

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

HOSPITAL ALEMÁN NICARAGUENSE.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



TESIS

Para optar título de Especialista en Ginecología y Obstetría

Incidencia y Morbilidad de los desgarros perineales postparto grado III y IV en mujeres atendidas en sala de labor y parto de hospital Alemán Nicaragüense. Período de Enero a Diciembre 2017.

Autora: Dra. Edicsa Concepción López Briceño

Médico Residente de IV de Ginecología y Obstetricia

Tutor: Dra. Nubia Fuentes

Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

HAN

Abril 2018

DEDICATORIA

A nuestro **Padre Celestial Jehová y a la Virgen María** que en el camino me ha brindado la fortaleza, sabiduría y salud para continuar con mi vida y estudios médicos.

Mi familia: **Fanny Briceño (madre), Eddy Arístides López (padre), Agner López Briceño (hermano) y sobrinos** quienes con su amor y apoyo incondicional me han entusiasmado en cada momento.

Esposo mío, **Deglis Duarte** has sido mi aliado y mejor amigo, gracias por brindarme tu acompañamiento en los buenos y malos momentos.

Mis **Maestros (ginecólogos)** de este hospital Alemán Nicaragüense, quienes me han regalado la abnegación de ser Gineco-obstetra por sus enseñanzas.

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, fuente de luz y sabiduría. Su amor incondicional me ha guiado por la vida intentando ser merecedor de su compasión infinita.

A la **Dra Nubia Fuentes**, por haber sido mi tutora en este trabajo investigativo. Su empeño en reflejar a los residentes en dar una buena asistencia y dedicación a nuestras pacientes.

A mis Maestros **Dr. Misael Amador, Dr. Hebert Cesar, Dra. Claudia Tellez y Dra. Alma iris Ortiz** por su especial cariño, los cuales han compartido conmigo sus conocimientos, su ejemplo y dedicación son un modelo a seguir.

A mis **compañeros Residentes**, por todo el apoyo en los turnos para cumplir en nuestro trabajo, y cuidar de nuestras pacientes.

Al personal de enfermería, técnicos, administrativos, etc. Todos ellos de una forma u otra contribuyeron a la culminación de mi preparación como médico especialista.

Al personal de estadística por brindarme su apreciación y accesibilidad con los expedientes para realizar mi monografía.

A las pacientes del estudio, pilar fundamental del presente trabajo. Ellas son y serán la razón de esta especialidad "Ginecología y Obstetricia"

RESUMEN

Con el objetivo de conocer la incidencia de los desgarros perineales y la morbilidad asociada en la mujeres atendidas en las sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo comprendido entre Enero y Diciembre 2017. Se realizó el estudio observacional, retrospectivo tipo serie de casos, cuya población fueron las pacientes gestantes atendidas en su parto vaginal y que sufrieron desgarro perineal grado III y IV.

La fuente de información fueron los expedientes clínicos, se usó el software SPSS versión 22 para ingresar los datos. Se solicito el permiso a la dirección del hospital para el acceso a los expedientes y de otras estadísticas. Además, se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información.

Las pacientes en el estudio son de edad muy jovenes entre 20 a 24 años, la mayoría con nivel academico de secundaria y nuliparas con gestacion al termino de 39 semanas, se determino 66 casos de desgarros periales de los cuales 61 son grados III y 5 Grado IV con una incidencia del 0.02%. los factores asociados a estos desgarros fueron: nuliparidad, obesidad maternal, peso fetal mayor de 3000gramos, conduccion del parto, parto precipitado y expulsivo prolongado, variedad occipito derecho posterior.

Su asociacion con otros eventos adversos fue minimo siendo la anemia y la herrogia uno de mayor importancia en la morbilidad materna.

Se recomienda valorar adecuadamente los factores de riesgo en las parturientas, asi mismo promover la episiotomia restringida. También se debe promover la realización de una nota operatoria completa a toda paciente que presente este tipo de desgarro describiendo el tipo de desgarro y técnica empleada y de esta manera determinar el pronóstico y seguimiento de estas pacientes el cual debe ser de carácter multidisciplinario.

Palabra clave: Desgarros perineales, Morbilidades asociadas

OPINIÓN DEL TUTOR

En nuestro país aun en via de desarrollo es de encontrarse con mujeres que después de dar un parto vaginal viva en silencio y resignación ante un problema de salud. Más cuando esta fue causada por el paso de su feto durante el nacimiento. Las mujeres que tienen la discapacidad funcional como dispareunia, incontinencia urinaria y/o fecal o los prolapsos urogenitales que son en su mayoría causas secundarias a los desgarros perineales severos como los grados III y IV, los cuales son prevenibles.

Es por ello que el estudio de la Dra. Edicsa Concepción López tiene un valor significativo en dar a conocer la incidencia y la morbilidad de los desgarros perineales grado III y IV de nuestras embarazadas asistidas en esta unidad hospitalaria, así mismo marca el inicio de la consentización del personal de salud ante una mejor evaluación de los factores de riesgos y atención del parto para prevenir y dar seguimiento a estas pacientes.

Además los resultados reportados serán una pauta para otras investigaciones y valorar la posibilidad del un protocolo de manejo de esta patología.

Dra. Nubia María Fuentes

Médico y cirujano

Especialista en Ginecología y Obstetricia

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	7
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
ANTECEDENTES.....	10
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS.....	13
MARCO TEÓRICO	14
DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
ANÁLISIS DE RESULTADOS	40
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	54

INTRODUCCIÓN

Los desgarros del periné son la complicación más frecuente dentro de la morbilidad materna asociada al parto, puede ocurrir en más del 65% de los partos vaginales y puede presentarse de forma espontánea o como complicación posterior a la episiotomía. (Estefanía, 2015), (ABRIL Francis, 2009). La expulsión del feto puede ocasionar lesiones que la mayoría de las veces se limitan a la piel y mucosa vaginal o extenderse más allá de la musculatura perineal afectando el esfínter anal y por tanto los mecanismos de defecación y continencia.

La patología grave del periné incluye el desgarro de tercer y cuarto grado, su incidencia varía entre el 2 al 19%. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre una y ocho mujeres de cada cien sufre un desgarro perineal de tercer grado o de cuarto grado durante el parto. El riesgo de presentar una lesión en el esfínter anal externo o interno en un parto vaginal es de 1%. (FOLCH Marina, 2009) Estudios multicéntricos han demostrado que una de las causas de los desgarros perineales graves es la episiotomía reportando la literatura una incidencia de desgarros grado III y IV de 0,5 a 2% en casos con episiotomía medio lateral y 9 a 27% en episiotomías mediales. (ABRIL Francis, 2009)

Más del 90% de mujeres que sufrieron un desgarro perineal reportan al menos un síntoma persistente hasta ocho semanas después del parto. Estos síntomas están dados por eventos adversos que se presentan de forma inmediata o mediata al parto como son hemorragias, formación de hematomas, dolor perineal, infección, dispareunia, formación de abscesos, fístula. También pueden presentar eventos a largo plazo tales como disfunción sexual, incontinencia urinaria o fecal y prolapso urogenital. (ABRIL Francis, 2009)

Los principales factores de riesgo para que se presenten estos desgarros son la primiparidad, feto macrosómico, variedad occipito posterior, distocia de hombros, parto instrumental, duración de la segunda etapa del parto mayor de una hora, realización de episiotomía medial y parto instrumental. (ABRIL Francis, 2009) (MORA Hervas, 2009), (FOLCH Marina, 2009), (ABRIL Francis, 2009)

En el hospital Alemán Nicaragüense cada año se atienden de tres a cinco mil partos vaginales (50 – 55%) y la tercera parte de ellos pueden complicarse con algún grado de desgarro. A pesar que se trata de un problema que suele ser grave en los casos que se lesiona el esfínter anal ya que produce lesiones serias que afectan la calidad de vida de la mujer, no existe estudios que arrojen información valiosa sobre esta complicación, tampoco hay un seguimiento a corto y largo plazo de las mujeres que sufrieron este daño en uno de los momentos más importantes de sus vidas por tal razón el planteamiento del problema es el siguiente.

Cuál es la incidencia y la morbilidad asociada a los desgarros perineales grado III Y IV postparto en mujeres atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense. Período Enero a Diciembre 2017.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia y la morbilidad de los desgarros perineales grado de origen obstétrico en mujeres atendidas en la sala de labor y parto, en el periodo de Enero a Diciembre 2017?

Se plantea el objetivo de conocer la incidencia de los desgarros de mayor implicancia clínica en las mujeres atendidas en sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, al igual conocer las morbilidades asociadas a esta patología, con el fin de saber cómo futuros médicos Gineco-obstetras el cumplimiento de la calidad de atención y brindar pautas para mejorar, así mismo de seguimiento a las pacientes que sufrieron los desgarros grado III y IV.

ANTECEDENTES

En el año 2015 en el hospital Universitario de Ourense, España se realizó estudio de casos y controles para determinar los factores de riesgo asociados al desgarro intraparto del esfínter anal. Se observó una incidencia de 1,6% en primíparas y 0,3% en multíparas. Los factores más relevantes fueron la primiparidad, parto instrumental, período expulsivo prolongado, episiotomía y peso fetal. Todos presentaron significancia estadística. (MOSQUERA M, 2017)

En el año 2010 en el hospital Belén de Trujillo en Perú se realizó un estudio para identificar los factores de riesgo a desgarros perineales de III y IV grado, tipo casos y controles. Los factores encontrados fueron macrosomía e instrumentación del parto. (Alexander)

En el año 2009 finalizó un estudio para determinar la incidencia y el tipo de lesiones perineales en mujeres primigestas durante el parto en el hospital público Catalán. El 93% de las mujeres presentaron algún grado de trauma perineal con una tasa de desgarros del 31%. La tercera parte de estos desgarros fueron de II grado y el 2,6% existió afectación del esfínter anal. Aquellas primíparas en las que no se les realizó episiotomía presentaron un riesgo mayor de presentar desgarros de II grado. OR: 34,48 (IC95%: 13,31-83,33; $p < 0.001$). (MORA Hervás, 2009)

En el hospital universitario de Engativá (Bogotá, Colombia) se realizó un estudio analítico para identificar los factores de riesgo asociados a los desgarros perineales de segundo grado o más durante el parto vaginal en el período de noviembre de 2006 a mayo 2007, no se incluyeron mujeres con episiotomía, parto instrumentado o cesárea. Se incluyeron 149 mujeres las cuales 81 presentaron desgarros perineales que requirieron sutura. Los principales factores de riesgo fueron la duración de la fase activa del trabajo de parto mayor de 420 minutos. (RR: 1,45; IC 95%: 1,10-1,91), peso del neonato mayor de 3100 gramos, RR: 1,43, (IC95%: 1,05-1,94) (ABRIL Francis, 2009)

En el hospital de la Mujer ciudad México (2004 a 2007), se realizó estudio de casos y controles para determinar los factores que incrementaron el riesgo de ocurrencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado en 173 mujeres que recibieron atención del parto vaginal. Los resultados mostraron que el uso de oxitocina, la duración del período expulsivo de más de 60 minutos, la episiotomía y el parto instrumentado con fórceps fueron significativamente más frecuentes en los casos que en los controles, sin diferencias en la antropometría de los neonatos o en el tipo de personal que atendió el parto. (LORENZO Militza, 2013)

En el año 2001, hospital escuela de Honduras se realizó un estudio para determinar la prevalencia de los desgarros perineales con o sin episiotomía, la muestra fue de 1936 madres, con atención del parto en el período de 1998 al 2000. La prevalencia de desgarros fue de 23%, los de grado 3 fue de 3% y grado 4 de 3,3%. En madres que se les realizó episiotomía los desgarros grado 3 y 4 fue mayor que en las que no se les realizó dicho procedimiento. (LORENZAMA Juan, 2001)

En el período del 2000 al 2004 en el hospital Docente San Bartolomé se realizó un estudio descriptivo en 146 mujeres que sufrieron desgarro perineal grave posterior a parto vaginal, con una incidencia anual de 0,58%. En el 69% se les realizó episiotomía medio lateral, 5,5% medial y a 25,5% no se les realizó. 90% de gestantes tuvieron parto vaginal y 10% parto instrumental. Entre hallazgos relevantes, el 80% eran nulíparas y el 14,5% el peso de los recién nacidos pesaron más de 4 Kilogramos. (Nelson, 2007)

En nuestro país los estudios que se encontraron confirman que los desgarros perianales son la segunda o tercera causa de las hemorragias postparto ejemplo para el 2003 en el hospital Fernando Vélez País estadísticamente represento el 23.3 % no se describe el grado de estos. En el 2007 en el Hospital de Juigalpa se encontró que las causas de hemorragia postparto por trauma en el canal de parto corresponden a un 17% y segunda causa de esta. (GHIRMMAHP, Gómez)

JUSTIFICACION

En países menos desarrollados unas 15 a 20 millones de mujeres sufren discapacidades debidas a complicaciones en el embarazo y el parto, muchas de ellas son consecuencia del trauma que provoca el paso del bebé en el canal del parto al momento de nacer. Estas discapacidades provocadas por la maternidad perjudican la salud y la productividad de estas mujeres dándoles un impacto negativo en el bienestar tanto para la madre como para sus hijos. Como consecuencia de la cultura que predomina en estos países muchas mujeres por vergüenza o por la poca importancia que le dan a su salud no solicitan atención médica, problema que en algunos casos las envuelve en una situación de silencio y resignación.

El dolor perineal crónico, la dispareunia, la incontinencia urinaria y/o fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la mujer si no se realiza un diagnóstico a un abordaje adecuado de un desgarro de tercer o cuarto grado. Aún en aquellos casos en que logran sobreponerse a estas lesiones pueden tener consecuencias tanto desde el punto de vista físico como también conyugal, social y económico. De ahí la importancia que reducirlas, prevenirlas al realizar un diagnóstico y abordaje oportuno.

Con la realización de este estudio se obtendrá información de importancia sobre esta complicación obstétrica que si bien se conoce no es una causa directa o principal de mortalidad materna, pero si es un problema de salud que afecta a un porcentaje considerable de mujeres y las secuelas que produce afectan su calidad de vida. Esta Información será de utilidad para determinar cuál es la incidencia de esta patología y en qué momentos del período del parto se puede intervenir para tatar de reducir la aparición de esta complicación, de igual manera se podría en futuro plantear hipótesis que sirvan como base para nuevos estudios y contribuir a la reducción de esta patología.

OBJETIVOS

Objetivos

Determinar la incidencia y morbilidad de los desgarros perineales postparto grado III y IV en mujeres atendidas en sala de labor y parto de hospital Alemán Nicaragüense. Período de Enero a Diciembre 2017.

Objetivo Especifico

1. Mencionar las características epidemiológicas y reproductivas de las pacientes en estudio.
2. Identificar los factores maternos y obstétricos en las diferentes etapas del parto asociados a los desgarros perineales.
3. Caracterizar los desgarros perineales III y IV que se presentaron en las mujeres del estudio.
4. Identificar los eventos adversos asociados a los desgarros perineales III y IV.

MARCO TEÓRICO

Se puede definir el trauma perineal como cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o causado por una episiotomía. El porcentaje de desgarros después de un parto espontáneo es menor del 1% y después de los partos operatorios de del 2,5%.

La clasificación de Sultán y aceptada por el Colegio de Obstetricia y Ginecología describe el desgarro perineal en varios grados según la afectación de las estructuras: (MOSQUERA M, 2017), (FOLCH Marina, 2009) (Materno-Fetal, 2014)

1. Primer grado: afecta la piel perineal y mucosa vaginal
2. Segundo grado: Incluye la fascia y músculo del cuerpo perineal
3. Tercer grado incluye el esfínter anal
 - a. Lesión del esfínter externo menor del 50%
 - b. Lesión del esfínter externo mayor del 50%
 - c. Lesión del esfínter externo e interno
4. Lesión del esfínter anal y mucosa rectal

Las lesiones del piso pélvico durante el parto están relacionadas con los siguientes daños anatómicos: (DÍAZ Miguel, 2013)

- a. Denervación del periné y neuropatía del nervio pudendo
- b. Periné completo y desgarros ocultos
- c. Defectos del soporte uretral.
- d. Insuficiencia esfinteriana.
- e. Daño en el músculo elevador del ano.
- f. Daño en los tejidos

ANATOMÍA DEL CANAL DEL PARTO

El canal del parto está sustentado y limitado funcionalmente por diversos planos tisulares que en su conjunto forman el suelo pélvico. Su estructura fundamental es el músculo elevador del ano, con sus aponeurosis superficial y profunda que, desde el punto de vista práctico, puede considerarse como el piso o suelo de la pelvis. El músculo elevador del ano está formado por una porción pubococcígea y otra iliococcígea a cada lado. Los segmentos lateral y posterior del suelo que no están ocupados por el musculo elevador del ano, lo están por el músculo piriforme y coccígeo bilaterales. El espesor del músculo elevador del ano varía entre 3 y 5 mm, aunque los bordes que rodean el recto y la vagina son algo más gruesos. Durante el embarazo, el musculo elevador del ano se hipertrofia. (Erwin, Roxana, Henry, & Cinthia, 2008)

Al haber desaparecido el obstáculo del cuello, con la dilatación completa el feto es impelido por las contracciones uterinas por el canal del parto. La vagina, que ha adquirido una gran distensibilidad durante el embarazo, se dilata pasivamente a medida que el feto prosigue su avance. Lo que sí opone resistencia al paso del feto es el suelo de la pelvis. Toda la poderosa musculatura perineal tiende a contraerse, pero como en su centro tiene la dehiscencia que forma el hiato genital, esa resistencia acaba por ser vencida. Para ello se van distendiendo las fibras de la musculatura del ano y al ser el periné elástico, cuando cesa la contracción, toda la fuerza de su elasticidad tiende a rechazar la presentación hacia arriba. El cambio más marcado consiste en el estiramiento de las fibras musculares del ano y el adelgazamiento de la parte central del periné que, en ausencia de episiotomía, pasa de ser una masa tisular cuneiforme de unos 5 cm de espesor a ser una estructura membranosa muy delgada, de menos de 1 cm de grosor.

La distensión máxima del periné determina la dilatación pronunciada del ano hasta 23 cm de abertura, a través del cual sobresale (Erwin, Roxana, Henry, & Cinthia, 2008)

En muchas nulíparas y en algunas múltiparas cierto encajamiento de la cabeza fetal se produce ya en el embarazo, muchos días o semanas antes de que comience el trabajo de parto. Esto quiere decir que ya durante el embarazo la presentación fetal puede

estar comprimiendo parte de las estructuras del suelo pélvico. (Erwin, Roxana, Henry, & Cinthia, 2008)

EL PARTO Y SUS ETAPAS

El parto se define como "El proceso fisiológico por el cual un feto de 22 semanas o más de gestación, o de 500 g o más de peso es expulsado del organismo materno por vías naturales". El parto y el periodo posparto inmediato se reconocen como momentos de especial vulnerabilidad para la madre y el recién nacido.

Primera etapa del parto (período de dilatación): Consta de una fase latente y una fase activa.

La fase latente es el período entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado con 3 cm de dilatación. En la nulípara puede durar hasta 20 horas y en la multípara hasta 14 horas.

La fase activa es el período entre los 3 y los 10 cm de dilatación. La fase activa presenta a su vez una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). Durante este período se producen la dilatación y el descenso de la presentación fetal (la dilatación predomina en la fase aceleratoria y el descenso en la fase desaceleratoria). En esta fase ocurrirían las lesiones asociadas al parto, por lo que una cesárea intraparto no resultaría eficaz para prevenirlas. La dilatación en la nulípara se realiza en alrededor de 6 horas y en la multípara en 4 horas. El descenso en la nulípara se produce a 1 cm/hora y en la multípara a 2 cm/hora. La dilatación y el descenso deben ser evaluados basándose en los tiempos aquí establecidos y en la curva de alerta del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), según paridad, proporción cefalopélvica y dinámica uterina. Se debe estar alerta ante alteraciones de la progresión, la dinámica uterina y/o la auscultación fetal. (ELIZALDE Alejandra, 2008)

Segunda etapa del parto (período expulsivo): Es el lapso comprendido entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto. En la nulípara puede durar entre 90 y 120 minutos y en la multípara alrededor de 1 hora.

Tercera etapa del parto (período del alumbramiento): Es el lapso que media entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En la nulípara puede durar hasta 45 minutos y en la multípara hasta 30 minutos.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LOS DESGARROS DE TERCER Y CUARTO GRADO: (ABRIL Francis, 2009) (FOLCH Marina, 2009)

Riskin-Mashiah investigó factores de riesgo asociados con desgarros perineales severos (de tercer y cuarto grado). Identificó que factores como la episiotomía medial, el primer parto vaginal, el uso de bloqueo pudendo, los partos instrumentales y el peso al nacer mayor de 4000 gramos implicaban un riesgo significativamente más elevado de laceración severa. (ELIZALDE Alejandra, 2008)

Carroli y Belizan comentaron en un anterior volumen de Clínicas Perinatológicas Argentinas, políticas restrictivas de episiotomía que implican menor trauma del periné posterior, menos suturas y complicaciones febriles, no existiendo diferencias en cuanto a dolor o a trauma perineal o vaginal severo, aunque se incrementa el riesgo de trauma periné anterior. (ELIZALDE Alejandra, 2008) se menciona en este copilados factores de riesgos.

Los siguientes son factores de riesgo para desgarros perineales

- ✓ Nuliparidad (OR: 2,4%)
- ✓ Episiotomía
- ✓ Conducción del parto
- ✓ Macrosomía (peso > 4000g)
- ✓ 2º estadio del parto prolongado
- ✓ Analgesia epidural
- ✓ Parto instrumentado (fórceps > vaccum)
- ✓ Variedad occipito-posterior (OR: 2,3%)
- ✓ Maniobra de Kristeller

Primiparidad

Al aumentar la paridad disminuye el riesgo de traumatismo perineal en el parto, incluso de episiotomías, por tanto éste se produce con más frecuencia en mujeres primíparas

Episiotomía

Es la incisión del periné realizada para aumentar la apertura vaginal durante la última etapa del período del expulsivo o durante el parto. Es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en la práctica obstétrica. (LORENZAMA Juan, 2001)

La episiotomía complicada es la presencia de complicaciones a causa de la misma siendo las más frecuentes: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia. Las revisiones de Cochrane recomiendan el uso restrictivo o selectivo para reducir el traumatismo perineal y complicaciones. Se sugiere que el corte de la episiotomía sea en un ángulo de 45% a 60% respecto a la línea media para evitar la lesión del esfínter anal. (IMSS, 2013)

Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal. Un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar.

El estudio actualizado realizado por el Instituto Nacional para la Excelencia en los Cuidados de la Salud (siglas en inglés NICE), analizó el ángulo de la episiotomía, se incluyeron 241 mujeres de ellas el 25% sufrieron lesión del esfínter anal; también observaron que el sobrepeso del recién nacido y la episiotomía medio lateral eran factores de riesgo independientes para la lesión del esfínter anal. Estos resultados indicaron que la orientación de la episiotomía hacia la línea media se asociaba a un mayor número de lesiones del esfínter anal ($p:0,01$) y que solo el 22% de los obstetras realizaban verdaderas episiotomías mediolaterales, que son definidas como 40 grados de la línea media. (SEGO, 2010)

Revisiones sistemáticas actualizadas observaron que la episiotomía restrictiva frente a la sistemática incrementó el número de mujeres con periné intacto y el número de

mujeres que reanudaron su vida sexual al mes, disminuyó la necesidad de reparación y sutura perineal. Una revisión sistemática encontró que la episiotomía selectiva redujo el trauma perineal severo. (RR: 0,68; IC95% 9,49-0,94), prevención del trauma perineal posterior en episiotomías medial y mediolateral pero incrementó el riesgo de trauma perineal anterior (RR: 1,52; IC95%: 1,24-1,86%). También se observó que el peso fetal y la episiotomía medio lateral fueron factores de riesgo independientes para lesión del esfínter anal (RR:4,04; IC95%: 1,71-9.56). (Colombia, 2013Vol:64; N°: 4; (379-424))

Sin episiotomía aumentan los desgarros labiales, periuretrales y de la cara anterior de la vagina. Hay mayor número de desgarros de I y II grado, los cuales tienen poca morbilidad. Al realizar la episiotomía, sobre todo tras una episiotomía media, aumentan los desgarros de III y IV grado. Las laceraciones presentan menos necesidad de sutura, así como se infectan menos y producen menor dolor que las episiotomías. Sleep y col y Klein y col. establecen que la realización de una episiotomía no previene los desgarros vaginales y, por el contrario, favorecen la aparición de desgarros que comprometen el esfínter y la mucosa rectal. Los desgarros van a lesionar menos el suelo pélvico que la episiotomía y van a presentar menor infección, hematomas, fístulas, dolor posparto, resultado anatómico insatisfactorio y dispareunia. (Irma, 2012)

Sleep y Klein et al. Establecen que la realización de una episiotomía no previene los desgarros vaginales y, por el contrario, favorecen la aparición de desgarros que comprometen el esfínter y la mucosa rectal. Los desgarros van a lesionar menos el suelo pélvico que la episiotomía y van a presentar menor infección, hematomas, fístulas, dolor posparto, resultado anatómico insatisfactorio y dispareunia. (Irma, 2012)

En función de los datos anteriores, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía únicamente en las indicaciones maternas o fetales siguientes: (Irma, 2012)

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Parto vaginal complicado.
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos.

La conducción del parto:

Es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo. Se ha utilizado para el manejo del trabajo de parto prolongado. Tradicionalmente, la conducción del trabajo de parto se ha realizado utilizando una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía). (OMS, 2015)

Macrosomía fetal

La macrosomía fetal se define por un peso al nacer mayor a 4000 gramos o un peso superior al percentil 90 de la curva de crecimiento para la edad gestacional. El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto presentando una alta tasa de morbilidad materna y perinatal. La macrosomía fetal o el diámetro biparietal grande aumentan el riesgo de traumatismo perineal o de episiotomía. Este trastorno metabólico se ha asociado con un aumento en las tasas de parto operatorio, detención en la progresión del trabajo de parto, distocia de hombros, desgarros perineales grado III y IV, lesión al nervio pudendo y hemorragia post parto. (Fernando, 2017)

El tiempo de expulsivo

El expulsivo prolongado es un factor predisponente a la práctica de episiotomía en los partos vaginales espontáneos, independientemente del profesional que asiste el parto en estos casos.

Analgesia epidural

El uso de analgesia epidural no incrementa el riesgo de tener que practicar una episiotomía, aunque, a veces, puede llevarse a cabo debido a la impaciencia del profesional que asiste el parto.

Longitud del periné:

En un estudio realizado por Deering se estudió la longitud del cuerpo tendinoso perineal en relación con las laceraciones espontáneas de los partos vaginales. La medida media del cuerpo perineal fue de 3,9 cm, sin encontrar diferencias significativas entre las mujeres nulíparas o multíparas. Un cuerpo perineal de una longitud de 2,5 cm o menos tenía un riesgo significativamente aumentado de presentar un desgarro severo durante el parto vaginal (hasta 10 veces mayor) comparado con una longitud del cuerpo perineal de más de 2,5 cm. Las mujeres con cuerpos perineales cortos también presentaron un riesgo mayor de parto instrumental.

Otro trabajo realizado por Aytan también identifica la longitud del cuerpo perineal como un factor de riesgo independiente en la ocurrencia de laceraciones perineales severas en aquellos partos asistidos con episiotomía. En su estudio propone una longitud crítica de 3 cm, por debajo de la cual el riesgo de desgarros de tercero y cuarto grados se incrementa de forma significativa, indistintamente del tipo de episiotomía empleada (media o mediolateral).

Maniobra de kristeller

Entre las maniobras usadas en la segunda etapa del parto, esta es una de las más controvertidas.

En una revisión sistemática de Cochrane publicada en el 2009 que evalúa si la presión del fondo del útero, o maniobra de Kristeller, es eficaz para alcanzar un parto espontáneo y para la prevención de una segunda etapa de parto prolongada o un parto instrumental. Así como, los posibles efectos adversos maternos y fetales relacionados con la maniobra.

Un ensayo clínico (ECA) realizado en Londres que incluyó a 500 mujeres nulíparas con analgesia epidural para determinar si una cinta obstétrica inflable, para la aplicación de presión del fondo uterino durante la contracción, reduce las tasas de parto instrumental cuando se utiliza en la segunda etapa del parto. El 42,7% de las 260 mujeres en el grupo con el cinturón tuvo un parto espontáneo, en comparación con un

39,2% de las 240 en el grupo control, aunque esta diferencia no fue significativa; $p=0,423$. La tasa de partos instrumentados fue similar entre los dos grupos: RR 0,94 [IC 95%: 0,80 a 1,11], sin diferencias significativas, así como la tasa de cesáreas. El perineo resultó intacto en más casos entre las mujeres del grupo de intervención: RR 1,73 [IC 95%: 1,07 a 2,77], así como el desgarro del esfínter anal: RR 15,69 [IC 95%: 2,10 a 117,02]. RS de un ECA 1+ La revisión concluye que la maniobra de Kristeller, realizada mediante el cinturón inflable, no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental, los efectos sobre el periné no son concluyentes y la evidencia sobre el bienestar del neonato es insuficiente. (SEGO, 2010)

El estudio concluyó que no existen pruebas del beneficio de la maniobra de Kristeller realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, que la dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto. (SEGO, 2010)

COMPLICACIONES DEL TRAUMA PERINEAL:

Una de las complicaciones inmediatas más angustiantes de cualquier lesión en el periné es el dolor perineal. Este dolor a corto plazo se asocia con edema reactivo, contusiones, suturas ajustadas, infecciones y dehiscencia de la herida. El dolor y malestar persistente también puede causar retención urinaria y problemas en la defecación. Estudios han reportado que después de una lesión perineal posterior al parto el dolor y la dispareunia pueden durar varios años. El 50% de mujeres con lesión perineal han reportado dolor y dispareunia. (AH, 2008)

Los desgarros del periné se han asociado a eventos adversos a corto plazo que incluyen hemorragias, formación de abscesos, hematomas dehiscencia de la herida, incontinencia anal y la formación de una fístula recto-vaginal (comunicación anormal entre el recto y la vagina) Se ha reportado tasas de dehiscencia de la herida perineal después de la reparación del 10% . Giebel (1993) informó que la mayoría de las

fístulas rectovaginales fueron causadas por el desconocimiento de la verdadera extensión de la lesión perineal al momento de la reparación, lo que ocasionó una inadecuada reconstrucción del esfínter. Las fístulas recto vaginales son difíciles de tratar y pueden requerir una colostomía permanente. (AH, 2008) (ABRIL Francis, 2009)

La International Continence Society define la incontinencia anal como la pérdida involuntaria de flatos o heces que implica un problema social o higiénico. Se estima que la incontinencia anal afecta a una de cada 20 mujeres hasta un año después del parto. Se cree que un tercio de estos casos se deben a una lesión del esfínter anal clínicamente no diagnosticada (oculta). La incidencia informada de incontinencia anal después de la reparación primaria de una lesión reconocida del esfínter anal se encuentra entre 15% y 59%. (AH, 2008)

DESGARROS VAGINALES:

La mayoría de las laceraciones vaginales ocurren de manera espontánea, tomando la línea media en su porción posterior o en el área anterior periuretral. Los desgarros posteriores del cuerpo perineal o de la vagina se deben reparar si sobrepasan la mucosa vaginal y la técnica de reparación es igual a la de los desgarros perineales. Los desgarros anteriores que involucran el labio menor o la región periuretral, deben ser inspeccionados cuidadosamente, si no sangran no requieren de sutura. Si la laceración se encuentra cercana a la uretra y requieren reparación, es prudente la inserción de un catéter de Foley, no sólo para facilitar el afrontamiento, sino también para evitar el edema que puede ocasionar retención urinaria en el puerperio. Se debe utilizar sutura catgut crómico, Dexon o Vicryl 000 ó 0000. (PAGÉS Gustavo, 2008)

Ocasionalmente las laceraciones se pueden profundizar y disecar hasta la fosa isquiorectal, exponiéndose tejido fibroadiposo de color amarillo, característico de este espacio. Se realizará entonces sutura hemostática con puntos continuos utilizando catgut crómico 00.

DESGARROS CERVICALES

Comúnmente las laceraciones del cuello uterino ocurren a nivel de la hora 3 y 9 y, si no existe evidencia de sangrado y no son muy extensas, no se repararan. Las laceraciones más significativas se encuentran asociadas con partos instrumentales, manipulación intrauterina en caso de la atención del segundo gemelo o presentaciones cefálicas deflejadas y en el trabajo de parto precipitado. Se sospecha de laceración cervical si persiste sangrado genital rojo brillante con buen tono uterino. En raras ocasiones, el labio cervical anterior se aprisiona entre la cabeza fetal y la sínfisis del pubis, si pasa desapercibido, no se reducirá manualmente conduciendo a una isquemia severa y como consecuencia necrosis y desprendimiento. Cuando ocurre sangrado importante o la lesión es extensa la reparación quirúrgica es necesaria con una adecuada anestesia y exposición del campo operatorio, mediante la utilización de un buen asistente y pinzas de Foerster que permiten manipular los bordes cervicales y visualizar el ángulo del desgarró. La sutura se realiza con material absorbible tipo crómico, Dexon o Vicryl 00 con puntos continuos, comenzando por detrás del ángulo hasta terminar donde anatómicamente estuvo el orificio cervical externo. (PAGÉS Gustavo, 2008)

HEMATOMA DE LA VULVA O VAGINA:

Los vasos sanguíneos, particularmente las venas de la pelvis, se pueden desgarrar durante el embarazo, parto o postparto y formar un hematoma en el tejido conectivo laxo. Los hematomas han sido encontrados bajo la piel de la vulva, alrededor y debajo de la vagina y en los ligamentos anchos. Estos tienden a crecer siguiendo las líneas de despegamiento de las capas de tejido conectivo o la fascia. Si están debajo del elevador del ano y la fascia pélvica profunda, éstos distienden el periné, desplazan recto y ano y algunas veces se vuelven enormes.

La ruptura de un vaso sanguíneo es causada por el trauma de un parto espontáneo o por el uso de un fórceps. El error de no comenzar la sutura de un desgarró o episiotomía por encima de su ángulo de corte o lesión también puede resultar en un hematoma. (Iglesias, 2009)

FÍSTULA RECTOVAGINAL

Se trata del paso de aire o heces del recto a la vagina a través de un trayecto que comunica las dos superficies epiteliales. Provocan un importante deterioro de la función sexual y de la calidad de vida. Más del 80% de las FRV son de origen obstétrico bien por lesiones esfinterianas que pasan desapercibidas o fallos en la reparación de desgarros perineales de cuarto grado. La incidencia después del parto vaginal se estima que es del 0,1%

Se clasifican como simples o complejas en función de su tamaño, localización y etiología subyacente. Las de origen obstétrico están en el grupo de las simples y se localizan en el septo recto-vaginal.

PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL

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

- Episiotomía restrictiva medio-lateral con un ángulo suficiente, que permita el alejamiento del esfínter anal. Para asegurar que se realiza la episiotomía con el ángulo adecuado, se recomienda marcar con rotulador el recorrido de la misma antes de la distorsión perineal producida por la cabeza fetal.
- En caso de indicarse un parto instrumentado es preferible, siempre que las condiciones obstétricas lo permitan, el uso de la ventosa en lugar del fórceps.
- Cuando se realice un parto instrumentado, se recomienda retirar las ramas para la fase final del expulsivo, una vez se ha conseguido el descenso suficiente de la cabeza.
- Protección adecuada del periné, basada en el enlentecimiento de la fase final del periodo expulsivo del parto, y en lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones.
- El masaje perineal durante la gestación ha evidenciado un aumento del número de mujeres con periné intacto posparto, aunque no se han encontrado ni una

disminución de los desgarros del esfínter anal, ni diferencias clínicas a los dos meses posterior al parto. (Fetal, 2006. 2008, 1010)

Un importante elemento de prevención se vincula con la correcta valoración de la pelvis. 32 pacientes cuyos arcos subpúbicos tenían ángulos menores de 90° tuvieron prolongadas la primera y segunda etapa del parto comparadas con las 102 pacientes cuyos ángulos eran mayores. Un ángulo subpúbico agudo en nulíparas se asoció con deterioro de la continencia anal (69% vs 21%, $P < 0,001$) pero curiosamente no se correlacionó con la incidencia de trauma perineal o del esfínter anal.

Masaje perineal prenatal

En una revisión de Cochrane (2005), donde se incluyeron tres ensayos con 2434 mujeres se concluyó que el masaje perineal antes del parto se asoció a una reducción en la probabilidad de requerir episiotomía. (RR: 0.85; IC95%: 0,75-0,97. No se observaron diferencias en relación a la incidencia de desgarros perineales). (BECKMANN MM, 2005)

Un ensayo aleatorio realizado en Australia, cuyo objetivo fue estudiar los efectos del masaje perineal en la segunda etapa del parto. El estudio incluyó un total de 1340 mujeres. El grupo de mujeres con masaje perineal fue 708. En los resultados no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos para las variables estudiadas: Periné intacto, desgarros de I y II grado, episiotomía, dolor vaginal a los tres y diez días, dispareunia, control urinario y fecal. El desgarro de III grado presentó una menor incidencia en el grupo de masaje perineal. RR: 0,47 (IC95: 0,23-0,93). (SEGO, 2010)

Aplicación de calor/ frío: En un estudio realizado en Estados Unidos para analizar factores asociados al traume perineal durante el parto. Se estudiaron 2,595 mujeres durante 12 meses y los resultados obtenidos indicaron que la colocación de compresas calientes en la segunda etapa del parto podría prevenir la aparición de desgarros espontáneos en mujeres multíparas sin episiotomía: OR 0,6 (IC95:0,3-0,9), así como la realización de episiotomía en nulíparas. OR: 0,3; (IC95%: 00-0,8) (SEGO, 2010)

Posición de la mano durante el nacimiento: Un estudio realizado en el Reino Unido con un total de 5,471 mujeres incluidas. En él se compararon dos técnicas de protección del periné durante el parto vaginal, una en la que una mano controlaba la deflexión de la cabeza y proteger el periné (hands on) o conducta de protección activa y la otra técnica, en donde las manos se mantenían preparadas pero ninguna tocaba la cabeza o el periné (hands poised) o conducta expectante.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas, con menor dolor, en el grupo en el que las manos controlaban la deflexión de cabeza y protegían el periné, en las últimas 24 horas, preguntado a los 10 días del parto (910/2.669 manos preparadas sin tocar vs 823/2.647 en manos que controlan y protegen el periné): RR 1,10 [IC 95% 1,01 a 1,18], con mayor número de episiotomías realizadas (10,2% (n=280) en manos preparadas sin tocar vs 12,9% (n=351) en manos que controlan y protegen el periné): RR 0,79 [IC 95% 1,02 a 2,78] y menor número de extracciones manuales de la placenta (2,6% (n=71) en manos preparadas sin tocar vs 1,5% (n=42) en manos que controlan y protegen el periné): RR 1,79 [IC 95% 1,02 a 2,78]. (SEGO, 2010) (matronas, 2007)

En otro estudio realizado en 1.076 mujeres en que se comparaban ambos métodos, su autor no encuentra diferencias estadísticamente significativas de lesión perineal entre los dos grupos, pero considera que existe un aumento de episiotomías y desgarros de tercer grado en el grupo de protección del periné (hands on). Considera que la isquemia provocada por la intervención manual de los tejidos del periné es un factor de riesgo importante en los desgarros perineales graves. (SEGO, 2010)

Otro estudio incluido por NICE es un ensayo clínico cuasi-experimental realizado en Austria (149) con un total de 1.076 mujeres. El objetivo del estudio era comparar una técnica donde una mano controlaba la deflexión de la cabeza y la otra protegía el periné vs técnica donde las manos se mantienen preparadas pero ninguna toca ni la cabeza fetal ni el periné. Las tasas de desgarro de primer y segundo grado fueron similares en los dos grupos de intervención: manos en periné: 29,8% vs manos que no tocan el periné: 33,7%, sin diferencias significativas. Sin embargo, la tasa de desgarro de tercer grado fue mayor en el grupo que posicionaba las manos protegiendo el

periné: n=16 (2,7%) vs n=5 (0,9%), aunque el estudio no tenía el suficiente poder estadístico como para detectar diferencias de este evento tan poco frecuente. La tasa de episiotomía también fue mayor en este grupo de mujeres: 17,9% vs 10,1%, $p < 0,01$.

El tercer estudio incluido era un ECA realizado en EEUU (132) en el año 2005 que comparaba la aplicación de compresas calientes y masaje junto al uso de lubricante frente a técnica de manos preparadas sin tocar el periné. El porcentaje de episiotomías realizadas en el estudio fue bajo (0,8%), el 23% (n=278) de las mujeres no presentaron trauma genital, el 20% (n=242) presentó trauma perineal severo (desgarro grado II, III y IV), mientras que el 57% (n=691) presentó trauma menor (desgarro grado I). (SEGO, 2010)

Deflexión de la cabeza:

En estudio de cohortes, llevado a cabo como parte de un programa nacional noruego, que tiene como objetivo establecer si un programa de intervención puede disminuir la frecuencia de la rotura del esfínter anal. La intervención realizada es controlar la fase de expulsión de la cabeza mediante dos maniobras, controlando la deflexión de la cabeza e informando a la madre que no empuje, para proteger el periné. En el estudio se analizan los datos de 12.369 partos vaginales realizados entre 2002-2007 y se compara el impacto del programa de intervención (realizado desde octubre de 2005 hasta marzo del 2007, tras un periodo de entrenamiento desde enero-septiembre de 2005) en la tasa de rotura del esfínter anal en dos subgrupos de tipos de parto diferente (partos instrumentales y partos no instrumentales). Se observó una disminución global del desgarro del esfínter anal durante el período de intervención: de un 4,03% de desgarros durante 2002-2004 a un 1,17% durante 2005-2007; ($p < 0.001$). (SEGO, 2010)

Posición en el expulsivo

En una revisión de Cochrane sobre la posición de la mujer durante el período expulsivo del parto, los autores de la revisión llegaron a las siguientes conclusiones:

- El uso de episiotomía se redujo considerablemente.

- La reducción de la duración del período expulsivo fue discretamente menor en la posición vertical
- La efectividad de las diversas posiciones no son concluyentes y debido a esto, se sugiere que las mujeres tengan su parto en la posición que sea más cómoda para ellas. (Gupta, 2008)

En una revisión sistemática realizada por la Federación de Matronas en España reportaron los siguientes hallazgos:

- En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).
- Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.
- En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos)
- Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (as mujeres, aunque en la primera semana algunas mujeres pueden tener molestias).

MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS DEGARROS DEL PERINÉ

La reparación del periné después de una episiotomía o desgarró es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia. El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada. (Fetal, 2006. 2008, 1010)

Revisiones sistemáticas han concluido:

- Los materiales sintéticos reabsorbibles son mejores (disminución del dolor).
- La sutura intradérmica de la piel en los desgarros de primer y segundo grado y en las episiotomías reduce el dolor a corto plazo.
- En cuanto al hecho de dejar sin suturar la piel de los desgarros de primer y segundo grado que no presentan sangrado, se precisan más estudios que clarifiquen cuál es la mejor forma de actuar.

Si bien el hecho de no suturar la piel no parece tener incidencia en las infecciones, la necesidad de resuturar posteriormente o la incontinencia. Además las mujeres presentan una disminución del dolor en los días siguientes al parto y dispaurenia posteriormente. Es necesario planificar estrategias con los profesionales y las mujeres para disminuir la práctica sistemática de la episiotomía. (matronas, 2007)

La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar un tacto rectal con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. (Materno-Fetal, 2014)

El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento agudo. Estas fibras son responsables del 75% del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno. (Materno-Fetal, 2014)

Sutura mucosa rectal: La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no rapid) como primera elección o PDS 3/0, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa

rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Sutura de esfínter: Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para identificar y aislar los extremos. - Técnica de reparación: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: overlap o bien end-to-end utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura (Figura 1). Los hilos monofilamento parecen tener menor riesgo de infección. Cuando se identifica la lesión del esfínter interno se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional. (Materno-Fetal, 2014)

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es Descriptivo, observacional, retrospectivo y de serie de caso. Se describirán los casos encontrados, sin intervenir en las variables a estudio, en un tiempo pasado donde el suceso ocurrió y el número continuo de casos en que se presentó el suceso dentro de los meses de Enero a Diciembre 2017.

AREA DE ESTUDIO:

Estudio en el Hospital Alemán nicaragüense ubicado en la zona norte de la ciudad de Managua, en el servicio de Gineco-obstetricia, se realizara en con las pacientes ingresadas a la sala de labor y parto de dicho centro asistencial durante el período comprendido entre Enero a Diciembre 2017.

ENFOQUE DEL ESTUDIO:

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que se trabajó con información basada en evidencia científica obtenida de la bibliografía consultada y en base a datos estadísticos en relación al tema.

UNIVERSO Y MUESTRA:

El Universo fue constituido por 3526 mujeres cuyo parto vaginal fue atendido en la sala de labor y parto del hospital alemán en el período entre Enero a Diciembre 2017.

La muestra fue constituida por 66 mujeres que sufrieron desgarro perineal grado III y IV grado de importancia clínica, en período de estudio comprendido entre Enero a Diciembre 2017.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Puérperas cuyo parto fue atendido en el hospital alemán y que presentaron diagnóstico de desgarro perineal tipo III o IV.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres con partos fuera del hospital aún cuyo desgarro haya sido reparado en la institución.
- Mujeres que sufrieron durante el parto desgarros clasificados de primer grado o II grado.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Expedientes clínicos de mujeres con partos atendidos en el Hospital Alemán con diagnóstico de desgarros perineales grado III y IV, en el período mencionado.

TIPO DE MUESTREO:

La muestra se seleccionó en base a la búsqueda de puérperas con diagnóstico de desgarro perineal grado III y IV ocurridos entre los meses de Enero a diciembre 2017, para dicha búsqueda se utilizaron los libros de parto, sala de operaciones y estadísticas del sistema SIP del hospital.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una ficha de recolección de datos que incluyó todas las variables que dieran respuesta a los objetivos del estudio. La variable dependiente fue desgarro perineal III y IV y las variables independientes todos los factores que pudieran estar relacionados con la variable dependiente y que se hayan encontrado en otros estudios similares, las cuales fueron algunas características epidemiológicas, reproductivas, factores maternos y obstétricos relacionados con el embarazo, trabajo de parto, período expulsivo y factores que se han demostrado en estudios analíticos que son factores de riesgo para la aparición de los desgarros perineales de III y IV grado como edad materna, macrosomía fetal, episiotomía, trabajo de parto prolongado, duración del

período expulsivo, variedades de presentación distócica y otras complicaciones como hematomas, desgarros vaginales, parauretrales, anemia, transfusión sanguínea.

El proceso de búsqueda se realizará en los libros de registro de sala de operaciones y labor y parto, así también en el sistema de informática del hospital para seleccionar las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Se solicitarán los expedientes al servicio de estadística. Previamente se solicitará autorización a la subdirección docente y dirección del hospital explicando la finalidad el estudio.

Se utilizó el programa SPSS versión 22 para introducir la información obtenida y ser analizada según tipo de variable las que se dividieron en variables nominales y ordinales.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Con la obtención de todos los casos ocurridos en el período de estudio, primeramente se determinó la incidencia de dicha complicación. El análisis de la información se realizó en base del tipo de variables, por lo que con las variables cuantitativas se utilizaron medidas de porcentaje y de tendencia central como media, moda, valor mínimo y máximo, algunas variables cuantitativas se agruparon por grupo o rango y ser analizadas en el programa como variables cualitativas. Para las variables cualitativas se asoció la variable dependiente (desgarro perineal de III y IV grado) con algunas variables como edad, episiotomía, u otro evento adverso identificado en las pacientes del estudio, para determinar su asociación se utilizará la prueba de chi cuadrado. Los resultados del estudio se plasmarán en gráficas y cuadros.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1: Características epidemiológicas, sexuales y reproductivas

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	ESCALA	INDICADORES
Edad	Cuantitativa continua	Años de vida cumplidos al momento del estudio	13 a 17 años 18 a 19 años 20 a 34 años 35 a 45 más	Porcentaje de mujeres según grupo de edad con desgarró perineal
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Nivel de estudio cursado al momento del estudio	Ninguno Primaria Secundaria Universitaria Profesional	Total de mujeres según nivel de escolaridad
Procedencia	Cualitativa nominal	Zona demográfica de donde proviene	Rural Urbana	Porcentaje de mujeres que provienen de zona rural o urbana
Referencia de Unidad de Salud	Cualitativa Nominal	Centro público o privado de salud que refirió a la gestante	Si No	Porcentaje de mujeres que fueron referidas
Edo nutricional en su I CPN	Cualitativa ordinal	Estado de nutrición de la gestante considerando IMC en su I CPN	Menor 19: DN 20 a 24: Sin DN 25 a 29: sobrepeso 30 a más: obesa	Porcentaje de gestante Según edo nutricional o IMC en su I CPN
Edo nutricional al ingreso	Cualitativa ordinal	Estado de nutrición de la gestante al ingreso según normas	Bajo peso eutrófica Sobrepeso obesidad	Porcentaje de gestantes Según edo nutricional
EG POR FUR	Cuantitativa continua	Tiempo de embarazo en semanas por fecha de última regla	35 sem o menos 36, 37 semanas 38, 39 semanas 40 a más	Porcentaje de gestantes según edad gestacional por FUR

Características reproductivas

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
GESTAS	Cuantitativa discreta	Número de embarazos previos al actual	Ninguno Uno, dos, tres Cuatro a más	Porcentaje de gestantes según número de embarazos previos
Paras	Cuantitativa discreta	Número de partos previos al actual	Ninguno Uno, dos, tres, cuatro a más	Porcentaje de gestantes según número de partos previos
Abortos	Cuantitativa discreta	Número de abortos según refiere gestante	Ninguno Uno Dos a más	Porcentaje de gestantes según número de abortos referidos
Antecedentes de Cesáreas	Cualitativa nominal	Historia de una o dos cesáreas previas	Si No	Porcentaje de gestantes que refirieron historia de cesáreas
Período intergenésico	Cuantitativa continua	Período de tiempo en meses o años de su último parto	Menos de 1 año 1, 2, 3, 4, 5 años 6, 7, 8, 9 o más	Porcentaje de gestante según período intergenésico

OBJETIVO 2: Caracterizar los desgarros perineales III y IV

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Incidencia de desgarros	Cuantitativa continua	total de desgarros entre el total de partos	Numérica	Porcentaje de mujeres con desgarro perineal III y IV grado entre el total de partos vaginales
Tipos de desgarros	Cualitativa ordinal	Mujeres que tuvieron su primer parto antes de cumplir los 18 años	III grado: esfínter a. Menos 50% b. Más del 50% c. Esfínter externo e interno IV mucosa rectal	Porcentaje de mujeres según el tipo de desgarro en base a a clasificación
Momento del diagnóstico	Cualitativa nominal	Momento en que se realizó el diagnóstico	Inmediato: al momento del parto Tardío: después del evento	Porcentaje de gestantes según momento del diagnóstico.
especialista tratante	Cualitativa nominal	Especialista que reparó el desgarro	Cirujano Ginecólogo Residente	Porcentaje de gestantes según especialista

OBJETIVO 3: Factores maternos y obstétricos asociados a los desgarros perineales.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Patologías maternas	Cualitativa nominal	Patología maternas asociada que pueden incidir en la aparición de desgarro perineal	HTAC Diabetes Obesidad Anemia DN, otras	Porcentaje de gestantes según patologías maternas
Patologías o complicaciones obstétricas	Cualitativa nominal	Complicación propia del embarazo	HTG Preeclampsia Diabetes gestac Polihidramnios Otras	Porcentaje de gestantes según complicación obstétrica
Evolución de las membranas	Cualitativa nominal	Evolución de las membranas durante el T de P	RPM RAM Espontánea Otras	Porcentaje de mujeres según evolución de las membranas
Evolución del Partograma	Cualitativa nominal	Desviación a la izquierda Derecha Dentro de la curva	Desviación a la izquierda Derecha Dentro de la curva	Porcentaje de gestantes según evolución del partograma
fase de dilatación	Cuantitativa continua	Etapa de dilatación en que se encuentra Al momento del parto.	Ninguna 1 a 3 cm 4 a 6 cm 7 a 9 cm 10 cm	Porcentaje de mujeres según etapa de dilatación
Membranas ovulares al ingreso	Cualitativa nominal	Condición de las membranas ovulares al ingreso	Integras Rotas	Porcentaje de gestantes según membranas ovulares
Conducta obstétrica de la gestante	Cualitativa nominal	Manejo obstétrico indicado de la gestante para finalizar embarazo	Espontáneo Uso misoprostol Uso de oxitocina Ambas	Porcentaje de gestantes según conducta obstétrica
Tiempo de uso con misoprostol	Cuantitativa continua	Tiempo en horas con misoprostol	Una, dos horas Tres, cuatro hs Cinco, seis horas Siete, ocho a más	Porcentaje de gestantes según tiempo con misoprostol
Indicación de oxitocina	Cualitativa nominal	Motivo de indicación de oxitocina	Hipodinamia Prueba de t de p Otra indicación	Porcentaje de gestantes según indicación

Tipo de presentación	Cualitativa nominal	Forma de posición de la cabeza o si está pélvico	Deflexionado Flexionado Occipucio Pélvico	Porcentaje de gestantes según variedad de presentación
Tipo de expulsivo	Cualitativa nominal	Características del expulsivo en base a la duración	Precipitado Prolongado normal	Porcentaje de gestantes según tipo de expulsivo
Horas de período expulsivo	Cuantitativa nominal	Tiempo en horas o minutos que estuvo en período expulsivo	Menos de 30 min 30" a menos 1 H 1 H a menos; 2 H 2 H a más	Porcentaje de gestantes según tiempo en expulsivo
Peso del RN	Cuantitativa continua	Peso en gramos del neonato	Cantidad en gramos	Porcentaje de mujeres según peso del neonato
APGAR al nacer	Cuantitativa discreta	Condición al momento del nacer al minuto y 5 minutos	Clasificación APGAR	Porcentaje de gestantes según apgar del RN
Otras características	Cualitativa nominal	Otras características del neonato	Presencia de meconio Circular de cordón	Porcentajes de gestantes con meconio, circular

Objetivo 4: Identificar los eventos adversos asociados a los desgarros de III y IV grado

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR
Episiotomía	Cualitativa nominal	Si se le realizó la incisión en el periné para ampliar el canal del parto	Si No	Porcentaje de gestantes con episiotomía
Desgarro vaginal	Cualitativa nominal	Si además del desgarro perineal presentó lesión en una o más paredes de vagina	Si No	Porcentaje de gestantes con uno o más desgarros vaginales
Desgarros cervicales	Cualitativa nominal	Si además del desgarro perineal presentó lesión de uno o los dos ángulos del cérvix	Si No	Porcentaje de gestantes con desgarro cervical asociados

Prolongación de la episiotomía	Cualitativa nominal	Si además del desgarro perineal presentó extensión del corte de la episiotomía	Si No	Porcentaje de gestantes con prolongación de la episiotomía
hematomas	Cualitativa nominal	Si además del desgarro perineal presenta colección hemática en alguna estructura del canal del parto	Si No	Porcentaje de gestantes que presentaron hematoma en el canal del parto
hemorragia	Cualitativa nominal	Si además del desgarro perineal este se asoció a pérdida hemática que afectó su estado hemodinámico	Si No	Porcentaje de mujeres que presentaron hemorragia secundario al desgarro perineal
Transfusión sanguínea	Cualitativa nominal	Necesidad de aportar paquete globular debido a la pérdida secundario al desgarro perineal o sus complicaciones	Si No	Porcentaje de gestantes que requirieron transfusión sanguínea

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el estudio se recopilaron un total de 66 casos de desgarro perineal de III y IV grado, considerados de alto riesgo por serias secuelas que producen para la madre como son la incontinencia fecal, rectocele y/o prolapso urogenital., siendo la incontinencia fecal la más inesperada para la mujer, ya que afecta marcadamente su calidad de vida, en todos los ámbitos por los que tiene que convivir. De los desgarros complicados revisados el 92% (61 casos) fueron de tercer grado y el 8% (5) fueron de cuarto grado.

El rango de edad que más se presentó en las mujeres afectadas, fue entre los 20 a 24 años con una media de 23 años. La edad de mayor frecuencia fue 20 años. La edad mínima que se observó en el grupo de mujeres fue de 15 años con una frecuencia de 18% en muchachas entre los 15 a 17 años y 11% en el rango de 18 a 19 años. Por lo que se puede observar que la mayoría son muchachas jóvenes, en las que también compartían otro factor que fue la nuliparidad ya que la mayoría se enfrentaban a su primer parto (68%), el 21% acudieron con su segundo embarazo, solo un pequeño porcentaje tenían historia de tres o más partos. La nuliparidad y adolescencia son considerados factores de riesgo para que se presenten desgarros de III y IV grado. Dado que la mayoría eran primigestas, solo el 6% presentaron un período intergenesico corto y un porcentaje un poco mayor (8%) tenían el período intergenesico largo (mayor de 9 años), lo que también se considera tienen un comportamiento similar al de una primigesta. Se ha señalado en la bibliografía que mientras más joven es la adolescente, mayores son las complicaciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica, constituyendo esto, unas causas importantes de trabajos de parto prolongadas y partos operatorios. Además de la desproporción céfalo-pélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. (ABRIL Francis, 2009) (MINSA, 2013) (Aida, 2010)

Si bien es cierto el nivel de escolaridad no está relacionado con la aparición de esta complicación durante el parto, pero si tiene relación con las medidas de higiene o de autocuidado y de adhesividad a algún tipo de tratamiento o seguimiento que deben cumplir estas jóvenes para lograr una evolución satisfactoria en estas complicaciones que muchas veces toma tiempo para una curación parcial o completa. En este estudio se observó que la mayoría de las mujeres afectadas (77%), había llegado a la secundaria y un 9% eran universitarias. Muchas veces las mismas complicaciones principalmente la incontinencia fecal les impide continuar sus estudios o llevar una vida normal en cuanto a su entorno social o familiar.

La edad gestacional osciló en el rango de los embarazos de término, con una media de 39 semanas y una moda de 40 semanas. Se presentó un caso de 34 semanas y 3 pacientes llegaron a las 41 semanas. Dado que es un evento que se presenta al momento del parto, la mayoría de las mujeres llegaron en las diferentes etapas del trabajo de parto, el 41% de ellas acudieron con una dilatación entre 4 a 5 cm, un menor porcentaje acudieron con un avanzado trabajo de parto incluso un pequeño grupo de mujeres (10%) llegaron casi en período expulsivo. Un poco más de la tercera parte llegaron en una fase latente, lo que habla de una dilatación menor de 4 cm y el 5% se encontraban sin trabajo de parto. Estudios durante el trabajo de parto han observado que muchas lesiones a nivel del periné inician desde que la cabeza fetal empieza a presionar la musculatura perineal lo que se presenta al darse el proceso de encajamiento proceso que ocurre en las primigestas desde antes de iniciarse el trabajo de parto, presión que puede ser mayor en los casos de rotura prematura de membranas, evento que se presentó en el 27% de mujeres del estudio. (Cuidados del Periné. Iniciativa de un parto normal) (ABRIL Francis, 2009)

A pesar que la mayoría de las parturientas acudieron en fase activa y trabajo de parto avanzado solo la tercera parte de ellas (33%) se les indicó evolución espontánea y a la mayoría se les indicó conducción (59%), el 8% dado que no tenían trabajo de parto se les indujo con misoprostol. En el 64% de mujeres la conducción se inició en la fase inicial del trabajo de parto (entre 4 a 6 cm de dilatación), el 13% se inició en una fase más avanzada, lo que puede conllevar a una respuesta rápida y una finalización

del parto en un tiempo menor del necesario para la preparación del periné y por ende un mayor riesgo de desgarros y si se suma una mala técnica de protección del periné el riesgo de desgarros es aún mayor. (BECKMANN MM, 2005) Las indicaciones más frecuentes para el uso de oxitocina fue la hipodinamia uterina (63%), lo que ocasionó en algunas de ellas partos precipitados situación que se ha demostrado ser causa de desgarros u otras lesiones a nivel de periné o canal del parto. (MINSA, 2013), las otras indicaciones para uso de oxitocina y/o misoprostol fueron rotura prematura de membranas (21%), preeclampsia o HTG (11%) y embarazo prolongado (5%). Dado que

Estudios intrahospitalarios y en otros países han dejado claro que el abuso de oxitocina para inducir o conducir el parto conlleva a desgarros del canal del parto, lo mismo sucede con el misoprostol pero en menor escala por tal razón organismos internacionales han publicado recomendaciones para el uso de oxitocina, una de las recomendaciones de la sociedad española de perinatología, es considerar algunas condiciones antes del inducir el parto entre estos está evaluar el tamaño fetal y su relación con la pelvis materna (fetal, 2010).

En el estudio solo la mitad de las mujeres (52%), tenían reportes de peso aproximado reportado por un rastreo sonográfico en las últimas dos semanas y en las que se les realizó ultrasonido en el 43% no se encontró relación favorable entre el peso fetal calculado y la talla materna, ya que eran fetos mayores de 3600 y con tallas menor de 150 cm, si bien es cierto, talla baja no equivale a desproporción pélvica materna y solo el 12% presentaron ese rango, en estos casos la relación materna fetal no fue considerada al momento de decidir la conducta obstétrica dado que es conocido que la talla baja es un factor de riesgo que se debe considerar para decidir la conducta obstétrica a tomar más si se asocia a fetos grandes con AFU que sobre pasan el percentil normal. (ABRIL Francis, 2009) (LORENZAMA Juan, 2001). La mitad de las mujeres presentaron tallas promedio (150 a 159), siendo la talla promedio y la más frecuente en todo el grupo de mujeres la talla de 155 cm. A pesar que se encontraron mujeres con tallas mayores de 160 cm (28%) aun así los desgarros se presentaron en estas parturientas aun con pesos menores de 3000 gramos. Al analizar la relación entre talla, AFU y el peso fetal tanto estimado por Ultrasonido y peso al nacer se

observó que mujeres con talla de 150 cm a más presentaron menos frecuencia AFU mayores de 34 cm (un promedio de 14%) y menor frecuencia de pesos estimado por ultrasonido mayor de 3700 gramos (13%), a diferencia de las mujeres con talla baja ya que la frecuencia de AFU y de pesos estimados por ultrasonido mayor de 3800 gramos fue mayor (43% y 38% respectivamente). Así también fue el porcentaje de pesos al nacer mayor de 3800 gramos ya que el porcentaje fue de 43%. Mujeres con talla mayor de 160 cm a pesar que son mujeres con una talla mayor que el promedio presentaron desgarros de III y IV grado aun con pesos al nacer de 3200 gramos, solo el 37% tuvieron niños con pesos mayores de 3800 gramos. (BECKMANN MM, 2005) (CÁRDENAS oswaldo, 2008) El promedio de los pesos al nacer fue de 3450 gramos y una moda de 3380, el 15% de las mujeres tuvieron peso que no llegó a los 3000 gramos y el 10% llegaron al rango de la macrosomía.

Entre los factores maternos asociados a desgarros perineales III y IV la obesidad fue el más común en estas mujeres (54%), llama la atención que la mayoría se encontraban en normo peso (44%) y solo el 17% estaban en obesidad al iniciar el embarazo, aunque la tercera parte de las mujeres (35%) se encontraban en sobrepeso lo que conlleva con mayor facilidad a alcanzar la obesidad si no se llevan una dieta saludable durante el embarazo. La obesidad es un factor negativo para el parto y la literatura ya que conlleva a eventos adversos como trabajos de partos prolongados, mayor uso de oxitocina y expulsivos prolongados, asociado también a un mayor margen de error en la medición de AFU y pesos por ultrasonido lo que aumenta probabilidad de nacimientos vaginales con desgarros complicados. (ABRIL Francis, 2009) (Irma, 2012) (proSEGO, 2011)

Otras patologías que se asociaron a este tipo de desgarros fue la preeclamsia e HTG (26%), es frecuente esta asociación ya que esta patología muchas veces es indicación de inducción o conducción del parto con oxitocina o misoprostol lo que conlleva a desgarros al momento de nacimiento. (fetal, 2010). La diabetes a pesar que es causa de nacimientos con macrosomía que son causa de desgarros, solo el 5% de mujeres cursaron con diabetes. La desnutrición y la anemia también son causa de eventos adversos durante el parto en este estudio el porcentaje fue bajo (3%).

Los factores de riesgo maternos y fetales relacionados con la evolución del trabajo del parto que se asociaron a desgarros perineal de III y IV fueron la nuliparidad que se presentó en el 65% de las mujeres y el peso al nacer mayor de 3500 gramos donde el 45% de los recién nacidos estuvieron en ese rango, el 10% del total de las mujeres, llegaron a tener pesos clasificados como macrosómico, en el 15% de los casos el peso de los neonatos no llegó a los 3000. Como se encontró en la bibliografía, muchos desgarros se presentan aún en mujeres que han tenido pesos menores a los 3000 gramos. (ABRIL Francis, 2009) (Consejería de igualdad, 2013) Talla materna baja, y AFU mayor de 34cm encontró en el 12% y 15% de partos respectivamente. Lo que habla de una relación no favorable entre la pelvis materna y el peso fetal.

Entre los factores de riesgo relacionados con el período expulsivo en las pacientes con desgarros perineal III o IV grado fueron la variedad occipito derecha posterior, factor que se encontró en la tercera parte de los casos (34%), esta variedad distócica es causa de expulsivos prolongados y partogramas con desviación a la derecha lo que conllevó a desgarros ya sea por el daño que se produce debido a la compresión de la cabeza sobre el periné o por la necesidad de finalizar el parto de forma instrumental o por presión en el fondo uterino (maniobra de Kristeller). Esta maniobra fue referida en el 10% de los expedientes. En la literatura la describen como un factor de riesgo aunque también refieren que no hay suficiente evidencia sobre los daños o beneficios de esta maniobra (Presión fúndica durante el segundo período del parto, 2017)

El parto precipitado, factor asociado al uso de oxitocina se observó en el 27% de los partogramas revisados, situación que inicia con la hipodinamia que presentan durante la fase activa del trabajo de parto razón por la cual se indicó la oxitocina y en un período menor de una hora se lleva a cabo el parto produciéndose el desgarro perineal. (MINSA, 2013) En el 37% de las mujeres en trabajo de parto las características del partograma fue de tipo vertical, en el 11% el partograma se caracterizó por salirse de la curva de alerta por trabajos de parto prolongados y en un poco más de la mitad (52%) la duración del trabajo de parto se encontró dentro de la curva de alerta. Al asociar el partograma con la variedad de posición derecha posterior,

en la mayoría de los casos (72%) este se prolongó, con el menor porcentaje de partogramas de carácter vertical (25%), lo mismo sucedió con el los fetos macrosómico el 50% presentaron partos prolongados, ningún feto menor de 3500 gramos presentaron trabajo de parto prolongado, más bien la mayoría de ellos presentaron trabajo de parto vertical. Tanto la variedad derecha posterior, como el parto precipitado o prolongado ha sido referido los numerosos estudios como factores de riesgo asociados a dos a tres veces el riesgo de presentar desgarros perineales complicados. (ABRIL Francis, 2009) (Carlos, 2013) (CÁRDENAS oswaldo, 2008) (LORENZAMA Juan, 2001)

Mucho se ha dicho sobre la episiotomía pero en lo que concluyen la mayoría de los metaanálisis revisados es que no se recomienda el uso rutinario de este procedimiento ya que lo asocian a un mayor riesgo de desgarros de III y IV grado principalmente en las mediales. (CÁRDENAS oswaldo, 2008). A la mitad de mujeres del estudio se les realizó episiotomía medio lateral derecha y a más del 90% se les prolongó la episiotomía, además de presentar, desgarró perineal severo. El 49% restante, a pesar de no haberse realizado episiotomía presentaron de igual manera un desgarró complicado. Según lo referido por la literatura consultada, el no realizar episiotomía el riesgo para presentar esta complicación es menor. (Erwin, Roxana, Henry, & Cinthia, 2008) (ABRIL Francis, 2009) (Carlos, 2013) El hecho que casi todas las parturientas que fueron manejadas con episiotomía también sufrieron prolongación a la región de esfínter anal y en porcentaje menor (8%) a la mucosa rectal situación que puede deberse a un corte incisional más pequeño que el necesario para prevenir el daño de la cabeza fetal en el periné o a una protección inadecuada del mismo. Estudios refieren que el riesgo de presentarse los desgarros complicados es mayor cuando no se cumple la condición de realizar el corte exactamente a 45 grados del rafe perineal. (CÁRDENAS oswaldo, 2008) (Fetal, 2006. 2008, 1010)

Al analizar cuáles fueron los principales factores relacionados con los desgarros complicados, los encontrados en el estudio fueron la nuliparidad que se observó en el 65% de los casos, factor que también se asoció a fetos grandes o macrosómico en el 46% de casos, talla baja y AFU de 35 cm o más en el 13 y 15% d los casos

respectivamente. Factores que se observaron en la bibliografía consultada. (ABRIL Francis, 2009) (LORENZAMA Juan, 2001)

En relación a la clasificación de los desgarros grado III, en el 50% de los expedientes no se describió con detalle el tipo o profundidad del desgarro, en el otro 50% describen afección menos del 50% del esfínter anal externo en el 41%% (tipo a); en el 25% el desgarro perineal III fue tipo b, el 34% presentaron una lesión más severa ya que comprometió el esfínter anal interno. Lo que habla de un pronóstico menos favorable para mujeres que presentaron desgarros grado III tipo c y aún menor las que presentaron el desgarro tipo IV. Aunque el pronóstico también va a depender de la experiencia del cirujano, técnica empleada, cumplimiento por parte de la paciente y el seguimiento que tenga en las unidades de salud. En los expedientes revisados, ninguna paciente tenía datos de seguimiento en el hospital, por lo que fue imposible determinar la evolución y/o el pronósticos de estas mujeres que la calidad de vida se ve afectada dado las secuelas que conlleva este tipo de desgarros donde muchas veces como describe la literatura no recuperan totalmente el funcionamiento del esfínter anal presentando posteriormente a corto y mediano plazo incontinencia fecal y algunas también descrito en la literatura terminan con colostomía de por vida o peor aún se ocultan de la sociedad para no demostrar su defecto por miedo, vergüenza o porque creen que es la evolución natural posterior a un parto. (Lori, 2003), (CÁRDENAS oswaldo, 2008) (Consejería de igualdad, 2013) La prevalencia de los desgarros de III y IV grado en el hospital fue de 0.02% en relación al total de nacimientos vía vaginal. Encontrando valores más bajos al compararlo con los de otros países latinos que osciló en rangos de 0.4% a 5%, aunque si se analiza solo en partos de nulíparas el porcentaje fue del 0.5%. En el hospital no se utiliza la episiotomía de forma rutinaria aunque al decidir por realizarla el corte debe de cumplir las condiciones requeridas para una técnica adecuada, ya que cuando el corte es pequeño (menor de 4 cm) o está a menos de 45% del esfínter anal se corre el riesgo de lesionarlo tal como sucedió en casi el 100% de las que se les realizó dicho procedimiento. (Colombia, 2013Vol:64; N°: 4; (379-424)) (Carlos, 2013) Solo el 29% de los desgarros fueron reparados en sala de operaciones el resto que fue un porcentaje considerable fueron reparados en sala de labor y parto, se deben considerar las ventajas de una reparación de este tipo de

complicaciones en el quirófano como es una relajación de la paciente con la vigilancia necesaria, la vestimenta adecuada ya que es un procedimiento que lleva serias complicaciones si no se le dan las condiciones para una buena reparación y de esta manera lograr una evolución favorable de la paciente.

Entre otros eventos adversos asociados a los desgarros perineales, se observó que el 23% sufrieron desgarros vaginales ya sea uni o bilateral, el 11% se complicaron con hematomas de la pared vaginal o periné, el 14% presentaron desgarros de cérvix y el 5% parauretrales. Del total de mujeres que se les practicó episiotomía, el 35% presentaron este tipo de desgarros, además de la prolongación de la episiotomía, en las que no se les realizó episiotomía solo el 10% presentaron desgarros vaginales. En la literatura consultada, los desgarros vaginales se asocian más a mujeres que no se les realiza episiotomía, en este estudio fue lo contrario. (BECKMANN MM, 2005) (Fetal, 2006. 2008, 1010) El 57% de los hematomas, se presentaron en mujeres que se les realizó episiotomía los cuales también presentaron prolongación de la episiotomía por lo que son consecuencia de vasos sanguíneos lesionados al momento del corte muscular. De los tres desgarros parauretrales sangrantes que se presentaron, dos se dieron en casos que no se les realizó episiotomía (67%). Todos los desgarros cervicales se presentaron en casos de partos con pesos mayores de 3500 gramos.

En relación a las pacientes que se complicaron con otros eventos adversos secundarios a los desgarros perineales, el principal fue la anemia que se presentó en el 85% de los desgarros perineales, la cual requirió transfusión en el 38% de las pacientes presentando valores mínimos de hasta 16%. Todas las pacientes con desgarros cervicales, la mayoría de los desgarros vaginales (67%) y de los casos de hematomas (86%) presentaron anemia las que necesitaron transfusión sanguínea en el 67% de las pacientes con desgarro cervical, el 52% de los desgarros vaginales y el 57% de los casos de hematomas, por lo que se podría decir que la anemia se debió principalmente a la presencia de lesiones de otras estructuras perineales. El 12% presentaron hemorragia postparto que también fue causa de anemia, la prolongación de la episiotomía se presentó en el 47% del total de mujeres con desgarro perineal y en 92% del total que les realizaron dicho procedimiento. En este estudio no se puede

determinar si la episiotomía fue un factor de riesgo a la presencia de desgarros perineales tipo III y IV pero si se puede decir es un factor asociado la que puede estar relacionado con algunas característica propias del procedimiento como es la selección de mujeres a quien se le debe realizar, las medidas a tomar al momento de realizarla como es la longitud del corte muscular, la distancia o el ángulo tomado en relación con el esfínter anal, la calidad de la tijera utilizada, el momento de realizar el corte, la longitud del periné, entre otros. (ABRIL Francis, 2009) (DÍAZ Miguel, 2013) (Carlos, 2013)

CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de los desgarros de importancia en el estudio fueron más para el grado III donde las mujeres afectadas son jóvenes entre 20 a 24 años, con secundaria en estudios y de unión estable en su mayoría, todas de procedentes de Managua, en su mayoría nulíparas y algunas de ellas con período intergenesico prolongado, quienes acudieron en una fase latente o inicial del trabajo de parto.

- 2) La obesidad fue el principal factor materno asociado, ya que se presentó en más de la mitad de las mujeres, así también la falta de relación entre la AFU y el peso fetal y al nacer en mujeres con talla baja. El uso de oxitocina indicada aún en etapas avanzadas del trabajo debido a hipodinamia uterina, la evolución del partograma de forma vertical y en un menor porcentaje con desviación a la derecha principalmente por fetos grandes fueron los principales factores relacionados con el trabajo de parto en estas mujeres. La variedad de posición distócica en su mayoría derecha posterior, el parto precipitado o expulsivo prolongado mayor de una hora en primigestas y en la mitad de las mujeres la realización de episiotomía con prolongación de la misma fueron los factores que se asociaron al desgarro perineal grado III y IV en las mujeres del estudio.

- 3) El desgarro perineal grado III con afección menor del 50% del esfínter anal fue el tipo de desgarro más frecuente (41%) en los casos que se describió el desgarro que fue en la mitad de los expedientes ya que en la otra mitad no se encontró dicho dato. La tercera parte de las pacientes se clasificó en desgarro grado III c, este grupo junto a las pacientes con desgarro perineal grado IV son las que presentaron los desgarros más severos. Se obtuvo un total de 287 desgarros diagnosticados desde grado I al IV, 66 casos encontrados con grado III y iv

fueron nuestra muestra. A la mayoría de las pacientes se les reparó en desgarro en sala de labor y parto independiente de su clasificación.

- Existen un sub- registro de los desgarros presentados durante el año 2017 de estudio ya que no hay concordancia entre los casos notificados con los libro de labor y parto, sala de operación y el sistema SIP de estadística. Es posible que existan más casos de los cuales estas no se registraron, es por ello que la incidencia de los casos es más baja que lo estimado en los estudios de revisión y evidencia científica. Incidencia de 0,02%.
 - No se detallaron el abordaje quirúrgico de dichos desgarros.
 - El 92% de los casos de desgarros se ocurrió por la realización de la episiotomía la cual se complicó con prolongación de la misma. Suceso que es alarmante en vista que existe la posibilidad de un inadecuada técnica de episiotomía realizada vrs protección del periné al momento del expulsivo.
- 4) Los desgarros de la pared vaginal y los desgarros cervicales se asociaron a los desgarros perineales grado III y IV en un porcentaje considerable de mujeres, presentando en su mayoría anemia la que requirió transfusión sanguínea en más de la tercera parte de ellas. En la mayoría de los casos la descripción de las características del desgarro y la técnica empleada fue deficiente, no se encontró seguimiento hospitalario en las mujeres con desgarro perineal complicado.

RECOMENDACIONES

1. Toda embarazada que es ingresada sin trabajo de parto o en fase latente se debe de manejar en base a las normativas establecidas en casos de inducción del trabajo de parto con misoprostol como es la evaluación adecuada de la relación materna-fetal valorando el peso fetal destinado y su relación con la pelvis materna considerando otros factores demostrados son de riesgo como son la talla, Altura de fondo uterino, IMC de a madre, paridad.
2. Se deben cumplir los protocolos establecidos tanto para la atención del parto normal o de riesgo, así también para el uso de oxitocina en embarazadas que acuden en su fase activa del trabajo de parto y evaluar de forma adecuada la evolución del trabajo de parto haciendo uso del partograma para detectar eventos que predicen el riesgo de una complicación como son la desviación a la derecha y falta de descenso de la presentación.
3. Llevar una vigilancia adecuada en los casos que se indica oxitocina por “hipodinamia uterina” principalmente en trabajos de parto avanzados dado el riesgo de presentar partos precipitados.
4. Considerar la realización de episiotomía en mujeres que lo requieran tomando en cuenta condiciones como son el momento de realizarla, la longitud del corte y el ángulo que debe ser de 45° en relación al rafe del periné y esfínter anal ya que se ha demostrado son factores que están asociados a estas complicaciones. (Colombia, 2013Vol:64; N°: 4; (379-424)) (DÍAZ Miguel, 2013)
5. Se debe realizar el abordaje terapéutico en sala de operación para estos tipos de desgarros y una nota operatoria completa describiendo el tipo de desgarró y

técnica empleada, de esta manera determinar el pronóstico y seguimiento de de las pacientes el cual debe ser de carácter multidisciplinario.

Para el MINSA:

6. Realizar un protocolo para el diagnóstico, manejo y seguimiento de los desgarros perineales post parto grado III y IV, tomando como base la evidencia científica o protocolos ya implementados de otros países ya que las secuelas que pueden presentar estas mujeres por un diagnóstico, abordaje o seguimiento inadecuado son serias y para toda la vida. (Consejería de igualdad, 2013) (DÍAZ Miguel, 2013)
7. Para otras unidades de atención primaria debe de reforzarse la educación a las pacientes embarazadas principalmente las adolescentes sobre el trabajo de parto y considerar la autosugestión de parto psicoprofiláctico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) ABRIL Francis, G. S. (2009). Factores de Riesgo para Desgarro Perineal en Partos sin Episiotomía, en un hospital Universitario de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol:60; Nº:2; (143-151).
- 2) AH, S. (2008). Métodos para la reparación de lesiones obstétricas del esfínter anal. Obtenido de Nº:2.<http://www.update.software.com>:
https://www.researchgate.net/profile/Abdul_Sultan/publication
- 3) Aida, Z. (2010). Embarazo en adolescentes y complicaciones maternas y fetales. Revista Mexicana.
- 4) Alexander, L. Factores de riesgo asociados a desgarros perineales de III y IV grado. Tesis para optar a título de Médico. Hospital Belén, San Juan, Perú.
- 5) BECKMANN MM. (16 de octubre de 2005). Masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal. Obtenido de The Cochrane Library: 2008; Nº:4: <http://www.update.software.com>.
- 6) CÁRDENAS oswaldo, Q. B. (2008). Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía o sin ella en el hospital Vicente Corral. Revista Colombiana de Investigación científica, Vol 3; Nº:2.
- 7) Carlos, D. G. (2013). El riesgo de parto vaginal en primigestas con episiotomías y sin episiotomía en el hospital Nacional Juan Fernández. Revista Universitaria y Ciencia. , Vol; 7; Nº: 10.
- 8) Colombia, U. N. (2013Vol:64; Nº: 4; (379-424)). Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana de las Anomalías durante el Parto, Atención del Parto Normal y Distócico. Revista Colombiana De Obstetricia y Ginecología.
- 9) Consejería de igualdad, s. y. (2013). Desgarros perineales de III y IV grado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Colombia: Agencia sanitaria Costa de Sol .
- 10)(s.f.). Cuidados del Periné. Iniciativa de un parto normal.
- 11)DÍAZ Miguel, G. J. (2013). El suelo Pélvico tras el parto. En P. Vigil, Puerperio de alto riesgo y sus complicaciones (págs. 97-100). Panamá: AMOLCA.
- 12)ELIZALDE Alejandra, K. R. (03 de junio de 2008). rkekli@gmail.com. Obtenido de Capacitación, valoración y gestión del Riesgo Médico. : <http://rkekli.blogspot.com/2008/06/>

- 13) Erwin, H., Roxana, C., Henry, N., & Cinthia, C. (2008). Neuropatía del nervio pudendo post parto vaginal. Gaceta Médica Boliviana, Vol:31; Nº:1.
- 14) Estefanía, B. (2015). Evidencia científica sobre la sutura continua para reparar el periné tras el parto. Revista Enfermería Docente , 51-53.
- 15) Fernando, F. (2017). Macrosomía fetal y su relación con las complicaciones materno fetales durante el parto. Revista virtual de postgrado.
- 16) Fetal, M. (2010). Protocolo para inducción del parto y maduración cervical. Revista de Medicina fetal Barcelona.
- 17) Fetal, S. M. (2006, 2008, 2010). Protocolo de Lesiones Perineales de Origen Obstétrico. Barcelona, España: ICGON.
- 18) FOLCH Marina, P. D. (2009). Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. Cirugía Española, 85(6): 341-47.
- 19) Gupta, H. (2008). Posición de las mujeres durante el período expulsivo del trabajo de parto. Obtenido de [http://. www.update. software.com: https://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane](http://www.update.software.com:https://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane)
- 20) Iglesias, D. L. (2009). Lesiones del canal del parto. En S. CABERO, Operatoria Obstétrica (págs. 243-253). Buenos Aires: Panamericana.
- 21) IMSS. (2013). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Episiotomía Complicada. Guías Prácticas Clínicas (GPC). México: IMSS.
- 22) Irma, S. (2012). Episiotomía vs Desgarro, Revisión de Evidencias Científicas. Revista de Enfermería docente, 27-32.
- 23) LORENZAMA Juan, E. J. (2001). Desgarros perineales con o sin episiotomía en sala de labor y parto del hospital escuela de Honduras. Rev Méd posst UNAH, Vol: 6; Nº: 2.
- 24) LORENZO Militza, V. L. (2013). Factores relacionados con el trauma perineal grave, de origen obstétrico. El impacto de las prácticas rutinarias. Revista ConaMED, 18(3):.
- 25) Lori, A. (2003). Un sufrimiento Oculto: Discapacidades causadas por el embarazo y el parto en países menos desarrollados. Washington, EEUU: PRB.
- 26) Materno-Fetal, H. C. (06 de Febrero de 2014). Protocolo de lesiones perineales de origen obstétrico. Barcelona, España.

- 27)matronas, F. d. (04 de marzo de 2007). Cuidados del Periné. Iniciativa de un parto normal. Obtenido de <http://www.federacion-matronas.org/rs>
- 28)MINSA. (2013). Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. Managua, Nicaragua: MINSA.
- 29)MORA Hervas, S. R. (2009). Factores obstétricos asociados a trauma perineal en gestantes primíparas.
- 30)MOSQUERA M, G. S. (2017). El desgarro perineal intraparto del esfínter anal, puede prevenirse. Rev.Ginecología y Obstetricia, Vol: 85: N°:(1); (13-20).
- 31)Nelson, S. (2007). Factores de Riesgo asociados al traumatismo perineal posterior grave. Revista de Ginecología y Obstetricia, Vol: 53; N°:1; Pág: 42-44.
- 32)OMS. (2015). Conducción del trabajo de parto. Ginebra, Suiza: OMS.
- 33)PAGÉS Gustavo, M. A. (2008). Intervenciones menores. Venezuela: McGraw-Hill.
- 34)Presión fúndica durante el segundo período del parto. (07 de marzo de 2017). Obtenido de Cochrane Library: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub3/full>
- 35)proSEGO. (2011). Obesidad y embaazo. Protocolos asistenciales en obstetricia, 646-666.
- 36)SEGO. (2010). Guía Práctica Clínica sobre Atención del Parto Normal. España: Vitoria- Gastelz.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Incidencia y Morbilidad de los desgarros perineales postparto grado III y IV en mujeres atendidas en sala de labor y parto de hospital Alemán Nicaragüense. Período de Enero a Diciembre 2017

Expediente _____ origen _____ Edad _____

Edocivil _____ escolaridad _____ ocupación _____

Procedencia: rural ___ urbana ___ barrio _____

referida _____ unidad de referencia _____

Dx de referencia _____

Gestas _____ paras _____ abortos _____ cesarea _____

Período intergenésico _____

FUR _____ EG por US _____

IMC al inicio de embarazo _____ IMC al final _____

PATOLOGÍAS MATERNAS ASOCIADAS:

Diabetes _____ HTA _____ obesidad _____ DNPC _____

Otras _____

PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS:

HTG ___ Diabetes ___ preeclampsia ___ Otras cuál: _____

MC EN LA EMERGENCIA _____

DX DE INGRESO _____

AFU _____ PESO APROXIMADO POR US _____

ETAPA DEL T DE P AL INGRESO:

Sin modificaciones cervicales _____ 1 a 3 cm _____

4 a 5cm _____ 6 a 8 cm _____ 9 a 10 cm _____

MEMBRANAS AL INGRESO: Rotas _____ integras _____

CONDUCTA O MANEJO:

Evolución espontánea _____ Misoprostol _____ oxitocina _____

Inicio de oxitocina: menor de 3 cm___ 4 a 6 cm___ 7 a más___

Horas de conducción_____ Motivo de la conducción_____

Horas con misoprostol_____

TIPO DE EXPULSIVO: Precipitado___ prolongado___ NI___

Expulsivo en hora: menos de 30 min___ 30 min a menos de 1 hora___

1 a menos de 2 hs___ 2 hs a más___

Partograma: Vertical___ dentro de la curva___ a la derecha___

PRESENTACIÓN: Flexionado___ deflexionado___ de cara___

Dx de la V/P_____

Parto Pélvico_____

MANEJO DE LAS MEMBRANAS: RPM___ Precoz___ Espontanea___

PESO AL NACER:_____ APGAR_____

MECONIO___ CIRCULAR DE CORDÓN___

Episiotomía: Si___ No___ prolongación de la episiotomía: Si___ No___

TIPO DE DESGARRO: ii Grado___ III grado___ IV grado: _____

Detalle las características del desgarro_____

Se reparó de forma inmediata: Si___ No___

En el expulsivo___ En Qx_____

Por Ginecologo___ Cirujano_____

Requirió transfusión: Si___ No___

OTROS EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS:

Shock hipovolémico___ - hemorragia: Si___ No___ transfusión si___ No___

Desgarros vaginales___ Pared vaginal_____

Desgarro cervical___ Desgarros parauretrales_____

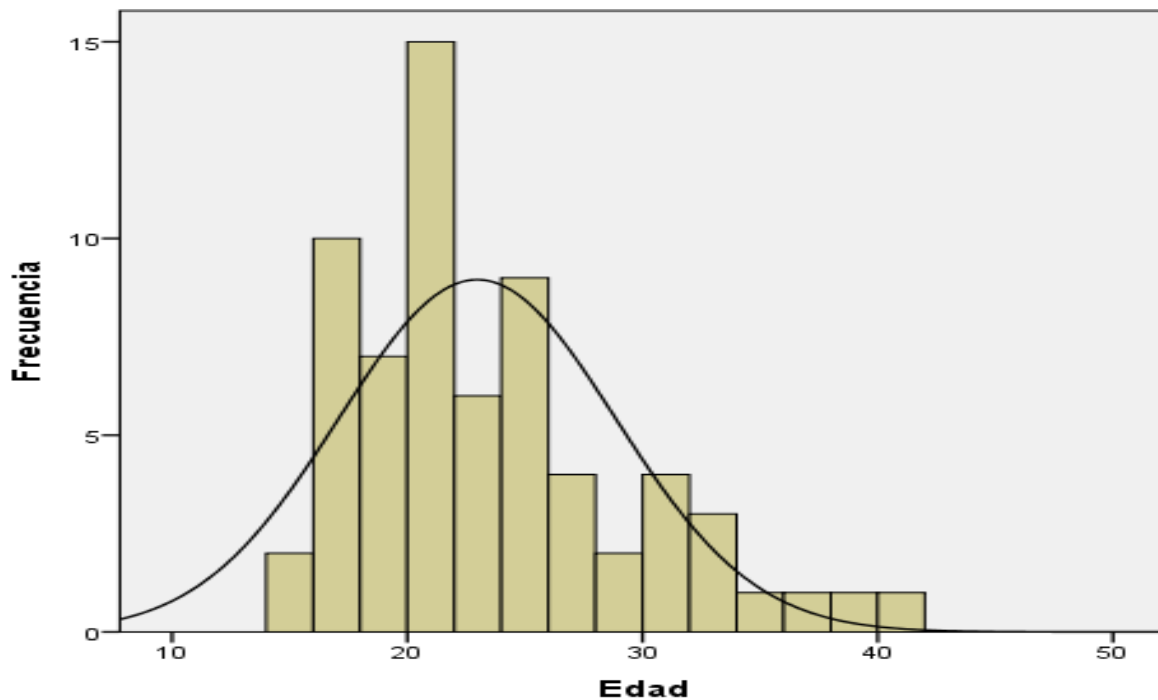
hematomas___ Características del hematoma_____

Se reparó en Qx: Si___ No___ Evolución en las primeras 24 horas: sin reintervención___ con reintervención___

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y REPRODUCTIVAS

Grafico N° 1

Edades de las puérperas con desgarro perineal grado III y IV presentadas en el estudio

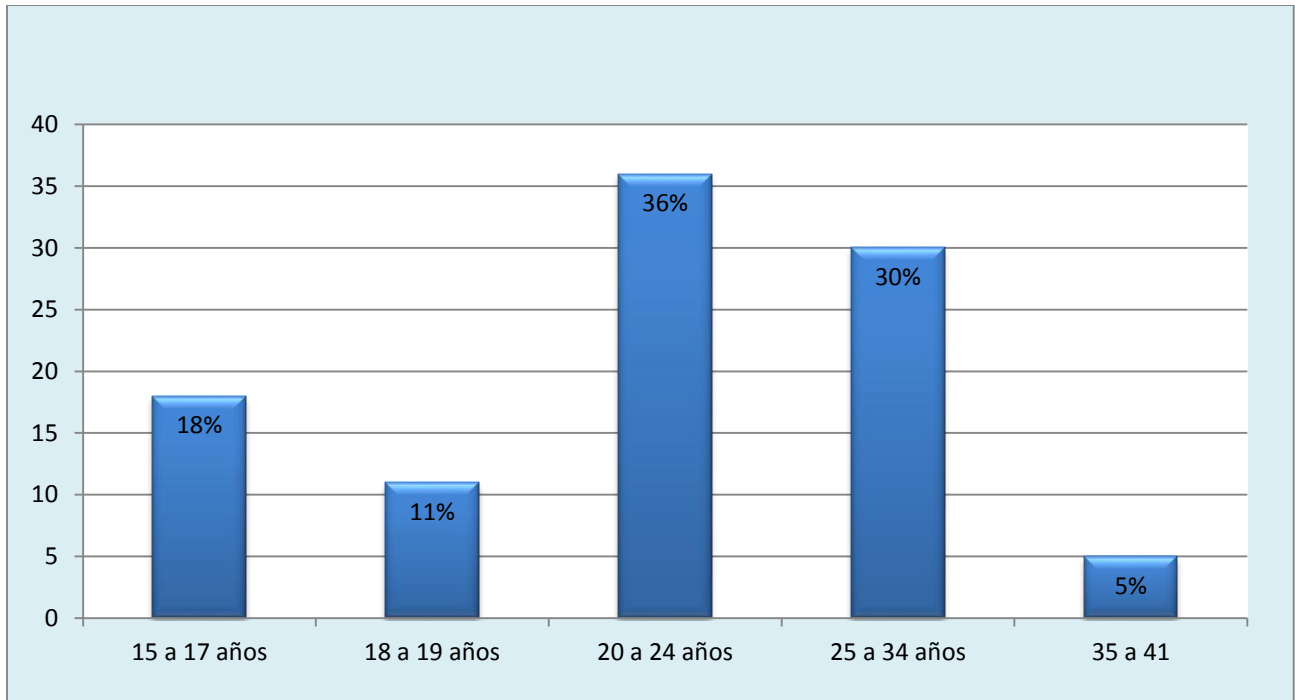


La edad promedio fue de 23 años, con una moda de 20, la edad mínima fue de 15 años y las máximas de 41 años.

Fuente: expediente clínico.

Grafico N° 2

Rango de edad en puerperas con desgarro perineal III y IV

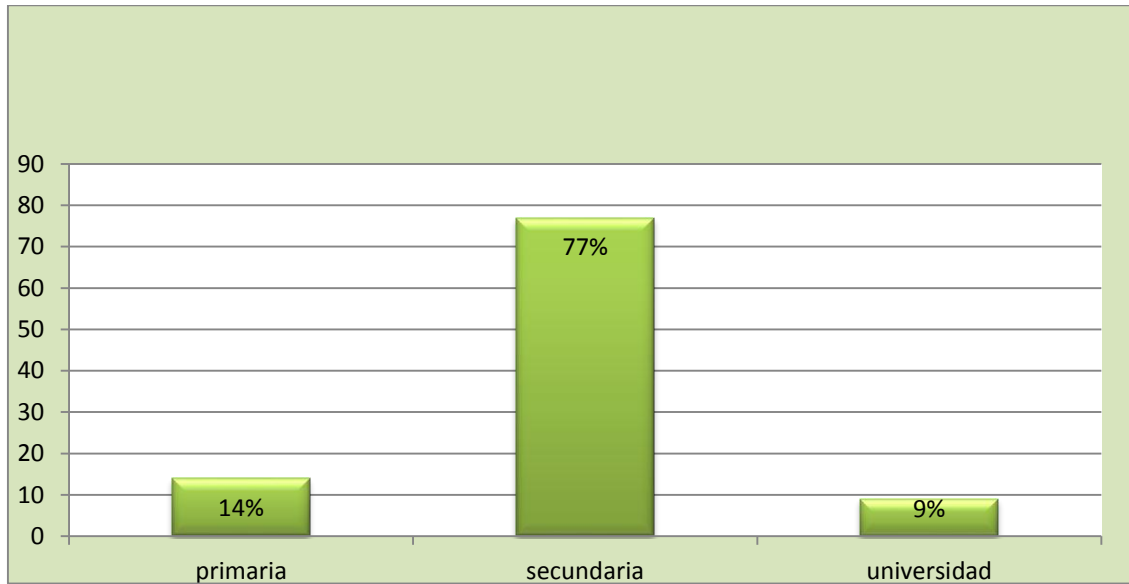


El rango de edades más afectada con el 36% está entre 20 a 24 años, seguida con el 30% para las edades de 25 a 34 años, un 18% para las adolescentes de 15 a 17 años y 11% entre 18 a 19, la mínima fue para las mayores de 35 años con 5%.

Fuente: expediente clínico

Grafico N°3

Nivel escolaridad que cursaban las puerperas con desgarro perineal grado III y IV



77% (51) estudiaron la secundaria completa o incompleta, 14%(9) primaria y 9%(6) con estudios de preparación universitarias.

Fuente: expedientes clínicos, libros de partos y sala de operaciones.

Grafico N° 4

Pacientes referidas de otra unidad de salud primaria, que presentaron desgarros de periné

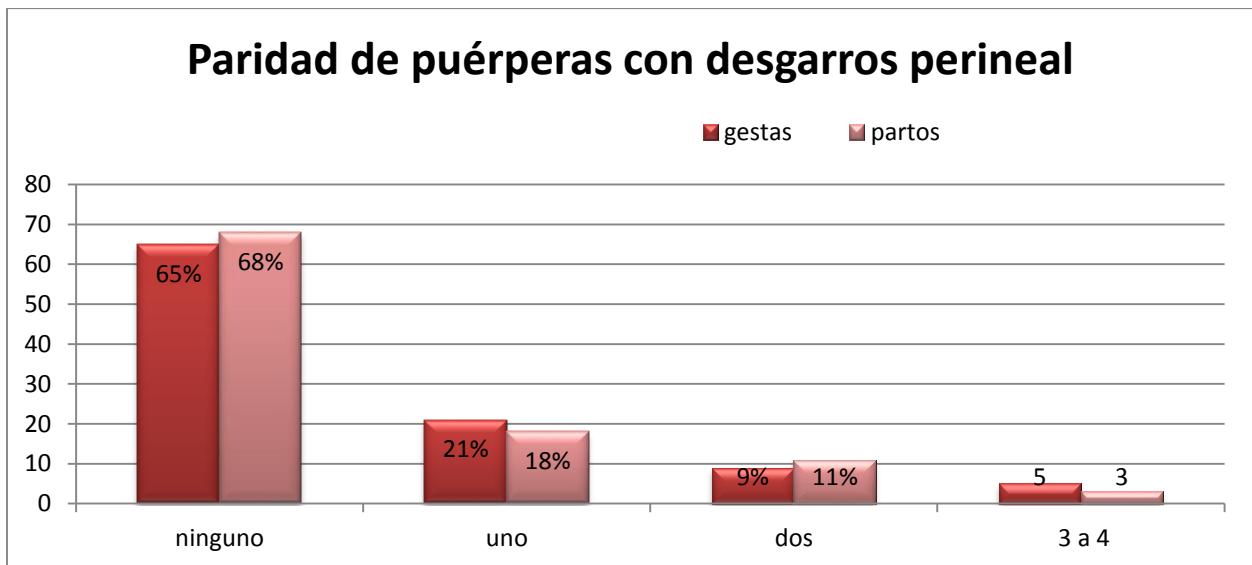


Las pacientes acudieron de manera espontánea a la unidad hospitalaria en el 75% (50) y trasladadas de otra unidad primaria en el 25% (16).

Fuente: expedientes clínicos, libros de partos y sala de operaciones.

Grafico N° 5

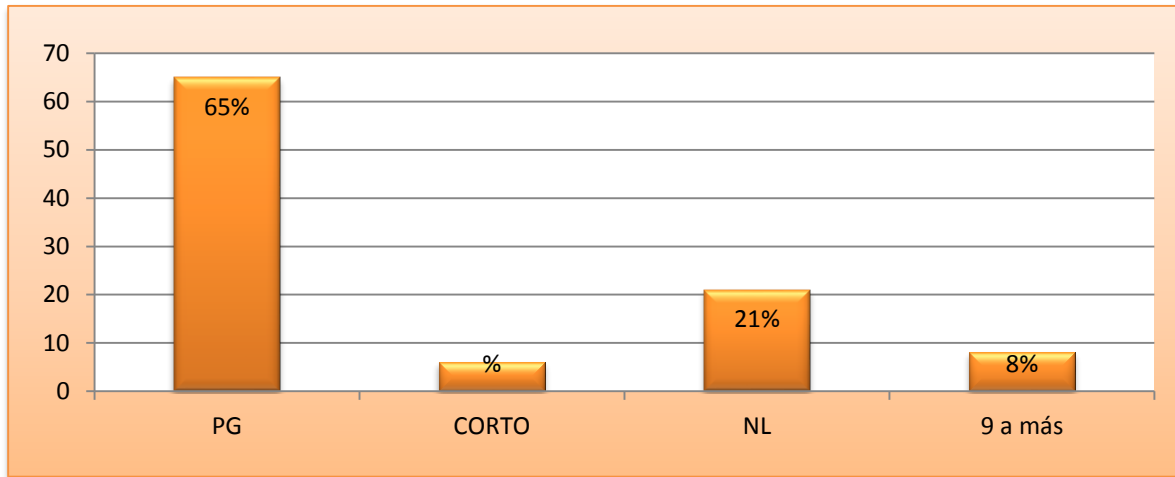
Características obstétricas de las pacientes con desgarros perineales grado III y IV



En su mayoría eran nulíparas 68% (45), seguidas de con una gesta y para en el 21% y 18%, las multigestantes con 3 al 5%.

Grafica N° 6

Período intergenesico de las pacientes con desgarras grado III y IV

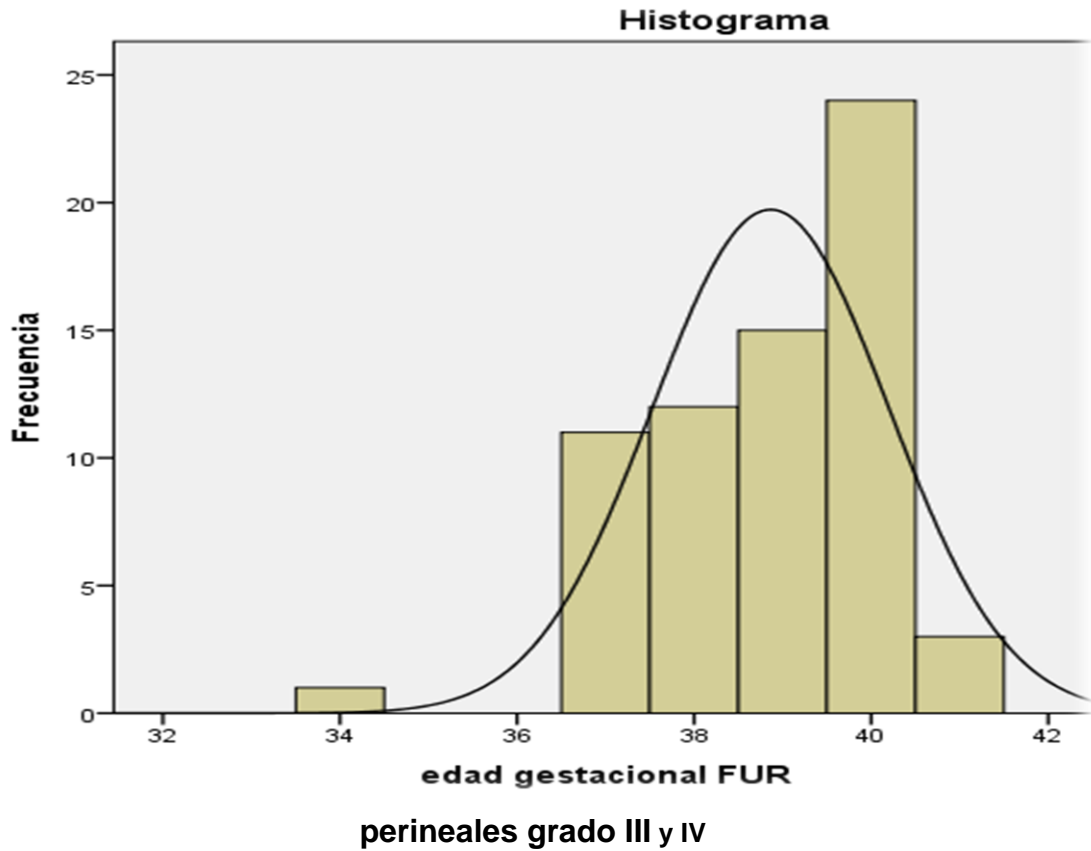


El 65% (43) son primigestas no tienen periodo intergenesico, durante los tiempos recomendados más de 18 meses fueron de 21% y cortos de menos de 6 meses de 6%, más de 9 años 8%.

Fuente: expedientes clínicos, libros de partos y sala de operaciones

Grafico N°7

Semanas de Gestación en que cursaba las pacientes que sufrieron desgarros



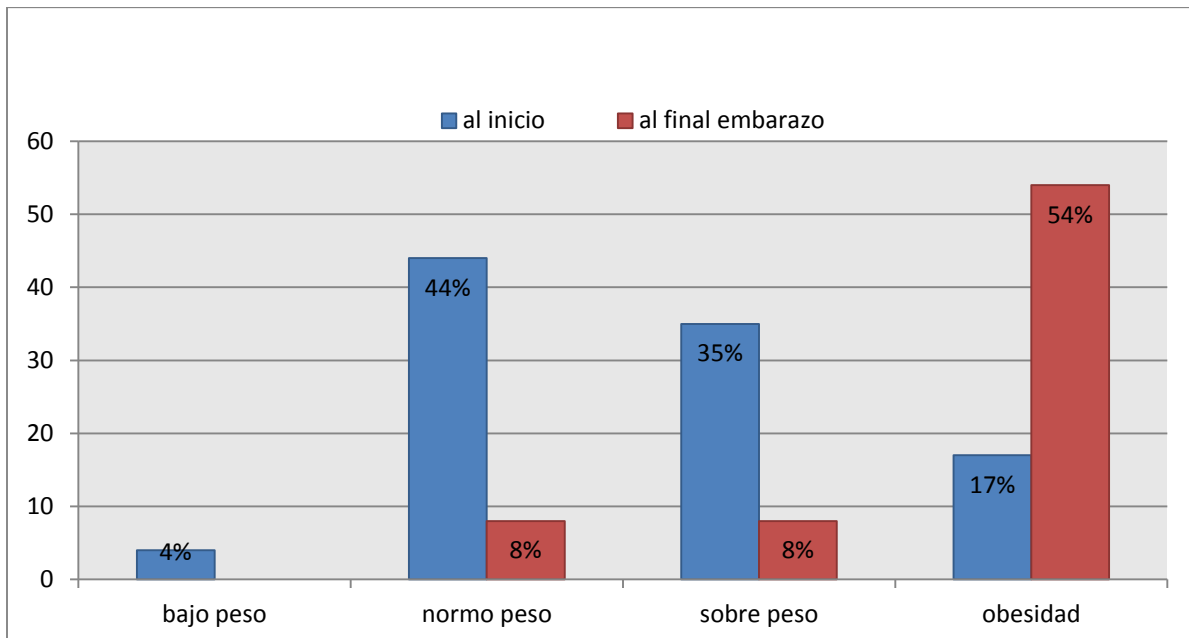
Se presentaron una semana de gestación promedio de 39, con una moda de 40 SG y 1 sola paciente a las 34 SG, tres pacientes con 41 SG.

Fuente: Expedientes clínicos, libro de partos

FACTORES MATERNOS Y OBTETRICOS

Grafica N° 8

Estado Nutricional de las pacientes que presentaron desgarros grado III y IV al inicio y al final del embarazo

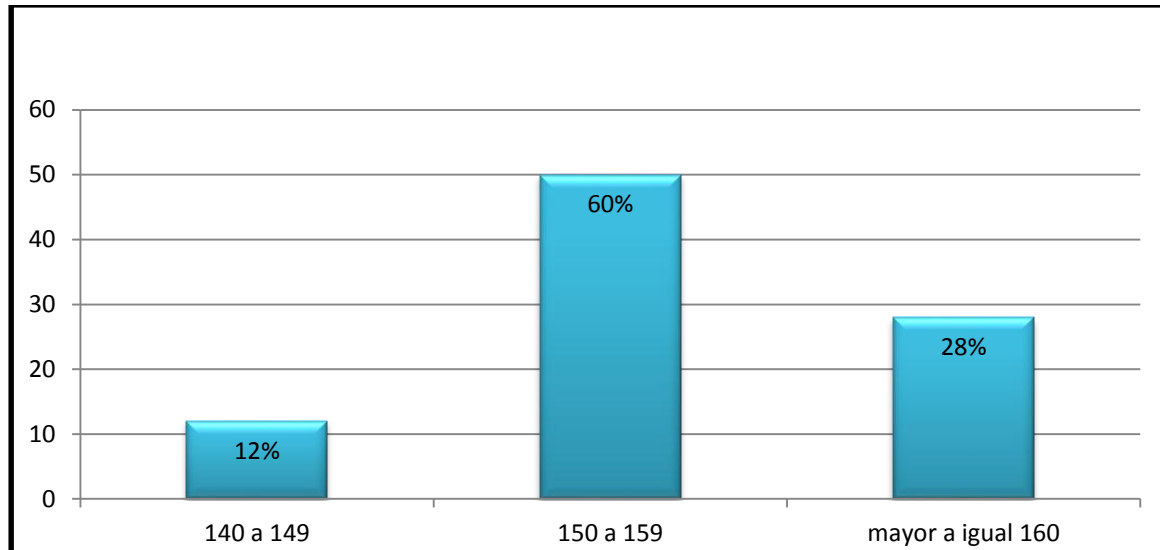


El 44% inicio en normo peso, 35% en sobrepeso materno, 17% en obesidad y solo un 4% en bajo peso, de los cuales al final del embarazo 54% llego a obesidad, 8% a sobrepeso y 8% mantuvieron su peso.

Fuente: Expedientes clínicos

Grafico N° 9

Talla en centímetros de las pacientes con desgarros perineales grado III y IV

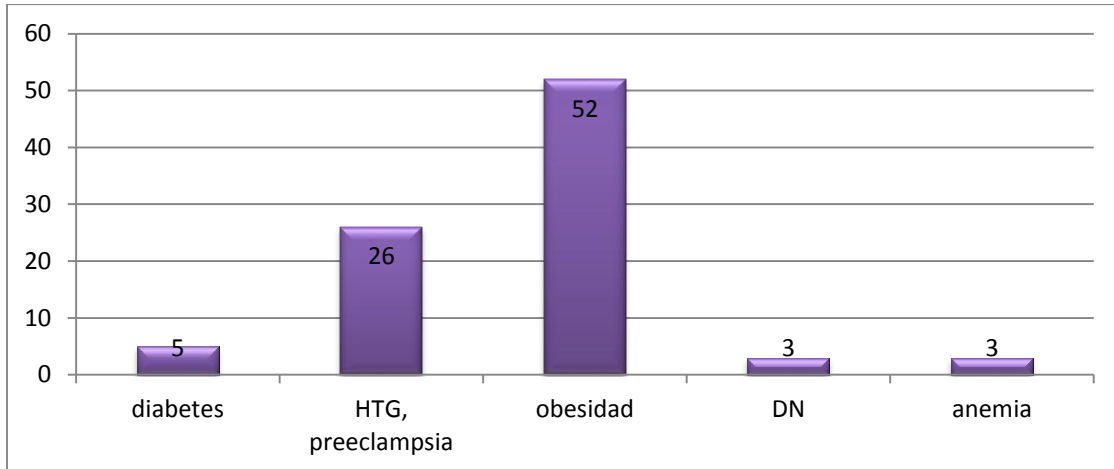


Promedio fue 155. 5cm, con una moda de 155cm correspondiente al 60%, con mínima de 145cm (12%) y máxima de 174 cm (28%).

Fuente: Expedientes clínicos

Grafico N° 10

Patologías maternas encontradas en las pacientes que sufrieron desgarros perineal post parto grado III y IV.

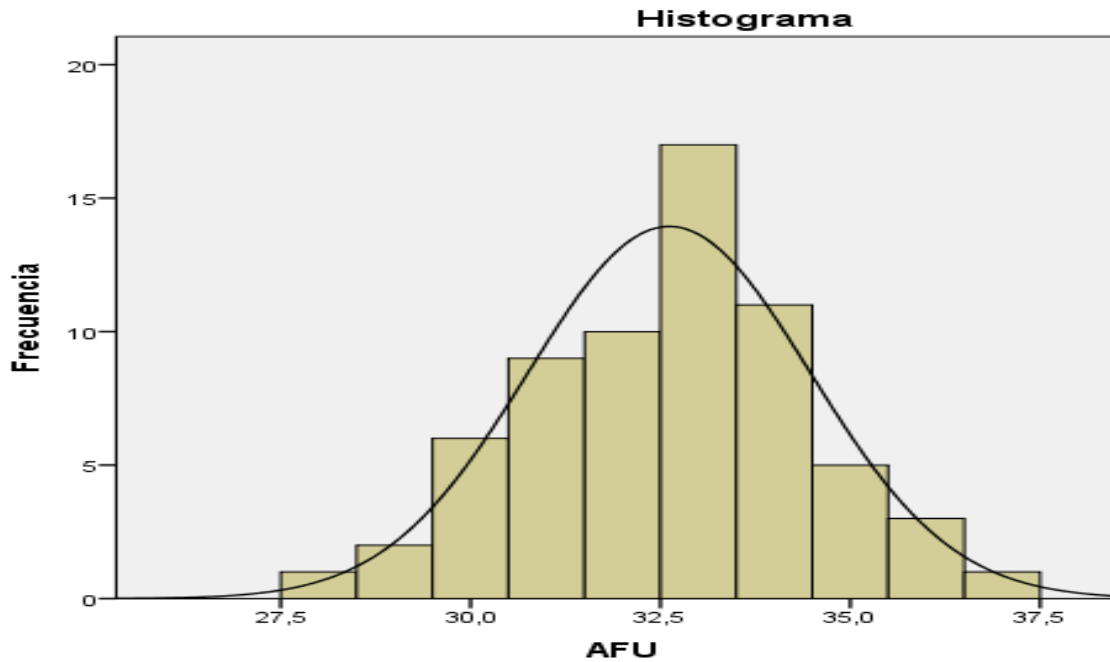


La obesidad fue la principal comorbilidad encontradas en las mujeres del estudio con el 52%, seguida de del síndrome hipertensivo gestacional en el 26%, Diabetes previo al embarazo en el 5%, Anemia y Desnutrición en el 3% cada variable.

Fuente: expediente clínico

Grafico N° 11

Altura de fondo uterino al momento del ingreso en embarazadas que presentaron desgarro perineal post parto grado III y IV

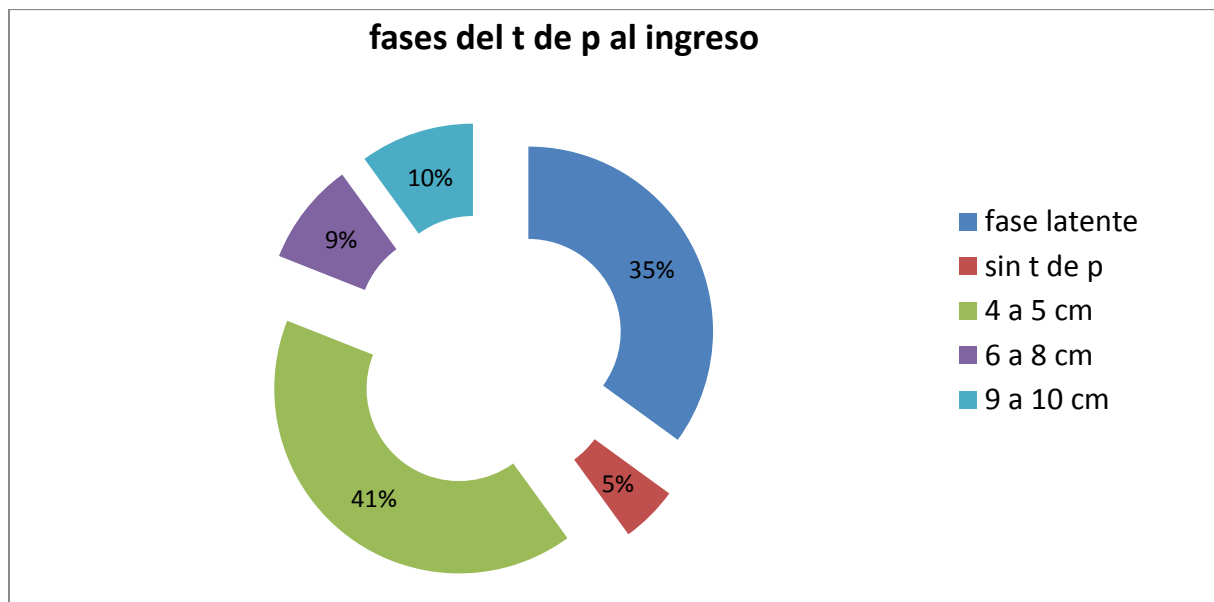


El AFU promedio fue de 32.5 cm, con una moda de 33cm, para un mínimo de 28 cm y un máximo de 37cm

Fuente: expediente clínico.

Grafica N° 12

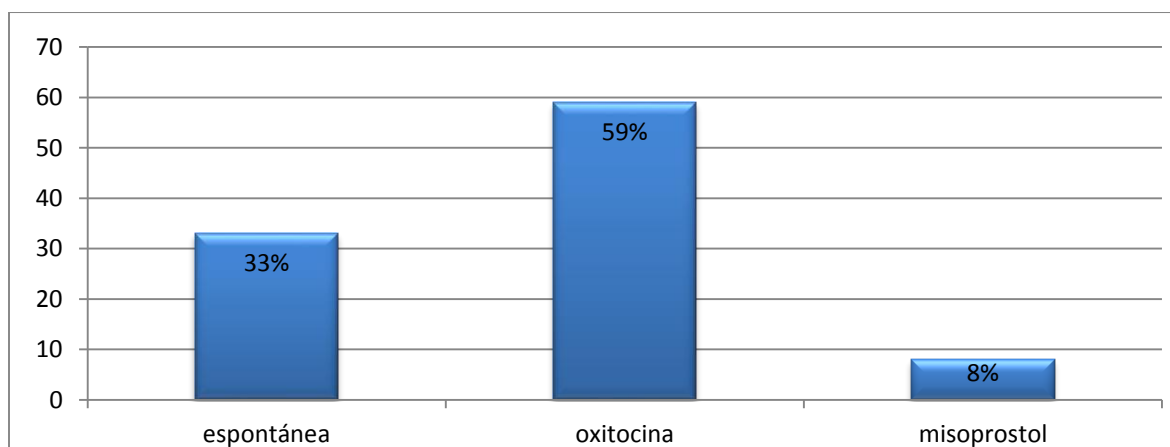
Etapa del trabajo de parto en que se encontraban las pacientes que presentaron desgarros perineales grado III y IV



En fase inicio y trabajo de parto se encontraron 41% (27), en fase latente del trabajo de parto 35% (23), 10% en expulsivo (7), 9%(6) en trabajo de parto avanzado y 5% (3) en trabajo de parto.

Grafico N° 13

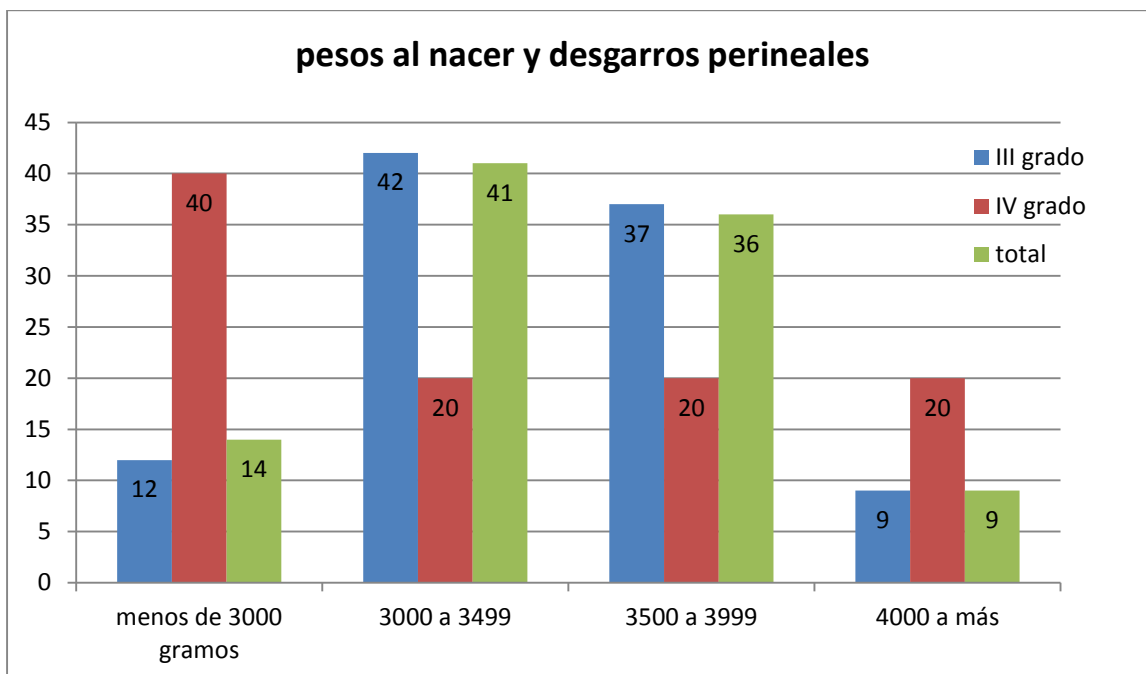
Conducta obstétrica al ingreso Hospitalario de las gestantes que presentaron desgarro grado III y IV.



Fueron conducidas con oxitocina 59%, de manera espontánea 33% y uso de misoprostol 8%. Fuente: Expediente clínico

Grafico N° 14

Peso fetal y su asociacion con la presntacion de desgarros perineales Grado III y IV en pacientes atendidas en sala de labor y parto del hospital Aleman Nicaraguense



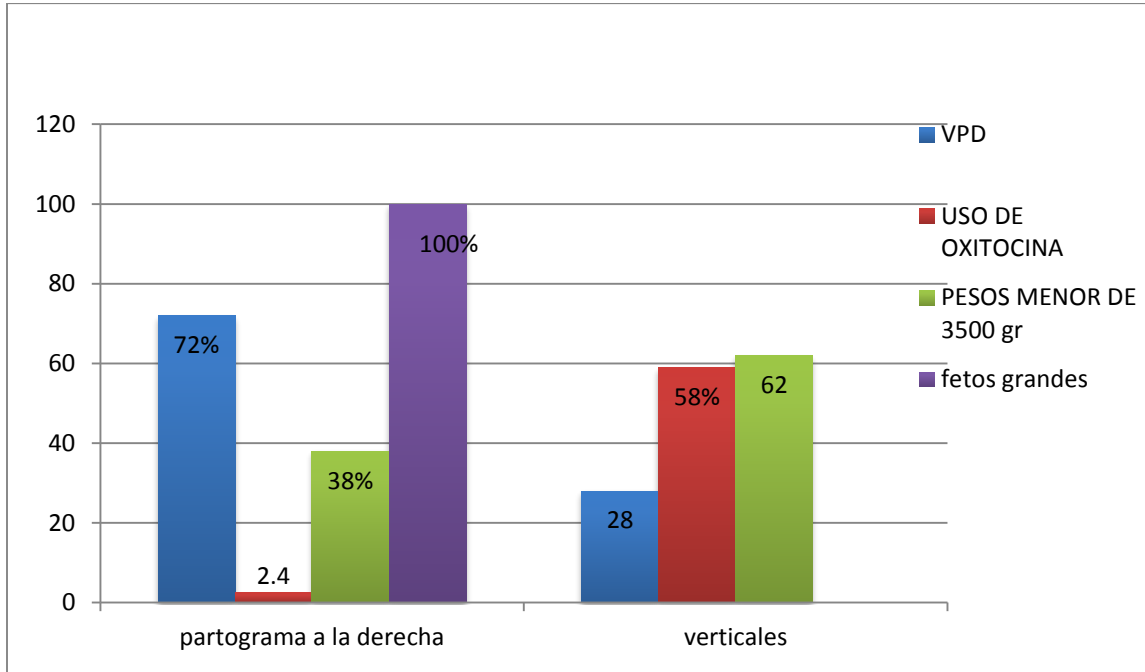
Los pesos fetales asociados a los desgarros grado III 42% son entre 3000 a 3499 gramos, 37% para los de peso entre 3500 a 3999 gramos, 12% en los pesos de menos de 3000 gramos, con minimo de 9% para pesos de 4000gramos.

Para los desgarros grado IV 40% se asocio a pesos menores de 3000 gramos, seguidos de 20% para el resto de pesos.

Fuente: expediente clinico

Grafico N°15

Factores que influyeron en la dirección de la curva real y el tiempo del expulsivo de las pacientes que tuvieron desgarro perineal grado III y IV

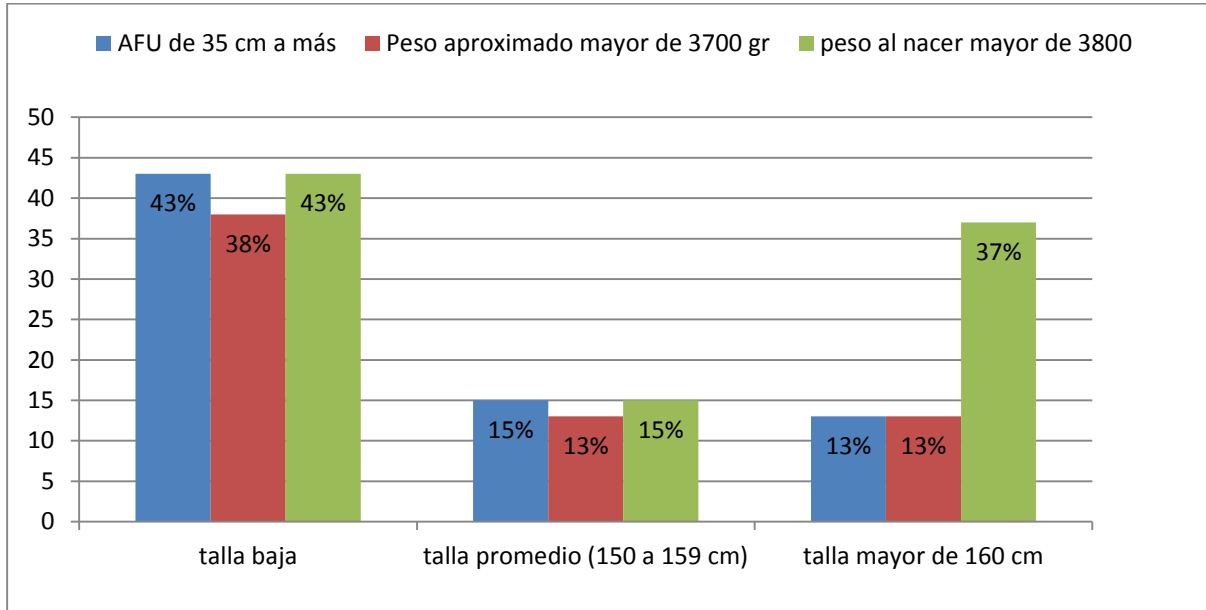


La desviación de la curva real hacia la derecha y expulsivo prolongado (parto prolongado) fue determinado por: el peso de los fetos en los cuales los de peso de más de 3500 gramos (fetos grandes) se dio en el 100% de los casos, otros con pesos de menos de 3500 gramos en el 38%, junto con la variedad occipito derecho posterior 72% y una pequeña parte a un con el uso de oxitocina 2,4% también se prolongó su periodo de expulsivo. Para los que se observó curva real en vertical (partos precipitados) influyeron los factores de: pesos de menos de 3500 gramos con 62%, uso de oxitocina 59% y en un pequeño porcentaje 28% para la variedad occipito derecha posterior.

Fuente: expediente clinico, libro de labor y parto

Grafico N° 16

Relacion de Talla, AFU, peso fetal al nacer con los desgarrros perineales de III y IV Grado

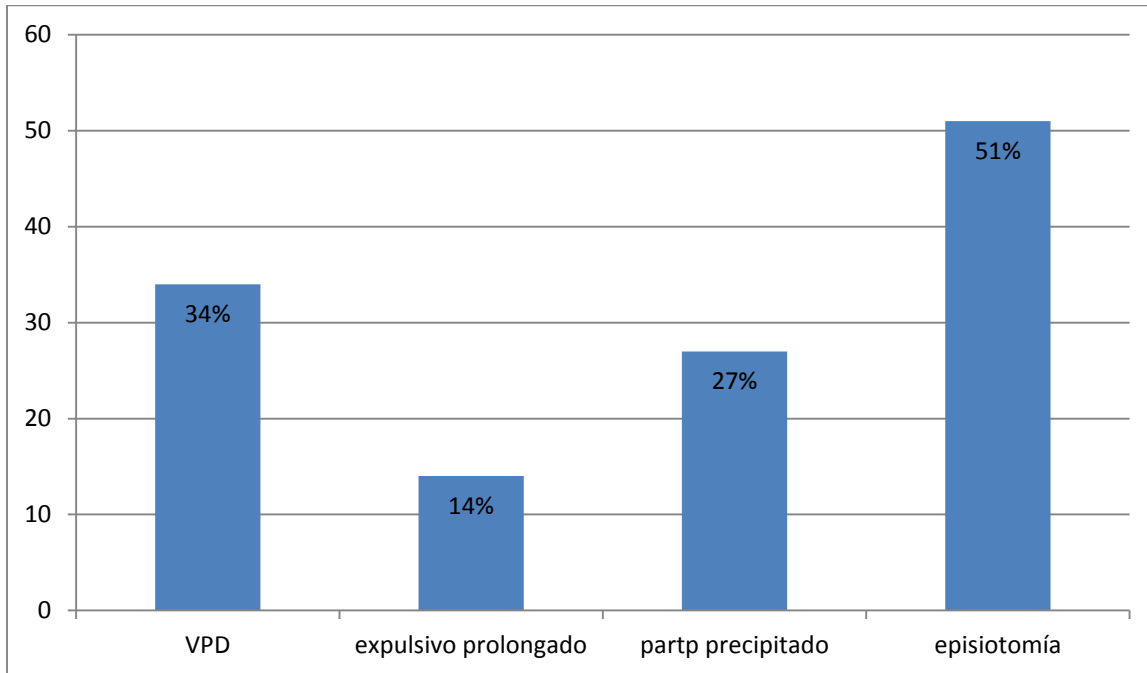


	Talla promedio	Peso máximo por ultrasonido	Peso promedio al nacer	Peso mínimo al nacer	Peso máximo al nacer	AFU máxima
145 a 150	147 cm	3878 gr	3670 gr	3180 gr	4155 gr	36 cm
150 a 159	154 cm	4022 gr	3300 gr	2510 gr	4120 g	37 cm
160 a 175	163 cm	3985 gr	3700 gr	3180 gr	4530 gr	36 cm

Fuente: expediente clinico

Grafico N° 17

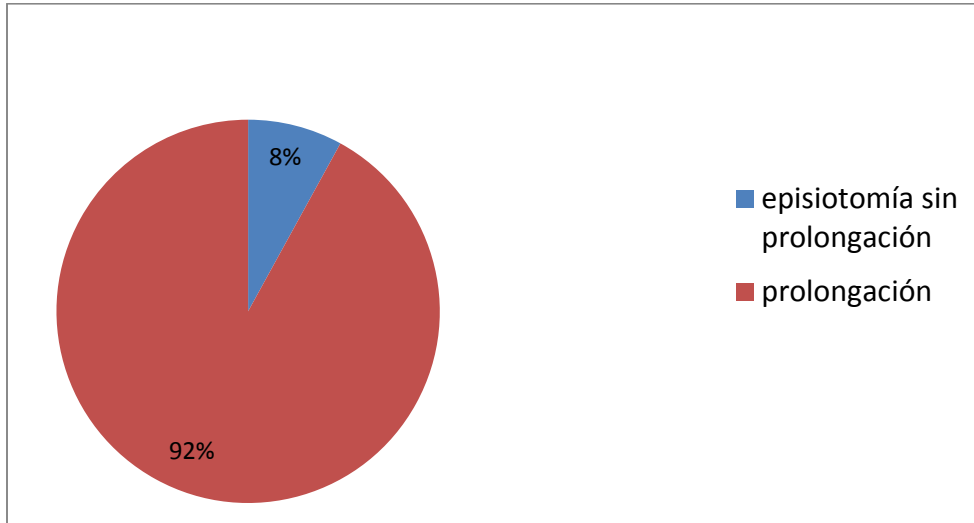
Factores asociados al expulsivo en las puérperas que presentaron desgarros perineales grado III y IV



El 51% de las pacientes se les realizó episiotomía medio lateral, fue un parto precipitado en el 27% y 14% fueron expulsivos prolongados, la variedad de presentación fue occipito derecho posterior en el 34%.

Grafico N° 18

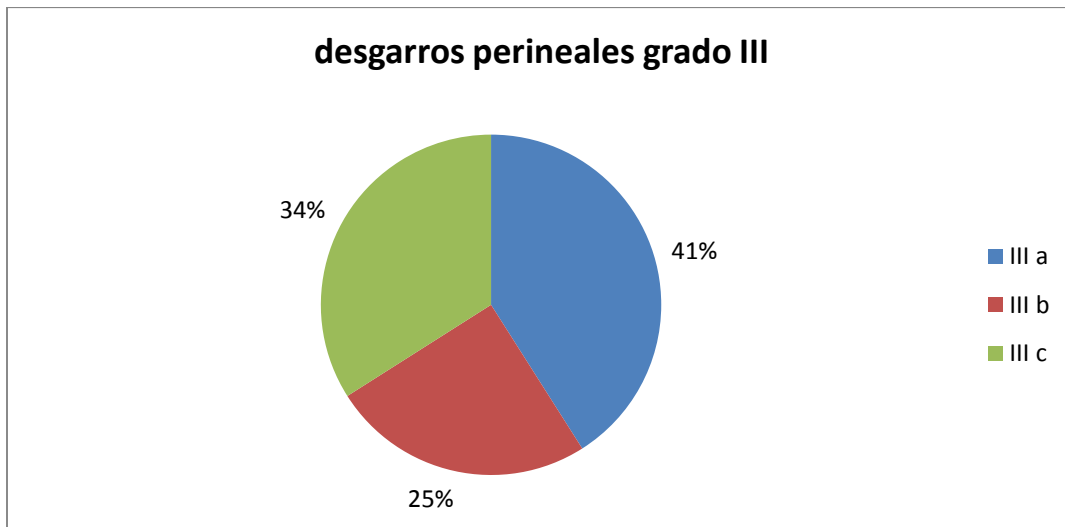
Realización de episiotomía y su prolongación en las puérperas que presentaron desgarro grado III y IVV



Un porcentaje alto de 92% de las episiotomías realizadas se prolongaron y solo un 8% cumplieron la técnica sin prolongación.

Grafico N° 20

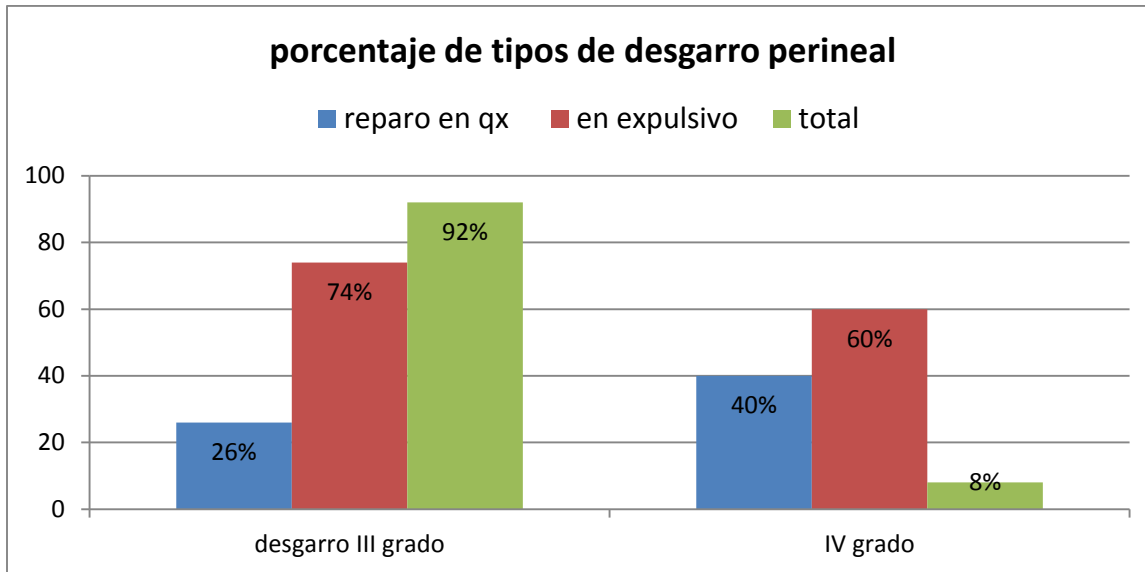
Clasificación de los desgarros grado III



Se logró encontrar en el 50% de los casos la clasificación del grado III, siendo de mayor porcentaje ocurrido para el grado IIIa 41%, seguido del III c 34% y 25% para el III b.

Grafico N° 21

Desgarros perineales y su abordaje durante la atención de la puérperas



De los desgarros grados III 26% fueron reparados en sala de operación y el 74% en sala de labor y partos.

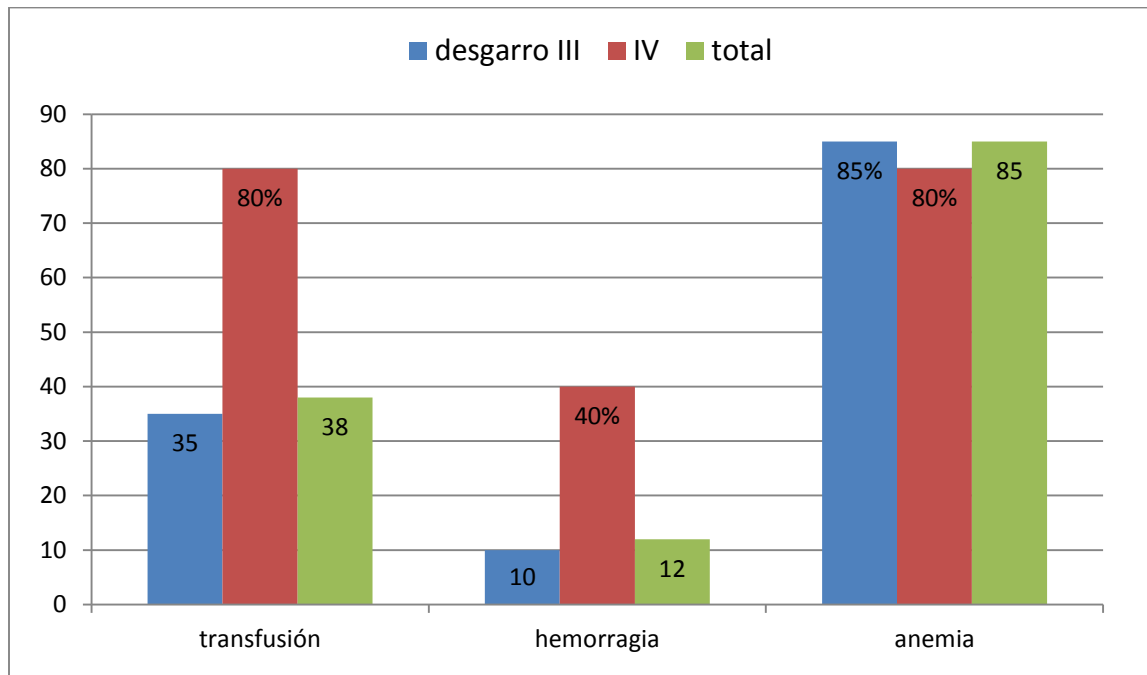
Para los desgarros grado IV el 40% fue abordaje en sala de operación y 60% en la sala de labor y partos. Al 100% se le dio manejo activo

Fuente: expediente clínico, registro de sala de labor y parto y sala de operación.

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LOS DESGARROS.

Grafico N° 22

Complicaciones hemodinámicas de los desgarros perineales grado III y IV en las púerperas

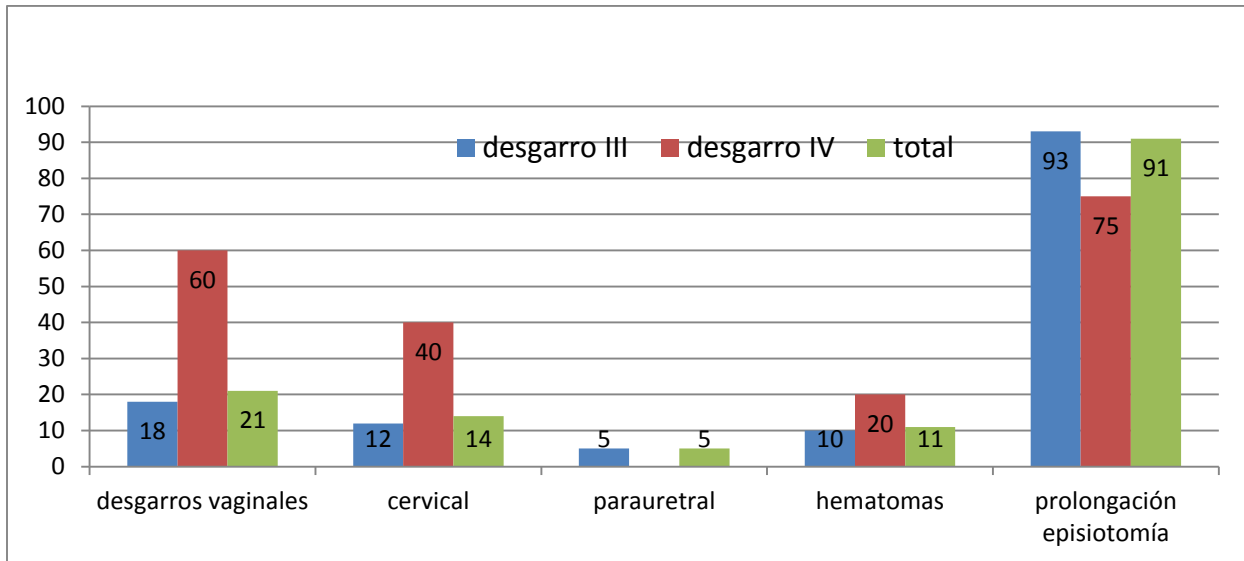


Para los desgarros grado III las pacientes necesitaron transfusión en el 35% y para los desgarros grado IV el 80%, se asoció hemorragia principalmente en el grado IV con el 40%, solo un 10% para el grado III. La anemia secundaria tuvo similar impacto para ambos grados de desgarros 85 y 80%.

Fuente: expediente clínico, registro de labor y parto, registro de sala de operaciones y libro de transfusiones.

Grafico N° 21

Complicaciones del canal del parto asociado a los desgarros perineales



Los desgarros grado IV tuvo más asociación con los desgarros vaginales en el 60% de los casos y solo 18% para el grado III, igualmente para desgarros cervicales con el 40%. La asociación con la episiotomía fue más para los desgarros grado III con el 93% y 75% para el grado IV. Un mínimo porcentaje de 5% para ambos grados con las lesiones parauretrales. Fuente: expediente clínico