o superior de la mucosa vaginal, lo que permite una amplia movilización del recto. Se tracciona hacia abajo de los bordes de la mucosa rectal, se recorta y se sutura a la piel perianal reconstruyendo así el orificio anal. Para reconstruir el cuerpo del periné, se re aproximan los bordes de los músculos transversos y bulbocavernosos. Los demás pasos de la intervención son similares a las técnicas anteriores. Puede dejarse un taponamiento vaginal flojo por un período de 24 horas. En el postoperatorio es conveniente instaurar dieta líquida a las 24 horas e introducir progresivamente dieta semilíquida y pobre en residuos a partir de las 48 horas. El uso de laxantes debe posponerse hasta el 4º o 5º día del postoperatorio²¹.

2.3 HIPÓTESIS

Por ser un trabajo descriptivo no requiere de hipótesis.

2.4 VARIABLES

2.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

Desgarro perineal durante el parto

2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores predisponente

- Edad
- Anemia
- Paridad
- Control prenatal
- Psicofilaxis

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Desgarro perineal²²

Solución de continuidad traumática de la vulva y el periné al momento del descenso, rotación y salida de la cabeza del bebé. Las mujeres sufren desgarros perineales de tercer grado (lesión del esfínter anal) y desgarros perineales de cuarto grado (lesión de la mucosa rectal) durante el parto vaginal.

Los desgarros perineales se clasifican en 4 grados:

- **1er grado:** Compromete solo la piel y los tejidos superficiales.
- **2do grado:** Además de la piel y los tejidos superficiales están comprometidos los músculos de periné.
- **3er grado:** Se extiende de los músculos perineales al esfínter del ano.
- **4to grado:** Las estructuras anteriores más la mucosa rectal.

Factores de riesgo²³

Las principales consecuencias son:

- Hemorragia postparto.
- Shock hipovolémico.
- Hematomas.

Edad²⁴

La edad materna viene hacer el numero en años de vida de la mujer gestante, en obstetricia se puede clasificar en tres rubros principalmente, adolescentes, aquellas menores de 19 años, y en la cual se adquiere la capacidad reproductiva. El otro rubro de edad en obstetricia son las consideradas entre 20 y 34 años de edad, la edad considerada como ideal para un embarazo , las complicaciones dentro de este grupo son menores. Y las añosas, consideradas aquellas embarazadas con más de 35 años, también consideradas como alto riesgo obstétrico porque la mayoría de patologías se encuentra dentro de este grupo.

Anemia Materna²⁵

Deficiencia de hierro las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11g% y el hematocrito se halla por debajo del 32%. Muchas veces está asociada con un pronóstico materno desfavorable clasificándose de la siguiente manera:

- Anemia leve: 9-10.9g/dl

- Anemia moderada: 7-8.9 g/dl
- Anemia severa: < 7 g/dl

Psicoprofilaxis²⁶

Preparación psicofísica del embarazo, parto y puerperio cuyas ventajas consisten en conseguir mayor flexibilidad de los músculos que intervendrán en el momento del parto, logrando romper a su vez con el círculo vicioso temor tensión y dolor. Las sesiones incluyen clases educativas, gimnasia obstétrica, ejercicios de relajación, respiración, etc.

Paridad²⁶

Número de hijos nacidos vivos o muertos que pesan 500g. o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional. Dependiendo de ello pueden ser:

Primípara: Aquella que tiene un hijo.

Múltipara: Aquella que tiene 2 a 5 hijos.

Gran múltipara: Aquella que tiene más de 5 hijos.

Desgarro Vulvoperineal²⁶

Solución de continuidad traumática de la vulva y el periné al momento del descenso, rotación y salida de la cabeza del bebé.

Peso del recién nacido²⁷

Medida somatométrica e indicador expresado en g. Clasificándose de la siguiente manera:

- <1000g. Extremadamente muy bajo peso al nacer.
- <1500g. Muy bajo peso al nacer.
- <2500g. Bajo peso al nacer.
- ≥2500g. Peso adecuado al nacer.
- ≥4000gr. Macrosomía.

Episiotomía profiláctica²⁸

Incisión quirúrgica efectuada en la zona llamada periné efectuándose con una tijera antes de la expulsión del producto, se suele utilizar esta técnica para evitar expulsivos prolongados y desgarros graves.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo transversal, observacional y retrospectivo.

Descriptivo, porque en este nivel se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas²⁹.

Transversal, se evalúan las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo²⁹.

Observacional: observa el fenómeno de estudio más no se manipula la variable independiente²⁹.

Retrospectivo: porque en esta parte el investigado indaga sobre el hecho ocurrido antes del estudio, puesto que se revisarán historias clínicas²⁹.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación fue realizada en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Hospital está ubicado en una zona estratégica, con grandes facilidades de acceso. Tiene un área construida de 15,161m², cuenta con 653 camas físicas de las cuales 621 camas funcionales a más distribuidas en los diversos pabellones con que cuenta; así como 28 camas en Emergencia. Atiende a una población de 1'200,000 personas procedentes de los Distritos de El Agustino, Ate - Vitarte, Santa Anita, La Molina, Cercado de Lima y a una población flotante cercana a las 850,000 personas del distrito de San Juan de Lurigancho. Actualmente es una Institución que se

encuentra en Cambio y Renovación con un plan de desarrollo Institucional 2002 - 2012 que incluye un Plan de Desarrollo Arquitectónico y Catastro del equipamiento que ha servido de base para una serie de proyectos de inversión que mejorarán estas áreas a corto, mediano y largo plazo. Prueba de ello es la construcción y equipamiento del Centro de Excelencia para el control y Transmisión de la Tuberculosis (CENEX). Esto, aunado a un intensivo plan de capacitación de personal y una sistematización informática de los procesos del área administrativa, trabajando así para convertirse en el Hospital del Ministerio de Salud de más alta diversidad y complejidad de atención en el Perú.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población:

Todas las mujeres que fueron atendidas en centro obstétrico del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el tiempo de estudio según estadísticas en el periodo 2016, fueron 3250 mujeres.

3.3.2 Muestra:

La muestra está conformada por 144 historias clínicas de gestantes atendidas en centro obstétrico con diagnóstico de desgarro perineal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2016, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

3.3.3 CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión:

- Gestante atendida en centro obstétrico con diagnóstico de desgarro perineal.
- Pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.
- Historia clínica accesible y con datos completos para el estudio.
- Gestantes sin episiotomía atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.

Exclusión

- Gestante atendida en centro obstétrico que no presentaron de desgarro perineal durante el parto.
- Pacientes que hayan sido atendidas en otra institución diferente al servicio de ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.
- Historia clínica inaccesible y con datos incompletos para el estudio.
- Gestantes con episiotomía atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2016.

3.3.4 Muestreo:

No probabilístico intencionado.

3.3.5 Unidad de análisis:

Una gestante con diagnóstico de desgarro perineal.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORIZACIÓN: Se procedió a solicitar el permiso respectivo al Director del Hospital Nacional Hipólito Unanue al Dr. Luis Wilfredo Miranda Molina en mesa de partes del respectivo hospital , al recibir el cargo se acercó al sistema informativo perinatal (SIP) para información de número de historias clínicas con diagnóstico de desgarro perineal durante el año, luego se procederá a solicitar la autorización al profesional correspondiente del servicio de archivos donde se encuentran las historias clínicas para el ingreso, al cual se le informara el proceso a llevar, consiste en la revisión de historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital; el tiempo estimado para la revisión de la información de la historia clínica que se realizara tres veces por semana con un tiempo de duración de 3 h.

PROCESO DE SELECCIÓN: se aplicaran los criterios de recolección y de selección en las historias que cumplan con las características correspondientes para el estudio.

REGISTRO DE INFORMACIÓN: La recolección de datos será mediante revisión de historias clínicas que se llevara a cabo tres veces por semana y durará aproximadamente 3 h.

DESPEDIDA: Luego de haber culminado con la recolección de datos se procederá a agradecer al personal encargado de dicha área.

REVISIÓN DE DOCUMENTOS: Se cotejará que cada ítem previsto en las historias clínicas se encuentren adecuadamente registrados, al finalizar la revisión se constatará con la firmas del recolector de datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN: Fue elaborado por la autora (anexo 2) empleado en el presente estudio se dio la validación por 3 expertos (anexo 3) la ficha de datos que constaba de preguntas cerradas, el cual consta de las siguientes partes:

I. Características sociodemográficas

1. Edad (3 Items)

II. Antecedentes obstétricos

2. Paridad (3 Items)
3. Control Prenatal (2 Items)
4. Método anticonceptivo (4 Items)
5. Anemia (2 Items)
6. Psicoprofilaxis (2 Items)
7. Tipo de desgarro (4 Items)

III. Antecedentes fetales

8. Peso del recién nacido (2 Items)

IV, Factores de riesgo que contribuyen al Desgarro Perineal (3 Items)

El cuestionario estuvo constituido por 09 v preguntas. **(Anexo 2)**

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos, se solicitó permiso mediante petitorio escrito al Director del Hospital Nacional Hipólito Unanue, con la autorización me presenté a la Oficina de capacitación para el respectivo permiso y luego a la oficina de admisión todos los días hábiles, de acuerdo al horario que me sugirieron, durante el periodo de elaboración del estudio, donde se recopiló la información de las Historias Clínicas.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información volqué los datos a una base de datos realizada en SPSS versión 23 y realicé el análisis estadístico respectivo.

Se procedió al ordenamiento, tabulación y correlación, analizando las proporciones de las variables categóricas de estudio y se realizó gráficos de barras en el programa Ms Excel 2010 que nos permiten tener una visión panorámica de los resultados, se elaboró las tablas de salidas con frecuencias para así identificar los datos de los objetivos, se utilizó frecuencias relativas y absolutas para las variables de tipo categórica (dicotómico y politómico), y para las variables de tipo numérico y continuo se generaron tablas con medidas de tendencia central (promedio). Después se

realizó el análisis bivariado en el que se realizó el cruce de dos variables al mismo tiempo, específicamente las variables del objetivo general del estudio, como variable dependiente (desgarro perineal durante el parto), que se cruzó con la variable independiente (factores que predisponen).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

1. Se puede observar que del total de pacientes las multigestas presentaron desgarros de 1er grado de un 37.5% (54) y las segundigestas presentaron desgarro de 1er grado de 27.1% (39). Las primigestas presentaron en un 20.8% (30) de primer grado y así mismo de segundo grado y tercer grado en 12.1% (3).
2. Se observa que el mayor porcentaje de desgarro perineal de 1er grado se presenta en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7% (96); de 3er grado es el grupo etáreo menor o igual de 19 años con un 2.1% (3).
3. Se halló que el 81.3% (117) sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre 2500 a 4000 gr. y 2.1% (3) de tercer grado, y en los macrosómico se encontró un 4.2% (6) en desgarro de primer y segundo grado.
4. Se encontró que el 79.2% (114) con desgarro de primer grado, tuvo anemia; y el 6.3% (9) no tuvo anemia, con desgarro de primer grado.
5. Del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% (78) tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis, el 31.3 % (45) si realizaron preparación psicoprofiláctica.

Tabla 01

LA FRECUENCIA DE DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO CON PARIDAD DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016

| PARIDAD | | | | | | | | |
|--------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| GRADOS DE DESGARRO CON PARIDAD | PRIMIGESTA | | SEGUNDIGESTA | | MULTIGESTA | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1ER GRADO | 30 | 20,8% | 39 | 27,1% | 54 | 37,5% | 123 | 85,4% |
| 2DO GRADO | 3 | 12,1% | 12 | 8,3% | 3 | 2,1% | 18 | 12,5% |
| 3ER GRADO | 3 | 12,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 2,1% |
| TOTAL | 36 | 25,0% | 51 | 35,4% | 57 | 39,6% | 144 | 100,0% |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

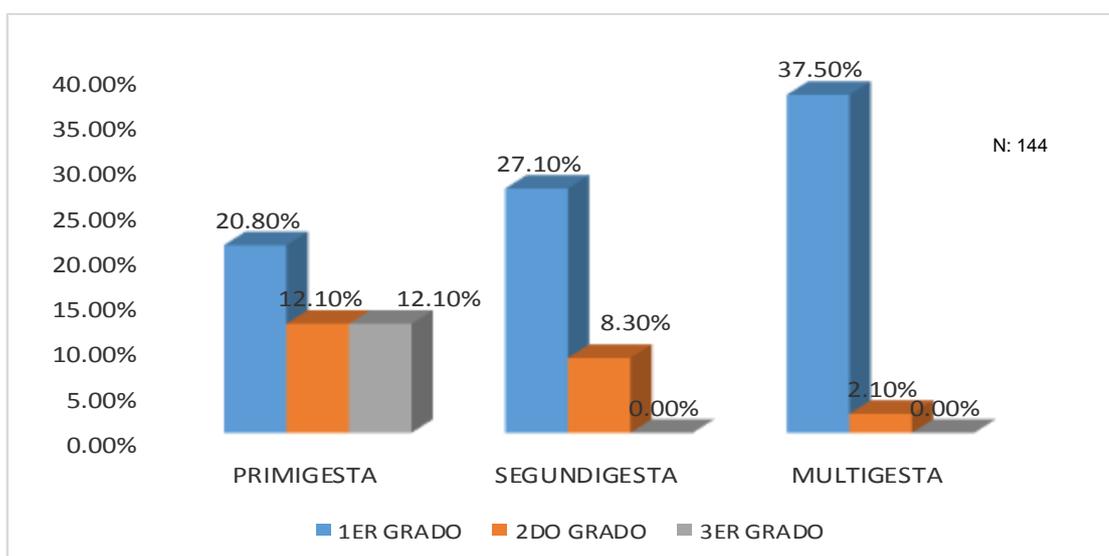
AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En la Tabla 01 se puede observar que del total de pacientes las multigestas presentaron desgarros de 1er grado de un 37.5% (54) y las segundigestas presentaron desgarro de 1er grado de 27.1% (39) y las primigestas presentaron en un 20.8% (30) de primer grado y así mismo de segundo grado y tercer grado en 12.1% (3).

Gráfico 01

LA FRECUENCIA DE DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO CON PARIDAD DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En el Gráfico 01 se puede observar que del total de pacientes las multigestas presentaron desgarros de 1er grado de un 37.5% (54) y las segundigestas presentaron desgarro de 1er grado de 27.1% (39) y las primigestas presentaron en un 20.8% (10) de primer grado y así mismo de segundo grado y tercer grado en 12.1% (3).

Tabla 02

**LA EDAD DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL
DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016**

| EDAD | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------|---------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|---------------|
| GRADOS DE DESGARRO CON EIDADES | <ò= DE 19 AÑOS | | 20 A 35 AÑOS | | >36 AÑOS | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1ER GRADO | 12 | 8,3% | 96 | 66,7% | 15 | 10,4% | 123 | 85,4% |
| 2DO GRADO | 3 | 2,1% | 9 | 6,3% | 6 | 4,2% | 18 | 12,5% |
| 3ER GRADO | 3 | 2,1% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 2,1% |
| TOTAL | 18 | 12,5% | 105 | 72,9% | 21 | 14,6% | 144 | 100,0% |

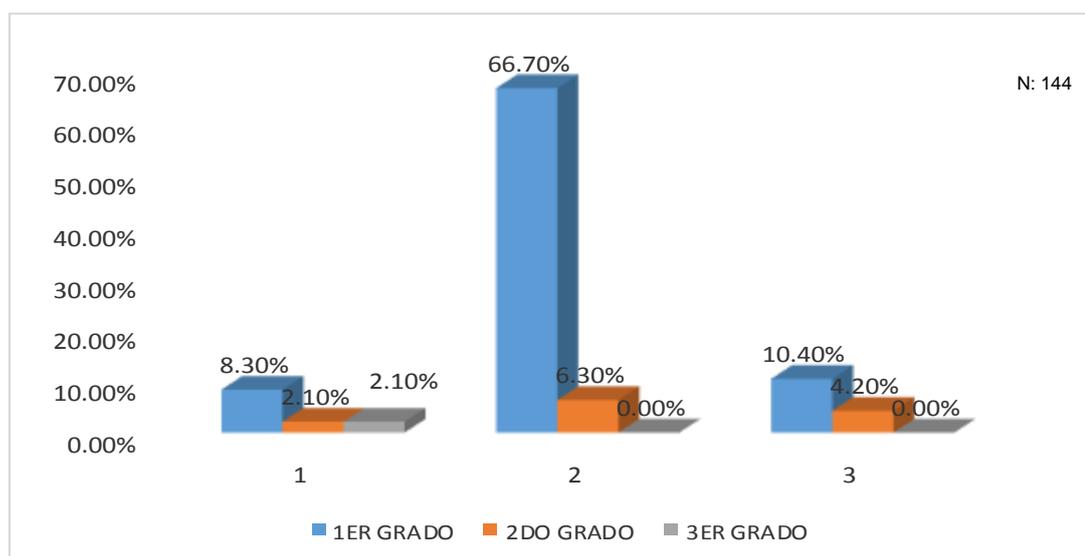
FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En la Tabla 02 se observa que el mayor porcentaje de desgarro perineal de 1er grado se presenta en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7% (96); de 3er grado es el grupo etáreo menor o igual de 19 años con un 2.1% (3).

Gráfico 02

LA EDAD DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En el Gráfico 02 se observa que el mayor porcentaje de desgarro perineal de 1er grado se presenta en el grupo etáreo de 20 a 35 años con un 66.7% (96); de 3er grado es el grupo etáreo menor o igual de 19 años con un 2.1% (3).

Tabla 03

EL PESO DEL RECIÉN NACIDO DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016

| PESO DEL RECIÉN NACIDO | | | | | | |
|--|--|----------|----------------------------|----------|--------------|---------------|
| GRADOS DE DESGARRO CON PESO DEL RECIÉN NACIDO | ≥2500g. Peso adecuado al nacer. | | ≥4000gr. Macrosomía | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 1ER GRADO | 117 | 81,3% | 6 | 4,2% | 123 | 85,4% |
| 2DO GRADO | 12 | 8,3% | 6 | 4,2% | 18 | 12,5% |
| 3ER GRADO | 3 | 2,1% | 0 | 0,0% | 3 | 2,1% |
| TOTAL | 132 | 91,7% | 12 | 8,3% | 144 | 100,0% |

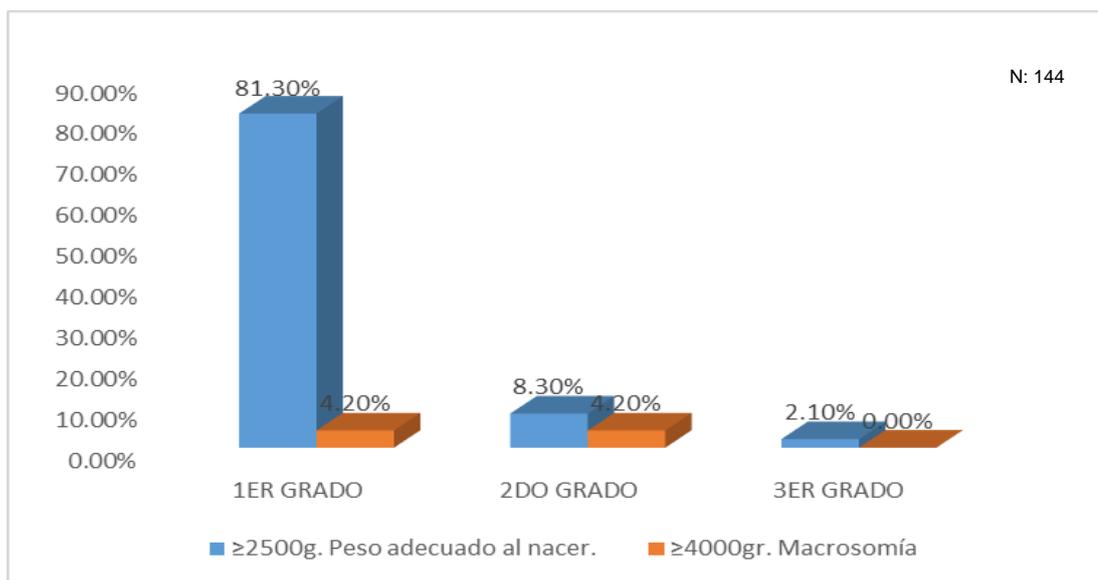
FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En la Tabla 03 se halló que el 81.3% (117) sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre 2500 a 4000gr. y 2.1% (3) de tercer grado, y en los macrosómico se encontró un 4.2% (6) en desgarro de primer y segundo grado.

Gráfico 03

EL PESO DEL RECIÉN NACIDO DONDE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL DESGARRO PERINEAL SEGÚN EL GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En el Gráfico 03 se halló que el 81.3% (117) sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso entre 2500 a 4000gr. y 2.1% (3) de tercer grado, y en los macrosómico se encontró un 4.2% (6) en desgarro de primer y segundo grado.

Tabla 04

PRESENCIA DE ANEMIA EN LAS PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL SEGÚN GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016

| ANEMIA | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|-------|-----------|------|--------------|---------------|
| GRADOS DE DESGARRO CON ANEMIA | SI | | NO | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 1ER GRADO | 114 | 79,2% | 9 | 6,3% | 123 | 85,4% |
| 2DO GRADO | 15 | 10,4% | 3 | 2,1% | 18 | 12,5% |
| 3ER GRADO | 3 | 2,1% | 0 | 0,0% | 3 | 2,1% |
| TOTAL | 132 | 91,7% | 12 | 8,3% | 144 | 100,0% |

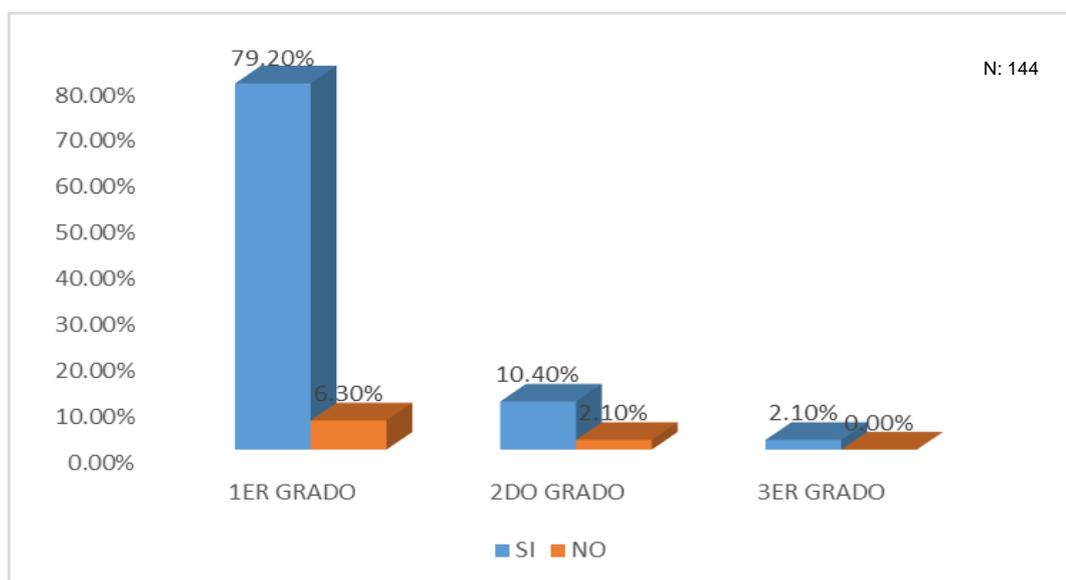
FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En la Tabla 04 se encontró que el 79.2% (114) con desgarro de primer grado, tuvo anemia; y el 6.3% (9) no tuvo anemia, con desgarro de primer grado.

Gráfico 04

PRESENCIA DE ANEMIA EN LAS PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL SEGÚN GRADO DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En el Gráfico 04 se encontró que el 79.2% (114) con desgarro de primer grado, tuvo anemia; y el 6.3% (9) no tuvo anemia, con desgarro de primer grado.

Tabla 05
PSICOPROFILAXIS EN LAS PACIENTES CON DESGARRO
PERINEAL SEGÚN GRADO EN EL HOSPITAL NACIONAL
HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016

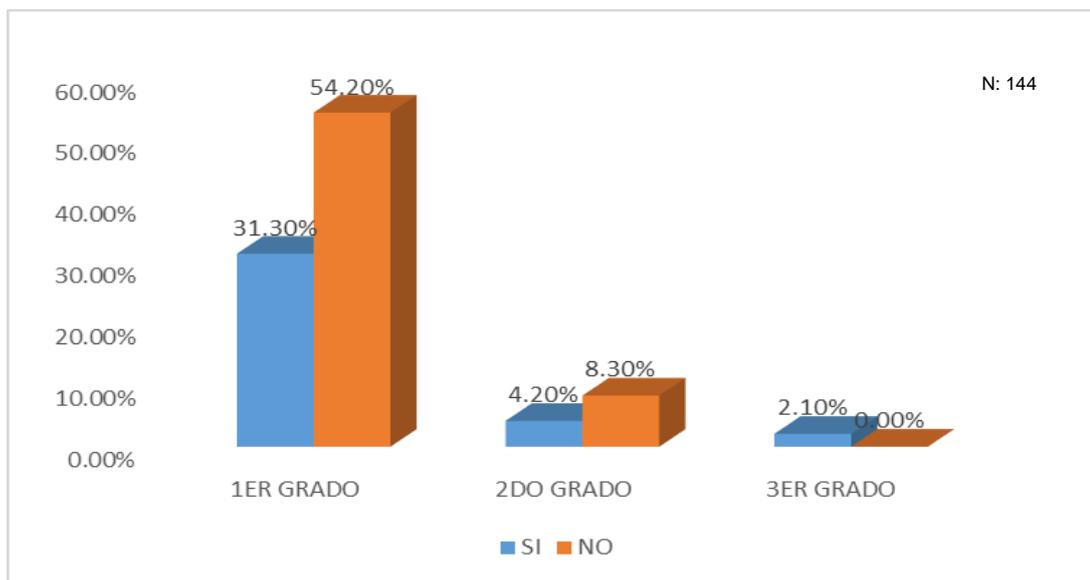
| PSICOPROFILAXIS | | | | | | |
|---|-----------|-------|-----------|-------|--------------|---------------|
| GRADOS DE DESGARRO CON PSICOPROFILAXIS | SI | | NO | | TOTAL | |
| | N | % | N | % | N | % |
| 1ER GRADO | 45 | 31,3% | 78 | 54,2% | 123 | 85,4% |
| 2DO GRADO | 6 | 4,2% | 12 | 8,3% | 18 | 12,5% |
| 3ER GRADO | 3 | 2,1% | 0 | 0,0% | 3 | 2,1% |
| TOTAL | 54 | 37,5% | 90 | 62,5% | 144 | 100,0% |

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
 AUTOR: EALABORACION PROPIA

Interpretación:

En la Tabla 05 se observa que del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% (78) tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis, el 31.3 % (45) si tuvo preparación psicoprofiláctica.

Gráfico 05
PSICOPROFILAXIS EN LAS PACIENTES CON DESGARRO PERINEAL SEGÚN GRADO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016



FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
 AUTOR: ELABORACIÓN PROPIA

Interpretación:

En el Gráfico 05 se observa que del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% (78) tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis, el 31.3 % (45) si realizaron dicha preparación.

4.2 DISCUSIÓN

1. Con respecto a la paridad y el desgarro perineal, los datos encontrados en esta investigación son similares a los hallados por Santos K., quien en su investigación encontró que el mayor número de desgarros ocurrieron en multíparas con 83.3%, siguiendo los desgarros de las de segunda paridad con mayor frecuencia. Así mismo concuerda con el trabajo de Danae Atunca y Cynthia Huamán en el Instituto Materno Perinatal 2010 quienes encontraron que la mayor frecuencia con desgarros perineales pertenecieron al grupo de multíparas.
2. Teóricamente se acepta que a edades muy tempranas o tardías, el riesgo de desgarros perineales aumenta, lo que no pudo ser confirmado estadísticamente en este trabajo. Esto concuerda con el estudio realizado por Danae Atunca y Cynthia Huamán en el Instituto Materno Perinatal 2010 quienes encontraron en su estudio, en ambos grupos la mayor prevalencia de desgarros fluctúan entre los 20-34 años y el que menos porcentaje tuvo desgarro fueron las mayor de 35 años consideradas como añosas.
3. Respecto al peso del recién nacido se halló que el 81.3% sufrió desgarro de primer grado en recién nacido con peso adecuado, el cual concuerda con Santos Katherine que se observó la mayor frecuencia de desgarro perineal es entre 2500-4000g también concuerda con el trabajo realizado por Atunca quien tuvo como resultados la mayor

frecuencia de desgarro perineal es entre 2501 a 3999 gr. con 237 pacientes (83.8%). Así mismo Guamán en su estudio como riesgo asociado el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2501 a 3500 gr. que fue el porcentaje más alto.

4. Respecto a la presencia de anemia en la gestación, el grupo con desgarro perineal de primer grado, en un mayor porcentaje con un 79.2% presentó anemia en la gestación. Esto concuerda con el trabajo de Danae Atunca y Cynthia Huamán quien concluye en su estudio que el tener anemia aumenta el riesgo de presentar desgarro perineal en 1.9 veces más.
5. En cuanto a la preparación psicoprofiláctica, se puede decir que del grupo que presentaron desgarro perineal de primer grado en un 54.2% tuvieron ausencia de las clases de Psicoprofilaxis, el 31.3 % si tuvo preparación psicoprofiláctica. Estos resultados concuerda con el trabajo de Danae Atunca y Cynthia Huamán quien encontró que El 73.8% no realizaron la preparación psicoprofiláctica.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

De la investigación realizada, se concluye:

1. La frecuencia de desgarros según paridad, las multigestas tienen mayor riesgo desarrollar desgarros perineales, en su mayoría de primer grado, seguidas de las segundigestas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
2. En cuanto a la edad, las pacientes con edades que fluctúan entre 20-34 años tienen mayor riesgo de presentar desgarros perineales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
3. La mayor frecuencia de desgarros perineales se presentó en los recién nacidos con peso entre 2500 a 4000 gr en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
4. En cuanto a la anemia, las pacientes con anemia antes del parto tienen mayor riesgo de desarrollar desgarros perineales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.
5. La realización de clases de psicoprofilaxis disminuye el riesgo de presentar desgarros perineales en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016.

5.2 RECOMENDACIONES

Al equipo de Obstetras y Ginecólogos, del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el Año 2016, se le recomienda:

1. Se recomienda reforzar la atención adecuada del parto en gestantes multigestas y valorar el uso de la episiotomía, Ya que en el presente estudio se demostró que tienen mayor riesgo de desgarro de primer grado.
2. Crear estrategia para mejorar la captación, control prenatal y la asistencia a Psicoprofilaxis en nuestro grupo de riesgo que es de 20 a 35 años.
3. Concientizar a la población gestante de realizar sus controles prenatales, para que de esta forma por medio de prevención secundaria, se realicen todos sus exámenes de rutina, y orientación sobre la alimentación adecuada.
4. Crear estrategia para mejorar la captación, control prenatal y el seguimiento de las gestantes con previa toma de muestra de laboratorio para descarte principalmente de anemia.
5. Se deber reforzar la capacitación adecuada y captación de gestantes para las sesiones de Psicoprofilaxis; en el presente estudio resultó dependiente para el desgarro perineal de primer grado y segundo grado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LvanDriel SME. (2011). Reparación Quirúrgica de desgarros Perineales Espontáneos que ocurren durante el Parto Versus Ninguna Intervención. SME Cochrane Database of Systematic.
2. Hamilton EF, Smith S, Yang L, Warrick P, Ciampi A. Third and fourth-degree perineal lacerations: defining high-risk clinical clusters. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 204:309.e1-6.
3. Longaray Chau, Alexander. Factores de riesgo asociados a desgarros perinatales de III y IV grado, Hospital Belén de Trujillo, enero 2002 a diciembre 2008. Tesis para optar el título de Médico. Universidad Nacional de Trujillo 2010.
4. García Hernández J.A, Reyes Iglesias M.I, Cazorla Betancor M, Delgado Godoy C, Martín Martínez A. "Asistencia obstétrica y trauma perineal". *Prog Obstet Ginecol* 2007; 50: 273-81.
5. Marcia Judith Guamán Gusqui. Trauma Obstétrico en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis para optar el título de obstetra, universidad de Guayaquil, Ecuador 2013.
6. I Mora Hervás, E Sánchez Ruíz, M España Pons. Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas. congreso nacional, S.E.G.O Sevilla, 2011.

7. M. Lorenzo-Pliego, L. Villanueva. "Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias", Mexico. Rev CONAMED ,2013; 18(3): 111-116
8. Giuliana Katheryn Oviedo Maravi. Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el centro Obstétrico del Hospital San José del callao durante el año 2014. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma, LimaPerú 2016
9. Atunca D. en su trabajo de investigación titulada Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010.
10. Adela C. Los Desgarros Vulvoperineales Y Sus Factores De Riesgo En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa, Durante Los Meses De Enero-Junio Del 2003.
11. Elharmeel S, C. Y. (2011). Reparación quirúrgica de desgarros perineales espontáneos que ocurren durante el parto versus ninguna intervención. F, U. I. (1977). Obstetricia Práctica (Vol. 18). Buenos Aires.
12. Aasheim V, N. A. (2011). Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal.
13. Dirección Nacional de Maternidad e infancia control Preconcepcional, Prenatal y puerperal. Edición 2013 Argentina. Pag. 28-35.
14. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth [Cochrane Review]. In The Cochrane Library, Issue 2, Oxford, Update Software, 2003.

15. Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1083-5.
16. CARROLI G, BELIZAN J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software 2001.
17. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
18. Mejía María ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina? *Colomb Med* 2004; 35: 75-81
19. Carroli G. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software 2001.
20. Velásquez G. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2004; 64 (3): 121–7.
21. OPS - USAID. Prevención de la hemorragia posparto: Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto. 2002.
22. A.Calle. Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. En: *Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales*. Vol 2, 2008;54:233-243
23. Militza Angelina Lorenzo-Pliego, Luis Alberto Villanueva-Egan. Factores relacionados con el trauma perineal grave de origen obstétrico. *El*

- impacto de las prácticas rutinarias. Rev. CONAMED 2013; 18(3): 111-116.
24. Malvino E. Hemorragias Obstétricas Graves en el período peri parto. Lecciones de Medicina Crítica. 2001.
25. Sociedad Peruana De Ginecología Y Obstetricia. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. 2002:35.
26. Usandizaga JM. Fístulas genitales. Protocolos de la S.E.G.O. Nº 55. 1993.
27. Llaca Rv, Fernandez Aj. Obstetricia Clínica. Primera Edición. México, McGraw- Hill Interamericana Editores. 200:453-455.
28. Gómez, Marcelo. Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Córdoba. Argentina. 2006 Pag.88.

BIBLIOGRAFÍA

- Williams. Enfermedades de las vías urinarias. En: Obstetricia. 23va edición (2014). Editorial Mcgraw-Hill Interamericana. Cap48. Pág. 1093-1110.
- Botero V. Jaime 1993. Flora Vaginal Fisiológica y patológica, Clínicas obstétricas y patológicas. (105-118).
- Gómez, Marcelo. Introducción a la metodología de la investigación científica. Editorial Córdoba. Argentina. 2006 Pag.88.

ANEXOS
Anexo 01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

| VARIABLE DE ESTUDIO | INDICADOR | ESCALA DE MEDICION | INSTRUMENTO |
|---------------------------------|---|--------------------|--|
| Variable Independiente | | | |
| Factores que predisponen | <u>Características sociodemográficos</u> 1. Edad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <ò= de 19 años ▪ 20 a 35 años ▪ >36 años | Nominal | Estadísticas del "HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE" Historia Clínica Perinatal |
| | <u>Antecedentes obstétricos</u> 2. Paridad. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primigesta ▪ Segundigesta ▪ Multigesta | Ordinal | |
| | 3. Control Prenatal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No | Ordinal | |
| | 4. Método anticonceptivo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oral. ▪ Parenteral. ▪ Barrera. ▪ DIU. | Ordinal | |
| | 5. Anemia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No | Ordinal | |

| | | | |
|-----------------------------|---|---------|------------------------------------|
| | 6. Psicoprofilaxis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No | Ordinal | |
| Variable Dependiente | | | |
| DESGARRO PERINEAL | <u>Tipo de desgarro perineal</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1er grado. ▪ 2do grado. ▪ 3er grado. ▪ 4to grado. | Ordinal | Historia Clínica Ficha de datos |
| | <u>Peso del recién nacido</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥2500g. Peso adecuado al nacer. ▪ ≥4000gr. Macrosomía. | Ordinal | |
| | <u>Factores que predisponen</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Materno ▪ Obstétrico ▪ Ninguno | Ordinal | |



Anexo 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES QUE PREDISPONEN AL DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016.

Autor: Iván Marco Córdova Tello

I. Características sociodemográficas

1. Edad

- \leq de 19 años
- 20 a 35 años
- >35 años

II. Antecedentes obstétricos

2. Paridad

- Primigesta
- Segundigesta
- Multípara

3. Control Prenatal

- Si
- No

4. Método anticonceptivo

- Oral
- Parenteral
- Barrera

- DIU

5. Anemia:

- Si
- NO

6. Psicoprofilaxis

- SI
- NO

7. Tipo de desgarro

- 1er grado
- 2do grado
- 3er grado
- 4to grado

III. Antecedentes fetales

8. Peso del recién nacido

- ≥ 2500 gr. Peso adecuado al nacer
- ≥ 4000 gr. Macrosomía

IV. Factores de riesgo que contribuyen al Desgarro Perineal

- Materno
- Obstétrico
- Ninguno

Anexo 03
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS- EXPERTOS
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

| N° | DIMENSIONES / ITEMS | PERTINENCIA | | RELEVANCIA | | CLARIDAD | | SUGERENCIA |
|-----|---|-------------|----|------------|----|----------|----|------------|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| I | Características sociodemográficas | | | | | | | |
| 1 | ¿El estudio incluye todas las edades de las gestantes? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | ¿Considera importante el grado de instrucción de la gestante? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | ¿Es importante el estado civil de la gestante? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | ¿Tiene influencia la ocupación de la gestante? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| II | Datos de Antecedentes Gineco Obstétricos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | ¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | ¿Es importante considerar el control prenatal? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | ¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | ¿es importante saber el grado de desgarro? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| III | Antecedentes fetales | ✓ | | | | ✓ | | |
| 9 | ¿Tiene importancia saber el sexo del recién nacido? | ✓ | | | ✓ | ✓ | | |
| 10 | ¿Importa para el trabajo conocer el factor de riesgo que contribuye al desgarro perineal? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir() No aplicable()

Apellidos y nombres del juez evaluador: Romulo Panaque Fernandez

Lima, 09 de enero del 20 17

DNI: 07725163

Especialidad del evaluador: Medico Ginecologista

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"

DR. ROMULO PANAQUE FERNANDEZ
C.M.P. N° 14877 - R.M.E. N° 5685
Médico Jefe del Servicio
Ginecología y Obstetricia Médico Quirúrgico

Anexo 03
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS- EXPERTOS
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

| N° | DIMENSIONES / ITEMS | PERTINENCIA | | RELEVANCIA | | CLARIDAD | | SUGERENCIA |
|-----|---|-------------|----|------------|----|----------|----|------------|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| I | Características sociodemográficas | | | | | | | |
| 1 | ¿El estudio incluye todas las edades de las gestantes? | / | | / | | / | | |
| 2 | ¿Considera importante el grado de instrucción de la gestante? | / | | / | | / | | |
| 3 | ¿Es importante el estado civil de la gestante? | / | | / | | / | | |
| 4 | ¿Tiene influencia la ocupación de la gestante? | / | | / | | / | | |
| II | Datos de Antecedentes Gineco Obstétricos | | | | | | | |
| 5 | ¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión? | / | | / | | / | | |
| 6 | ¿Es importante considerar el control prenatal? | / | | / | | / | | |
| 7 | ¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión? | / | | / | | / | | |
| 8 | ¿es importante saber el grado de desgarro? | / | | / | | / | | |
| III | Antecedentes fetales | | | | | | | |
| 9 | ¿Tiene importancia saber el sexo del recién nacido? | / | | / | | / | | |
| 10 | ¿Importa para el trabajo conocer el factor de riesgo que contribuye al desgarro perineal? | / | | / | | / | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir() No aplicable()

Apellidos y nombres del juez evaluador: Adrian Tolentino

Especialidad del evaluador: Ginecología y Obstetricia

Lima, 09 de enero del 20 17

DNI: 44248870

(Firma manuscrita)
 Dr. Adrian Tolentino
 Ginecología y Obstetricia
 CMP 62049

FIRMA

Anexo 03
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS- EXPERTOS
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

| N° | DIMENSIONES / ITEMS | PERTINENCIA | | RELEVANCIA | | CLARIDAD | | SUGERENCIA |
|-----|---|-------------|----|------------|----|----------|----|------------|
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| I | Características sociodemográficas | | | | | | | |
| 1 | ¿El estudio incluye todas las edades de las gestantes? | / | | / | | / | | |
| 2 | ¿Considera importante el grado de instrucción de la gestante? | / | | / | | / | | |
| 3 | ¿Es importante el estado civil de la gestante? | / | | / | | / | | |
| 4 | ¿Tiene influencia la ocupación de la gestante? | / | | / | | / | | |
| II | Datos de Antecedentes Gineco Obstétricos | | | / | | | | |
| 5 | ¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión? | / | | / | | / | | |
| 6 | ¿Es importante considerar el control prenatal? | / | | / | | / | | |
| 7 | ¿El grado de paridad influye en el estudio en cuestión? | / | | / | | / | | |
| 8 | ¿es importante saber el grado de desgarro? | / | | / | | / | | |
| III | Antecedentes fetales | | | | | | | |
| 9 | ¿Tiene importancia saber el sexo del recién nacido? | / | | / | | / | | |
| 10 | ¿Importa para el trabajo conocer el factor de riesgo que contribuye al desgarro perineal? | / | | / | | / | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (X) Aplicable después de corregir() No aplicable()

Apellidos y nombres del juez evaluador: Barboza Cieza, Reamio

Lima, 09 de enero del 20 17

DNI: 25456559

Especialidad del evaluador: Ginecología y Obstetricia

Barboza Cieza

Dr. Reamio Barboza Cieza
Médico Gineco-Obstetra
C.M.P. FIRMA R.N.E. 3649
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Anexo 04
MATRIZ DE CONSISTENCIA
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

| PROBLEMA | OBJETIVO | JUSTIFICACIÓN | VARIABLES | METODOLOGIA | INFORMANTE |
|--|---|---|------------------------------------|---|--|
| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | | V. INDEPENDIENTE | TIPOS DE INVESTIGACION | FUENTE |
| ¿Cuáles son los factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016? | Determinar los Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. | | Factores que predisponen | El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo transversal, observacional y retrospectivo | |
| PROBLEMAS ESPECIFICOS | OBJETIVOS ESPECIFICOS | | V.DEPENDIENTE | POBLACION | |
| 1. ¿Cuál es la frecuencia de desgarro perineal según el grado con paridad durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016? 2. ¿Cuál es la edad donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016? 3. ¿Cuál es el peso del recién nacido donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016? 4. ¿Hubo presencia de anemia en las pacientes con desgarro perineal según grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016? 5. ¿Se realizó psicoprofilaxis en las pacientes con desgarro perineal según grado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016? | 1. Identificar la frecuencia de desgarro perineal según el grado con paridad durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. 2. Conocer la edad donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. 3. Describir el peso del recién nacido donde se presenta con mayor frecuencia el desgarro perineal según el grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. 4. Determinar la presencia de anemia en las pacientes con desgarro perineal según grado durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. 5. Identificar la realización de psicoprofilaxis en las pacientes con desgarro perineal según grado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. | Los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016 es una de las entidades obstétricas más usuales y cuya consecuencia pueden ser las más desfavorables en a la salud de la madre, trayendo en conjunto graves y diversas complicaciones. Teórico: Los desgarros perineales constituyen una de las causas principales de hemorragia puerperal, shock hipovolémico, infecciones, hematomas, dispareunias, etc. | Desgarro Perineal durante el parto | Todas las mujeres que fueron atendidas en centro obstétrico del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el tiempo de estudio según estadísticas en el periodo 2016, fueron 1250 mujeres. | Ficha De Recolección De Datos Hospital Hipólito Unanue |

Anexo 05
BASES DE DATOS
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 16 de 16 variables

| | EDAD | RESIDENCIA | ESTADO_CIVIL | RAZA | ESTUDIO | OCUPACIÓN | PARIDAD | CONTROL | MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS | EVALUACIÓN NUTRICIONAL | GANANCIA PONDERAL |
|----|--------------|------------|--------------|---------|------------------|-------------|--------------|---------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------------|
| 1 | 35-39 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | EDUC. SUPERIO... | COMERCIANTE | MULTIGESTA | SI | Barrera | Ninguno | 26.0-29.0 | <8 |
| 2 | Menos de ... | RURAL | SOLTERA | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | PRIMIGESTA | SI | Parenteral | Ninguno | 26.0-29.0 | <8 |
| 3 | 20-24 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | MULTIGESTA | SI | Parenteral | Ninguno | 26.0-29.0 | <8 |
| 4 | 20-24 años | URBANO | CASADA | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | MULTIGESTA | SI | Barrera | Hipertensi... | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 5 | 25-29 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | EDUC. SUPERIO... | AMA DE CASA | MULTIGESTA | SI | Oral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 6 | 30-34 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | EDUC. SUPERIO... | OTROS | MULTIGESTA | SI | Parenteral | Diabetes G... | 26.0-29.0 | Mayor de 2... |
| 7 | 20-24 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | MULTIGESTA | NO | Ninguno | Ninguno | 26.0-29.0 | 8 a 15 |
| 8 | 30-34 años | RURAL | CONVIVIENTE | MESTIZO | PRIMARIA | OBRERA | MULTIGESTA | SI | Parenteral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 9 | Menos de ... | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | PRIMIGESTA | SI | Barrera | Ninguno | 26.0-29.0 | 8 a 15 |
| 10 | 30-34 años | URBANO | CASADA | MESTIZO | EDUC. SUPERIO... | AMA DE CASA | PRIMIGESTA | SI | Ninguno | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 11 | 20-24 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | SEGUNDIGESTA | SI | Parenteral | Ninguno | Mayor de 2... | Mayor de 2... |
| 12 | 20-24 años | URBANO | CASADA | NEGRO | EDUC. SUPERIO... | AMA DE CASA | PRIMIGESTA | SI | Ninguno | Ninguno | 26.0-29.0 | 8 a 15 |
| 13 | 30-34 años | RURAL | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | MULTIGESTA | SI | Oral | Diabetes ... | Mayor de 2... | Mayor de 2... |
| 14 | 25-29 años | URBANO | CASADA | NEGRO | EDUC. SUPERIO... | OTROS | SEGUNDIGESTA | SI | Ninguno | Ninguno | Mayor de 2... | Mayor de 2... |
| 15 | 25-29 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | OBRERA | MULTIGESTA | SI | Oral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 16 | 30-34 años | URBANO | CASADA | BLANCO | EDUC. SUPERIO... | OTROS | MULTIGESTA | SI | Ninguno | Diabetes G... | Mayor de 2... | Mayor de 2... |
| 17 | 25-29 años | URBANO | CASADA | MESTIZO | EDUC. SUPERIO... | OTROS | PRIMIGESTA | SI | Oral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 18 | 25-29 años | URBANO | CONVIVIENTE | NEGRO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | PRIMIGESTA | SI | Parenteral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 19 | 20-24 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | SEGUNDIGESTA | SI | Oral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 20 | 25-29 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | SEGUNDIGESTA | SI | Parenteral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 21 | 35-39 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | MULTIGESTA | SI | Oral | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 22 | 25-29 años | RURAL | CONVIVIENTE | BLANCO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | MULTIGESTA | SI | Ninguno | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |
| 23 | 35-39 años | URBANO | CONVIVIENTE | MESTIZO | SECUNDARIA | AMA DE CASA | PRIMIGESTA | SI | DIU | Ninguno | Mayor de 2... | 8 a 15 |

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

ES 07:22 a.m. 22/02/2017