



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Tesis

Relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte; 2017

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia**

Presentado por:

Autora: Mendoza Buquez, Bárbara

Autora: Sandoval Calle, Carolina Sujey Mallara

Asesora: Mg. Caldas Herrera, María Evelina

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4955-8094>

Lima – Perú

2019

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios, por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos. A nuestros padres por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor. A los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario.

AGRADECIMIENTO

La presente tesis es el resultado de nuestro esfuerzo. Por ello, nuestros más sinceros agradecimientos están dirigidos hacia nuestras familias, por siempre brindarnos su apoyo incondicional. Asimismo, nuestros principales agradecimientos están dirigidos hacia nuestra asesora de tesis, por su paciencia, amabilidad y buena disposición, y por el tiempo que nos dedicó para que este trabajo culmine exitosamente.

ASESOR DE TESIS

Dra. Caldas Herrera, María.

JURADOS

Presidente: Dra. Yda Rafaela Rodriguez Huamán

Secretario: Mag. Félix Ayala Peralta

Vocal: Dr. Walter Tapia Nuñez

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Formulación del problema.....	13
1.3. Justificación.....	14
1.4. Objetivo	
1.4.1. Objetivo General.....	15
1.4.2. Objetivo Específico.....	15
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	16
2.2. Base Teórica.....	27
2.3. Terminología básica.....	36
2.4. Hipótesis.....	37
2.5. Variables	38
2.6. Definición Operacional de términos.....	39
3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de Investigación.....	40
3.2. Población y Muestra.....	40
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	41
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	43
3.5. Aspectos éticos.....	43
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados.....	44
4.2. Discusión.....	51
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	56
5.2. Recomendaciones.....	57

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad de pacientes con anemia atendidas en el Hospital Vitarte, 2017.....45

Tabla 2: Paridad de pacientes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017.....46

Tabla 3: Personal que atendió el parto a las pacientes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017.....47

Tabla 4: Tipos de desgarro perineal que presentaron las pacientes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017.48

Tabla 5: Peso del recién nacido en pacientes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017.....49

Tabla 6: Chi-cuadrado: Relación del desgarro perineal y peso del recién nacido en pacientes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017.....50

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer la relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte; 2017.

MATERIALES Y MÉTODO: Estudio de tipo correlacional, retrospectivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por un total 2612 gestantes de partos vaginales, que presentaron anemia y no se realizó episiotomía. Siendo un total de 274 casos para el año 2017, datos obtenidos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Vitarte. La muestra fue 110 historias clínicas de gestantes de parto vaginal con anemia sin episiotomía (selección por conveniencia); de los cuales se asignaron 55 historias clínicas de gestantes que presentaron desgarro perineal y 55 historias clínicas de gestantes que no presentaron desgarro perineal, para luego considerar el peso del recién nacido.

RESULTADOS: Se estima el 4.1% de Incidencia de desgarro perineal en gestantes con anemia, sin episiotomía. El 33% la edad de las gestantes con desgarro perineal fueron de 21 a 25 años, mientras que el 35% la edad de las gestantes que no presentaron desgarro perineal fueron de 26 a 30 años. El 78% y 65% de las gestantes con desgarro perineal y sin desgarro perineal fueron multíparas. El 51% con desgarro perineal son atendidas más frecuentes por médicos residentes, en cambio el 43% que no presentaron desgarro perineal son atendidas por las obstetras. El 100% presentaron desgarro de primer grado. El 95% y 89% de los recién nacido de las gestantes con desgarro perineal y sin desgarro perineal presentaron un peso normal.

CONCLUSIÓN: El 5% de gestantes con recién nacido macrosómico y 95% con recién nacido con peso normal presentaron desgarro perineal durante el periodo de estudio. La incidencia de desgarros perineales en gestantes con anemia, sin episiotomía en el Hospital Vitarte durante el año 2017 fue de 4.1%. El grupo etáreo que presentó mayor desgarro perineal fue de 21 - 25 años con un 33%. En relación con la paridad, el 78% de las gestantes multíparas presentaron mayor frecuencia de desgarros perineales. El primer grado es el tipo de desgarro perineal que presentaron las gestantes con anemia. El peso del recién nacido no tiene relación con el desgarro perineal en gestantes con anemia del Hospital Vitarte en el año 2017.

PALABRAS CLAVES: Desgarro perineal, peso del recién nacido.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To establish the relation of the weight of the newborn and the perineal tears in pregnant women with anemia in the Hospital Vitarte; 2017.

MATERIAL AND METHODS: Correlational, retrospective and cross-sectional type study. The study population consisted of a total of 2612 pregnant women from vaginal deliveries, who presented anemia and did not undergo episiotomy. Being a total of 274 cases for the year 2017, data obtained from the Office of Statistics and Informatics of Hospital Vitarte. The sample was 110 clinical records of pregnant women in vaginal delivery with anemia without episiotomy (selection for convenience); of which 55 clinical histories of pregnant women who presented perineal tear and 55 clinical histories of pregnant women who did not present a perineal tear were taken, to then take the weight of the newborn.

RESULTS: An estimated 4.1% of incidences of perineal tear in pregnant women with anemia, without episiotomy. 33% the age of pregnant women with perineal tear were 21 to 25 years, while 35% the age of pregnant women who did not have perineal tear were 26 to 30 years. 78% and 65% of the pregnant women with perineal tear and without perineal tear were multiparous. 51% with perineal tear are treated more frequently by resident doctors, while 43% who did not present a perineal tear are treated by obstetricians. 100% had a first degree tear. 95% and 89% of the newborns of the pregnant women with perineal tear and without perineal tear presented a normal weight.

CONCLUSION: The 5% of pregnant women with macrosomic newborn and 95% with newborn with normal weight presented perineal tear during the period the study. The incidence of perineal tears in pregnant women with anemia, without episiotomy in the Hospital Vitarte during the year 2017 is 4.1%. The age group that presented the greatest perineal tear was 21 - 25 years old with 33%. In relation to parity, 78% of the multiparous pregnant women presented a greater frequency of perineal tears. The first degree is the type of perineal tear presented by pregnant women with anemia. The weight of the newborn is not related to the perineal tear in pregnant women with anemia at Hospital Vitarte in 2017.

KEYWORDS: Perineal tear, newborn weight.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema.

La episiotomía apareció a finales del siglo XVIII, utilizándose de forma exclusiva para partos dificultosos, hasta que a finales del siglo XIX se introdujo la idea de la episiotomía profiláctica para prevenir el daño perineal. A partir de 1920 se generalizó su uso para aliviar el dolor, prevenir desgarros, disminuir la duración del parto y, con ello, la morbimortalidad perinatal. A pesar de los limitados datos sobre sus indicaciones, se convirtió en un procedimiento habitual, subestimándose los potenciales efectos adversos.¹

En la actualidad se recomienda su uso restrictivo, pero no existe un criterio común para su realización, que es variable en función de los diferentes países, pero también dentro de un mismo país de un mismo grupo profesional. Distintas organizaciones aconsejan realizarla cuando el periné es el responsable de la falta de progreso del periodo expulsivo del parto, en casos de distrés materno o fetal, en partos instrumentados, o directamente en función del criterio del profesional que atiende el parto.¹

La morbilidad se eleva conforme aumenta la gravedad de la laceración, indicando que cerca de 7% de 909 laceraciones de alto grado tuvo complicaciones.²

Aproximadamente el 90% de las mujeres se desgarran durante el parto, sin embargo, algunas mujeres pueden sufrir desgarros más severos que otras. Internacionalmente varía la incidencia de trauma perineal severo, en Inglaterra, la tasa de desgarros perineales graves se ha triplicado del 1.8 % al 5.9% entre el 2000 y el 2012.

La incidencia global en el Reino Unido es de 2,9% y del 6.1% en madres primíparas, frente al 1,7% en mujeres multíparas y el 2.0% en Australia. Es importante enfatizar que una incidencia creciente de desgarros perineales no indica necesariamente una atención de mala calidad. El desgarro es un problema complejo que podría verse influido por una variedad de factores.³

A nivel mundial la incidencia de OASIS (Obstetric Anal Sphincter Injuries) es 3% en primíparas y 0,8% en multíparas, sin embargo, se estima que podría ser tan alta como 11%.⁴

El trauma obstétrico perineal se produce espontáneamente con el parto vaginal. Está relacionado directamente con el riesgo de desarrollar patologías del piso pélvico. Se produce espontáneamente con el parto vaginal o secundariamente como una extensión a una episiotomía. De ahí nace la necesidad de prevenir, identificar y tratar de forma

adecuada y oportuna los desgarros perineales sobre todo los de tercer y cuarto grado mejorando así la calidad de vida y complicaciones a corto y largo plazo de pacientes con traumatismo perineal obstétrico.⁴

Esta complicación preocupa a las gestantes como a los profesionales obstetras que atienden el parto, por ello se busca evitar que ocurran desgarros perineales. Una de las prácticas quirúrgicas más habituales realizada por el obstetra es la reparación del periné después de una episiotomía, el periné se localiza entre la vagina y el recto que ocasionalmente se desgarra durante el parto. Las lesiones perineales se clasifican en cuatro grados; el 1^{er} grado abarca la horquilla, la piel perineal y la mucosa vaginal, el 2^{do} grado abarca además a la fascia y el músculo del cuerpo perineal, el 3^{er} grado se extiende más y abarca el esfínter anal externo y el cuarto grado se extiende por completo a través de la mucosa rectal. ² En la práctica clínica se suturan los desgarros. Sin embargo, las laceraciones pueden cicatrizar solos, sin interferencia quirúrgica.

Durante el parto, una de las complicaciones obstétricas más usuales, se encuentra los desgarros perineales. Los desgarros perineales con frecuencia se asocian con algún tipo de lesión del aparato genital, entre los síntomas que podemos mencionar se encuentran, a corto plazo, las hemorragias, mayor dolor puerperal, dehiscencias y riesgo de infecciones; y a largo plazo se acompañan de una mayor frecuencia de incontinencia anal y dispareunia.²

Algunos factores de riesgo para estas laceraciones más complejas son episiotomía en la línea media, nuliparidad, segunda fase de trabajo de parto prolongada, parto precipitado, posición occipitoposterior persistente, parto vaginal quirúrgico, raza asiática y mayor peso del feto al nacer.²

Uno de los factores de riesgo es la anemia materna, donde los tejidos vulvoperineales son friables.⁵ La anemia es la disminución de la cantidad de la hemoglobina. Durante el embarazo se produce una serie de cambios a nivel circulatorio, fundamentalmente un aumento del volumen plasmático superior al incremento del volumen eritrocitario, este hecho predispone a que la gestante desarrolle anemia. ⁶

En la anemia materna por deficiencia de hierro, las concentraciones de hemoglobina es menor a 11 g/ dL. y el hematocrito es menor del 32% y mayormente están asociadas con un diagnóstico materno adverso.⁷ Las medidas preventivas que incluye es una correcta alimentación y suplementos adicionales de hierro.⁵

Existen muchas y variadas investigaciones que tratan sobre este tema como por ejemplo según Espinoza, M, en su investigación “Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero – julio 2017. Se tiene como conclusión que factores de riesgo como: biológicos, culturales y económicos que aportan a la predisposición de desgarro perineal en embarazadas durante el parto. Sin embargo, son muy pocos los autores que han realizado estudios en gestantes con anemia que es una complicación prevalente de la gestación.

En base a lo anteriormente mencionado se realizará la siguiente investigación sobre cuál es la relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte; 2017.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Existe relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte; 2017?

1.2.2. Problema Específico

1. ¿Cuál es el peso del recién nacido en gestantes con anemia?
2. ¿Cuál es la incidencia de los desgarros perineales en gestantes con anemia?

1.3. Justificación

La investigación aportará en la mejor vigilancia a las gestantes del Hospital Vitarte, porque a través de los resultados obtenidos de la investigación se podrá implementar estrategias con el objetivo de reducir las tasas nacionales y la morbilidad asociada, mejorando significativamente la calidad de vida y la experiencia del parto de las mujeres. También contribuirá a la ampliación de conocimientos para futuras investigaciones, por obstetras en formación u otro profesional de salud, para estudios posteriores.

Actualmente se ha incrementado la frecuencia de casos de desgarro perineal. Ésta lesión es la complicación obstétrica más frecuente generada durante el parto y el nacimiento. La presente investigación tiene como propósito de contribuir el mejor conocimiento para la disminución de la morbilidad en la presencia de esta complicación. Los resultados obtenidos de este trabajo de investigación se buscan concientizar al profesional obstetra para que puedan descubrir a tiempo los posibles factores de riesgo que predisponen a la mujer a tener desgarro perineal.

En una gestación existe un aumento fisiológico en los requerimientos de hierro para el desarrollo adecuado del feto, predisponiendo a todas las gestantes el riesgo de padecer anemia ferropénica en el embarazo, especialmente en países en desarrollo, donde las dietas son pobres en hierro y por lo tanto las reservas en las gestantes son escasas.

Durante el segundo periodo del trabajo de parto, aumenta el riesgo de desgarros perineales en aquellas pacientes con anemia que aquellas con valores de hemoglobina normal y hay una prolongación del período expulsivo, debido a la disminución de la fuerza muscular.

Es importante que el profesional obstetra, este informado de la relación entre los factores de riesgo con el propósito de disminuir esta complicación. Podemos controlar estos factores reconociéndolos a través del primer contacto con la madre y a lo largo de todas sus atenciones prenatales durante el embarazo; considerando que una intervención oportuna reduciría la morbilidad materna.

Los resultados del presente estudio permitirán establecer estrategias educativas para los profesionales de salud y sobre todo los más jóvenes a fin que desarrollen destrezas para proteger el periné y evitar traumatismos en la zona perineal.

1.4. Objetivo

1.4.1. Objetivo General

Establecer la relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte; 2017.

1.4.2. Objetivo Específico

1. Determinar el peso del recién nacido en gestantes con anemia.
2. Determinar la incidencia de los desgarros perineales en gestantes con anemia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacional

Herrera G y col, en Quito – Ecuador en el año 2018 en su investigación “Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto céfalo vaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín”, Objetivo: Establecer los factores asociados a desgarros perineales de las mujeres atendidas por parto céfalo vaginal. Método: Se realizó un estudio Cross seccional donde se estudió al universo de mujeres que fueron atendidas por parto céfalo vaginal. Resultados: El total de la población fue de 626 partos vaginales en presentación cefálica de las 35 a 43 semanas, de las cuales el 24,76% presentaron desgarro perineal, el desgarro grado 1 fue el más habitual con el 72,26 %, no se presentó ningún caso con desgarro grado 4. Los grupos que presentaron mayor prevalencia de desgarro perineal fueron las adolescente (< ó =18 años) con el 27,3%, mujeres cuyos recién nacidos tuvieron peso elevado (> 3500 g) con el 36% (p= 0,029) y en menor porcentaje los de peso bajo (<2500) con el 14,7%, los recién nacidos con perímetro cefálico alto (<35 cm) con el 27%, los recién nacidos postérmino con un 33,3%, las multíparas con un 33% (p=0,000), las mujeres que ingresan en expulsivo con un 81,8% (p=0,000) y cuando atendió el parto el médico residente con un 36,1%(p=0,001). Los autores concluyen que los desgarros perineales se producen cuando los factores predeterminados como adolescencia, peso del recién nacido elevado, perímetro cefálico elevado y labor de parto, pero también cuando la persona que atiende el parto tiene poca experiencia. ⁸

Neira F, Cuenca – Ecuador en el año 2017 en su investigación “Prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología. Hospital Vicente Corral Moscoso. Periodo agosto de 2016 a febrero de 2017”. Objetivo: Establecer la prevalencia y factores de riesgo asociado a los desgarros perineales de gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología. Método: Se efectuó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El universo fue de 1.360 gestantes en labor de parto, del cual se consiguió una muestra de 300. Resultados: La prevalencia fue un 36% entre los meses de agosto del 2016 a febrero del 2017 y los factores relacionados a los desgarros perineales en la población permitió determinar: factor protector entre las variables de desgarro y episiotomía con OR 0,161 (IC 95%: 0,67 – 0,390). Se ha concluido que existe relación de desgarro perineal con los factores maternos como la edad de 20 a 30 años, primigestas; factores obstétricos como la episiotomía y factores neonatales como el peso del recién nacido entre 2501 a 3999 gramos y perímetro cefálico de 32 a 36 cm,

los que producen desgarro de primer grado. El autor concluye que: La prevalencia de los desgarros perineales de las gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, de agosto del 2016 a febrero del 2017, de la cual las 109 pacientes que manifestaron tener esta complicación en el momento del parto constituye el 8% de la totalidad de las pacientes que asistieron a la atención ginecológica en la casa de salud.⁹

Pineda G, en Quito - Ecuador en el año 2016 en su investigación "Relación que existe entre la primiparidad, peso y perímetro cefálico del recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en posición vertical, en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia Carapungo 2, en el periodo de mayo a diciembre de 2015". Objetivo: Determinar la relación entre la primiparidad, peso y perímetro cefálico en el recién nacido con el desgarro perineal en el momento del parto vaginal. Método: Es un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y comparativo, con una línea analítica relacional. Resultados: En el presente estudio se analizaron 233 primíparas, de las cuales 125 (53,6%) corresponden a la edad de 20 a 24 años, 127 mujeres (54,5%) tiene un estado civil de unión libre, y la mayoría han cursado el nivel de instrucción secundaria con el 65,7%, analizando el grado de desgarro las primíparas que tuvieron desgarro grado I fueron 114 que corresponden al 48,9%, y al analizar la Episiotomía con la presencia de Desgarros podemos ver que a 174 primíparas no se les realizó Episiotomía lo que corresponde al 74,7%, no obstante 106 presentaron desgarro grado I y 22 presentaron desgarro grado II, y al comparar el peso y el perímetro cefálico del recién nacido en relación al desgarro perineal según la posición de parto vemos que 209 primíparas tuvieron recién nacidos con peso normal que corresponde al 89,7%, de estas 101 presentaron desgarro grado I y 22 presentaron desgarro grado II, optando 101 primíparas por la posición sentada y 79 la posición Semisentada, mientras que 15 primíparas tuvieron recién nacidos con peso elevado que corresponde al 6,4%, de estas 7 presentaron desgarro grado I y 1 presentó desgarro grado II, optando 9 primíparas por la posición sentada y 4 por la posición Semisentada, 185 primíparas tuvieron recién nacidos con un perímetro de 33 a 35,5cm que corresponde al 79,4%, de estas 91 presentaron Desgarro Grado I y 18 presentaron desgarro grado II, optando 89 primíparas por la posición sentada y 72 la posición Semisentada, mientras que 16 primíparas tuvieron recién nacidos con un perímetro más de 35,5cm que corresponde al 6,9%, de estas 6 presentaron desgarro grado I y 4 presentaron desgarro grado II, optando 10 primíparas por la posición sentada. El autor concluye que: La primiparidad es un factor importante al guardar relación con la presencia de desgarros a pesar de la utilización de la posición vertical y pese a la no realización de episiotomías como indica

la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, no así el peso y perímetro cefálico del recién nacido, no guardan relación estadísticamente significativa.¹⁰

Benítez Y y col, en Holguín - Cuba, en el año 2016 en su investigación “Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico”. Objetivo: Se realizó una revisión sobre desgarro perineal obstétrico, motivada por la presentación de un caso atendido en la Consulta de Coloproctología del Hospital Provincial General Vladimir Ilich Lenin en diciembre de 2015. Método: Descriptivo observacional. Se trató de una mujer blanca de 29 años procedencia rural, que hace ocho años tuvo un parto distócico instrumentado, que implicó un desgarro de la musculatura del periné, que le provocó incontinencia anal y problema sexual. Una vez diagnosticada como un desgarro perineal grado IV, se realizó chequeo preoperatorio, luego una intervención quirúrgica mayor electiva ambulatoria con anestesia local infiltrativa. Resultados: La aparición de esta afección ocurre en alrededor del 0,4% al 5% de los partos vaginales, la causa más común asociada con laceraciones perineales severas es la episiotomía. La incidencia de desgarros de grados III o IV es del 9% a 27% en las mediales. La episiotomía, como se ve en este y en otros estudios, no protege al esfínter y su uso no debería ser de rutina, sino electivo. Los autores concluyen que: El desgarro perineal es la causa principal de las lesiones a nivel de la musculatura perineal complicándose la continencia fecal.¹¹

Congo A, en Quito - Ecuador en el año 2015 en su investigación “Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia del distrito 17d07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013”. Objetivo: Determinar la frecuencia de desgarros perineales en el parto, como la posición vertical como en la horizontal. Método: Es un estudio comparativo, retrospectivo y transversal. Donde se procederá a comparar las variables con el tipo de parto. Resultados: Se incluyeron 222 pacientes donde el 51(23,0%) con desgarro perineal la mayoría de mujeres fueron de etnia mestiza, la paridad fue de 19 mujeres (37%) con desgarro durante la segunda gestación, los valores disminuyen mientras aumenta la gestación, en cuanto a la etnia 45 mujeres (25,4%) de etnia mestiza manifestaron mayor cantidad de desgarro, tenemos que reiterar que el (32,4%) de mujeres que se identifican como indígenas prefieren la atención de parto vertical y el (93,7%) de mujeres mestizas prefieren el parto horizontal. Se procedió una regresión logística de las variables en grupo donde se identificó que el parto precipitado tiene relación con el desgarro perineal, el valor de Wald fue de 39,863

y $p=0,00$; el valor de $B=0,842$, estableciéndose en un valor protector. El autor concluye que: El parto precipitado es un factor de riesgo que origina desgarro perineal. Sin embargo, ni la edad, paridad, y etnia fueron factores de riesgo. No se comprobó que existe mayor número de desgarros en la posición horizontal con las posiciones verticales ya que los valores no son estadísticamente significativos.¹²

Guamán M, en Guayaquil - Ecuador en el año 2013 en su investigación "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". Objetivo: Determinar las lesiones obstétricas durante la atención del parto. Método: Estudio tipo retrospectivo, descriptivo y analítico. Muestra: Los factores de riesgos de 50 pacientes que efectuaron con los criterios de inclusión adquiriendo los datos estadísticos. Resultados: El 30% obtuvieron complicaciones durante el parto, la frecuencia más elevada del trauma obstétrico fue en el desgarro perineal con 52%; obteniendo como riesgo un 56% el peso del recién nacido con 2.501 a 3.500 gr que fue el porcentaje más elevado. El autor concluye que: Podemos concluir que existen factores de riesgos maternos y fetales asociados con las lesiones obstétricas producidos durante el parto y que el profesional de salud debe detectar a tiempo para prevenir este problema de salud.¹³

Buitrón A y col, en Quito - Ecuador en el año 2013 en su investigación "Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe - Ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012". Objetivo: Determinar las ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y los factores asociados a desgarros perineales. Método: Estudio descriptivo observacional transversal comparativo. Muestra: Entre septiembre a noviembre del año 2012 se estudiaron 281 pacientes, de las cuales 137 tuvieron parto vertical (PV) y 144 parto horizontal (PH). Resultados: Se presentó dolor leve 38,08% en PV y 29,18% en PH. Periodo expulsivo ≤ 5 minutos 33,81% en PV y 23,13% en PH. Sangrado de 250 cc o más en el 6,76% en PV y en PH el 30,60%. Complicaciones: 1,07% en PV (hematoma vulvar) y 3,20% en PH (sangrado postparto). Etnia: 27,76% de PV por indígenas y el 21,35% por mestizas. Edad: menores a 25 años (32,38%) eligieron PH, y el 26,33% PV. Paridad: 39,50% multíparas optó por PV y el 35,59% PH. El 100% no presentó antecedentes patológicos personales. Se presentaron desgarros en el 34,16% de RN con peso de 2500 gramos o más y 26,33% PC de 34 cm o más; 22,78% multíparas; 22,42% menores de 25 años; 16,01% indígenas y 19,22% mestizas; 18,15% en PV y 17,08% en PH. No existió significancia estadística

al comparar las variables con los tipos de desgarros. Los autores concluyen que: El Parto vertical produce menos dolor, menos sangrado, menos complicaciones, menor porcentaje de desgarros superficiales y lo eligen más mujeres multíparas, indígenas y mayores de 25 años; sin ventajas en el periodo del expulsivo. Los desgarros se producen cuando las medidas antropométricas del RN son mayores; en nulíparas, Indígenas, menores de 25 años.¹⁴

Fernández A, en La Paz- Bolivia. "Factores de riesgo asociados con la anemia en embarazadas del Hospital la Paz primer trimestre del 2013". Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados con la anemia para disminuir el riesgo y mejorar la satisfacción de las embarazadas que asisten al Hospital La Paz, durante el primer trimestre de 2013. Método: Estudio Retrospectivo, casos y controles. En el presente estudio la muestra se consideró a las embarazadas que asistieron al control prenatal, pacientes con atención de partos y puerperio inmediato de la Maternidad del Hospital La Paz, 2013. Las mismas ascienden a un número de 339 pacientes a fin de conocer la cantidad de embarazadas que presentan y las que no presentan anemia. Resultado: se estableció que los factores más relevantes fueron la edad materna, el deficiente control prenatal, así como el nivel de estudios y la paridad, como factores relacionados con la ocurrencia de anemia durante el embarazo. También se consideró el bajo peso al nacer y la edad gestacional. Todas estas variables tuvieron valores significativos, es decir, que inciden directamente en el embarazo en etapa de gestación. Conclusión: Los factores más relevantes en cuanto a los resultados son la edad materna, siendo que la anemia en embarazadas adolescentes es significativo, se demostró que las mismas tienen dos veces más riesgo de presentar anemia que aquellas mujeres adultas, los resultados muestran que esta relación es significativa. Así también el nivel de estudios es un factor de riesgo, porque las mujeres que alcanzaron un nivel educativo primario tenían 2 veces más de probabilidad de presentar anemia. Respecto a los niveles de hemoglobina en mujeres embarazadas que acuden al Hospital La Paz se identificó que los parámetros de la hemoglobina, sobrepasan los valores normales permitidos, esta situación se da por diferentes factores, mismos que motivaron la presente investigación con el fin de disminuir el riesgo materno – infantil.¹⁵

Albán S, Caicedo J en Cuenca – Ecuador en el año 2013 en su investigación "Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa de área de salud n° 1 Pumapungo. Cuenca 2012-2013.", Objetivo: Determinar la prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en gestantes. Método: Estudio transversal retrospectivo, realizado con 376 embarazadas que

acudieron por primera ocasión a control en consulta externa de ginecología en el Área de Salud Área N°1 Pumapungo durante el mes de Julio a Diciembre del 2012. Resultados: La prevalencia de anemia en 376 casos es de 5,59% y con hemoglobina ajustada (<12,3g/dl) es de 42%, el principal grado de anemia que presento este estudio es anemia leve con un 61%, seguida por anemia moderada 39% y no se presentó casos con anemia grave. Los factores que presentaron asociación de anemia son: edad gestacional, OR 3,4; lugar de residencia rural, OR 2,15 y el nivel de instrucción analfabetismo y primaria, OR 1,63. Se concluyen que la prevalencia de anemia en este estudio difiere en la literatura nacional e internacional mencionada, demostrando una asociación con los factores planteados inicialmente con excepción de la multiparidad, índice de masa corporal y estado civil.¹⁶

2.1.2. Nacional

Espinoza M, en Lima - Perú en el año 2018, en su investigación “Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital San Juan de Lurigancho, enero – julio 2017”. Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que favorecen al desgarro perineal en las gestantes durante el parto. Método: Es un estudio descriptivo, retrospectivo realizado a 300 embarazadas atendidas en el hospital. Principales resultados: Se obtuvo que la edad de la mayoría de gestantes con desgarro perineal fue de 20-24 años y 25- 29 años, con 26,67% cada uno. La paridad con un 80,67% de gestantes fueron multíparas, el 59,67% fue en un periodo intergenésico menor a 3 años, el 61,67% conservaron más de 6 controles durante todo su gestación. El 93% no asistieron a las sesiones de Psicoprofilaxis, lo cual están en los parámetros normales. Al 90,67% de las gestantes no se le efectuó episiotomía, el 41% no manifestaron anemia, no obstante, el 37,33% de las pacientes presentaron anemia leve, el 66,33% presentaron desgarro perineal de 1° grado, un 32,33%, desgarro perineal de 2° grado y un 1,33%, desgarro de 3° grado. El 98,33% nació con un peso que oscilaba entre los 2500 y 3999 gr, un 76,67% de estas pacientes llegó solo hasta nivel secundaria. Y el 99,67% tuvieron un parto en posición horizontal. Un 83% de estas pacientes son trabajadoras familiares no remuneradas, es decir, amas de casa. En menor proporción los trabajadores independientes y los obreros (9,33% y 5,67%, respectivamente. Según la correlación de Pearson, podemos observar que ninguno de los factores de riesgo biológicos, culturales y económicos, contribuyen significativamente al desgarro perineal en su clasificación, pues para ello $p > 0.05$, y ninguno cumple con ese requisito. El autor concluye que los factores de riesgo como:

biológicos, culturales y económicos contribuyen a la predisposición de desgarro perineal en embarazadas durante el parto⁵.

Loarte C y col, en Lima - Perú en el año 2018 en su investigación “Características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016”. Objetivo: Determinar las características en gestantes con desgarro perineal durante el parto. Método: El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal, estuvo conformada por las pacientes que fueron atendidas y que presentaron esta complicación obstétrica, el cual fueron registrados en la historia clínica con una totalidad de 108 casos para el año 2016. Resultados: Edad promedio fue de 27 años, la situación sentimental conviviente con un 71,3%, el 55,6% manifestaron tener estudios de secundaria completa, el 91% tiene como ocupación ama de casa y el 71,3% no presentaron anemia, edad gestacional fue de 38 semanas, la paridad fue de 2 partos por gestantes, con relación al período intergenésico fue de 4 años como promedio, el tiempo del expulsivo promedio fue de 11 minutos, el 75,9% no participaron de las sesiones de Psicoprofilaxis, el 70,4% no se le realizó episiotomía en el momento del parto y el 73% presentaron desgarro de primer grado, de sexo femenino el 50,9% y el 42% de los recién nacidos presentaron un peso de 3000 a 3400 gr. Conclusión: Se encontraron desgarro de primer grado para la característica obstétrica y en su mayoría las pacientes no asistían a las sesiones de Psicoprofilaxis. El peso del recién nacido de las pacientes con desgarro perineal fue de 3000 a 3400gr.¹⁷

Díaz L, en Lima - Perú en el año 2017 en su investigación “Características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016”. Objetivo: Determinar las características maternas, obstétricas y neonatales en puérperas con desgarro perineal. Método: Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 144 historias clínicas que establecieron con el criterio de inclusión y exclusión que padecían desgarro perineal. Resultado: Se obtuvo que el mayor porcentaje de las características maternas fue de 52.25% de 20- 34 años, el 82,64% tenían grado de instrucción secundaria, un 89.58% tenían estado civil conviviente. Un 52.78% con desgarro perineal presentaron anemia. Las características obstétricas, las multíparas obtuvieron un 63.49%, el periodo expulsivo fue de menor o igual a 10 min con 56.25% y las pacientes que no participaron en las sesiones de Psicoprofilaxis presentaron esta complicación con 70.83%. Los factores neonatales no se encontraron diferencia de porcentaje en perímetro cefálico y sexo del recién nacido, pero el peso; el mayor porcentaje de desgarros perineales nacieron de 3500- 4000 gr con 58.33% y la mayor

frecuencia de grados de desgarros se obtuvo que el 79.17% fue de primer grado. El autor concluye que: Las características maternas tuvieron más frecuencia las de 20 – 34 años, las puérperas eran de nivel secundaria con estado civil conviviente, las pacientes con anemia presentaron mayor porcentaje de desgarros. Las características obstétricas las multíparas tuvieron un periodo expulsivo, una gestante no preparada en Psicoprofilaxis tiene mayor frecuencia de padecer esta complicación. Las características neonatales el peso de recién nacido de 3500 – 4000 gr obtuvieron mayor frecuencia de desgarros. La mayor frecuencia de esta lesión es de primer grado.¹⁸

Córdova I, en Lima - Perú en el año 2017 en su investigación “Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016”. Objetivo: Determinar los factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en el año 2016. Método: Es de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 144 historias clínicas de gestantes atendidas en el hospital. Resultados: Se obtuvo que las multigestas presentaron desgarro de primer grado que fue 37.5%, sucedió de 20 - 35 años que fue 66.7%. El 81.3% padeció de desgarro de primer grado en recién nacidos de 2500 – 4000 gr. Las pacientes que tuvieron anemia antes del parto obtuvieron mayor porcentaje de desgarros que fue 91.7% y 8.3% no tuvieron anemia. Las pacientes que presentaron desgarro perineal de primer grado con 54.2% no asistieron a Psicoprofilaxis. Los factores obstétricos incrementan su riesgo de presentar desgarro con 41.7%, los factores maternos con 39.6%. El autor concluye que: Las multigestas tienen mayor riesgo de desarrollar desgarros, con edades de 20 a 34 años, antes del parto incrementa la presencia de desgarros y anemia. El peso del recién nacido con mayor frecuencia de desgarros fue de 2500 a 400 gr y no haber asistido a Psicoprofilaxis aumenta el riesgo de padecer esta complicación.¹⁹

Ávila A, en Lima - Perú en el año 2017 en su investigación “Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero - Junio 2015”. Objetivo: Determinar la prevalencia de episiotomía y desgarros perineales. Método: Descriptivo, retrospectivo y corte transversal. Resultados: A las primíparas se le realizó episiotomía que fue 65.4% y las que padecieron desgarros con 34.6%, siendo el de primer grado más habitual. Las primíparas con episiotomía con 37.7% de 25 – 29 años, el 50.6% tuvieron anemia, el 96.2% tenían su control prenatal culminado, 75.5% acudieron a sus clases de Psicoprofilaxis, con un periodo expulsivo de 10 a 20 min, 69.8% con un peso del R.N de 2500 – 3500 gr con perímetro cefálico más de 33 cm. En las primíparas con desgarros se obtuvo el 64.3% de 25 – 29 años, el 3.7% tuvieron

anemia, 96,4% con su control prenatal culminado, 92,9% con sesiones incompletas de Psicoprofilaxis, el 46.4% con periodo expulsivo de 10 - 20 min. El 35.8% presentaron R.N macrosómicos que fue de 3500 – 3999 gr, con perímetro cefálico más a 33 cm. El autor concluye que: Mayormente a las primíparas se les realiza episiotomía y predominan a tener desgarro de primer grado.²⁰

Cárdenas S, Lima- Perú en el año 2017 en su investigación “Anemia en gestantes como factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer en el Hospital Nacional de Policía Luis N Sáenz entre los años 2014-2015.” Objetivo: Determinar si la anemia en gestantes es factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer. Método: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, longitudinal, de casos y controles. La población consta de 1547 gestantes que presentaron recién nacidos vivos entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre del 2015 en el Hospital Nacional de Policía Luis N. Sáenz. La muestra estuvo conformada por 160 gestantes que presentaron recién nacidos vivos, 40 fueron casos y 120 controles, escogidos al azar. La información fue recogida en el formulario de recolección de datos. Se analizaron las medidas de asociación mediante la razón de momios (OR). Se utilizó un intervalo de confianza del 95% y se aplicó el estadístico chi-cuadrado con un nivel de significancia estadística menor al 0,05. Resultados: El nivel de asociación fueron: anemia en gestantes [(OR:2,5) IC95% 1,154-5,548 p:0,018], anemia en el primer trimestre de gestación [(OR:2,4) IC95% 1,032-5,981 p:0,038], anemia en el segundo trimestre [(OR:1,5) IC95% 0,503-4,908 p:0,434], anemia en el tercer trimestre de gestación [(OR:4) IC95% 1,267-12,821 p:0,012], número insuficiente de controles prenatales [(OR:4) IC95% 1,360-11,975 p:0,008]. Se concluye que la anemia durante el primer y tercer mes de gestación es factor de riesgo de bajo peso al nacer.²¹

Oviedo G, en Lima – Perú en el año 2016 en su investigación “Factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital San José del Callao durante el año 2014”. Objetivo: Determinar los factores asociados a desgarros perineales en gestantes adolescentes. Método: Tipo observacional analítico, retrospectivo, de casos y controles no pareados. Muestra: Conformada por 130 historias clínicas para casos y 130 historias clínicas para controles. Resultados: En el grupo de casos de pacientes con desgarro presentaron desgarro de primer grado con 79.2%, las pacientes que presentaron y no tuvieron desgarro el 58.5% son menores a 15 años. Del grupo que presentó y no desgarro el 57,3% no presentó anemia y 42.7% si presentaron. El 73.8% no asistieron a Psicoprofilaxis y 26.2% si asistieron; el 50.8% son multíparas y 49.2% son primíparas. El 73.5 % indicaron un tiempo expulsivo menor a 15 min; el 51.5% tuvieron un PIG largo. El 69,2% tuvieron un

recién nacido con un peso adecuado. El autor concluye que: El grado más usual fue de primer grado con 79.23%. En los resultados de acuerdo al Chi2 si existe relación entre la edad, anemia, paridad, periodo Intergenésico y peso del recién nacido y el desarrollo del desgarro perineal.²²

Ríos G, en San Juan - Iquitos en el año 2016 en su investigación “Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015”. Objetivo: Determinar los factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes. Método: Tipo no experimental, diseño descriptivo correlacional retrospectivo, con una muestra constituida por todos los casos de desgarro perineal en gestantes atendidas en el hospital. La población fue de 122 casos de gestantes con desgarro perineal, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Resultado: Se obtuvo que la característica materna de las gestantes el 74.6% fue de 20 a 34 años, el 97.5% eran procedentes de zonas urbanas, el 72.1% tenían estudios secundarios, el 50.8% presentaron anemia leve. Las características obstétricas fueron el 73.8% multíparas con 37.7% tuvieron intervalos de 3 a 5 años, el 71.3% tuvieron mayor a 6 controles prenatales, el 82.8% asistieron a Psicoprofilaxis, el 96.7% no le realizaron episiotomía y el 78,7% presentaron desgarro de primer grado. En relación al peso del recién nacido, el 95.9% de las gestantes con desgarro perineal tuvieron recién nacidos con peso adecuado de 2500 a 3999 gr. El autor concluye que: Si existe relación de la edad materna, grado de anemia y paridad con el desgarro perineal durante el parto en gestantes. No se encontró relación entre la Psicoprofilaxis obstétrica, episiotomía durante el parto y peso del recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en gestantes.²³

Santos K, en Lima – Perú en el año 2016 en su investigación “Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en púerperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014”. Objetivo: Determinar los factores de riesgo del desgarro perineal que presentan con mayor frecuencia en las púerperas de parto vaginal. Método: Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal; la muestra fue de 215 historias clínicas. Resultado: Los desgarros perineales con mayor frecuencia fue de primer grado y más habitual ocurre en las multíparas con 83,7%. La edad más usual fue de 20 a 34 años, el 25,1% presentaron anemia leve, el peso del recién nacido fue de 2500 a 400 gr. El autor concluye que: La mayor frecuencia de desgarro perineal fue de primer grado, esta complicación es más usual en gestantes sin anemia, el peso del recién nacido no es un factor de riesgo para desarrollar desgarros perineales y ocurre más frecuente en las multíparas.²⁴

Nima N, en Lima - Perú en el año 2016 en su investigación “Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014”. Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo maternos y el desarrollo perineal en las pacientes atendidas. Método: Estudio no experimental, retrospectivo y de corte transversal; la población estuvo formada por 150 historias clínicas de puérperas con desgarro perineal y los factores de riesgo. Resultado: La edad promedio fue de 23 años, el 84,7% estudiaron secundaria completa, el 79,33% fueron convivientes, el 47,7% es más habitual en las primíparas, el periodo Intergenésico adecuado fue de 49,7%, en el periodo expulsivo fue de 11 a 30 min con el 58,7%, el 83,3% sufrieron anemia leve, el 32,7% concluyeron sus clases de Psicoprofilaxis, el desgarro de primer grado fue más frecuente con 64,4%, el peso del recién nacido fue adecuado. El autor concluye que: La anemia es un factor de riesgo para que las gestantes sufran de desgarro perineal. Existe relación el peso del recién nacido con el desgarro perineal. No se encontró relación los factores de riesgo obstétricos con el desgarro perineal.²⁵

Oregon F, en Lima – Perú en el año 2016 en su investigación “Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre - noviembre 2015”. Objetivo: Determinar los factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre - noviembre 2015. Método: Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. La muestra estudiada fue conformada por 110 primíparas con anemia posparto inmediato atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de setiembre a noviembre de 2015. Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado para hallar la relación de las variables cualitativas con un nivel de confianza (IC) del 95%. Resultados: La edad promedio de las usuarias fue de 22 años. El grado de anemia en las pacientes, fue de un 68% anemia leve, 28% anemia moderada y 3% anemia severa. Los factores que se asocian significativamente a la anemia posparto inmediato fueron el uso de analgesia durante el trabajo de parto ($p=0.009$) presentándose en un 34% de puérperas (OR 2,10, IC 95% 1,58, 3.56), la práctica de episiotomía ($p=0.033$) con 83% de puérperas (OR 1,75, IC 95% 1,06, 1.89) y los desgarros en partes blandas ($p=0.003$) en donde el 31% de puérperas presento este factor. Conclusiones: La analgesia durante el trabajo de parto, la práctica de episiotomía y los desgarros en las partes blandas son factores estadísticamente significativos para la presencia de anemia posparto inmediato en primíparas.²⁶

Pérez M y col, en Tarapoto - Perú en el año 2014 en su investigación “Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero – abril del 2013”. Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas. Método: Estudio cuantitativo, retrospectivo y correlacional. La población estuvo conformada por 115 puérperas atendidas en el hospital que presentaron desgarro perineal. Resultados: Las características sociodemográficas; las pacientes eran convivientes con 71.3%, que finalizaron su educación primaria, de procedencia urbana y eran ama de casa. Los factores de riesgo materno que mayor predominó son la edad de 21 a 30 años con anemia leve, más frecuente en primíparas. Los factores de riesgo del parto, no se le realizó episiotomía, tuvieron un RN con peso adecuado. Los autores concluyen que: Los factores maternos y del parto están asociados con el desgarro perineal en las gestantes atendidas.²⁷

1.2. Base teórica

1.2.1. Anatomía del piso pélvico

Con el fin de comprender de una mejor manera las estructuras afectadas en los desgarros perineales es de suma importancia que las obstetras deban tener conocimiento sobre la anatomía de la zona. El periné es el conjunto de partes blandas que cierran por debajo de la cavidad pélvica y que son atravesadas atrás por el recto y adelante por la uretra y los órganos genitales. El perineo está constituido por una unión de músculos, ligamentos y fascias que cierran la parte inferior de la pelvis.

El músculo del suelo pélvico se agrupa en tres planos: Superficial, Medio y Profundo.

- El primer plano inferior o superficial contiene a los músculos: Isquiocavernoso, bulbocavernoso, transverso superficial, Esfínter estriado del ano y el constrictor de la vagina o de la vulva. Su función más importante es la sexual, aunque también ayuda a sostener los órganos pélvicos.
- El segundo plano medio contiene a los músculos: Transverso profundo, y el esfínter estriado de la uretra.
- El tercer plano profundo o posterior contiene a los músculos: Isquiococcigeo y al elevador del ano con sus tres fascículos, el ileococcigeo, pubococcigeo y puborectal. Es el plano conocido con el nombre de diafragma pélvico superior de Henle. Su función es que controlan los esfínteres y mejoran la calidad de las relaciones sexuales.⁷

Funciones:

- **Función de Continencia:** El suelo pélvico controla los esfínteres para una correcta micción y defecación.
- **Función Sexual:** Unos músculos perineales tonificados mejoran la satisfacción de las relaciones sexuales.
- **Función reproductiva:** Sostiene el peso durante el embarazo y se condiciona a cambios de elasticidad en el colágeno preparándose para el momento del parto.
- **Función de sostén:** Mantiene los órganos pelvianos dentro de la pelvis gracias a su integridad, buena tonicidad, inervación. El perineo sostiene la vejiga, el útero, la vagina y el recto.
- **Función estabilizadora:** Estabiliza la columna lumbar, por su conexión con los abdominales transversos.²⁸

1.2.2. Definición de Desgarro

Se denomina desgarro a la rotura de tejido no quirúrgica que ocurre en las partes blandas a nivel de la vagina, muchas veces dañando al periné. A nivel del periné constituye un traumatismo más común provocado por el parto, que involucra la vulva, vagina, y periné, que pueden ser de diferentes grados y prolongación distinto.²⁹

El nacimiento casi siempre se acompaña de traumatismos de la vida del parto, que incluye el útero y el cuello uterino, la vagina y el perineo.¹

Durante el embarazo en el organismo de la mujer se produce alteraciones anatómicas y funcionales, de la misma manera durante el parto sufren estas alteraciones, en relación al piso pélvico estas sufren mayor trauma. Una de las complicaciones más frecuentes durante el periodo expulsivo del parto son los desgarros perineales, especialmente si el recién nacido desciende rápidamente. Se entiende por desgarro perineal a la solución de continuidad de los tejidos situados entre la vulva y el ano producido por un estiramiento excesivo de la vagina durante el parto.³⁰

1.2.3. Clasificación

Se subdivide en cuatro tipos de desgarro del periné:

- Primer grado: Abarca la horquilla, la piel perineal y la mucosa vaginal.
- Segundo grado: Abarca a la fascia y el músculo del cuerpo perineal sin afectar el esfínter anal.
- Tercer grado: Abarca el esfínter anal externo.
- Cuarto grado: Abarca la mucosa rectal por lo que comprende la laceración de los esfínteres anales externo e interno.²

1.2.4. Diagnóstico de Desgarro Perineal

El diagnóstico de los desgarros se hace por inspección directa del canal de parto.

1.2.5. Técnicas para la prevención del desgarro perineal

1.2.5.1. La episiotomía: La práctica de esta técnica es una decisión que toma la obstetra que atiende el parto durante la fase expulsiva. Consiste en la realización de un corte o incisión quirúrgica en el tejido perineal con el objetivo de ampliar el canal de parto, tratando de facilitar el nacimiento, reducir el tiempo de periodo expulsivo y evitar desgarros perineales.

Tipos de episiotomía: Existen 3 tipos de episiotomía los cuales se diferencian en la posición del corte. Las cuales son: Episiotomía mediana, episiotomía Lateral y episiotomía media lateral.

Indicaciones actuales de la episiotomía: Poca distensión del periné, desproporción cefalopélvica y macrosomía fetal. Teniendo en cuenta la episiotomía restrictiva.

1.2.5.2. Protección manual del periné: Consta en mantener la flexión de la cabeza fetal durante su salida, ejerciendo presión sobre el occipucio en dirección descendente, hacia el periné, evitando la extensión de la cabeza hasta la coronación, y sujetando con la otra mano para la protección del periné.⁷ Esta técnica ayuda controlar la salida de la cabeza permitiendo la extensión del periné para disminuir el trauma.

Esta técnica se realiza por niveles:

- Abertura: Cuando la dilatación está completa, la gestante de manera espontánea tiene la sensación de pujar, de una manera continua y sostenida, debido a que, hay una compresión de la cabeza fetal que presiona sobre el recto.

- Elasticidad: Cuando se observa la cabeza por la vulva, ésta se distiende con el periné, lo suficiente para abrir el introito vaginal, hasta un diámetro de 5 cm o momento de la coronación.
- Ablandamiento: Colocar la mano derecha con una gasa estéril, sobre el periné y ejercer presión a nivel de la horquilla entre los dedos índice y pulgar. El objetivo de la presión sobre el perineo es disminuir la salida rápida y brusca del feto y así evitar las lesiones del periné.
- Estiramiento: Con la mano izquierda, conducir el occipital hacia la vulva y realizar la flexión de la cabeza para mantener el diámetro y es el momento en que el profesional obstetra indique a la paciente que no puje, sino que realice un respiración jadeante, para que de esta manera se maniobre con esta mano el desprendimiento de los parietales y permitir la extensión de la cabeza y con la mano que se protege el periné, se realiza el deslizamiento lento y delicado, para liberar la cara fetal del introito vaginal. ³¹

Esta técnica es de ayuda para la obstetra como soporte manual en el momento de protección del periné durante el alumbramiento.

1.2.6. Maneras de prevenir el desgarro perineal

- Buena nutrición: Es importante tener los tejidos en buen estado.
- Ejercicios de Psicoprofilaxis: 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.
- Comodidad durante el parto: Las mujeres deben encontrar una posición adecuada que les ayude a soportar las contracciones para el momento del parto.
- Masaje perineal: El masaje perineal durante el embarazo aumenta la flexibilidad de los tejidos del periné y disminuye la resistencia muscular, permitiendo al periné distenderse durante el parto.

- Parto bajo el agua: El agua distribuye la presión con suavidad y enlentece el parto.²⁵

1.2.7. Consecuencias de los desgarros perineales

Se tiene conocimiento que un desgarro o una episiotomía mal suturada tienen consecuencias que afectarán negativamente a la mujer, sobre todo en el aspecto psicológico. Estas consecuencias se pueden dar a corto, mediano y largo plazo.⁵

- A corto plazo que incluyen: Hemorragia, formación de hematomas, dolor perineal, infección, formación de abscesos, fístula y dispareunia.
- A largo plazo tales como: Prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal.¹³

1.2.8. Edad

La edad materna es el tiempo transcurrido en años de vida de la embarazada.²

Las adolescentes embarazadas están en mayor riesgo ya que aún no se han desarrollado tanto físico como psicológico, influye a ciertas enfermedades obstétricas, como la anemia, preeclampsia, la toxemia de embarazo, parto pre término y desproporción céfalo-pélvica por la falta del desarrollo de la pelvis materna, constituyendo una causa importante de trabajo de parto prolongado. Entre más joven es la mujer, las alteraciones que pueden suceder son como finalizar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Primordialmente es ocasionado por la condición de inmadurez de estas jóvenes, produciéndose en una estrechez de canal blando.

Gestantes de 20 y 35 años es la edad estimada para un embarazo.

Las mujeres mayores consideradas añosas mayor de 35 años, existen un incremento en el riesgo de complicaciones obstétricas, así como la morbilidad y de mortalidad perinatales.²

1.2.9. Paridad

Es el número total de embarazos ya sea por vía vaginal o cesárea, uno o más hijos nacidos vivos o muertos cuyo peso al nacer es de 500g o más, o 22 semanas o más de edad gestacional. Depende de ello se clasifican en:

- Nulípara: Mujer que nunca ha llegado a completar un embarazo más de 20 semanas de gestación. Puede o no haber estado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico.
- Primípara: Mujer que está teniendo su primer parto o ha dado a luz solo una vez a uno o varios fetos vivos o muertos.
- Multípara: Mujer que ha parido dos veces o más.
- Gran Multípara: Mujer que ha parido 6 veces o más. ³²

Otro factor de riesgo es la paridad, esto depende que sea el primer parto, o el segundo y más de seis partos. Hay que tener en cuenta que la elasticidad del periné por la continuidad de parto es diferente en una primípara que una multípara que tuvo más de dos partos.² No obstante el expulsivo precipitado es más habitual en multíparas por el número de veces que ha sido distendido el periné. Incluso, existe mayor dificultad en primíparas.

1.2.10. Peso del Recién Nacido

Es el primer peso de un nacido vivo o muerto, tomado en el transcurso de los primeros 60 min de vida (menos de una hora de vida). Se acepta también el primer peso tomado durante las primeras 24 h de vida. ³³

El factor de riesgo se debe por el peso del recién nacido, ya que un recién nacido con mayor peso produce mayor estiramiento que uno con menos peso.

Las edades gestacionales se clasifican según el peso:

- AEG (Adecuados para la edad gestacional): Peso del recién nacido se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI).
- PEG (Pequeños para la edad gestacional): Peso del recién nacido está bajo el percentil 10 de la CCI.
- GEG (Grandes para la edad gestacional): Peso del recién nacido se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Clasificación del peso en gramos y lo que se usamos como escala de variables en la presente investigación son:

- >4000 g Macrosómico
- 2500-3999 g Peso Adecuado
- <2500 g Bajo peso
- <1500 g Peso muy bajo ³⁴

1.2.11. Definición de anemia

Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.³⁵

1.2.12. Anemia en la gestante

Es la concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar siendo menor de 11 g y el hematocrito es menor de 32%.²

La anemia en el embarazo se relaciona con disminución del volumen eritrocitario, sobre un aumento del volumen plasmático materno, con la consecuente disminución de la perfusión tisular y función placentaria inadecuada, situación que puede resultar en aborto o restricción del crecimiento fetal, por esto es que esta patología se ha asociado con cinco complicaciones obstétricas frecuentes como aborto, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, oligohidramnios y bajo peso al nacer.³⁵

Durante el embarazo, se producen varios cambios a nivel del sistema circulatorio y sanguíneo que producen la anemia. La anemia gestacional se considera un factor de riesgo para el embarazo y puede causar anemia en el periodo de recién nacido debido al escaso depósito de hierro. La anemia durante la gestación sigue siendo uno de los problemas más comunes que enfrenta el profesional obstetra.

1.2.13. Medidas de prevención

La gestante debe de llevar una educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.

Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.

1.2.14. Clasificación de anemia en la gestación

- Anemia Leve : < 10.0 - 10.9 g/dl
- Anemia Moderada : 7.0 – 9.9 g/dl
- Anemia Severa : < 7.0 g/dl

1.2.15. Manejo preventivo de anemia en gestantes

- La medición de hemoglobina en gestantes se realizará durante la atención prenatal:
 - La primera medición de hemoglobina se realizará en la primera atención prenatal (Inicio de la suplementación).
 - La segunda medición de hemoglobina se realizará luego de 3 meses con relación a la medición anterior (semana 25 a la 28 de gestación).
 - La tercera medición de hemoglobina se solicitará antes del parto (semana 37 a la 40 de gestación).
- Una cuarta medición se solicitará 30 días después del parto (Fin de la suplementación).
- Si en alguna se detecta anemia (hemoglobina <11 g/dl) el profesional médico u obstetra debe de definir el procedimiento a seguir y derivar para la consulta nutricional.
- Las gestantes recibirán suplemento de hierro bajo la forma de sulfato ferroso y ácido fólico o hierro polimaltosado y Ácido Fólico, según su equivalencia en hierro elemental.
- Las gestantes, a partir de la semana 14 de gestación, y las puérperas, hasta los 30 días después del parto recibirán suplementos de hierro en dosis diaria de 60 mg de hierro elemental más 400 ug. de ácido fólico (1 tableta diaria) durante 3 meses.

- En los casos que la gestante inicie la atención prenatal después de las 32 semanas de gestación, se le dará una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de Ácido Fólico durante 3 meses (2 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico).³⁵

1.2.16. Anemia por deficiencia de hierro

Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF).³²

El déficit de hierro durante el embarazo puede traer severas complicaciones en el desarrollo y crecimiento del feto, por eso la manifestación de este problema da como resultado una anemia que podría traer serias complicaciones.³⁶

Requerimientos para el aumento en los niveles del hierro durante el embarazo:

Los requerimientos de hierro están incrementados durante el embarazo para aumentar la masa eritrocitaria y para la unidad fetoplacentaria, así como para compensar las pérdidas de sangre durante el parto. Este hierro suplementario se puede obtener a partir del aumento de la absorción intestinal que se produce en la gestación, el ahorro que supone la amenorrea y la utilización de los depósitos tisulares maternos.

El déficit de hierro en el embarazo se asocia con bajo peso al nacer, prematuridad y aumento de la mortalidad perinatal, además, perjudica el rendimiento cognitivo y el desarrollo físico de los recién nacidos. La suplementación universal de hierro o hierro con ácido fólico previene la anemia y el déficit de hierro a término. Se debe incluir en la dieta carnes, pescados, huevos y legumbres acompañados preferiblemente de algún alimento rico en vitamina C.

Durante el embarazo, existe un aumento fisiológico drástico en los requerimientos de hierro. Ninguna otra situación fisiológica durante la vida genera tantas demandas en el suministro de hierro. La demanda por el hierro absorbido aumenta, de la demanda obligatoria inicial en 0,85 mg/día durante el primer trimestre a aproximadamente 7,5 mg/día en el tercer trimestre. El requerimiento promedio durante toda la gestación es aproximadamente 4,4 mg/ día.

Se ha estimado que el requerimiento total promedio de hierro durante el embarazo normal es aproximadamente 1240 mg. Después del parto, la masa de glóbulos rojos de

la madre declina hacia los valores previos al embarazo; y se recicla el hierro de la hemoglobina de los glóbulos rojos eliminados para reponer las reservas corporales de hierro. En consecuencia, la pérdida neta de hierro, asociada con el embarazo per se, es menor, aproximadamente 630 mg.³⁷

1.3. Terminología Básica

1.3.1. Desgarro perineal:

Se ocasiona durante el segundo periodo del parto. Es la pérdida de la secuencia de los tejidos de la zona perineal.² Se clasifica en cuatro grados de acuerdo con los tejidos que compromete el desgarro perineal. Su reparación se denomina episiorrafia, el cual se sutura la zona afectada.

1.3.2. Parto Vaginal:

Es la expulsión del feto que se produce por la vagina de la mujer dentro de los límites fisiológicos sin complicaciones.²⁷

1.4. Hipótesis

H1: El peso del recién nacido tiene relación con el desgarro perineal en gestantes con anemia del Hospital Vitarte en el año 2017.

H0: El peso del recién nacido no tiene relación con el desgarro perineal en gestantes con anemia del Hospital Vitarte en el año 2017.

1.5. Variables e Indicadores

1.5.1. Variables Intervinientes:

- Edad
- Paridad
- Personal que atendió el parto

1.5.2. Variable Dependiente:

- Desgarro perineal

1.5.3. Variable Independiente:

- Peso del recién nacido

Variable	Dimensión Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador	Codificación	Técnica o instrumento de Medición	
VARIABLES INTERVINIENTES:							
Edad	Edad de la gestante expresada en años	Cuantitativa	Razón	1. 15-20 2. 21-25 3. 26-30 4. 31-35 5. >35	1. 15-20 (1) 2. 21-25 (2) 3. 26-30 (3) 4. 31-35 (4) 5. >35 (5)	Historia Clínica	
Paridad	Número de partos	Cualitativa	Ordinal	1. Primípara 2. Multipara 3. Gran multipara	1. 1 (1) 2. 2-4 (2) 3. <5 (3)	Historia Clínica	
Personal que atendió el parto	Profesional de salud que desempeña en la atención integral a la gestante.	Cualitativa	Nominal	1. Médico 2. Obstetra 3. Interna (o)	1. Médico (1) 2. Obstetra (2) 3. Interna (o) (3)	Historia Clínica	
VARIABLE DEPENDIENTE:							
Desgarro Perineal	Presentó desgarro	Laceración que se produce en el parto.	Cualitativa	Nominal	1. Sí 2. No	1. Sí (1) 2. No (2)	Historia Clínica
	Tipo de desgarro		Cualitativa	Ordinal	1. Primer Grado 2. Segundo Grado 3. Tercer Grado 4. Cuarto Grado	1. Primer Grado (1) 2. Segundo Grado (2) 3. Tercer Grado (3) 4. Cuarto Grado (4)	Historia Clínica
VARIABLE INDEPENDIENTE:							
Peso del Recién Nacido	Peso en g. del Recién nacido	cuantitativa	Ordinal	1. Macrosómico 2. Peso Adecuado 3. Bajo Peso 4. Peso muy bajo	1. >4000 g (1) 2. 2500-3999 g (2) 3. <2500 g (3) 4. <1500 g (4)	Historia Clínica	

2.6. Definición operacional de términos

- a) **Definición de desgarro perineal:** Solución de continuidad traumática de la vulva y el periné al momento del descenso, rotación y salida de la cabeza del bebé.²

- b) **Peso del recién nacido:** Es el primer peso de un nacido vivo o muerto, tomado en el transcurso de los primeros 60 min de vida (menos de una hora de vida).³³

CAPÍTULO III: DISEÑO MÉTODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

El tipo de estudio fue, correlacional, retrospectivo y de corte transversal.

Correlacional porque permitió establecer la asociación entre el peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes atendidas en el Hospital Vitarte, 2017.

Retrospectivo porque los datos fueron recogidos a través de la Historia Clínica de las pacientes que tuvieron desgarro perineal en el año 2017.

3.2. Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por un total 2612 gestantes de partos vaginales, que presentaron anemia y no se realizó episiotomía. Siendo un total de 274 casos para el año 2017, datos obtenidos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Vitarte.

$$n_c = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{\alpha^2}$$

$$P = 0.14 \text{ (14\%)}$$

$$\alpha = 0.05$$

Donde:
n_c: Muestra calculada
Z: 1,96
P: Prevalencia estimada
(1-p): Complemento
α: Máximo error, precisión deseada

$$n_c = \frac{(1.96)^2(1 - 0.14)}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 (0.14)(0.86)}{0.0025} = 184$$

Factor de ajuste:

$$n_f = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{n_t}} = \frac{184}{1 + \frac{184}{274}} = \frac{50416}{458} = 110$$

La muestra estuvo conformada por un total de 110 historias clínicas de gestantes de parto vaginal con anemia sin episiotomía (selección por conveniencia); de los cuales se asignaron 55 historias clínicas de gestantes que presentaron desgarro perineal y 55 historias clínicas de gestantes que no presentaron desgarro perineal, para luego considerar el peso del recién nacido.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia.

a) Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de gestantes que tuvo parto vaginal en el Hospital Vitarte.
- Historias clínicas de gestantes con anemia.
- Historias clínicas de gestantes sin episiotomía.

b) Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de gestantes que tuvo parto por cesárea en el Hospital Vitarte.
- Historias clínicas de gestantes sin anemia.
- Historias clínicas de gestantes con episiotomía.

3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Técnica

En la investigación se utilizó como técnica la ficha de recolección de datos y la recolección de datos se obtuvo mediante historias clínicas del Hospital Vitarte en el periodo de enero - diciembre, 2017.

Para realizar la presente investigación se utilizó los siguientes pasos:

a) Autorizaciones:

- Se solicitó la autorización del Director General del Hospital Vitarte.
- Se solicitó la autorización del Director del Servicio de Gineco-Obstetricia.
- Se coordinó con el encargado del Servicio del Estadística e informática para la recolección de las historias clínicas.

b) Proceso de Selección:

- Seleccionamos las Historias Clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de donde se recolectarán los datos.

c) Recolección de Datos:

- Se aplicó la ficha de recolección de datos que cumplieron con los criterios de inclusión.
- Se procedió con la recolección de datos, el tiempo estimado será de 10 minutos por historia.
- La recolección de la información se realizó de acuerdo a los horarios programados.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

En la investigación se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos. La investigación constará de tres partes:

- a) Parte I,** Datos generales con 3 ITEMS: edad, personal que atendió el parto y paridad.
- b) Parte II,** Variable independiente con 1 ITEM: Peso del recién nacido.
- c) Parte III,** Variable dependiente con 1 ITEM Desgarro Perineal.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Para el procesamiento de datos y análisis estadístico, se utilizó la estadística descriptiva, además del análisis inferencial. El análisis e interpretación de la información obtenida se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 23; para las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central, media, mediana y moda. Para la determinación de las variables se utilizará el Chi Cuadrado. Se llevó a cabo la introducción de datos recolectados. Para la demostración de los datos se realizará gráficos de tablas y frecuencias.

3.5. Aspectos éticos

Para el desarrollo de la presente investigación se solicitó la aprobación del proyecto por el comité institucional de ética en investigación del Hospital Vitarte; también se solicitó el permiso del jefe del servicio de Gineco-Obstetricia. Se revisó las Historias clínicas del año 2017 de las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión; se respetará la privacidad de los datos obtenidos de las historias clínicas de las gestantes, así mismo los principios bioéticos. Además, los datos que nos proporcionaron los participantes no fueron modificadas, conservando la autenticidad de su contenido.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Incidencia de desgarro perineal en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte durante el año 2017.

2017 → Población total 2612

2017 → Población de 106

$$\mathbf{Incidencia} = \frac{\text{Casos nuevos}}{\text{Población total}} \times 100$$

$$I = \frac{106}{2612} \times 100$$

$$I = 4.1 \%$$

Se estima el 4.1% de Incidencia de desgarro perineal en gestantes con anemia, sin episiotomía en el Hospital Vitarte durante el año 2017.

Tabla 1: Relación del peso del recién nacido y desgarros perineales en gestantes con anemia según grupo etáreo.

		Con desgarro		Sin desgarro	
Ítems	Indicadores	n	%	n	%
Edad	15 - 20	5	9	9	16
	21 - 25	18	33	12	22
	26 - 30	15	27	19	35
	31 - 35	10	18	10	18
	> 35	7	13	5	9
Total		55	100	55	100

Análisis: En la tabla 1 tenemos que, la edad que mayor prevaleció fue de 21 a 25 años de edad con 18 gestantes equivalente a un 33%, mientras que en menor porcentaje se encuentran las edades de > 35 años de edad con 7 gestantes equivalente a un 13% de gestantes con desgarro perineal, en cambio tenemos que la edad que mayor prevaleció fue de 26 a 30 años de edad con 19 gestantes equivalente a un 35%, mientras que en menor porcentaje se encontró las edades de > 35 de edad con 5 gestantes equivalente a un 9% de gestantes sin desgarro perineal.

Tabla 2: Relación del peso del recién nacido y desgarros perineales en gestantes con anemia según paridad.

Ítems	Indicadores	Con desgarro		Sin desgarro	
		n	%	n	%
Paridad	Primípara	5	9	13	24
	Múltipara	43	78	36	65
	Gran múltipara	7	13	6	11
Total		55	100	55	100

Interpretación: En la tabla 2 con respecto a la paridad que predominó fue las múltiparas con 43 gestantes equivalente a un 78%, mientras que en menor porcentaje fue las primíparas con 5 gestantes equivalente a un 9% en gestantes con desgarro perineal, en cambio tenemos que la paridad que mayor prevaleció fue las múltiparas con 36 gestantes equivalente a un 65%, mientras que en menor porcentaje se encontró a la gran múltipara con 6 pacientes equivalente a un 11% en gestantes sin desgarro perineal.

Tabla 3: Personal que atendió el parto a las gestantes con anemia en el Hospital

Vitarte, 2017.

Interpretación: En la tabla 3 con respecto al personal que atendió el parto el que predominó fue el médico con 28 gestantes equivalente a un 51%, mientras que en menor

Ítems	Indicadores	Con desgarro		Sin desgarro	
		n	%	n	%
Personal que atendió	Médico	28	51	18	33
	Obstetra	17	31	24	43
	Interno(a)	10	18	13	24
Total		55	100	55	100

porcentaje fue el interno con 10 gestantes equivalente a un 18% en gestantes con desgarro perineal, en cambio tenemos que el personal que atendió el parto el que predominó fue la obstetra con 24 gestantes equivalente a un 43%, mientras que en menor porcentaje fue el interno con 13 gestantes equivalente a un 24% en gestantes sin desgarro perineal.

Tabla 4: Tipos de desgarro perineal que presentaron las gestantes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017.

Interpretación: En la tabla 4 en relación a los tipos de desgarro perineal tenemos que, el que mayor predominó fue el de primer grado con 55 gestantes equivalente a un 100% en pacientes con desgarro perineal, mientras que en menor porcentaje fueron los de segundo, tercer y cuarto grado con 0% en gestantes con desgarro perineal.

Ítems	Indicadores	Con desgarro		Sin desgarro	
		n	%	n	%
Tipo de desgarro	Primer Grado	55	100	0	0
	Segundo Grado	0	0	0	0
	Tercer Grado	0	0	0	0
	Cuarto Grado	0	0	0	0
Total		55	100	55	100

Tabla 5: Peso del recién nacido en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017.

Interpretación: En la tabla 5 en relación al peso del recién nacido en pacientes con desgarro perineal el que mayor prevaleció fue de peso normal con 52 gestantes

Ítems	Indicadores	Con desgarro		Sin desgarro	
		n	%	n	%
	Macrosómico	3	5	1	2
Peso del RN	Peso Normal	52	95	49	89
	Bajo peso	0	0	1	2
	Peso muy bajo	0	0	4	7
Total		55	100	55	100

equivalente a un 95%, mientras que en menor porcentaje se encontraron los de bajo peso y peso muy bajo con 0 pacientes equivalente a un 0% cada uno, en cambio tenemos que el peso de recién nacido en gestantes sin desgarro perineal que predominó fue de peso normal con 49 gestantes equivalente a un 89%, mientras que en menor porcentaje se encontró macrosómico 0 y bajo peso con 1 gestante equivalente a un 2% cada uno.

Tabla 6: Relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte, 2017. Significancia estadística.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, porque el peso del recién nacido no tiene relación con el desgarro

Ítems	Indicadores	Con desgarro		Sin desgarro		P
		n	%	n	%	
Peso del RN	Macrosómico	3	5	1	2	0.107
	Peso Normal	52	95	49	89	
	Bajo peso	0	0	1	2	
	Peso muy bajo	0	0	4	7	
Total		55	100	55	100	

perineal en gestantes con anemia del Hospital Vitarte en el año 2017.

Esos datos sugieren, pero no son conclusivos, que hay una relación entre el peso del recién nacido y los desgarros perineales, debido a que la Significancia (0.107) está prácticamente superior al rango establecido 0.05.

4.2. Discusión

La prevalencia de anemia en gestantes en el hospital Vitarte es alta, se ha identificado que la mayor parte de la población tiene anemia y se relaciona con múltiples factores tales como el desgarro perineal. En relación a la edad que más predominó fue de 21 a 25 años de edad con 18 gestantes equivalente a 33% teniendo un mayor porcentaje en pacientes con desgarro perineal y las pacientes sin desgarro perineal el que mayor prevaleció fue de 26 a 30 años de edad con 19 gestantes equivalente a 35%, estos resultados concuerdan con la investigación de Guamán M¹³ donde se determina que un 26 % tienen de 22– 25 años de edad, seguida del 22 % corresponde a las gestantes de 18 – 21 años de edad, y el 20% corresponde las edades de 26 – 29 seguida de 12% las edades de 30 – 33 años; estos datos concuerdan con la investigación de Pérez M y Linares C²³, donde se obtuvo que la edad que predominó fue de 21 a 30 años, en la investigación de Oviedo G¹⁹, obtuvieron que las edades menores 15 años edad tienen un mayor porcentaje con 70.86% (92 pacientes) y el de mayor o igual a 15 años de edad con 29.2% (38 pacientes), estos datos no concuerdan con nuestra investigación; en la investigación de Ríos G²⁰, también coincide con nuestro resultado de mayor frecuencia de desgarro perineal que fue en gestantes de 20 a 34 años con un 74.6%, y de menor incidencia de desgarro perineal fue en gestantes menores de 20 años con un 12.3%, estos datos concuerdan con la investigación de Santos K²¹, donde el resultado fue de 20 a 34 años de edad que corresponde a un 73,5%, estos datos concuerdan con la investigación de Pineda G¹⁰, el que mayor predominancia fue de 20 a 24 años que corresponde al 53,6%, estos datos concuerdan con la investigación de Neira F⁹, obtuvieron que las edades de 20 a 30 tienen un mayor porcentaje con 73,4%, estos datos concuerdan con la investigación de Espinoza M⁵, quien obtuvo como resultado que la edad de las gestantes con desgarro perineal fue de 20-24 años y 25-29 años, cada uno con 26,67%, estos datos concuerdan con la investigación de Díaz L¹⁶, determina que el mayor porcentaje de desgarros perineales se presentaron de 20 – 34 años quienes corresponden a la edad adecuada con bajo riesgo obstétrico con un 56.2%, y el menor porcentaje se presentó en el grupo de < ó = 19 años que pertenecen a los adolescentes, en la investigación de Ávila A¹⁸, concuerda con el dato obtenido de la edad que prevaleció fue 25 a 29 años las que presentaron el 64.3% (18) del total de desgarros, estos resultados se asemejan con la investigación de Loarte C, y Requejo M¹⁵, se puede observar que la edad promedio fue de 27 años. Estos resultados se verifican con estudios actualizados de Ricardo Schwarcz, el grupo etario de menor riesgo perinatal se estima entre 20 a 30 años. La mortalidad fetal neonatal y materna aumenta tanto en las madres adolescentes especialmente en grupo menor de 15 años como en las que tienen mayor de 35 años.

En la paridad los resultados que mayor prevaleció fueron las multíparas con 43 pacientes con un 78% con desgarro perineal y las pacientes sin desgarro perineal el que mayor prevaleció fueron las multíparas con 36 pacientes con un 65% sin desgarro perineal, estos resultados no concuerdan con la investigación de Guamán M¹³, de acuerdo a la paridad hay un mayor porcentaje de un 42 % en las pacientes primigesta, mientras que un 24% están las segundigestas y la multíparas, seguida de un 10% de la gran multípara, en la investigación de Buitrón A, y Del Pozo M¹⁴, coincide con nuestro resultado siendo de mayor frecuencia las mujeres multíparas con 75,09 %, estos datos no concuerdan con la investigación de Oviedo G¹⁹, el grupo con desgarro perineal, el 63,1% (82 pacientes) son primíparas y el 36,9% (48 pacientes) multíparas. Estos datos concuerdan con el grupo que no presentaron desgarros, el 64,6% (84 pacientes) son multíparas y el 35,4% (46 pacientes) primíparas, estos datos concuerdan con la investigación de Ríos G²⁰, donde la paridad fue multíparas con 73.8%, 13.9% primíparas y 12.3% gran multíparas. Santos K²¹, el de mayor frecuencia de las lesiones obstétricas sucedieron más en las multíparas (83,3%) y las gran multíparas con 16,7 %, estos datos no concuerdan con Nima N²², según la paridad fue el de mayor frecuencia las primíparas (47,7%), mientras que el 32,7 % son multípara y solamente 22,7% (34 casos) son gran multíparas, estos resultados no concuerdan con la investigación de Neira F⁹, donde la paridad el 43,1% (47 casos) de las gestantes con desgarro perineal no tenían hijos al momento del parto, el 30,6% (33 casos) tenían 1 hijo y el 15,6% (17 casos) tenían 2 hijos. Díaz L¹⁶, según paridad también coincide con nuestro resultado siendo de mayor porcentaje las multíparas con un 63.89%, y el menor porcentaje en gran multíparas con un 0.69%. Córdova I¹⁷, según paridad coincide con nuestro resultado de multigestas con 37.5% (54 casos) las segundigestas con 27.1% (39 casos) y las primigestas con 20.8% (30 casos). En la investigación de Espinoza M⁵, coincide con nuestro resultado siendo de mayor frecuencia las multíparas con 80,67% de gestantes y de menor frecuencia las gran multíparas con 3 %. Estos resultados se verifican con estudios actualizados de Ricardo Schwartz, refiere que el útero durante tantos años ha estado recibiendo periódica y clínicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractilidad, al sufrir de generación fibrosa. Las partes blandas ofrecen resistencia por que han perdido su elasticidad y su blandura; ello puede acarrear prolongación y detención del parto (por anomalías en la dilatación, desgarros, hemorragias del alumbramiento, mala involución uterina e intervenciones frecuentes).

Los partos por vía vaginal con desgarro perineal son atendidos más frecuentes por médicos residentes con 28 pacientes en un 51 % y las pacientes sin desgarro perineal

son atendidas por las obstetras con 24 pacientes equivalente a un 43 %, estos datos no concuerdan con la investigación de Herrera G, y Pillajo D⁸, quien obtuvo en su resultado que el interno rotativo atiende con mayor frecuencia los partos con un 30.5%, y en menor cantidad por médicos gineco-obstetras el 7,7%.

En esta investigación, de los 274 casos de partos vaginales, se halló que en los grados de lesión, más usual fueron los desgarros de primer grado con 55 pacientes equivalente a 100 % y ninguno con segundo, tercero y cuarto grado; estos resultados concuerdan con la investigación de Santos K²¹, quien obtuvo en su investigación que los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado (83,7%) seguido los de segundo grado (15,8%) y el menos usual fue de tercer grado (0,5%); en la investigación de Ríos G²⁰, también coincide con el resultado de primer grado con mayor frecuencia con 78,7%, seguido del 18.9% que obtuvieron desgarró de segundo grado y solo el 2.5% tuvieron desgarró de tercer grado; en la investigación de Díaz L¹⁶, también coincide con el resultado siendo de primer grado con mayor frecuencia con 79.17%, seguidas de las de segundo grado con 18.75%, y el de menos frecuencia el de tercer grado con 2%; en la investigación de Espinoza M⁵, también coincide el resultado siendo de mayor incidencia de desgarros en gestantes, en donde la mayoría (66,33%) presenta desgarró perineal de 1° grado, un 32,33%, desgarró perineal de 2° grado y de menor frecuencia un 1,33%, desgarró de 3° grado; estos resultados concuerdan con la investigación de Córdova I¹⁷, quien obtuvo que el 81.3% (117 casos) sufrió desgarró de primer grado y el de menor frecuencia 2.1% (3 casos) de tercer grado; en la investigación de Loarte C, y Requejo M¹⁵, también coincide con el resultado siendo el de mayor frecuencia los desgarros de primer grado con 73%, de segundo grado con 19% y de menor frecuencia el tercer grado con 8%. En la investigación de Nima N²², también coincide el resultado siendo de mayor frecuencia el desgarró de primer grado con 64,0%, mientras que el 31,3% fue segundo grado, y el 4,0% fue tercer grado, y solamente el 0,7% fue de cuarto grado. Estos resultados se verifican con estudios actualizados de Ricardo Schwarcz, donde la frecuencia de laceraciones de alto grado varía de 0.25 a 6%. Algunos factores de riesgo para estas laceraciones más complejas son episiotomía y la línea media, nuliparidad, segunda fase de trabajo de parto prolongada, mayor peso del feto al nacer. La morbilidad se eleva conforme aumenta la gravedad de la laceración.

En relación al peso del recién nacido se obtuvo de resultado peso normal que oscila entre los 2500-3999 g (95%) en gestantes con desgarró perineal a diferencia de las gestantes sin desgarró perineal también se obtuvo un peso normal equivalente a un

89%, estos resultados concuerdan con la investigación de Buitrón A, y Del Pozo M¹⁴, donde el 94% de los recién nacidos presentaron pesos dentro de los parámetros normales (2500 a 3500 g); en la investigación de Guamán M¹³, también coincide con el resultado de peso normal (2.501 a 3.500 g) con 56%, mientras que un 34 % los recién nacidos tuvieron un peso > 3.501 g y observamos que un 10 % < 2.500 g; este resultado coincide con la tesis de Oviedo G¹⁹, donde el grupo con desgarro perineal, el 61,5% (80 pacientes) se obtuvo un recién nacido con un peso adecuado (2500 – 4000 g), el 37,7% (49 pacientes) un recién nacido macrosómico y el 0,8% (1 paciente) uno de bajo peso. Del grupo que no presentó desgarro el 76,9% (100pacientes) tuvieron un recién nacido con un peso adecuado, el 22,3% (29 pacientes) un recién nacido de bajo peso y el 0,8% (1 paciente) uno macrosómico. Del total de pacientes, tanto del grupo que presentó y no desgarro, el 69,2% (180 pacientes) tuvieron un recién nacido con un peso adecuado, el 19,2% (50 pacientes) un recién nacido macrosómico y el 11,5% (30 pacientes) uno con bajo peso; estos resultados son similares a la investigación de Ríos G²⁰, donde el peso del recién nacido de las gestantes que tuvieron desgarro perineal el 95.9% tuvieron peso adecuado entre 2500 gr a 3999 g, seguido del 3.3% con < 2500 g, y solo el 0.8% tuvieron > 4000 g; en la investigación de Santos K²¹, también coincide en su investigación con el resultado de peso adecuado cuyo peso fue de 2500-4000g con 86%; >4000 g recién nacido macrosómico con 13 %, <2500 g recién nacido de bajo peso con 0,9 %; este resultado coincide con el estudio realizado por Neira F⁹, donde el peso adecuado (2501-3999 g) con 90,3%, bajo peso (\leq 2500 g) con 27% y de menos frecuencia macrosómico (\geq 4000 g) con 0.7%; sin embargo en la investigación de Ávila A¹⁸, obtuvo que el 35.8% tuvieron recién nacidos grandes de 3500 a 3999 g. El 32.1% tuvieron recién nacidos con peso normal de 2500 a 3500 g y de menos frecuencia macrosómicos que fueron 32.1%, estos datos no concuerdan con nuestra investigación; Díaz L¹⁶, menciona en su investigación que el peso del recién nacido, el mayor porcentaje de desgarros aconteció en aquellos neonatos que nacieron con un peso entre 3500- 4000 g que resultan peso adecuado con 58.33%, mientras que el menor porcentaje ocurrió en aquellos con peso > 4000 g con 8.3%; en la investigación de Espinoza M⁵, también coincide el resultado peso normal que oscilaba entre los 2500 y 3999 g con 98,33%; estos resultados concuerdan con la investigación de Loarte C, y Requejo M¹⁵, donde refieren que el 42% de los recién nacidos presentaron un peso adecuado de 3000 a 3499 g, el de menor frecuencia recién nacido macrosómico (>4000 g) con 6% y recién nacido de bajo peso (<2500 g) con 5%. Según el Ministerio de Salud del Perú “La norma técnica de atención neonatal” el peso normal en el recién nacido es >2500- 3999 g. Cabe resaltar que la

alimentación en la gestante es fundamental para el desarrollo del futuro bebé, con respecto a la anemia, según Ricardo Schwartz refiere que la deficiencia de hierro es la carencia nutricional en todo el mundo, se estima que afecta a más de 500 millones de personas. Durante el embarazo, la Organización Mundial de Salud indican que el 35% y el 75% de las mujeres en los países en desarrollo y el 18% de las mujeres en los países desarrollados presentan anemia. Es por ello que la OMS recomienda que deben consumir cantidades extra de hierro y ácido fólico para satisfacer sus propias necesidades y además las del feto en crecimiento. La carencia de hierro y de ácido fólico durante el embarazo puede afectar negativamente a la salud de la madre, a la gestación y al desarrollo del feto.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

1. El 5% de gestantes con recién nacido macrosómico y 95% con recién nacido con peso normal presentaron desgarro perineal durante el periodo de estudio.
2. La incidencia de desgarros perineales en gestantes con anemia, sin episiotomía en el Hospital Vitarte durante el año 2017 es de 4.1%.
3. El grupo etáreo que presentó mayor desgarro perineal fue de 21 - 25 años con un 33% en gestantes con anemia en el Hospital Vitarte durante el año 2017.
4. En relación con la paridad, el 78% de las gestantes multíparas presentaron mayor frecuencia de desgarros perineales en el Hospital Vitarte durante el año 2017.
5. El primer grado es el tipo de desgarro perineal que presentaron las gestantes con anemia en el Hospital Vitarte durante el año 2017.
6. El peso del recién nacido no tiene relación con el desgarro perineal en gestantes con anemia del Hospital Vitarte en el año 2017.

4.2. Recomendaciones

1. Capacitar en técnicas de atención de parto a todo el personal que labora en sala de partos a fin de disminuir la incidencia de desgarros perineales.

2. Realizar el manejo oportuno de la anemia gestacional a fin de mejorar la salud integral de las gestantes para el momento del parto.
3. Actualizar al profesional responsable de la atención prenatal para identificar los factores de riesgo en las gestantes y evitar la frecuencia de los desgarros perineales; durante las atenciones el profesional responsable debe de realizar sus exámenes de rutina para la previa toma de muestra de laboratorio para descartar principalmente de anemia y recetar a todas las mujeres gestantes de recibir suplementación con hierro, ya sea de suplementación terapéutica o preventiva, de esa manera evitaríamos la anemia.
4. Informar a la población gestante sobre la orientación para la alimentación adecuada, de esta manera detectar precozmente algún tipo de riesgo durante el embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Camacho F, García I, López A y Belda A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. [Internet]. 2017. [citado 13 agosto

- 2018]; 18(3): 98-104. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-episiotomia.pdf>
2. Gary FC, Kenneth JL, Steven LB, Catherine YS, Jodi SD, Barbara LH, Brian MC, Jeanne SS. Williams Obstetricia. 24ª Edición. México: McGraw-Hill; 2015.
 3. Royal College of Obstetricians, Gynaecologist. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears. Junio 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
 4. Narváez P, Castro F, Corvalán J, Guzmán C. Desgarros perineales. [Internet]. 2018. [citado 16 Noviembre 2018]; Vol 13 (1): 25-30. Disponible en: <http://www.revistaobgjn.cl/>
 5. Espinoza M. Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital San Juan De Lurigancho, Enero – Julio 2017. [Tesis de Licenciatura en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
 6. García L. Anemia Ferropénica y embarazo. Trabajo fin de grado. [Internet]. 2013. [citado 12 agosto 2018]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2980/GarciaGonzalezL.pdf?sequence=1>
 7. Mercado C, Jauregui E, Lucchini H. Manual Práctico de Obstetricia para estudiantes de Medicina. Disponible en: <http://obstetricia1.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2015/04/MANUAL-PRACTICO-DE-OBSTETRICIA-53pag.pdf>
 8. Herrera G, Pillajo D. Factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo enero a julio del 2018 en el servicio de gineco – obstetricia del hospital carlos andrade Marín. [Tesis para la obtención del título de médico cirujano]. Quito- Ecuador: Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2018.
 9. Neira F. Prevalencia y factores asociados a los desgarros perineales durante la atención de parto en gestantes entre 15 y 30 años en el área de ginecología.

Hospital Vicente Corral Moscoso. Período agosto de 2016 a febrero de 2017. [Título de médico]. Cuenca- Ecuador: Universidad Católica de Cuenca; 2017.

10. Pineda G. Relación que existe entre la primiparidad, peso y perímetro cefálico del recién nacido con el desgarro perineal durante el parto en posición vertical, en pacientes atendidas en la Maternidad de Corta Estancia Carapungo 2, en el periodo de mayo a diciembre de 2015. [Título de magister en salud sexual y reproductiva]. Quito – Ecuador: Universidad central de Ecuador. Instituto superior de Investigación y posgrado. Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
11. Benítez G, Verdecia R. (2017). InfoMED. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. Vol 21, núm. 2 Recuperado de: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2556/1071>
12. Congo E. Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la maternidad de corta estancia del distrito 17d07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo 2013. [Título de magister en salud sexual y reproductiva]. Quito – Ecuador: Universidad central de Ecuador. Instituto superior de posgrado. Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
13. Guamán M. 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. [Título para la Obtención del Título de obstetra]. Guayaquil-Ecuador. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
14. Buitrón A, Del Pozo M. Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe - Ecuador entre septiembre a noviembre del año 2012. [Título para la obtención del título de médico cirujano]. Quito- Ecuador: Universidad Católica del Ecuador; 2013.
15. Fernández A. Factores de riesgos asociados con la anemia en embarazadas del Hospital La Paz. Primer trimestre del 2013. [Tesis para optar el título de magister en enfermería]. La Paz- Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de ciencias de la salud; 2013.

16. Albán S, Caicedo J. Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa de are de salud n° 1 Pumapungo. Cuenca 2012-2013. [Tesis para optar el título profesional médico cirujano]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de ciencias médicas; 2013.
17. Loarte C, Requejo M. Características en gestantes con desgarro perineal durante el parto en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016. [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia]. Lima- Perú: Universidad Norbert Wiener. Facultad de ciencias de la salud; 2018.
18. Díaz L. Características maternas, obstétricas y neonatales en púerperas con desgarro perineal atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. [Tesis de Licenciatura en Obstetricia]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.
19. Córdova I. Factores que predisponen al desgarro perineal durante el parto en pacientes atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue durante el año 2016. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Lima- Perú: Universidad Privada San Juan Bautista. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
20. Ávila F. Prevalencia de episiotomía y desgarros perineales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enero – Junio 2015. [Título de Obstetra especialista en emergencia y alto riesgo obstétrico]. Lima - Perú: Universidad San Martin de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2017.
21. Cárdenas S. Anemia en gestantes como factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer en el hospital nacional de policía Luis N Sáenz entre los años 2014-2015. [Tesis para optar el título profesional médico cirujano]. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de medicina; 2017.
22. Oviedo G. 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 título de Médico Cirujano]. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.

23. Ríos G. Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015. [Tesis de Licenciatura en Obstetricia]. San Juan- Iquitos: Universidad Científica del Perú, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
24. Santos K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en puérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. [Tesis para título de Médico Cirujano]. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
25. Nima N. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014. [Tesis de Licenciatura en Obstetricia]. Lima - Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Carrera profesional de Obstetricia; 2016.
26. Orejon F. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, setiembre - noviembre 2015. [Tesis de Licenciatura en Obstetricia]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Carrera profesional de Obstetricia; 2016.
27. Pérez M, Linares C. Factores de riesgo asociados a desgarros vulvoperineales en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero – abril del 2013. [Título de Obstetra]. Tarapoto- Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2014.
28. Domínguez M, Manzano F, Morán F. Suelo Pélvico. [Internet]. 2015. [citado 24 Marzo 2019]; Disponible en: https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/servicios/servicio_preencion/unidades/salud-laboral/cuida-tu-espalda/SUELO%20PELVICO.pdf
29. Cárdenas C. Hemorragia postparto por desgarro vaginal de III grado en el Hospital de Nivel III- Lima, 2017. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en obstetricia con mención en emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos maternos]. Moquegua – Perú: Universidad José Carlos Mariátegui. Escuela de Posgrado; 2017.
30. Rojas E. Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales en las pacientes gestantes del Hospital de Ventanilla como estudio prospectivo,

- Julio a Diciembre del 2016. [Tesis para optar el título profesional médico cirujano]. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana; 2017.
31. Cruz S. Preparación del perineo versus uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones pos parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huanuco-2016. Universidad de Huánuco. [Tesis Para optar el grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud]. Huánuco-Perú: universidad de Huánuco. Escuela de Postgrado; 2017.
32. Ricardo H, Ricardo S, Carlos D. Obstetricia. 7ª Edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.
33. Bernat S, Josep M. Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal. [Internet]. 5^o edición. Barcelona: Elsevier Masson. [actualizado 2014, citado 05 Agosto 2018]; Disponible en: <https://www.redlagrey.com/files/Protocolos.de.Obstetricia.y.Medicina.Perinatal.pdf>
34. Programa de actualización continua en neonatología 4. Alimentación en el recién nacido. [Internet]. 2016. [citado 05 agosto 2018]; Disponible en: http://www.consejoneonato.com.mx/Libros/PAC_Neonato_4_L5.pdf
35. Ministerio de Salud. Norma técnica, manejo terapéutico y preventivo de la anemia en mujeres gestantes. [Internet]. 2017. [citado 25 de Mayo 2019]; 1ra ed. Disponible en: <file:///E:/TESIS-%20BMB/MINSA-%20ANEMIA%20MATERNA%20DEFINICION.pdf>
36. López A, Madrigal L. Anemia Ferropénica en mujeres gestantes. [Internet]. 2017. [citado 24 de Mayo 2019]; Vol 3 (1): 5-10. Disponible en: <hemeroteca.unad.edu.co/index.php/Biociencias/article/download/2237/2401>
37. Nils M. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Rev. peru. ginecol. obstet v.58 n.4 Lima [Internet]. 2017 [citado 13 agosto 2017]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400009

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

LA RELACIÓN DEL PESO DEL RECIÉN NACIDO Y LOS DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES CON ANEMIA EN EL HOSPITAL VITARTE; 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTO	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
<p>¿Existe relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el hospital vitarte; 2017?</p> <p>Específico:</p> <p>1. ¿Cuál es el peso del recién nacido en gestantes con anemia?</p> <p>2. ¿Cuál es la incidencia de los desgarros perineales en gestantes con anemia?</p>	<p>Objetivo General.</p> <p>Establecer la relación del peso del recién nacido y los desgarros perineales en gestantes con anemia en el hospital vitarte; 2017.</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <p>1. Determinar el peso del recién nacido en gestantes con anemia.</p> <p>2. Determinar la incidencia de los desgarros perineales en gestantes con anemia.</p>	<p>El desgarro perineal es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento, actualmente se está incrementando la frecuencia de casos. Por lo tanto, la presente investigación tiene como finalidad aportar al mejor conocimiento para la disminución de la morbilidad en la presencia del desgarro perineal. A través de los resultados de este trabajo se busca concientizar al personal de salud para que puedan detectar a tiempo los posibles factores de riesgo que predisponen a una mujer a tener desgarro perineal.</p>	<p>H0: El peso del recién nacido no tiene relación con el desgarro perineal en gestantes con anemia del Hospital Vitarte en el año 2017.</p> <p>H1: El peso del recién nacido tiene relación con el desgarro perineal en gestantes con anemia del Hospital Vitarte en el año 2017.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Peso del recién nacido</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Desgarro perineal</p> <p>Variables Intervinientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Paridad ✓ Personal que atendió el parto. 	<p>La investigación que se realizará es de tipo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal.</p> <p>Ámbito de Investigación</p> <p>La presente investigación se realizará en el Hospital Vitarte, ubicado en la Av. Nicolás Ayllon 5880, Carretera central - Ate Vitarte. Lima, Perú.</p> <p>Población y muestra</p> <p>La población de estudio estuvo conformada por un total 2612 gestantes de partos vaginales, que presentaron anemia y no se realizó episiotomía. Siendo un total de 274 casos para el año 2017, datos obtenidos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Vitarte.</p> <p>La muestra estuvo conformada por un total de 110 historias clínicas de gestantes de parto vaginal con anemia sin episiotomía; de los cuales se asignaron 55 historias clínicas de gestantes que presentaron desgarro perineal y 55 historias clínicas de gestantes que no presentaron desgarro perineal, para luego considerar el peso del recién nacido.</p>	<p>En la investigación utilizará como técnica la ficha de recolección de datos y la recolección de datos se obtendrá mediante historias clínicas del Hospital Vitarte en el periodo de enero - diciembre, 2017. Para ello se realizarán las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pedirá autorizaciones. - Se realizará el proceso de selección de Historias Clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de donde se recolectarán los datos. - Se procederá a la recolección de datos. <p>El instrumento será una ficha de recolección de datos que está dividido en 3 partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a) Parte I, Datos generales con 4 ITEMS: edad, personal que atendió el parto y paridad. - b) Parte II, Variable independiente con 1 ITEM: Peso del recién nacido. - c) Parte III, Variable dependiente con 1 ITEM Desgarro Perineal. 	<p>Para el procesamiento de datos y análisis estadístico, se utilizará la estadística descriptiva, además del análisis inferencial. El análisis e interpretación de la información obtenida se realizará mediante el programa estadístico SPSS versión 23; para las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central, media, mediana y moda. Para la determinación de las variables se utilizará el Chi Cuadrado. Se llevará a cabo la introducción de datos recolectados. Para la presentación de los datos se realizará gráficos de tablas y frecuencias.</p>

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

H.C	Datos Generales											Desgarro Perineal				Peso del Recién Nacido					
	Edad					Paridad			Personal que atendió el parto			Presentó desgarro		Tipos de desgarro perineal							
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4

❖ **Leyenda**

a. Datos Generales:

- Historia Clínica.....
- Edad
 1. 15-20
 2. 21-25
 3. 26-30
 4. 31-35
 5. >35
- Paridad
 1. Primípara (1)
 2. Multípara (2-4)
 3. Gran multípara (>5)

- Personal que atendió el parto
 1. Médico
 2. Obstetra
 3. Interno

b. Desgarro perineal

- Presentó desgarro
 1. Sí
 2. No
- Tipos de Desgarro Perineal
 1. Primer grado
 2. Segundo grado
 3. Tercer grado
 4. Cuarto grado

c. Peso del recién nacido

1. Macrosómico (>4000g)
2. Peso adecuado (2500-3999g)
3. Bajo peso (<2500g)
4. Peso muy bajo (<1500g)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.		X	Agregar el número de historia Clínica.

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL VITAB
 DORACINA LEONOR NAVARRO
 ENFERMERA
 C.C.P. 13832

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VITARTE

LIC. ELA-STEPHANIE KU CHUNG
OBSTETRA - C.O.P. 23026
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y GINECOLOGÍA
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)

JUICIO DE EXPERTOS

Datos de calificación:

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuado.
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

Grado de Concordancia Significativa

$$b: = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

b: 21 x 100 = 1.0

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	Metodólogo	Obstetra	Obstetra	Obstetra	obstetra	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	7	7	7	7	35

21 + 0

**Según
Herrera**

Confiabilidad del instrumento

Procesamiento:

Ta: NO Total de  de jueces

Td: NO Total de desacuerdo de jueces

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1,0	Validez perfecta



Universidad
Norbert Wiener

CARGO

Lima, 09 de octubre de 2018

CARTA N° 13-10-419-2018/EAPO-UPNW

Dr. Pablo Samuel Córdova Ticse
Director del Hospital de Vitarte

Presente.

De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que las **Bachilleres Mendoza Buquez, Bárbara y Sandoval Calle, Carolina Sujey Mallara**, alumnas de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, puedan realizar la revisión de las Historias Clínicas del departamento de Gineco-obstetricia del hospital que Ud. dirige y así poder desarrollar su tesis "Relación del peso del Recién Nacido y los Desgarros Perineales en gestantes con anemia en el Hospital de Vitarte 2017".

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,



Solaverry
Oswaldo Eduardo Solaverry García
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Vitarte

"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

INFORME N° 261 A - 2019- J/S-GIN-OBST-HV

CARGO

A : **DR. PEDRO ARANGO OCHANTE**
Jefe de Área de Investigación

ASUNTO : PERMISO OTORGADO

REF. : EXPEDIENTE N° 18MP-15829-00
INFORME N° 182-2018-UADI-AINV-HV

FECHA : VITARTE, 10 DE MAYO DEL 2019

Por el presente me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al documento de la referencia, la Jefatura de Gineco-Obstetricia otorga la autorización a las señoritas **Mendoza Buquez Bárbara** y **Sandoval Calle Carolina**, de la Universidad Norbert Wiener a realizar su proyecto de investigación; revisando las Historias Clínicas de nuestro Servicio. Lo que informo para su conocimiento y demás fines.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VITARTE

.....
Dr. JUAN CARLOS LOAYZA BREÑA
C.M.P. 28005 R.N.E. 14514
EFE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

JCLB/mpp
C.c. Archivo