

Universidad Científica del Perú
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



“FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE DESGARROS OBSTÉTRICOS
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “CÉSAR GARAYAR GARCÍA”
Y EL HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” DE ENERO DEL 2006 A
DICIEMBRE DEL 2007”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

OBSTETRA

PRESENTADO POR:

Bach. ARÉVALO CHÁVEZ, Cinthia Paola.

ASESOR

:

Obst. ESPINOZA RAMIREZ, Natalik.

CO-ASESORA

:

Mgr. SOSA AMAY, Frida

IQUITOS - PERÚ

2009



DEDICATORIA:

A MIS PADRES:

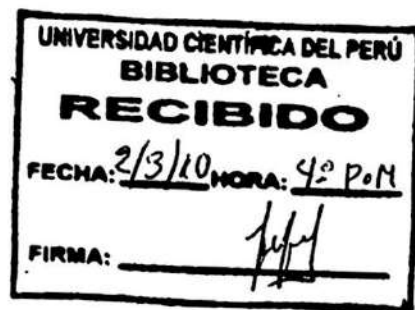
ORLANDO AREVALO Y MATILDE CHAVEZ a quienes les debo el privilegio de la vida y por haberme apoyado a la consecución de mis metas profesionales

A MI HERMANO:

ORLANDO AREVALO CHAVEZ por haberme apoyado desinteresadamente durante mis años de estudios

A MI ENAMORADO:

RICARDO MARTIN REATEGUI NUÑEZ por haberme acompañado Y alentado a proseguir en esta carrera de mi realización como profesional



AGRADECIMIENTO

A Dios por darme el privilegio de la vida y por haberme galardonado con unos padres maravillosos los cuales me brindaron la oportunidad de convertirme en profesional y así poder ascender un peldaño más en mi formación académica.

A la obstetra **Natalik Espinoza Ramírez** por guiarme y apoyarme durante la realización de la presente investigación.

A la Dra. **Frida Enriqueta Sosa de Arévalo** por apoyarme durante la realización del presente trabajo

A los **obstetras y profesionales médicos** por su ayuda invaluable en el transcurso de mi internado, quienes me guiaron con esmero y me brindaron su apoyo incondicional; lo cual quedara como un grato recuerdo de mi vida.

LA AUTORA



Universidad Cesarillo del Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a las 11:00. horas del día 03, del mes de Agosto del año 2009, se reunió el Jurado Examinador, que firma al final del presente documento, para evaluar la sustentación de :

Srta. : **CINTHIA PAOLA ARÉVALO CHAVEZ**

En la modalidad de: **SUSTENTACION DE TESIS**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
A) Aplicación de la teoría a casos reales	3	3	3	3
B) Investigación Bibliográfica	3	3	3	3
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, argumentación, coherencia)	3	3	3	3
D) Calidad de respuestas.	3	3	3	3
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	3
Calificación Final	15			

Aprobado Por: Mayoría

Calificación Final (en letras) Quince

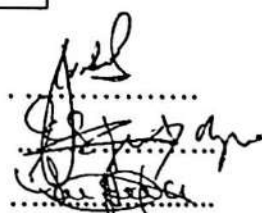
Leyenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Optima	4

Presidente: Mgr. Gregorio Heredia Quezada

Miembro: Méd. Eder Aguilar Rojas

Miembro: Obst. Leea Cuenca Perez



Imaginación para la innovación permanente

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos

Telf.: (065) 261088-261092

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
INDICE DE CONTENIDO	IV
INDICE DE GRAFICOS	VI
RESUMEN	

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.	ANTECEDENTES	1
1.2	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.3	OBJETIVOS	6
1.3.1	Objetivo General	6
1.3.2	Objetivos Específicos	6

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

2.1	Marco Teórico	7
2.2	Marco Conceptual	48
2.2.1	Variable Dependiente	48
2.2.2	Variable Independiente	48

CAPÍTULO III

RECURSOS UTILIZADOS

3.1	Recursos	50
-----	----------	----

CAPÍTULO IV

METODOS

4.1	Hipótesis	51
4.2	Tipo de Investigación	51
4.3	Población y Muestra	51
4.4	Técnicas	52
4.5	Instrumentos	52
4.6	Ética	52

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1	Análisis e Interpretación	53
-----	---------------------------	----

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

6.1	Discusión de los resultados	67
CONCLUSIONES		68
RECOMENDACIONES		70
BIBLIOGRAFIA		72
ANEXOS		74

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Gráfica N° 1	Incidencia de desgarros obstétricos en el hospital “Cesar Garayar García” y el hospital “Felipe Arriola Iglesias” 2006- 2007	53
Gráfica N° 2	desgarros obstétricos según procedencia	54
Gráfica N° 3	desgarros obstétricos según edad	55
Gráfica N° 4	desgarros obstétricos según estado civil	56
Gráfica N° 5	desgarros obstétricos según nivel de instrucción	57
Gráfica N° 6	desgarros obstétricos según	58
Gráfica N° 7	desgarros obstétricos según antecedente ginecoobstetrico	59
Gráfica N° 8	desgarros obstétricos según episiotomías	60
Gráfica N° 9	desgarros obstétricos con episiotomías	61
Gráfica N°10	desgarros obstétricos sin episiotomías	62
Gráfica N° 11	desgarros de cervix en relación a la paridad	63
Gráfica N° 12	desgarros obstétricos según edad gestacional	64
Gráfica N° 13	desgarros obstétricos según peso fetal	65
Gráfica N° 14	desgarros obstétricos según presentación fetal	66

RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE DESGARROS OBSTÉTRICOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “CÉSAR GARAYAR GARCÍA” Y EL HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” DE ENERO DEL 2006 A DICIEMBRE DEL 2007

Objetivo

Identificar los factores asociados a la incidencia de desgarros obstétricos en el “Hospital César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007

Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los factores asociados a la incidencia de desgarros obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital “César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007?

Metodología

El presente trabajo es de carácter descriptivo, retrospectivo, por que busca identificar las características clínicas de la población en estudio. Se reviso 909 Historias Clínicas maternas Perinatales correspondiendo a cada hospital como se señala: Hospital Felipe Arriola Iglesias 353 Historias para el año 2006 y 358 historias para el año 2007; en el Hospital César Garayar García se reviso 103 historias para el año 2006 y 125 historias para el año 2007. Para la ejecución del presente trabajo diseñe un formato el cual me permitió realizar la recolección de información. Dicho formato consta de tres partes, en la primera parte contempla datos socio demográfico, la segunda parte recoge información materna y por último la tercera parte recolecta información fetal y del trabajo de parto

Resultados

- La incidencia de desgarros obstétricos para el Hospital Regional de Loreto fue de (12,22%) en el 2006 y de (11,45%) en el 2007 y para el Hospital Cesar Garayar García (2,74%) en el 2006 y de (3,27%) en el 2007.
- En cuanto a la paridad llama poderosamente la atención el hecho de que las segundíparas registraron una mayor incidencia de desgarros vaginales, en comparación a las primigestas.
- Los pacientes que no fueron sometidas a episiotomía registraron mayor incidencia en desgarros perineales con una frecuencia por encima del 40% para ambos hospitales durante los años de estudio
- Llama la atención la incidencia de desgarros cervicales (8,75% Hospital Cesar Garayar García 2006 y 3,4% Hospital Regional de Loreto 2006), en relación a los desgarros perineales en paciente a las que se les realizo la episiotomía.

CAPITULO I:

1.1. ANTECEDENTES.

Antecedentes internacionales.

Röckner (1989) Estados Unidos.- Observó una disminución de las episiotomías (sobre todo la medio lateral) entre las nulíparas de 49.9% en 1984 a 33.6%. El riesgo de desgarro de tercer grado en realidad disminuyó durante el mismo período, de 3.3% a menos de 1%, mientras que el parto con periné intacto ascendió de 28% a 44%.

En otro estudio, él y sus colaboradores reportaron una incidencia de 25% de dolor durante la episiotomía (mayormente medio lateral), mientras que en las que hubo desgarro espontáneo, ya sea de segundo o tercer grado, no refirieron dolor. Así mismo, encontraron que dentro de las tres semanas posparto, las pacientes en las que se realizó episiotomía medio lateral tenían más dolor al sentarse, caminar, defecar y miccionar que en aquellas que tuvieron un desgarro espontáneo de segundo grado. También reportaron tasas significativamente altas de edema y hematoma (25% y 38% respectivamente) luego de la episiotomía y laceraciones de segundo o tercer grado (8% y 13%).

Aikins M. et al, (1998) Feinland.- Analizaron 1068 partos en casa; encontraron que el 69,6% de las mujeres mantuvieron su periné intacto, al 1,4% se le realizó una episiotomía, el 28,9% sufrió un desgarro de 1° ó 2° grado y el 0,7%, desgarros de 3° ó 4° grado. A la vista de estos resultados podemos pensar que es posible conseguir un alto grado de perinés intactos con tasas de episiotomías muy bajas para mujeres seleccionadas, como es el caso de aquellas mujeres que pueden optar por un parto en casa.

Thacker y Banta citaron siete estudios entre 1919 y 1981 en los que se observaron desgarros de tercer grado (sin episiotomía) en un rango de 0 a 6.4%. En el mismo período, en seis estudios se encontró un intervalo de 0 - 9% de extensión de episiotomías mediolaterales.

Woolley la realización de una episiotomía no ha demostrado tener ventajas respecto del desgarro espontáneo, y su uso indiscriminado incrementa el daño perineal y, consecuentemente, la morbilidad de la mujer. Y, aunque la episiotomía

reduce el riesgo de los desgarros anteriores, lo hace a expensas de una elevadísima morbilidad debido al daño posterior que origina. Afirma que no hay evidencia de que la episiotomía reduzca la incontinencia urinaria posparto ni a corto ni a largo plazo, al tiempo que tampoco presenta ninguna protección hacia el suelo pélvico. En su revisión tampoco encontró evidencia que apoyase la afirmación de que la episiotomía protege a los/as niños/as de bajo peso contra la hemorragia intracraneal o la anoxia fetal. De la misma manera no halló una clara evidencia en la reducción del segundo período del parto, y menos aún dio con alguna investigación que apoyara la utilidad de la episiotomía en el sufrimiento fetal o en la distocia de hombros. Por otro lado, observó que se produce un aumento sustancial de pérdida de sangre con la episiotomía y que la morbilidad a largo plazo del daño del esfínter anal provocado por una episiotomía (sobre todo central) es superior al causado por un desgarro espontáneo. Para Woolley está claro que el grado de riesgo que acompaña la realización de una episiotomía es mayor que sus beneficios, y no se justifica su acción.

Angioli trabajaron con 50.210 mujeres durante siete años y concluyeron que la episiotomía, y sobre todo la central, estaba asociada a desgarros de 3º y 4º grado; también esta situación estaba relacionada con factores como edad materna, primiparidad.

Hueston MD realizó una investigación retrospectiva de 8.647 partos entre 1991-92 en cinco centros. Observó que la episiotomía estaba asociada a un mayor número de desgarros perineales y un incremento de la estancia en el hospital.

SAMPELLE concluye que deberíamos elegir siempre un desgarro antes que una episiotomía, pero si pensáramos así, haríamos un flaco favor a las mujeres. Los desgarros, al igual que las episiotomías, implican riesgos y molestias para las mujeres. La política asistencial no debe de ser «cambiar episiotomías por desgarros». Deberíamos desarrollar toda una gama de recursos eficaces para evitar los desgarros. Se deberían evitar los traumatismos perineales durante el primer parto, pues favorecen la aparición de un desgarro en futuros partos.

Otra importante actuación del personal asistencial que parece influir en la aparición de los desgarros perineales es la dirección o no del pujo. Sampelle CM³⁰ encontró que las mujeres a las que se les permitía pujar de forma espontánea presentaban con mayor frecuencia el periné intacto.

Como se puede observar, hay mayor cantidad de desgarros en las salas «naturales», aunque la cifra de periné intacto es muy superior y el índice de episiotomías, muy bajo. También resultados espectaculares con cambios en el entorno y forma de asistencia menos intervencionista, consiguió Ederhard³²: después de introducir los cambios en el control del parto (monitorización selectiva, uso reducido de métodos invasivos, libre elección de la forma de parir incluyendo el parto en agua y otras alternativas), la tasa de episiotomías descendió drásticamente desde más del 80% a menos del 15%

ANTECEDENTES NACIONALES.

Casanova, M. (2001) Lima.- Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía en pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional Docente Madre Niño, San Bartolomé.

El puntaje de APGAR, puntaje muy importante para el pronóstico del recién nacido no se ve alterado cuando se aplica o no la episiotomía, esto se demuestra con los porcentajes superiores al 80% en APGAR mayor de 7 al minuto y a los cinco minutos en los tres grupos de estudio. La complicación más frecuente que se presentó en el grupo de episiotomía con indicación y de episiotomía sistemática fue la dehiscencia parcial de episiorrafia (25 % y 17.6% respectivamente), ésta aunada con el porcentaje de dehiscencia total (0.4%), nos da un total de 43% de dehiscencias en las pacientes en las que se realizó episiotomía, en comparación con 2.5% en las que no hubo episiotomía pero tuvieron dehiscencia de sutura.

Por otro lado, en el grupo de no episiotomía la complicación más frecuente fueron los desgarros perineales (51.5%). Se encontró sólo un caso de infección de episiorrafia en una paciente en la que se realizó episiotomía sistemáticamente, Además, fueron seis los casos de hematomas de pared vaginal en la zona de episiorrafia (2.5%), los edemas en zona de episiorrafia registrados fueron sólo dos

(0.4%) a pesar de que se tuvo conocimiento de la existencia de mayores casos pero que no fueron registrados correctamente en las historias clínicas, en el grupo de episiotomía con indicación el 9.6% de las pacientes sufrió un desgarro perineal, en el de episiotomía sistemática, el 8% y en el de no episiotomía, el 51.5%, siendo éstos en su mayoría de I° grado (41.7%) pero que no alcanzaron más de 3 cm. de longitud y se debe considerar que muchos de ellos no debieron suturarse.

A pesar de que se señala que la episiotomía es una medida de protección del periné frente a los desgarros perineales, el 5.9% de los casos de episiotomía sistemática sufrieron además de la incisión, desgarros de I° y II° (5.5% y 0.4% respectivamente). Los casos de desgarro de III° entre los grupos de episiotomía sistemática y con indicación se dieron en un 5.5%. El desgarro de III° grado encontrado en el grupo de no episiotomía fue de una mujer cuyo recién nacido pesó 4680 Kg. y no se le practicó la episiotomía por haber sido inadecuadamente ponderado, hubo sólo un caso de desgarro de IV° en el grupo de episiotomía sistemática el cual fue reparado en sala de operaciones. Las laceraciones se presentaron en su mayoría en el grupo de no episiotomía (17.6%, RR 1.18, IC 95% 1.10, 1.26) estas laceraciones afectaron al labio mayor, labio menor, vagina y región para uretral. Sin embargo, cabe resaltar que aproximadamente el 50% de estas laceraciones no requirieron suturarse ni tampoco presentaron complicaciones mayores. Recién nacidos entre 2501 y 3500 gramos con un perímetro cefálico entre 34 y 36 centímetros conformaron la población mayoritaria y fueron ellos los que más desgarros y laceraciones produjeron. Al comparar los desgarros que se produjeron con recién nacidos de mayor peso y mayor perímetro cefálico que los mencionados, no existe diferencia significativa. Esto quiere decir que ni el peso ni el perímetro cefálico necesariamente serían factores predisponentes para la ocurrencia de traumas perineales.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Existen diversas causas por las que puede ocurrir un desgarro durante el parto; entre éstas tenemos que la madre sea muy pequeña, que el bebé sea muy grande o que el pujo sea muy fuerte.¹

Como consecuencia de diversos factores entre las cuales se puede citar: dilatación incompleta, patología cervical, excesos de oxitócicos, falta de elasticidad del periné, feto grande, parto acelerado, presentaciones anómalas, falta de impregnación hormonal, mala indicación de episiotomía, etc., se produce desgarros (rotura) en el cérvix, , vagina y periné, las que en algunas oportunidades se complican con hemorragias copiosas que pueden llevar al shock o con lesiones extensas que pueden ser causas de secuelas para el porvenir obstétrico de la paciente.¹¹

Es por eso que el presente trabajo de investigación pretende identificar los factores asociados a la incidencia de Desgarros Obstétricos en el Hospital “César Garayar García y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007 y su relación con algunas variables sociodemográficas, maternas y fetales que puedan estar influyendo en su presencia; con esta información pretendemos que el profesional de Obstetricia pueda mejorar la calidad de atención integral de la gestante y considerar la presencia de desgarro durante el parto como una variable adicional para el criterio de riesgo obstétrico.

La información y los resultados que se obtengan en el presente trabajo de investigación van a ser de utilidad para contribuir a disminuir notablemente la incidencia de desgarros y laceraciones perineales, también a mejorar la calidad de atención integral de la gestante valorando la situación de riesgo - beneficio tanto materno como fetal, así mismo será válido para replantear los modelos de atención pre - natal tomando otras alternativas en cuenta como los “ejercicios de kejel” y el masaje perineal para mejorar la calidad de vida de las futuras madres.

¿Cuáles son los factores asociados a la incidencia de desgarros obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital “César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVOS GENERALES

- Identificar los factores asociados a la incidencia de desgarros obstétricos en el “Hospital César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de desgarros obstétricos en el “Hospital César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007
- Identificar las características socio demográficas como: procedencia, edad, estado civil, grado instrucción; que estén asociados a la incidencia de desgarros obstétricos en el “Hospital César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007.
- Identificar las características maternas como: paridad, antecedentes gineco obstétricos y ejecución de episiotomías que estén asociados a la incidencia de desgarros obstétricos en el “Hospital César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007.
- Identificar las características fetales como: edad gestacional, peso fetal y presentación fetal, que estén asociados a la incidencia de desgarros obstétricos en el “Hospital César Garayar García” y el Hospital “Felipe Arriola Iglesias” de enero del 2006 a diciembre del 2007.

CAPITULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

DESGARROS OBSTÉTRICOS

1. DESGARROS PERINEALES O DESGARROS PERINEO VAGINALES.

a. DEFINICIÓN:

Los desgarros perineales constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto espontáneo o quirúrgico, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa. ¹³

Se distinguen cuatro tipos de desgarro de periné, de acuerdo con el grado de extensión:

Primer grado, segundo grado, que son denominados desgarros incompletos y los de tercer y cuarto grado son denominados desgarros completos. ¹⁶

b. FRECUENCIA:

Se presenta en el 20-25% de los partos; en las primíparas como es natural con mayor frecuencia que en las multíparas. ¹⁵

c. ETIOPATOGENIA.

Está en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra, además de ciertos factores condicionantes, a saber, tejidos fibrosos en primíparas añosas, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, variedades occipitosacras, que se desprenden en si orientación posterior con mayor distensión del periné.

d. PRONÓSTICO.

Es bueno para los de primero y segundo grado; es reservado en los de tercero y cuarto, por las complicaciones sépticas que muchas veces hacen fracasar la sutura.

e. TRATAMIENTO.

Se impone la sutura inmediata al alumbramiento, puede que la herida este aún contaminada. Es conveniente revisar el cuello y la vagina antes de suturar el periné.

f. TÉCNICA.

En los desgarros de primer y segundo grado se utiliza anestesia local. Se practican puntos separados que afronten y tomen todo el aspecto de la herida; También puede suturarse los últimos en dos planos: El primero, músculo aponeurótico; el segundo, celular y de la piel. Lo importante en toda sutura es no dejar espacios “muertos”.

En el desgarro de tercer grado se utiliza anestesia general. Se procede en forma similar al del segundo grado, es decir, plano por plano, teniendo especial cuidado de reparar previamente los cabos del esfínter externo del ano que se hallan retraídos en la región marginal del ano. Se deben observar muy especialmente las reglas de asepsia.

La sutura de los desgarros de cuarto grado implica una cuidadosa reparación y hemostasia de la pared rectal y del esfínter del ano, conformando una espesa cuña a expensas de los músculos de la región, para luego suturar el tejido celular y la piel.

En el desgarro central del periné se secciona el puente representado por la horquilla, transformándolo en un desgarro común a los efectos de la reparación.

En todas estas intervenciones se prescribirá antibióticos. En el postoperatorio se debe cuidar la evacuación intestinal; se procurará que la puerpera evacue con regularidad sin dificultades a partir del segundo día, administrando laxantes tal como se los prescribe después de las operaciones proctológicas.

Si la cicatrización no fuera correcta, se esperará tres o cuatro meses para la restauración definitiva de la lesión.¹⁷

g. CLASIFICACIÓN:

i. DESGARRO DEL CLÍTORIS.

Los desgarros de clítoris sangran siempre con bastante intensidad (desgarros de las raíces de los cuerpos cavernosos de dicho órgano). La hemorragia no se detiene espontáneamente.

El sitio que se desgarra debe cogerse con pinza kocher, teniendo precaución de evitar la uretra por encima y por debajo de la uretra. Por encima y por debajo de la pinza se hace una sutura circular que cargue bastante tejido. ¹⁴

ii. DESGARRO DE LABIOS.

Los desgarros y excoriaciones de los labios carecen de especial importancia, y se suturan con puntos sueltos de catgut. ¹⁴

iii. DESGARRO DE VAGINA.

Es una solución de continuidad de la pared de la vagina de trayecto lateral y longitudinal que puede abarcar solo a la mucosa, a todos los planos de la vagina y aún a los órganos vecinos (vejiga recto). ¹⁷

Los desgarros de las paredes vaginales son siempre muy irregulares y a veces profundos ocasionando también cuadros hemorrágicos. Pueden extenderse hacia los fondos de saco comprometiendo elementos vecinos y en la pared anterior comprometer la vejiga produciendo fistulas vésico-vaginales. ¹²

MODO DE PRODUCIRSE.

En general es consecutivo a partos forzados, dilataciones violentas de vaginas fibrosas, mal irrigadas o con cicatrices de partos de fetos voluminosos o cuando la cabeza se desprende con diámetros mayores a los normales. En dichas circunstancias los desgarros pueden ocurrir aun en partos espontáneos.

DIAGNOSTICO.

El tacto comprueba unas hendiduras abiertas en las paredes vaginales, que en ocasiones sangran copiosamente. Desde afuera el desgarro no se aprecia si el perine esta intacto se completa el examen con sondeo vesical y tacto rectal.

COMPLICACIONES.

Inflamaciones agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano y fistulas perineales, rectales y/o vesicales.

TRATAMIENTO.

Se sutura todo el espesor de la herida; si ésta es profunda y complicada, debe hacerse la sutura en dos planos con las técnicas correspondientes a los órganos involucrados (vejiga, recto). Si la vejiga está afectada, es de rigor la colocación de una sonda permanente.¹⁷

En la reparación de los desgarros de las paredes vaginales cuando son extensos y sangrantes debe en primer lugar aplicarse puntos hemostáticos y después practicar la sutura de los bordes afrontándolos simétricamente según los trazos de la lesión. La vagina se sutura iniciando la reparación por el Angulo superior hacia la horquilla.¹²

Revisión de los desgarros vaginales:

- Revisar con las valvas y/o con ayuda de las manos el fondo de saco vaginal y luego las paredes vaginales, observándolas en su totalidad.
- Revisar la región parauretral.
- Revisar la comisura y la región anorrectal.
- Si se encuentra desgarros, estos deben ser suturados con catgut crómico 2/0 empleando puntos simples en lesiones pequeñas poco sangrantes.
En lesiones sangrantes emplear puntos cruzados o de hemostasia. En lesiones extensas emplear puntos continuos y cruzados.
- Revisar hemostasia.

- 1º. *DESGARRO PERINEAL DE PRIMER GRADO.* Cuando solo comprometen la horquilla, mucosa y piel sin llegar al plano muscular.¹²

Reparación de desgarros perineales de grado I:

- Colocar puntos sueltos con catgut crómico 2/0.⁷

- 2º. *DESGARRO PERINEAL DE SEGUNDO GRADO* Lesionan la vagina y el periné, desgarran músculos pero sin llegar a comprometer esfínter del ano.¹²

La musculatura que en el desgarró perineal de segundo grado corre longitudinalmente y se hace visible pertenece al grueso músculo bulbocavernoso la musculatura subyacente, de dirección transversal, corresponde al músculo

transverso profundo del perineo. Los desgarros de dirección lateral penetran en el delicado músculo transverso superficial del perineo. Mucho más raros son los desgarros que interesan la parte anterior del músculo elevador del ano (se producen, por ejemplo, en las presentaciones occipitales posteriores en las de síncipicio, frente y cara, y en la estrechez total pélvica, por existir un arco púbico agudo).¹⁴

Reparación de desgarros perineales de grado II:

- Colocar sutura con puntos separados con catgut crómico 2/0 en el plano muscular.
- No dejar espacios.
- Hacer buena hemostasia.
- Se puede usar puntos cruzados si el hecho es sangrante.
- Suturar aponeurosis superficial con catgut crómico 2/0 y realizar puntos separados.
- Suturar piel con puntos separados.⁹

3°. *DESGARRO PERINEAL DE TERCER GRADO.* Cuando se extienden desgarrando esfínter del ano.

La producción de los desgarros perineales de tercer grado, es decir, desgarros que afecten a los músculos perineales, son más frecuentes de observar con una distensión brusca del piso perineal y a la extensión de una episiotomía media o mediolateral demasiado pequeña y por lo mismo inadecuada.⁶

Reparación de desgarros perineales de grado III:

Estos casos serán referidos para proceder de la siguiente forma:

- Identificar y aislar los bordes del esfínter del ano.
- Traccionar con pinzas atraumáticas, evitando su maltrato y necrosis.
- Colocar puntos separados con catgut crómico 1.
- Suturar fascia del esfínter anal.
- Luego proceder como en el caso de un desgarro de grado II.⁹

4º. **DESGARRO PERINEAL DE CUARTO GRADO.** Cuando se extienden el ano y el recto ¹²

Reparación de desgarros de grado IV:

Estos casos serán referidos a un establecimiento con funciones obstétricas esenciales en el cual se procederá de la siguiente forma:

- Identificar la extensión de la lesión de la mucosa rectal.
- Colocar puntos separados con catgut crómico 2/0 o 3/0 con aguja redonda cuidando de no atravesar la mucosa rectal.
- Suturar la fascia prerrectal con puntos finos de catgut crómico 2/0 separados.
- Proceder como desgarro de grado III.
Realizar tacto rectal para áreas no suturadas y/o puntos de sutura que atraviesen la mucosa rectal.
- El periné se cierra con puntos separados o con sutura intradérmica. ⁹

iv. **DESGARRO DEL CUELLO UTERINO.**

El desgarro compromete todo el espesor del cuello en uno o más sitios y en extensiones variables que pueden llegar hasta el segmento, estableciendo cuadros graves acompañados de hemorragias profusas. ¹²

El desgarro cervical se produce como consecuencia del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de de pujos prematuros en los partos espontáneos: desgarro espontáneo. En general son desgarros pequeños de no más de 1.5 cm. Poco sangrante que no necesitan tratamiento en la mayoría de los casos. El cuello presenta en el puerperio mediano un desgarro bicomisural, que cicatriza normalmente.

Los desgarros cervicales profundos pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. En raras circunstancias, sin embargo el cuello puede estar en forma completa o parcial avulsionado de la vagina con colporexias en los fórnicos anterior posterior o laterales. Tales lesiones son consecutivas a maniobras en las que se ha empleado la fuerza: desgarros artificiales. Son producidos por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados, fetos voluminosos, etc. ¹⁴, rara vez los desgarros cervicales pueden extenderse y afectar el segmento uterino inferior, la

arteria uterina y sus ramas principales, e incluso el peritoneo, pueden ser totalmente insospechado, pero con mucha mas frecuencia pueden hacerse manifiesto con un sangrado externo excesivo o la formación de un hematoma. Los desgarros extensos de la bóveda vaginal deberían ser examinados con cuidados si hay sospecha de perforación peritoneal o de hemorragia intraperitoneal o retroperitoneal, debe considerarse la realización de una laparotomía, con un daño de esta gravedad esta indicada también la exploración intrauterina en búsqueda de una posible ruptura, la reparación quirúrgica es requerida habitualmente, está indicados la anestesia efectiva y un vigoroso reemplazo de sangre y la asistencia adecuada.¹²

En ocasiones, durante el trabajo de parto el labio edematoso anterior del cuello uterino puede ser retenido y comprimido entre la cabeza y la sínfisis pubiana, si la isquemia es grave, el labio cervical puede sufrir necrosis y entonces separarse, infrecuentemente, la totalidad de la porción vaginal puede ser avulsionada del resto del cuello uterino, tal separación anular o circular del cérvix es poco común en la obstetricia moderna.¹⁷

El diagnostico debe establecerse de inmediato para proceder al tratamiento urgente. Se practica revisión de cuello, previa aplicación de valvas grandes y buena iluminación, se explora el cuello en toda su circunferencia y se aplica pinzas de anillo en los bordes rotos para afrontarlos por aproximación de la pinza y proceder a su sutura continua con catgut 2/0, tomando con la aguja buena porción de tejido por las características friables del cuello dilatado.¹²

h. COMPLICACIONES.

- **Hemorragia grave** ya que la episiotomía corta todas las capas de tejido y músculos y como consecuencia puede producir sangrado excesivo y hematomas
- **Infección en el puerperio.** La incisión y las suturas exponen a infecciones bacterianas.

i. PROFILAXIS.

No debe extraerse el feto en las presentaciones pelvianas, no permitir pujar a la parturienta antes del que el cuello se haya dilatado por completo.¹⁷

j. TRATAMIENTO

Luego de explicar a la mujer lo que se va hacer, los pasos para la revisión del canal del parto en establecimientos con funciones obstétricas y neonatales básicas o esenciales son:

1. Evacuar vejiga.
2. Aplicar un antiséptico en región perineal.

Administre por separado petidina 50mg EV y diazepam 10mg EV, y atropina 0.5mg EV.

3. Luego de aplicar campos estériles, palpar digitalmente posibles desgarros en paredes vaginales, fondo de saco vaginal y cuello uterino.
4. Revisión de cuello uterino (es útil que un ayudante presione suavemente el fondo uterino):

- Colocar valvas vaginales en pared vaginal anterior y posterior.
- Tomar el labio anterior del cuello con una pinza y traccionarlo hacia fuera de la vagina.
- Fijar con dos pinzas foester el cuello uterino, una a las 12 de la esfera y otra a las 3, limpiar con gasa y observar.
- Retirar la pinza de las 12 y colocarla a las 6, limpiar y observar.
- Retirar las pinzas de las 3 y colocarla a las 9, limpiar y observar.
- Tomar el labio posterior (previa colocación de valvas o sin ellas) y atraerlo con fuerza hacia afuera; de esta manera el desgarró se visualiza en casi toda su extensión. Se coloca una valva separando la pared vaginal del lado del desgarró y se procede a la sutura del mismo por puntos separados no más de 0,5 cm. Uno del otro, o mediante surjet continuo a punto pasado. Es recomendable comenzar la sutura en la parte no desgarrada del cuello, inmediatamente por encima del ángulo superior de la herida, debido a que allí se halla el vaso retraído origen de la hemorragia. Lo más importante en el tratamiento del desgarró no es su coaptación cuidadosa, si no la sutura circular de la rama desgarrada de la arteria uterina.¹⁷
- Finalmente quitar la pinza de las 6 y aplicarlas a las 12, limpiar y observar.

Si se encuentran desgarros cervicales, localizar el ángulo superior de la lesión, colocar un punto a 0.5cm por encima de ella, y proseguir con puntos continuos hasta el borde del cuello uterino usar catgut crómico con aguja redonda.⁹

k. REVISIÓN DEL CANAL DEL PARTO

Para la reparación de estos desgarros se debe practicar exploración del trazo de rotura, identificación de los ángulos y bordes para seguidamente proceder a la limpieza de la herida de coágulos y tejidos libres. Se sutura los planos profundos con puntos separados afrontando simétricamente el tejido.¹²

METÓDICA Y PROCEDIMIENTOS

1. Los desgarros del canal del parto deben evitarse mediante episiotomía profiláctica
2. El tratamiento debe hacerse por reparación inmediata, con el fin de cohibir la hemorragia y de restaurar la configuración anatómica.
3. Es indispensable equipo estéril para sutura, material de anestesia y catgut 2/0.
4. En los desgarros de cuello, aplicadas las pinzas de anillo, traccionar para acercar el campo hacia el operador y facilitar la aplicación de los puntos. Es básica la aplicación del primer punto de sutura por encima del ángulo del desgarro, para cohibir la hemorragia y continuar el resto de la sutura con tranquilidad.
5. Los desgarros cervicales que se extiende al segmento deben ser explorados prolijamente, evaluando la perdida sanguínea o la capacidad para detener por vía vaginal. Puede ser necesaria una laparotomía exploradora y de acuerdo a ella, sutura o histerectomía.
6. En los desgarros extensos de las paredes vaginales, se aplicaran primero puntos separados, a veces profundos, tratando de hacer hemostasia, para después suturar los bordes de la vagina desgarrado.
7. En los desgarros perineales, primero se deben identificar los bordes, limpiando la herida de coágulos. Identificar los bordes superiores iniciar la sutura desde este nivel, con puntos separados de catgut 2/0.

- 7.1 Se reúnen simétricamente los planos musculares y el tejido conjuntivo con puntos separados profundos.
- 7.2 Cuando hay rotura del esfínter del ano, se afrontan el catgut tratando, al ajustar el nudo, de que queden afrontados.
- 7.3 En los desgarros de cuarto grado con compromiso del ano y del recto, se sutura primero en intestino con punto separado afrontando cuidadosamente la mucosa. Luego se procede al resto de la sutura por plano.
8. Terminado la sutura se procede a la asepsia y revisión.
9. Deben administrarse antibióticos para evitar la infección.¹²

1. DESGARRO DURANTE EL PARTO.

Existen diversas causas por las que puede ocurrir un desgarro durante el parto; entre ellas tenemos: talla materna, peso fetal o pujo materno no dirigido. Una de las consideraciones importantes para la prevención de desgarros, es la posición de la madre al momento del expulsivo. La posición ginecológica estrecha los tejidos vaginales de una manera anormal y el uso de la anestesia epidural incrementaban la necesidad de una episiotomía, además de potenciar la instrumentalización de los partos.¹

El uso de la oxitocina es otro factor importante para la ocurrencia de un desgarro, pues es mejor dejar a la mujer dilatar a su propio ritmo para que el nacimiento se produzca con el periné intacto, algo difícil de conseguir cuando el parto es acelerado con oxitocina y sometido a unos tiempos artificialmente acortados.

Posiblemente el factor más importante para reducir al máximo el traumatismo perineal sea la paciencia. En general a los profesionales nos falta aprender a esperar, aprender a esconder las manos y a respetar el ritmo de la naturaleza de cada mujer.

2. COMO PREVENIR LOS DESGARROS OBSTÉTRICOS

Existen una serie de recomendaciones y medidas para prevenir y evitar el traumatismo perineal, como es la posición para el parto, la protección del perine, los ejercicios de kegel, libertad de pujo y los masajes perineales.

A. SUELO PERINEAL (CANAL BLANDO)

Se trata de un conjunto musculofibroaponeurótico que ocupa el piso o suelo perineal.

Los músculos que lo componen se insertan en las tuberosidades isquiáticas las ramas isquiopubianas y el borde del sacro, o en los rafe fibrosos del periné anterior anovulvar o del periné posterior anococcígeo.

Funcionalmente se componen de dos cinchas:

1. cincha precoccígea. Muscular y extensible, formada por un plano profundo que se inserta en el rafe anococcígeo del periné posterior y un plano superficial insertado en el rafe anovulvar del periné anterior.
2. cincha coccígea. Músculo fibroso e inextensible, cuyos puntos de anclaje son firmes ya que tienen lugar sobre reparos óseos.

La cincha precoccígea esta formada siguiendo la dirección del eje del canal del parto por un plano profundo comprendido entre la aponeurosis perineal profunda y la aponeurosis perineal media y un plano superficial.

El plano profundo, cuyo punto principal de inserción es el rafe anococcígeo, esta constituido por el fundibulo o carena de los elevadores y el transverso profundo del periné.

B. DIMENSIONES DE LA PELVIS

Durante el embarazo se produce una relajación fisiológica de las articulaciones pelvianas. Las dimensiones de los diámetros antero posteriores de los estrechos superior e inferior, están influido por el descenso de la cabeza fetal y los cambios de la posición materna. En la posición de Walcher, y algo menos en la de pie, el diámetro promonto pubiano mínimo aumenta un centímetro, y en la posición de cuclillas el diámetro antero posterior del estrecho inferior aumenta dos centímetros. Cuando la embarazada pasa de la posición supina a la sentada, el diámetro biespinoso aumenta 7.6 mm de promedio.⁶

❖ Mecanismo de parto fisiológico

La posición de decúbito supino puede ser perjudicial para el descenso y encajamiento de la presentación fetal, siendo la vertical más fisiológica ya que aumenta el ángulo de

conducción y disminuye el ángulo feto pélvico de ingreso. Además las direcciones de la fuerza de gravedad y la fuerza muscular materna es la misma y por lo tanto son sinérgicas.⁶

❖ Contractilidad uterina

Las contracciones uterinas son más intensas, menos frecuentes, de igual actividad uterina, menor tono y más coordinación, en la posición de decúbito lateral respecto a la dorsal. En la posición vertical las contracciones uterinas son de mayor intensidad, igual frecuencia, mayor actividad uterina, mayor tono y coordinación y mayor eficacia para dilatar el cérvix, respecto a la posición horizontal en decúbito dorsal.

❖ Dolor y comodidad

En relación con la posición de decúbito supino y litotomía, es mucho más cómoda y menos dolorosa la posición de decúbito lateral y sobre todo, la vertical durante el parto.

❖ Evolución del parto

Es más fisiológica en la posición lateral y en la vertical, que en la horizontal.⁶

❖ Terminación del parto

Es más natural y espontáneo en la posición vertical materna, ya que disminuye las intervenciones obstétricas durante el expulsivo, así como la necesidad de analgesia y/o anestesia materna. Esta última circunstancia repercute favorablemente en la interrelación precoz madre-hijo.

El alumbramiento es más fisiológico y sin complicaciones cuando el parto se produce en posición vertical, en relación a la clásica en litotomía.⁶

Existen otros factores que también pueden intervenir en la prevención de los desgarros los cuales a continuación pasamos a detallar:

- Buena Nutrición. Es importante tener los tejidos en buen estado nutricional, para que así puedan tener una mejor elasticidad y tonicidad.

- Comodidad y Privacidad. Refieren que la posición en cuclillas y la privacidad suficiente como para que la madre pueda gritar en el momento de la salida del bebé ayudan a que no se produzcan desgarros.
- Descanso. Se deben adoptar todas las posiciones incluyendo parada, de cuclillas o, de rodillas apoyándose con las manos. Éstas son ideales para quitar la presión del periné, igual que la posición en decúbito lateral.
- Parto Bajo el Agua. Puede ayudar a prevenir desgarros, ya que el agua distribuye la presión con suavidad y enlentece el parto.
- Atención del Parto sin Apresurarse. De esta manera el periné puede tomar el tiempo necesario para distenderse lo suficiente para la salida del bebé.
- Jadeo. Para suavizar el pujo y enlentecer el parto.
- Masaje Perineal.
- Pujo Espontáneo de las mujeres durante todas las etapas del parto, lo cual tendrá una mayor frecuencia el periné intacto ¹⁸

El entorno donde se desarrolla el parto debería de ser mas restringido a los personales de salud, en donde la mujer podía adoptar cualquier posición durante todas las fases del parto. Y obtener así una mejor relajación del piso pélvico y así disminuir las episiotomías y aumentar la cifra de periné intacto ¹¹

C. POSICIÓN PARA EL PARTO

❖ Clasificación y Definiciones

ENGELMAN_(1882), Clasifico las diferentes posiciones adoptadas de acuerdo a la orientación del eje corporal en:

1.- PERPENDICULAR.

1.1.- De pie

1.2.-Parcialmente suspendida (Figs. 2 y3)

1.3.- Suspendida (Figs. 4 y 14)

2.- *INCLINADA*

2.1.- Sentada derecha sobre un taburete, cojín o piedra (Fig. 5)

2.2.- Cucullas como para defecar (Figs. 6 y 7)

2.3.- Arrodillada

2.3.1.- Con el cuerpo inclinado hacia adelante y apoyándose sobre una silla o bastón (Fig. 8)

2.3.2.- Genucubital, genupectoral, a cuatro patas (Fig. 9)

2.3.3.- El cuerpo derecho o tumbado hacia atrás (Figs.10, 11, 12,13 y 24)

2.3.4.- Descripción incompleta

2.4.- Semiacostada

2.4.1.- Sobre el suelo, una piedra o un taburete (Figs. 15 y16)

2.4.2.- Sobre las rodillas o entre los muslos de un ayudante que esté sentado en una silla o sobre el suelo (Figs. 20 y 25)

2.4.3.- Sobre la silla obstétrica (Figs. 17, 18, 19, 21, 26,27 y 28)

2.4.4.- Posiciones Semiacostada propiamente dichas (Figs. 28, 29, 30,31 y 32)

3.- *HORIZONTAL O ACOSTADA*

3.1.- Sobre la espalda

3.2.- Sobre el costado

3.3.- Sobre el pecho o el estomago (Fig. 22)

Clasificamos y definimos las diferentes posiciones maternas durante el parto de la forma siguiente.

1.- **POSICIÓN VERTICAL**- Es aquella en la cual la línea que conecta los centros de las vértebras lumbares 3° y 4° de las mujeres, está más cerca de la vertical que de la horizontal y, además, es así en tal modo que la 3° vértebra lumbar queda más alta que la 5°, más bien que viceversa (NAROLL y Col;1961).

Dentro de la posición vertical destacamos cuatro tipos de posiciones:

- De pie
- Sentada
- Agachada
- Rodillas

1.1.- POSICIÓN DE PIE.- Es aquella posición en la cual el peso de la mujer recae principalmente sobre sus pies y sus rodillas pueden estar ligeramente inclinadas o no. Es la posición erecta.

1.2.- POSICIÓN SENTADA.- Es aquella en la cual la mujer descansa principalmente sobre sus nalgas, aunque ella pueda apoyarse contra algún soporte.

1.3.- POSICIÓN AGACHADA.- Es aquella en la cual el peso de la mujer descansa principalmente sobre sus pies, pero sus rodillas están marcadamente inclinadas y, además, ella puede apoyarse o tirar de algún soporte. Es la posición en cuclillas.

1.4.- POSICIÓN DE RODILLAS.- Es aquella en la que la mujer descansa principalmente sobre sus rodillas, aunque puede colocar sus brazos en diferentes posiciones, para distribuir el peso entre sus rodillas y sus pies.

2.- POSICIÓN NEUTRA.- Es definida como aquella en la cual los requerimientos para la posición vertical no se cumplen (NAROLL y Col; 1961).

También podemos definirla como aquella en la cual una línea que conecte los centros de las vértebras lumbares 3° y 5° de la mujer, es más horizontal que vertical.

Dentro de la posición neutra destacamos 10 tipos de posiciones: Decúbito dorsal o supina, semidorsal, litotomía, Trendelenburg, Walcher, decúbito lateral, sims, genupectoral y decúbito prono.

2.1.- POSICIÓN SUPINA O DECÚBITO DORSAL.- Es aquella en la que el peso de la mujer descansa principalmente sobre su espalda y sus piernas están totalmente extendidas.

2.2.- POSICIÓN SEMIDORSAL.- Es aquella en la que la mujer descansa sobre su espalda, lo cual está mantenida en un ángulo y sus pies pueden ser llevados hacia las nalgas o están completamente extendidos.

- 2.3.- POSICIÓN DE LITOTOMÍA.- También llamada ginecológica, es aquella en la que la mujer descansa su peso sobre su espalda, pero sus piernas están dobladas y separadas, con los pies extendidos sobre la superficie o sostenidos por un asistente. Hay una posición llamada de exagerada litotomía, en la cual la mujer descansa sobre su espalda y las piernas se doblan por las rodillas, dirigidas hacia el tórax del paciente.
- 2.4.- POSICION DE TRENDELEMBURG.- También llamada cabeza abajo o pelvis inclinada, es aquella en que la mujer descansa su espalda sobre una mesa inclinada, de manera que su cabeza está más baja que la pelvis y sus pies pueden estar derechos o doblados por las rodillas.
- 2.5.- POSICIÓN DE WALCHER.- También llamada de piernas colgantes, es aquella en la que la mujer apoya su espalda sobre una mesa horizontal, pero sus nalgas están en el borde de la mesa de manera que las piernas quedan inclinadas hacia abajo, sin que los pies toquen el suelo.
- 2.6.- POSICIÓN DECÚBITO LATERAL.- Es aquella en la que la mujer se apoya sobre un lado de su cuerpo con las piernas formando un ángulo recto, como si ella estuviese en posición sentada, o están próximas al tórax.
- 2.7.- POSICIÓN DE SIMS.- También llamada lateral prona es aquella en que la mujer se apoya sobre un lado, con el tórax rotado hacia la mesa, la pelvis elevada sobre el abdomen, su pierna inferior ligeramente flexionada y la superior flexionada y dirigida hacia el tórax.
- 2.8.- POSICIÓN GENUPECTORAL.- También llamada postura mahometana, es aquella en la que la mujer esta arrodillada o agachada, con gran parte de su peso apoyada sobre sus manos o codos.
- 2.9.- POSICIÓN EN DECÚBITO PRONO.- Es aquella en que la mujer descansa sobre su estómago. ⁶



FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5



FIG. 6



FIG. 7

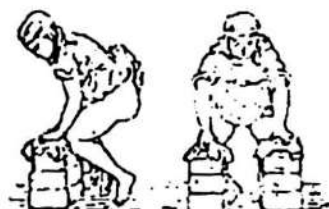


FIG. 8



FIG. 9



FIG. 10



FIG. 11

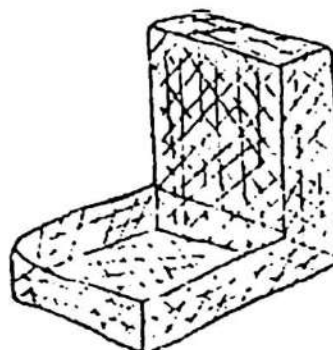


FIG. 12



FIG. 13

Fig. 1 Urna funeraria Incaica que representa la escena de un parto.
Fig. 2 Posición parcialmente suspendida. Sioux.
Fig. 3 Posición parcialmente suspendida. Isla de Sirang o Ceram. Isla de la Melanesia, situada al sur del Archipiélago de las Molucas.
Fig. 4 Posición suspendida. negros del sur de Estados Unidos.

Fig. 5 Posición sentada derecha. Sioux.
Fig. 6 Posición en cuclillas. Pawnees.
Fig. 7 Posición en cuclillas. Tonkawas.
Fig. 8 Posición obstétrica de los Persas.
Fig. 9 Posición de los negros del Sur de Estados Unidos.

Fig. 10 Posición de las mujeres Pied Norte.
Fig. 11 Posición arrodillada, el cuerpo inclinado hacia atrás. Chippeways.
Fig. 12 Armarón usado en otras épocas como apoyo para la posición arrodillada en Japón.
Fig. 13 Posición arrodillada indígena del Norte de México.



FIG. 14



FIG. 15



FIG. 16



FIG. 17



FIG. 18



FIG. 19



FIG. 20

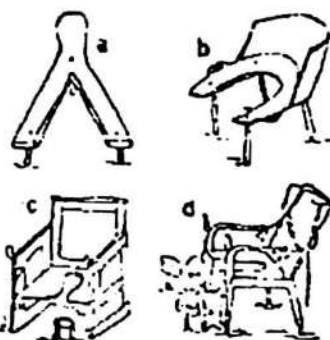


FIG. 21



FIG. 22



FIG. 23

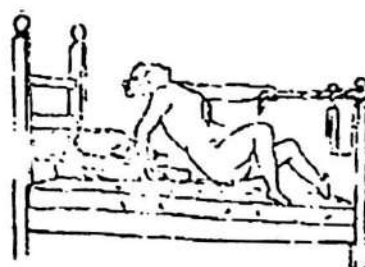


FIG. 24



FIG. 25

Fig. 14. Parto laborioso en los apaches coyoteros.

Fig. 15. Posición sentada en tierra - Catras.

Fig. 16. Posición sentada, semiacostada en una hamaca. Indígenas del Orinoco.

Fig. 17. Grupo en mármol encontrado en Chipre que representa una escena de parto hace 2.300 años.

Fig. 18. Sillón obstétrico de los chipriotas de fines de siglo.

Fig. 19. Cama obstétrica usada en Ohio posición semiacostada sobre las rodillas del marido.

Fig. 20. Posición sentada entre los muslos del marido - Islas Andaman.

Fig. 21. Modificaciones sufridas por el sillón obstétrico: a) Savonera 1847 b) Eucharis Rhodius 1844 c) Deventer 1701 d) Stein 1805.

Fig. 22. Posición acostada en decúbito ventral sobre una almohada.

Fig. 23. Posición semihorizontal en periodo expulsivo.

Fig. 24. Posición arrodillada tomándose de una cuerda.

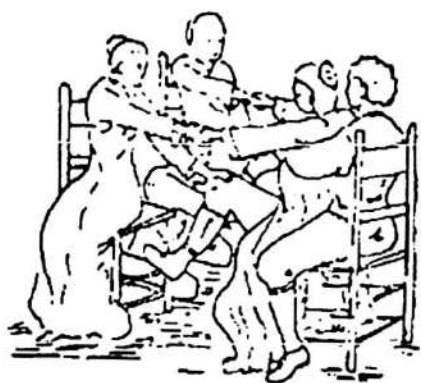


FIG. 25

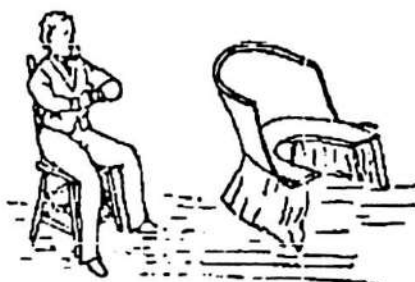


FIG. 26



FIG. 27



FIG. 28



FIG. 29



FIG. 30

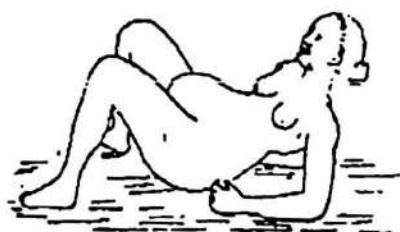


FIG. 31

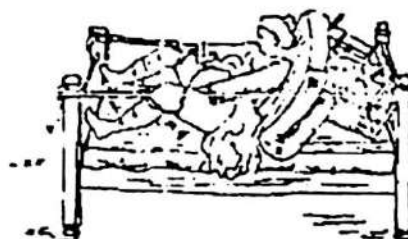


FIG. 32

Fig. 25 - Posición semiacostada sobre los rodillos del marido. Pensilvania, Misouri y Virginia.
 Fig. 26 - Origen del sillón obstétrico.
 Fig. 27 - Parto en el sillón obstétrico. Ruett 1837.

Fig. 28 - Sillón obstétrico usado en Siria.
 Fig. 29 - Posición en Canadá francesa.
 Fig. 30 - Parto con ayuda instrumental. Japon.
 Fig. 31 - Posición semihorizontal. Phenomenes.
 Fig. 32 - Posición semihorizontal. Virginia.

ENGELMAN - 1886

D. PROTECCIÓN DEL PERINEO

La atención del desprendimiento de la presentación, es el punto culminante del parto, pero debemos recordar que el mismo se extiende desde el inicio de contracciones regulares y activas sobre la dilatación del cuello y que por lo tanto atender el parto significa, dirigir, controlar, vigilar el curso clínico desde su etapa inicial hasta el alumbramiento y el puerperio inmediato y no simplemente el desprendimiento de la presentación.

La protección del perineo tiene por objeto evitar los desgarros profundos de la musculatura del suelo pélvico.¹⁴

Dicha protección no debe empezarse demasiado pronto, ya que entonces se dificulta innecesariamente el mecanismo de la salida de la cabeza fetal.¹⁴

Para proteger el perineo hay que estar dispuestos a actuar: en las primíparas, cuando la cabeza atraviesa por primera vez la parte inferior del conducto del parto y se hace visible entre los labios de la vulva y en la profundidad de la vagina, pero retrocede en las pausas de las contracciones, en la múltiparas, cuando se rompen las bolsas de las aguas.

Solo debe iniciarse la protección del perineo si en los intervalos entre las contracciones la cabeza ya no retrocede es decir que permanece en la vulva.¹⁴

PREPARACIÓN. Debe desinfectarse las manos y antebrazos según las normas dadas, y utilizar guantes estériles de goma.¹⁴

TÉCNICA PARA LA PROTECCIÓN DEL PERINEO.- Como mejor se lleva a cabo es con la parturienta en decúbito supino. Lo cual es una ventaja frente al decúbito lateral, ya que los tonos cardíacos pueden comprobarse continua y cómodamente. El tocólogo se coloca al lado derecho de la parturienta, la cual debe separar y encoger las piernas. Se coloca las nalgas en posición elevada mediante un cojín fuerte o una palangana puesta al revés. Nosotros ponemos sobre nuestro hombro la pierna derecha de la parturienta, de este modo podemos acercarnos más al perineo, y se puede actuar con más fuerza sobre la parturienta (aunque así se aumenta algo la tensión del perineo) entonces se coge la cabeza con ambas manos de modo que se pueda dominar por completo el ritmo de su paso y de su salida.¹⁴

MANO IZQUIERDA. Se aplica sobre la parte saliente de la cabeza, y se regula (junto con la mano derecha) el ritmo de salida. Hay que procurar al mismo tiempo que la cabeza

atraviesa la vulva por su plano más pequeño. La frente se detiene con las puntas de los dedos, o, lo que es igual, el occipucio se lleva hacia el perineo, es decir fuera de la sínfisis, y precisamente hasta que el occipucio se haya colocado por completo debajo de la sínfisis con lo cual se impide la deflexión prematura y pueda apoyarse el límite del pelo de la nuca.¹⁴

MANO DERECHA. Se adosan: El pulgar, por una parte, y el índice y el medio, por otra, a las eminencias frontales de la cabeza fetal, que siempre se palpan muy bien a través del perineo tenso. Se coge el perineo no directamente, sino con la ayuda de un paño estéril de modo que su borde no esté cubierto, sino que quede libre en una anchura de 1cm. por lo menos.

La mano derecha apoya a la izquierda en la maniobra de frenar el ritmo de paso de la cabeza, ya que los dedos separados, aplicados a la eminencia frontal del feto, ejercen una fuerte contrapresión sobre la frente. Es importante que la frente quede siempre cubierta por el casquete perineal hasta que el occipucio haya aparecido en toda su amplitud por debajo de la sínfisis del pubis. Solo en este momento se le puede dejar salir libremente. Entonces el único punto que puede servir de apoyo a la rotación (deflexión) de la cabeza es la nuca (limitada por el cabello), la cabeza debe salir entonces por su plano más favorable, es decir, por el plano sub.-occipito-bregmático, de 32 cm. de perímetro.¹⁴

E. PUJOS

Las contracciones uterinas se hacen más intensas y en forma espontánea aparecen los pujos, que así vienen a reforzar la acción uterina mediante la acción de la prensa abdominal, la paciente tiene la sensación de defecar y en forma involuntaria colabora adaptándose a un mejor trabajo de parto, mediante esfuerzos intensos para hacer progresar el móvil fetal, la frecuencia de las contracciones aumenta hasta cuatro y cinco contracciones. La presentación progresa y desciende dilatando vagina y periné.¹²

Parece existir acuerdo referente a que la posición clásica de litotomía es la menos indicada para que la parturienta pueda pujar en el período con el mayor beneficio.⁶

F. PSICOPROFILAXIS

Consiste en la preparación física y mental de la mujer embarazada para el momento del parto, propendiendo por todos los medios a la protección de madre y niño. Esta preparación se realiza mediante la Educación de la gestante, estableciendo el aprendizaje y la adaptación a una nueva situación intelectual, afectiva y corporal, mediante Técnicas apropiadas que modifican la facultad de recepción de la corteza cerebral, estableciendo en esta el control normal y estimulando la actividad voluntaria. Borra las emociones nocivas y destruye las relaciones de angustia y tensión.¹²

I. Método Ruso (Psicoprofilaxis de los dolores del “parto”)

Los rusos desde 1923 utilizaron la analgesia hipnosuggestiva para los dolores del parto, sobre la base de postulados enunciados desde antes por autores soviéticos, considerando que los dolores del parto no son congénitos y que por lo tanto se les puede hacer desaparecer. El método perfectamente reglado y demostrado sobre bases científicas fue dado a conocer en 1951.

- a. Postulados: el método considera que el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y que pueden desaparecer como un fenómeno de masas con la participación activa de la mujer.
- b. Bases teóricas:
 1. La actividad nerviosa superior, basada en los trabajos de Pávlov, y el establecimiento de los reflejos incondicionados o instintivos y de los reflejos condicionados o adquiridos.
 2. Existe un importante rol de la emoción, la cultura y de factores sociales en las sensaciones del parto, que conducen a la consideración de que el dolor del parto es un fenómeno de masas.
 3. El dolor del parto es un reflejo condicionado y por lo tanto se puede hacer su descondicionamiento.
 4. De acuerdo a los trabajos de Pávlov, existen zonas de activación y de inhibición. Una zona de excitación en el cerebro crea en la periferia, contrariamente, una zona de inhibición.

5. La palabra es un estímulo condicionante y por tanto puede utilizarse como un medio fisiológico y terapéutico, que corresponde al segundo sistema de señalización representado por el lenguaje hablado y escrito que solo existe en el ser humano. La palabra de acuerdo a Pávlov, es un estímulo condicionante tan real como otros estímulos de señalización y es capaz de provocar en determinadas condiciones alteraciones fisiológicas en el organismo.¹²

II. **Método de Read** (“Parto natural”, “Parto sin dolor”)

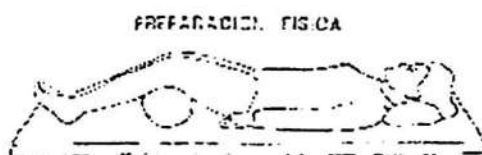
Grantly Dick Read, publicó en 1933 sus observaciones sobre el parto natural que después denominó parto sin dolor, basado en sus observaciones en aborígenes del África. Sus trabajos negando los fundamentos físicos del dolor despertaron gran interés, iniciando una etapa importante para la preparación psicofísica del parto.

- a. Postulados: el parto normal no debe ser doloroso, ya que ninguna ley natural lo justifica porque no existe función fisiológica humana que cause dolor.
- b. Bases teóricas.
 1. El dolor se originaría en la civilización y la cultura. El parto natural sin dolor sólo existió hasta que llegó la civilización creando la huida. El miedo a la muerte oscurece la alegría de la maternidad.
 2. El dolor se origina en la tensión que producen las contracciones de las fibras longitudinales y circulares del útero, de las cuales los estímulos irían al tálamo óptico donde asientan las interpretaciones del dolor, las emociones y el temor. Estas llamadas al punto de partida de las contracciones, serán equivocadamente interpretadas por el cerebro que las transformaría en sensaciones de dolor.
 3. El dolor y los sufrimientos que experimentan la mujer durante el parto son fruto de la exageración y del clima psíquico de temor creado en torno a la misma, así como de un estado emotivo anormal.
 4. Existe una secuencia que crea un círculo vicioso, en el cual el temor es el factor desencadenante, estableciéndose un síndrome de temor, tensión, dolor.¹²

favorecer tanto el estado de salud de la madre, cuanto el fisiologismo fetal durante el embarazo y el parto.¹²

Preparación Física

Ejercicios de Control Neuromuscular.



I. Contracción y Reposo

Objetivo: Educación sobre contracción y reposo muscular.

Fin: la contracción y reposo son fundamentales para el desarrollo del parto.

Ejecución:

1. Posición inicial de espaldas cómodamente. Concentración.
2. concentración y reposo.
3. Aflojar y relajar el brazo derecho, comenzando por los dedos y extender a las siguientes partes.
4. Aflojar y relajar el brazo izquierdo.
5. Aflojar y relajar la pierna izquierda y luego la derecha.
6. Seguir con la espalda, abdomen, cuello.
7. Relajación completa.
8. Contraer un brazo mientras el resto del cuerpo se mantiene relajado.
9. Repetir con el otro brazo y con cada una de las extremidades inferiores mientras el resto se mantiene relajado.
10. Relajación completa.

II. Relajación y Reposo

Objetivo: Descanso.

Fin: Proyección a la pausa ínter contráctil.

Ejecución:

- i. Decúbito ventral, con la mayor comodidad posible. Los miembros inferiores totalmente aflojados y sueltos.
- ii. Evitar correcciones y movimientos posteriores.
- iii. Concentración y reposo.
- iv. Respiración normal.

v. Relajación completa psíquica y física.
(sueños en algunos casos).

vi. Mantenerla 10 a 15 minutos.

Proyección:

Usarla en casa para reposar y antes de dormir.



III. Posición de sastre o de campesina.

Objetivo: Entrenamiento y recuperación.

Fin: Útil durante el internamiento para tomar alimentos en la cama, variación del reposo de lactancia.

Ejecución:

1. Posición sentada en el suelo, piernas entrelazadas con los talones descansando a derecha e izquierda.
2. Contraer los músculos del periné como para suspender la micción urinaria, contraer el esfínter anal.
3. Mantener los músculos contraídos un momento y aflojar lentamente.

Proyección:

Indicarla para que las gestantes la adopten durante la clase teórica.

Recomendarla para ser utilizada en casa para algunos quehaceres, repitiendo la contracción en cualquier momento.



Ejercicios en la posición de campesina.

Objetivo: trabajo de los músculos perineales.

Fin: entrenamiento del periné y muslos para expulsivo, maniobras obstétricas en posición ginecológica, suturas, etc.

Ejecución:

1. Posición original de campesina.
2. Aplicación de las manos sobre los muslos, tratar de separarlos al máximo.

3. Mantenerlos separados por breves segundos y aflojar.

4. Repetir como 5 veces y aumentar después hasta 10.

Proyección:

Repetir en casa luego de la posición campesina por 5 veces, antes de levantarse o cambiar de posición.

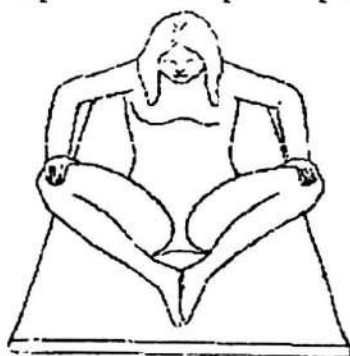


Fig. 133. Posición de proyección.

IV. Ejercicios de pierna

Objetivo: Trabajo muscular y entrenamiento.

Fin: Preparación para la posición ginecológica, y para evitar la fatiga cuando esta se prolonga.

Ejecución:

1. Sincronizar la respiración con los movimientos.
2. Posición horizontal con los muslos y piernas semi flexionados.

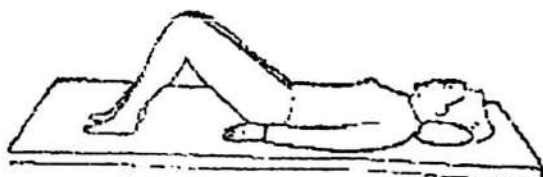


Fig. 134. Posición de entrenamiento.

3. Flexionar los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos.

4. Ejercicios respiratorios.

5. Retorno a la posición original.

6. Repetir tres veces y aumentar a cinco.

Ejecución:

1. Posición inicial.
2. Flexionar el muslo sobre el abdomen y la pierna contra el muslo.
3. Llevarlos hacia fuera y mantenerlos mientras se realizan primero tres movimientos respiratorios, que se aumentan luego hasta cinco.

4. Practicar con ambas extremidades, primero en una y luego en otra.
5. Simultáneamente llevar ambas extremidades y mantenerlas mientras se practican movimientos de inspiración y espiración.



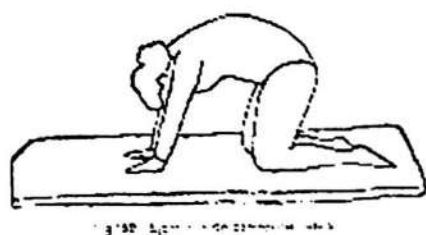
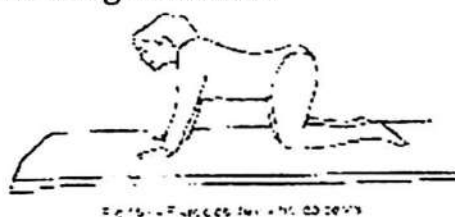
V. Balance de Pelvis.

Objetivo: Control de los músculos pelvianos y abdominales. Alivio de la presión pélvica.

Fin: Mejorar el aporte sanguíneo al espacio intervelloso.

Ejecución:

1. Posición de rodillas, apoyando las manos en el suelo. Mantener muslos y brazos perpendiculares al suelo.
2. Ejercicios respiratorios.
3. Contracción de los músculos del abdomen y de las nalgas.
4. Llevar la pelvis hacia atrás y arriba elevando la región lumbar.
5. Mantener la posición por 5 segundos.
6. Aflojar, volviendo a la posición inicial.
7. contracción de nalgas y de abdomen.
8. Llevar la pelvis a la región lumbar hacia delante, arqueando el dorso.
9. Mantener la posición por 5 segundos y volver a la posición de inicio.



VI. Ejercicios Dorso Lumbar

Ejecución:

1. De la posición anterior sentarse sobre los talones.
2. Inspiración.
3. Inclinar hacia delante.
4. Deslizar las manos hacia delante, lo mas lejos posible. Cuidar de no elevar las nalgas.
5. Espiración.
6. Posición inicial.



Proyección:

Debe practicarse con suavidad, como un estiramiento, pero sin forzar.

VII. Balance de Pelvis.



Fig. 181.- Posición de Balance de Pelvis.

Objetivo: Rotar la pelvis hacia arriba y hacia abajo.

Ejecución:

1. Posición de espalda, muslos y piernas semi flexionadas.
2. Brazos paralelos al cuerpo, pies apoyados en el piso.
3. Contraer los músculos de la región abdominal superior y los de las nalgas contra la colchoneta.
4. Elevar las nalgas, arqueando la región lumbar mientras se aflojan las nalgas y los músculos abdominales.

Proyección:

Repetir diez veces seguidas y practicar en casa.

VIII. Balanceo de Pelvis.

Objetivo: Rotación de la pelvis hacia los lados.

Ejecución:

1. Echada de espaldas en la posición inicial anterior.
2. Ejercicios respiratorios.
3. Juntar las rodillas y girarlas hasta que la rodilla izquierda toque el suelo. Mantener la cabeza y los hombros firmes en el piso.
4. Volver a la posición inicial y girar hacia la derecha hasta que la rodilla derecha toque el piso.
5. Posición original. Ejercicios respiratorios.

Proyección:

Ejecutarla 10 veces seguidas y programarla para su práctica en casa



Fig. 152 - Ejercicios preparatorios de pelvis.



Fig. 153 - Ejercicios preparatorios de expulsivo.

XIV Preparación de Expulsivo.

Objetivo: Condicionamiento y entrenamiento para el parto.

Ejecución:

1. Posición de espaldas, muslos y piernas semi flexionados.
2. Brazos paralelos al cuerpo, pies apoyados en el piso.
3. Inspiración profunda mientras se llevan las extremidades superiores extendidas hasta la altura de las rodillas.
4. Al terminar la inspiración, elevar la cabeza hacia arriba y adelante, manteniéndola así por breves instantes.
5. Espiración, mientras se vuelven la cabeza y las extremidades a la posición inicial.



Fig. 154 - Ejercicios preparatorios de expulsivo.

XV. Preparación de Expulsivo.

Ejecución:

1. Posición inicial anterior.
2. Flexionar los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos hasta que estas se encuentren paralelas al cuerpo. Pies elevados.
3. Separar los muslos hacia un lado y otro.
4. Ejercicios respiratorios seguidos manteniendo la respiración.
5. A penas se manifiesta fatiga volver a la posición inicial. Descansar y reiniciar.

Proyección:

Puede programarse para que practique en casa.



XVI. Preparación de Expulsivo.

Ejecución:

1. Posición de espalda, muslos y piernas semi flexionados. Brazos paralelos al cuerpo, pies apoyados en el piso.
2. Elevar las extremidades superiores, aplicando a las manos a la parte interna de las rodillas del mismo lado.
3. Separar los muslos haciendo presión con las manos aplicadas en las rodillas.
4. Mantenerlos separados mientras se realizan movimientos respiratorios.
5. Apenas se manifiesta fatiga volver a la posición inicial.

Proyección:

Programar para su práctica en la casa.



XV. Preparación de Expulsivo.

Ejecución:

1. Posición inicial anterior.
2. Flexionar los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos hasta que estas se encuentren paralelas al cuerpo. Pies elevados.
3. Separar los muslos hacia un lado y otro.
4. Ejercicios respiratorios seguidos manteniendo la respiración.
5. A penas se manifiesta fatiga volver a la posición inicial. Descansar y reiniciar.

Proyección:

Puede programarse para que practique en casa.



XVI. Preparación de Expulsivo.

Ejecución:

1. Posición de espalda, muslos y piernas semi flexionados. Brazos paralelos al cuerpo, pies apoyados en el piso.
2. Elevar las extremidades superiores, aplicando a las manos a la parte interna de las rodillas del mismo lado.
3. Separar los muslos haciendo presión con las manos aplicadas en las rodillas.
4. Mantenerlos separados mientras se realizan movimientos respiratorios.
5. Apenas se manifiesta fatiga volver a la posición inicial.

Proyección:

Programar para su práctica en la casa.



XVII. Ejercicios de Expulsivo.

Ejecución:

1. Posición de espalda, muslos y piernas semi flexionadas. Brazos paralelos al cuerpo, pies apoyados en el piso.
2. Llevar las manos por debajo de la parte distal de los muslos.
3. Traccionando los muslos hacia arriba, elevar la cabeza hacia delante.
4. Explicar la ejecución de los pujos.
5. Movimientos respiratorios.
6. Volver a la posición original de descanso.

Proyección:

No recomendable para practicar en casa.¹²

Ejercicios de Piernas y Brazos.

Ejecución:

1. Posición de espaldas.
2. Inspiración.
3. Elevar pierna y brazo del mismo lado.
4. Espiración volviendo a la posición original.



Ejecución:

1. Posición de espaldas.
2. Inspiración.
3. Elevar pierna de un lado y el brazo contrario.
4. Espiración retornando a la posición inicial.



1. Posición inicial.
2. Inspiración.
3. Elevación de las dos extremidades inferiores.
4. Espiración retornando a la posición de reposo.



1. Posición inicial.
2. Inspiración.
3. Elevación de la extremidad inferior de un lado hasta que se encuentre perpendicular al cuerpo.
4. Espiración retornando a la posición original.
5. Igual con la extremidad del otro lado.



Los mismos tiempos que el anterior, pero una vez puesto perpendicular la extremidad inferior, llevarla hacia fuera alejando al pie de la región central.



1. Posición inicial.
2. Inspiración.
3. Elevar las dos extremidades inferiores hasta que se encuentren perpendiculares al piso.
4. Espiración retornando a la posición inicial.



1. Posición de reposo.
2. Inspiración.
3. Elevación de las extremidades superiores.
4. Espiración y retorno a la posición de inicio.



1. Posición de reposo.
2. Inspiración.
3. Elevar miembros inferiores y seguidamente miembros superiores.



4. Espiración y retorno a la posición de inicio.

1. Posición de espaldas, muslos y piernas semi flexionadas.

2. Inspiración.

3. Elevar los brazos y luego la cabeza hacia arriba y adelante.



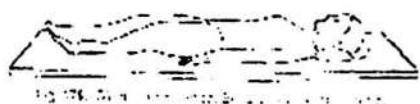
4. Espiración y retorno a la posición inicial.

1. Posición horizontal en cama.

2. Piernas entrecruzadas, cambiando entre si.

3. Ajustar pies y rodillas, contracción de los músculos abdominales. Contracción de los músculos del perine como para suspender la micción urinaria. Contraer el esfínter anal.

4. Simultáneamente movimientos respiratorios.



1. Posición horizontal en la cama.

2. Flexión y extensión de una pierna

3. Movimientos respiratorios. Reposo.

4. Repetir 10 veces.



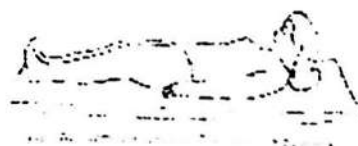
1. Posición horizontal en cama.

2. Pies juntos, dirigidos hacia arriba.

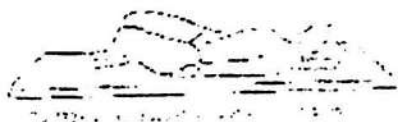
3. Contracción de los músculos abdominales, glúteos y perineales.

4. Elevar la cabeza hacia arriba y adelante.

5. Repetir 10 veces.



1. Muslos y piernas semiflexionados. Rodillas juntas.
2. Contracción de los músculos abdominales y perineales.
3. Llevar las rodillas hacia un lado y otro.
4. Repetir 10 veces.



1. Posición inicial de espalda en cama.
2. Muslos y piernas semi flexionadas.
3. Deslizar las manos por los muslos, elevando la cabeza y los hombros, hasta alcanzar las rodillas.
4. En esta posición contraer la musculatura del periné.



1. posición horizontal en cama.
2. Inspiración, elevando los brazos.
3. Elevar la cabeza y el tronco hasta quedar sentada.
4. Espiración.
5. Contraer los músculos del periné. Mantener la posición mientras se realizan movimientos respiratorios.
6. Descanso.
7. Iniciar con 5 ejercicios i completar hasta 10 veces.¹²

G. EJERCICIOS DE KEJEL

Que pueden ayudar a fortalecer los músculos del suelo pélvico de la siguiente manera:

- Eliminar o evitar la incontinencia agravada por el peso del bebé sobre tu vejiga durante el embarazo.
- Facilitar el parto al producirse menos desgarros (y posiblemente evitar una episiotomía) con menor dolor tras el parto.
- Incrementar la circulación sanguínea en la zona rectal, ayudándote a curar más rápidamente un desgarro o episiotomía y reducir la posibilidad de hemorroides.
- Evitar el prolapso (salida de sitio) del útero, vejiga y otros órganos de la zona, después de tener al bebé. Volver a tus actividades normales después del parto sin temor a la incontinencia cuando rías, tosas, estornudes o saltes.
- Incrementar el placer sexual. Los ejercicios de Kegel son esenciales para tonificar los músculos vaginales y volver a una vida sexual normal tras el parto.¹

El ejercicio consiste en identificar los músculos que participan en este acontecimiento y mantenerlos contraídos por aproximadamente 5 segundos, luego relajarlos. Se deben hacer hasta 200 repeticiones por día, no todos a la vez pero durante el día, sobre todo mientras se micciona.¹

H. MASAJE PERINEAL

Este prepara el cuerpo para el estiramiento perineal que ocurrirá durante el parto. Se debe comenzar a hacerlos desde las 34 semanas de embarazo.⁴

TÉCNICA DEL MASAJE PERINEAL

El masaje perineal durante el embarazo es una técnica útil para prevenir los traumatismos perineales. A pesar de su demostrada eficacia no es una técnica que se recomiende de forma asidua en nuestro entorno, y hay dudas entre los profesionales sobre cuándo empezar, qué duración debe tener y cómo aplicarlo. Intentaremos dar una respuesta a estas preguntas.

El masaje perineal es usado para estirar y ablandar los tejidos alrededor de la vagina e incrementar la elasticidad del periné. El masaje perineal ayuda a la mujer a familiarizarse con la

Sensación de estiramiento de este área, lo que le permitirá relajar más esta zona durante el parto. El masaje ha demostrado su eficacia cuando se inicia 6 semanas antes de la fecha probable de parto. En su realización podemos implicar a la pareja; de esta forma le haremos partícipe de los cuidados durante el embarazo, si bien es cierto que hay mujeres que desean hacerlo en la intimidad.

INDICACIONES SOBRE EL MASAJE PERINEAL

- I. Lávese bien las manos, limpiándose las uñas y recortándolas.
- II. Elija una zona de la casa donde se encuentre cómoda y, ayudada de un espejo, dedique unos minutos a familiarizarse con el periné (utilice un espejo que se pueda apoyar en el suelo para poder tener las manos libres).
- III. Busque una posición semisentada o en cuclillas, apoyada en una pared o en cualquier otra posición en la que se encuentre cómoda.
- IV. Puede colocarse compresas calientes en el periné o tomar un baño de asiento caliente durante 10 minutos para relajar la zona.
- V. Si es un automasaje, es más fácil usar el pulgar; si es su pareja quien lo da, que utilice el índice y el corazón.
- VI. Para lubricar sus dedos o los de su pareja puede utilizar aceite de oliva, aceite de germen de trigo, aceite para masajes o un lubricante acuoso. No utilice aceites derivados del petróleo, minerales ni aceites para niños. Lo ideal es que el aceite esté templado, sin que queme. Coloque, también, aceite o lubricante en su vagina y en el periné.
- VII. Coloque los dedos dentro de la vagina 3-4 cm. y separe las piernas. Empuje la zona del periné hacia abajo, hacia el recto y hacia los lados de la vagina con un masaje firme pero con delicadeza, estirando la zona hasta que sienta una leve sensación de quemazón o escozor. Mantenga la presión forzada sobre la orquilla del periné con los dedos durante 2 minutos o hasta que moleste.

- VIII. Ahora coja esta zona entre el dedo pulgar y los dedos opuestos, y realice un movimiento de vaivén. Este movimiento estira el tejido de la vagina, los músculos que la circundan y la piel del periné. Realice este masaje durante 3-4 minutos.
- IX. Coja la parte inferior de la vagina entre los dedos y estire.
Esto ayuda a imaginar cómo será la sensación de la presión de la cabeza del bebé sobre la zona, ayudando a relajarla.
- X. Durante el masaje no presione la apertura de la uretra para evitar una posible infección urinaria.¹

Este masaje debe realizarse una vez al día durante 10 minutos. Después de una semana empezará a notar los resultados sobre el periné y la vagina aumentando su flexibilidad y estiramiento.¹

Nota:

Debemos tener en cuenta que el masaje perineal durante el embarazo debe de formar parte de un plan para el parto.

Debemos elegir una posición para el parto que reduzca la presión sobre el periné, y la distribuya por igual (en cuclillas, sentada, en silla de parto, de lado).¹

I. EPISIOTOMÍA

La episiotomía se define como la incisión de la región pudenda con el objeto de ampliar el introito vaginal durante el nacimiento. Se atribuye a Sir Fielding Ould, en 1742, la primera descripción de esta técnica durante la atención de partos distócicos, en el "Treatise of Midwifery in Three Parts". En Francia, Dubois en 1847 realizó la primera descripción de la episiotomía medio lateral.

Joseph Bolívar DeLee, en 1928, describió el uso rutinario de la episiotomía en "The Prophylactic Forcep's Operation", en franca oposición a la política defendida por Williams de no realizar episiotomías y que era hasta entonces la norma en la Academia Americana de Ginecología.

DeLee Tuvo particular interés en el estudio y prevención de las lesiones hemorrágicas encefálicas del recién nacido por lo que propuso el uso profiláctico del fórceps en la

atención del parto vaginal acompañado del uso de la episiotomía, alegando las siguientes ventajas:

Protección del piso pélvico, prevención de laceraciones severas del periné, prevención de lesiones hipóxico isquémicas en el feto y mejor restauración anatómica y fisiológica del periné.

Las indicaciones sugeridas por DeLee tuvieron gran resonancia en la comunidad médica de entonces y jugaron papel importante para el desarrollo futuro de la obstetricia como especialidad.

De esa forma las indicaciones para la realización de la episiotomía rutinaria se repitieron en forma sistemática hasta la década de los 1980, cuando apareció la primera revisión de Banta y Thacker sobre los beneficios y riesgos de la episiotomía, seguida del primer estudio aleatorizado de Sleep y cols en 1984.

Los textos clásicos de enseñanza de la obstetricia transcribieron con pocas modificaciones las indicaciones de DeLee y sólo a finales de los noventa incluyeron tímidamente los resultados de los estudios donde con cada vez mejor evidencia, se cuestionaban los beneficios alegados del uso rutinario de la episiotomía.¹⁶

Ventajas teóricas e indicaciones de la episiotomía

- Evitar desgarros (evidencia en contra)
- Embarazo múltiple (indicación especulativa)
- Prevención de un desgarro o lesión del esfínter anal (evidencia en contra)
- Sufrimiento fetal (indicación relativa)
- Minimiza el trauma del piso pélvico
- Mejoría de la actividad sexual (evidencia en contra)
- Prevención de cistocele o rectocele
- Parto pretérmino: por la reducción de la presión intracraneal fetal. Depende que tan prematuro; (indicación especulativa con escasa evidencia en contra)
- Relajación pélvica (evidencia en contra)

- Acortamiento del expulsivo (lo acorta aproximadamente en nueve minutos (evidencia contradictoria) ¹⁶

Complicaciones y desventajas de la episiotomía

- Extensión hasta el recto.
- Resultado anatómico insatisfactorio
- Significativo riesgo de laceraciones complicadas
- Dispareunia
- Infecciones
- Sangrado
- Fístula Celulitis
- Fascitis necrotizante III grado asociados al parto operatorio ¹⁶

Momento de la episiotomía:

Es práctica común efectuar la episiotomía cuando la cabeza es visible, durante una contracción hasta un diámetro de 3 a 4 cm. Evitando realizar una episiotomía temprana que dará lugar a una hemorragia de la incisión pudiendo ser considerable durante el ínterin entre la episiotomía y el parto. Si se realiza tarde los músculos del piso perineal ya habrán sufrido un estiramiento excesivo dando lugar a los desgarros.

Clases de episiotomía: Episiotomía media y mediolateral.

Características	Media	Mediolateral
Reparación quirúrgica	Fácil	Difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Frecuente
Dolor	Mínimo	Frecuente
Resultados anatómicos	Excelente	Defectuosa
Perdida de sangre	Menor	Mayor.
Dispareunia	Rara	Ocasional
Extensiones	Frecuentes	Infrecuentes

Momento de la reparación de la episiotomía:

La práctica más frecuente es diferir la reparación de esta, hasta el alumbramiento permitiendo concentrar la atención en los signos de desprendimiento placentario. Se piensa que el alumbramiento temprano disminuye la pérdida de sangre del sitio de implantación porque impide el desarrollo de un sangrado retro placentario extenso.³

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. DEPENDIENTES

- **DESGARROS OBSTÉTRICOS:** Los desgarros perineales constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto espontáneo o quirúrgico, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.

2.2.2. INDEPENDIENTES

- **PROCEDENCIA:** Es el lugar de donde procede la gestante, a través de su dirección de residencia se establecerá la zona de donde procede; categorizándola en tres zonas, siendo su escala de medición nominal: Urbana, Urbano- Marginal, Rural.
- **EDAD:** Estado de desarrollo corporal semejante, desde el punto de vista de los exámenes físicos y de laboratorio, a lo que es normal para un hombre o una mujer con el mismo tiempo de vida cronológica
- **ESTADO CIVIL:** Estado de la gestante con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales, con su pareja, su escala es nominal y se operacionaliza: Soltera, Conviviente, Casada
- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Años de Estudios aprobados, a través de la información otorgada por la gestante durante la encuesta; se establecerá 4 categorías, siendo su escala de medición nominal: Ninguno (Analfabeto), Primaria, Secundaria, Técnica o Superior.
- **PARIDAD:** 1. (En Obstetricia) Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente, la paridad se designa con el número de embarazos y se representa con la letra "P" o la palabra "Para". Una mujer para 4 (P4) grávida 5 (G5) ha tenido 4 embarazos de más de 28 semanas y un aborto antes de las 28 semanas. 2. (En Epidemiología) Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos que ha parido. 3. (En el Procesamiento por Ordenador) Situación de una serie de elementos, ya sea en número par o impar, utilizados como medio para comprobar

errores, como en la transmisión de información entre varios elementos del mismo ordenador.

- **ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:** Conjunto de hechos de la vida del enfermo acaecido entre su nacimiento y el momento que se asiste. Presente en la historia clínica se registra la información del paciente. Consta de distintas secciones en las que se deja constancia de los datos obtenidos según de qué se trate. En esta parte se mencionan distintos antecedentes ordenados según su naturaleza. Cada vez que sea posible, conviene indicar cuándo ocurrió. A partir de una práctica anamnésica se obtienen datos relacionados con la enfermedad o patología actual; como menarquia, menopausia, características de las menstruaciones, presencia de otros flujos vaginales, información de los embarazos, métodos anticonceptivos y otras informaciones (PAP, ITS, endometritis, otros).
- **„EPISIOTOMÍA:** Técnica quirúrgica en la que se práctica una incisión en el periné de la mujer para ampliar el orificio vaginal durante el parto, que se suele realizar de forma electiva para evitar el desgarro del periné, para acelerar o para facilitar la expulsión del feto.
- **EDAD GESTACIONAL:** Edad del feto o del recién nacido, normalmente expresada en semanas desde el primer día del último periodo menstrual de la madre hasta el momento del parto.
- **PESO FETAL:** La medida del peso de un bebé al nacer, que es habitualmente de unos 3500 gramos, en Estados Unidos el 97% de los recién nacidos pesa entre 2500 gramos y 4500 gramos; en Perú el peso del recién nacido oscila entre 2500 a 3999 gramos.
- **PRESENTACIÓN FETAL:** Polo fetal que se ofrece al canal del parto. Las presentaciones cefálicas son las de vértice, bregma, de frente y cara; las de pelvianas son las completas o incompletas.

CAPITULO III

3.1. RECURSOS UTILIZADOS

a) Recursos Humanos

Bach. Cinthia Paola Arévalo Chávez

Obst. Natalik Espinoza Ramirez

01 Asesor estadístico

b) Instalaciones – Instituciones

Hospital Cesar Garayar García

Hospital Felipe Arriola Iglesias

Universidad Particular de Iquitos

c) Materiales y Equipos

1. Materiales de Escritorio

- Papel A4 de 80 gr. 500 (para proyecto y tesis)
- Lapicero, Lápiz, borrador, tajador

2. Material de Impresión

- Fotocopia de fichas de recolección de datos

3. Material Bibliográfico

- Extraído de Internet
- Biblioteca de la UPI - UNAP

4. Procesamiento automático de datos

- CPU e impresora
- Paquete informático del SPSS v 10.

d) Recursos Financieros **S/. 1850.00**

1. Materiales de Escritorio **S/. 200.00**

2. Material de Impresión **S/. 200.00**

3. Material Bibliográfico **S/. 200.00**

4. Movilidad y refrigerio **S/. 100.00**

5. Procesamiento automático de datos **S/. 500.00**

6. Recursos Humanos **S/. 400.00**

CAPITULO IV:

MÉTODOS

4.1. HIPÓTESIS

- La tasa de incidencia de desgarros obstétricos en gestantes atendidas en el hospital César Garayar García y el hospital Felipe Arriola Iglesias de enero del 2006 a diciembre del 2007 es mayor del 20%

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de carácter descriptivo, retrospectivo, por que busca identificar las características clínicas de la población en estudio. Cuyos datos se encuentren registrados con anterioridad a la realización del presente estudio.

TASA DE INCIDENCIA

$$\frac{\text{Nº de casos nuevos en la población en el periodo Z} \times 100000}{\text{Total de población en el periodo Z}}$$

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- La **población** estará constituido por todas las pacientes que tuvieron parto vaginal de Enero del 2006 a Diciembre del 2007 en los Hospitales “César Garayar García” y “Felipe Arriola Iglesias”
- La **muestra** estará conformado por todas aquellas pacientes que sufrieron un desgarro obstétrico durante la atención de su parto de Enero del 2006 a Diciembre del 2007 en los Hospitales “César Garayar García” y “Felipe Arriola Iglesias”

4.4. TÉCNICAS

La Universidad Científica del Perú remitió una carta de presentación en ambos hospitales, para que me pudieran brindar las facilidades y de este modo poder ingresar al archivo del Sistema Informático Perinatal para así poder realizar la recolección de información para la realización de la presente investigación.

4.5. INSTRUMENTO

Para la ejecución del presente trabajo diseñe un formato el cual me permitió realizar la recolección de información.

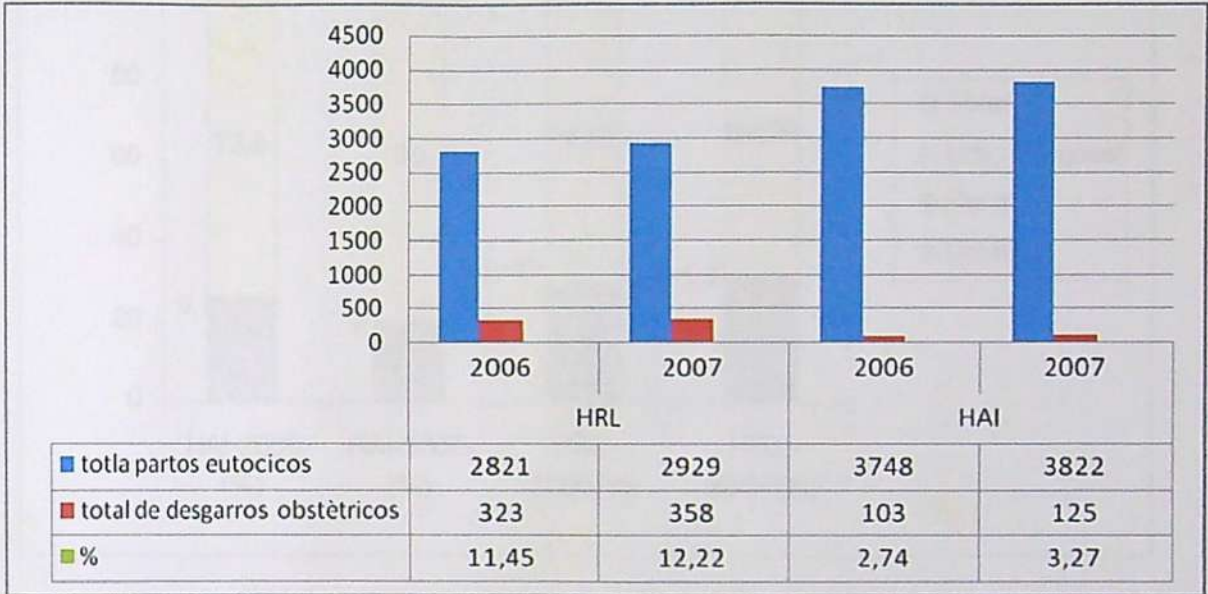
Dicho formato consta de tres partes, en la primera parte contempla datos socio demográfico, la segunda parte recoge información materna y por último la tercera parte recolecta información fetal y del trabajo de parto. (Ver anexo).

4.6. ÉTICA

El presente estudio se ampara en las leyes de la ética y deontología médica, gracias a que no pone en riesgo la vida de las gestantes por ser un estudio de carácter retrospectivo y que además aprovecha la experiencia y actitudes tomadas con anterioridad con respecto al tema en discusión

CAPITULO V: RESULTADOS

Grafico N° 1
INCIDENCIA DE DESGARROS OBSTÉTRICOS EN EL HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2006-2007

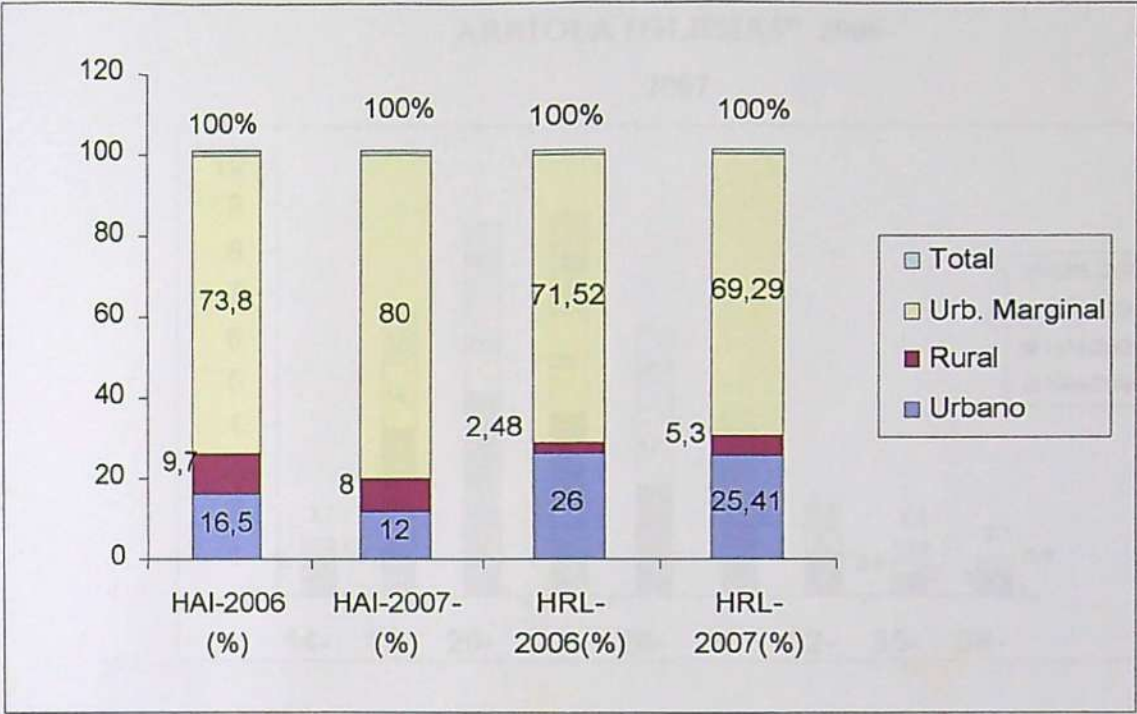


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

El presente gráfico muestra la incidencia de desgarros obstétricos para el Hospital Regional de Loreto fue de (12,22%) en el 2006 y de (11,45%) en el 2007 y para el Hospital Cesar Garayar García (2,74%) en el 2006 y de (3,27%) en el 2007

Grafico N° 2.

DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN PROCEDENCIA EN EL HOSPITAL
“CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA
IGLESIAS” 2006- 2007

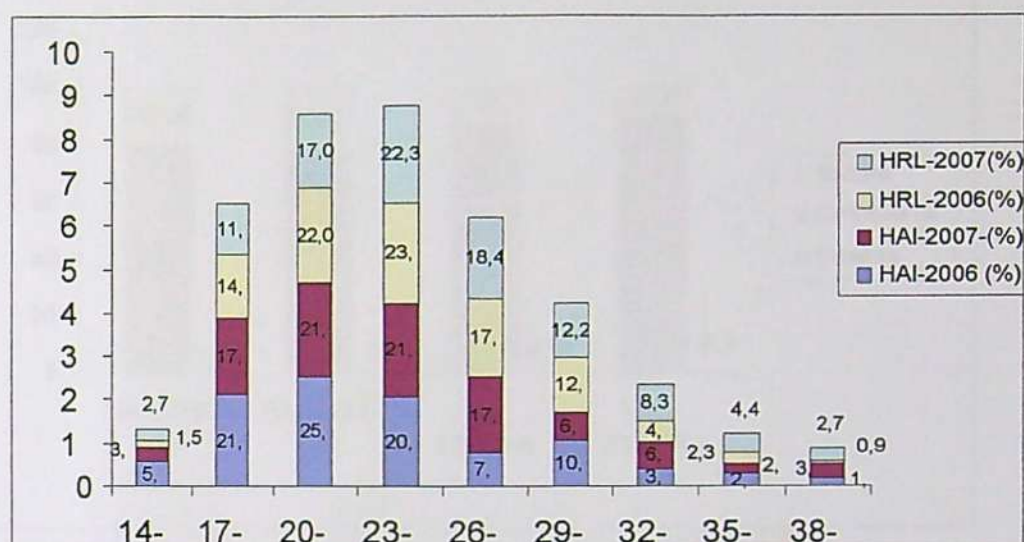


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

En el gráfico se aprecia que los desgarros obstétricos se registraron con mayor incidencia en pacientes que procedían de la zona Urbano Marginal en ambos hospitales durante los dos años de estudio.

Grafico N° 3

**DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN EDAD EN EL HOSPITAL
“CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL “FELIPE
ARRIOLA IGLESIAS” 2006-
2007**

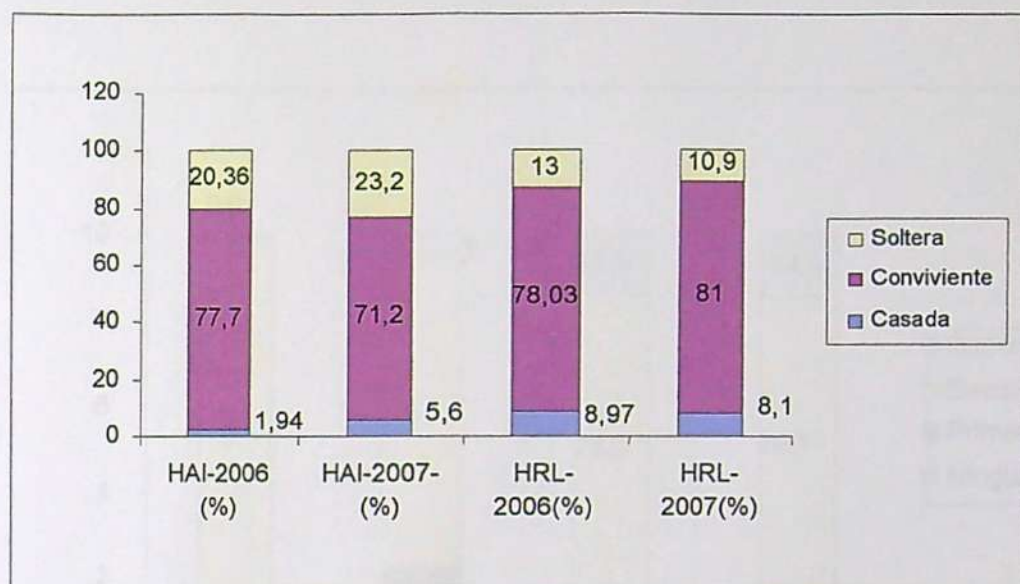


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Los desgarros obstétricos se registraron con mayor incidencia en gestantes de 20 a 22 años en el Hospital Cesar Garayar García 2006 y 2007 con un 25,2% y 21,6% respectivamente; En el Hospital Felipe Arriola Iglesias la mayor incidencia de desgarro se registro en mujeres de 23 a 25 años con un 23,1% y 22,34% respectivamente durante los años 2006 y 2007.

Grafico N° 4:

**DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL
HOSPITAL "CESAR GARAYAR GARCIA" Y EL HOSPITAL
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" 2006- 2007**

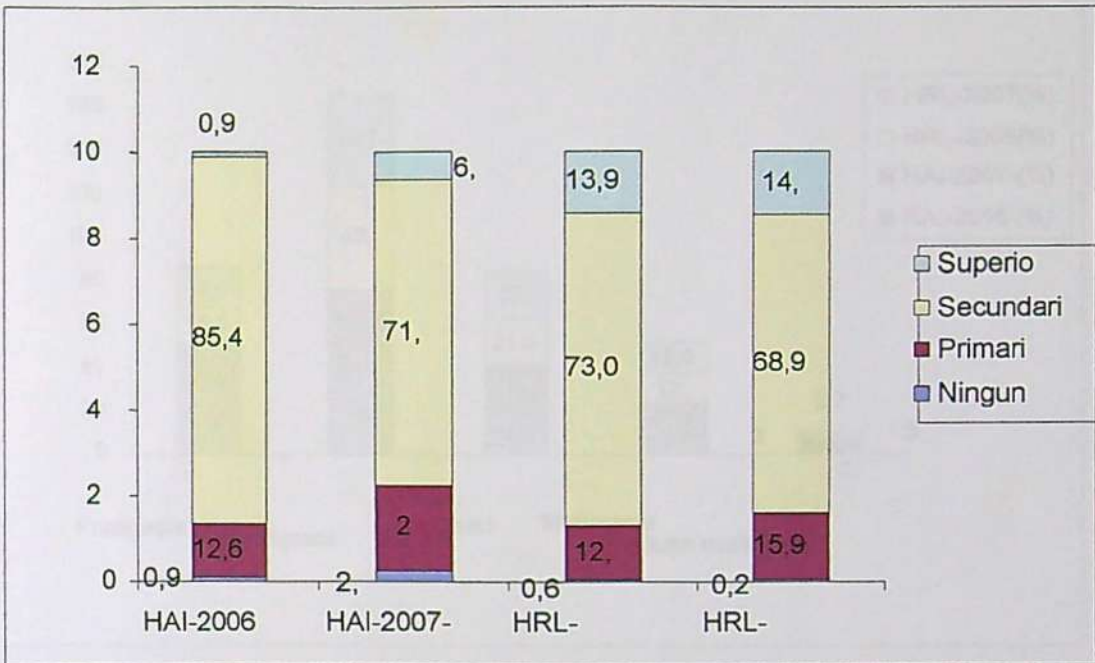


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Podemos apreciar que la mayor incidencia de desgarros obstétricos (por encima del 70%), se registro en paciente cuyo estado civil fue conviviente, en ambos hospitales durante los años de estudio.

Grafico N° 5:

**DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN
EN EL HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL
HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007**

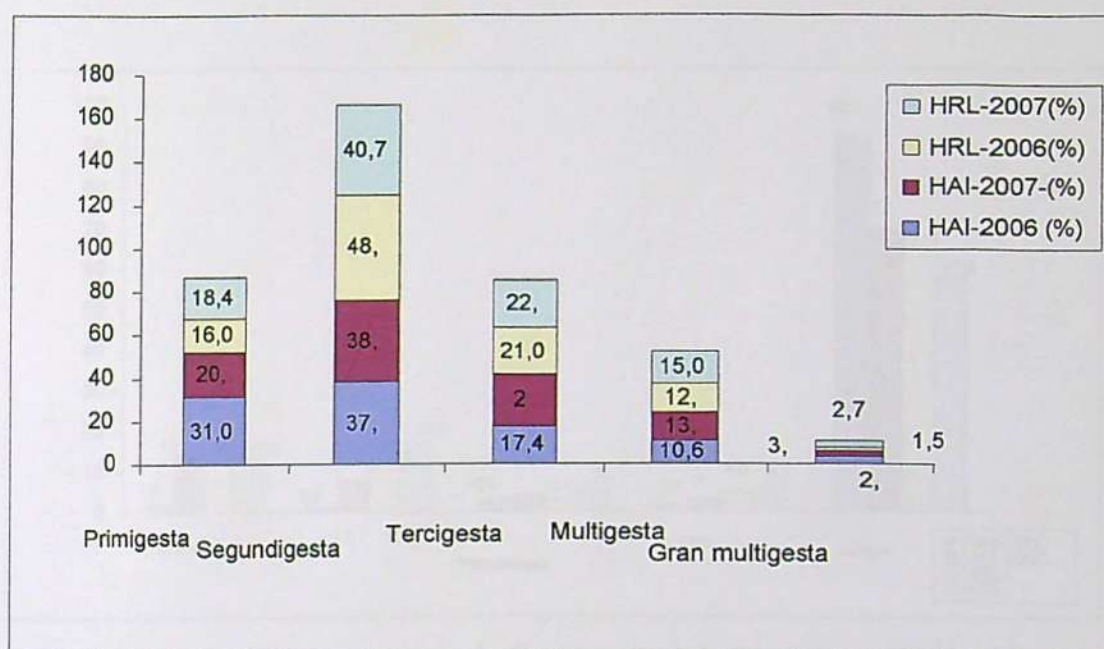


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Podemos apreciar que los desgarros Obstétricos se registraron con mayor incidencia en el Hospital Cesar Garayar García (2006) en pacientes con estudios secundarios con 85,43%; en pacientes con estudios primarios con un 20 % para el Hospital Cesar Garayar García (2007) y el 14,8% de pacientes con estudios superiores que acudieron al Hospital Felipe Arriola Iglesias (2007).

Grafico N° 6:

**DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN PARIDAD EN EL HOSPITAL
“CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL “FELIPE
ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007**



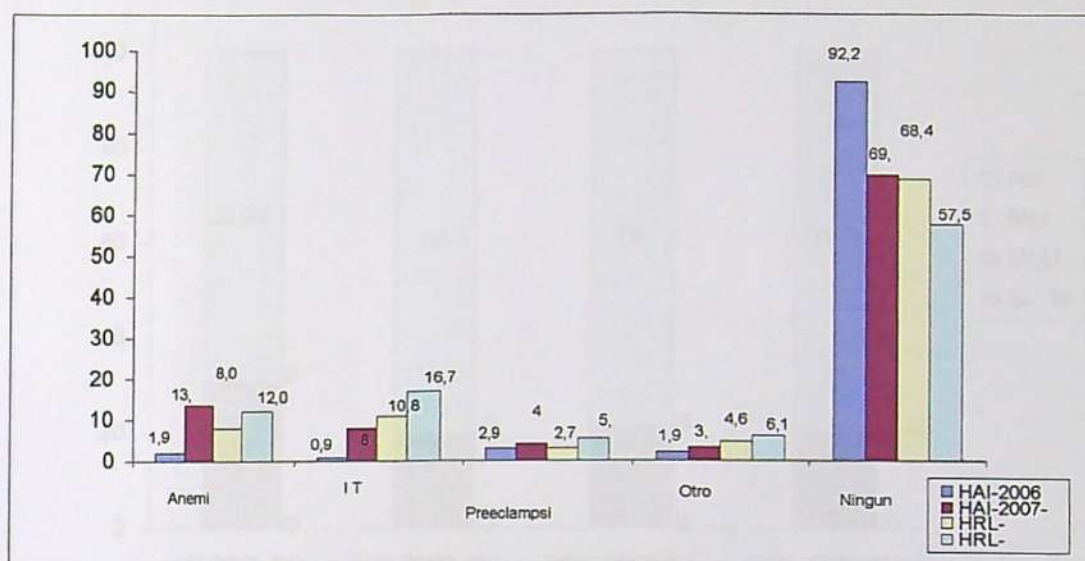
Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Podemos apreciar que la mayor incidencia de desgarros obstétricos se registro en pacientes secundíparas en el Hospital Felipe Arriola Iglesias (2006) con un 48,6%; y en primíparas con un 31,06% en el Hospital César Garayar García (2006).

Grafico N° 7:

**DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN ANTECEDENTE
GINECOOBSTETRICO EN EL HOSPITAL “CESAR GARAYAR
GARCIA” Y EL HOSPITAL “FELIPE ARRIOLA IGLESIAS”**

2006- 2007

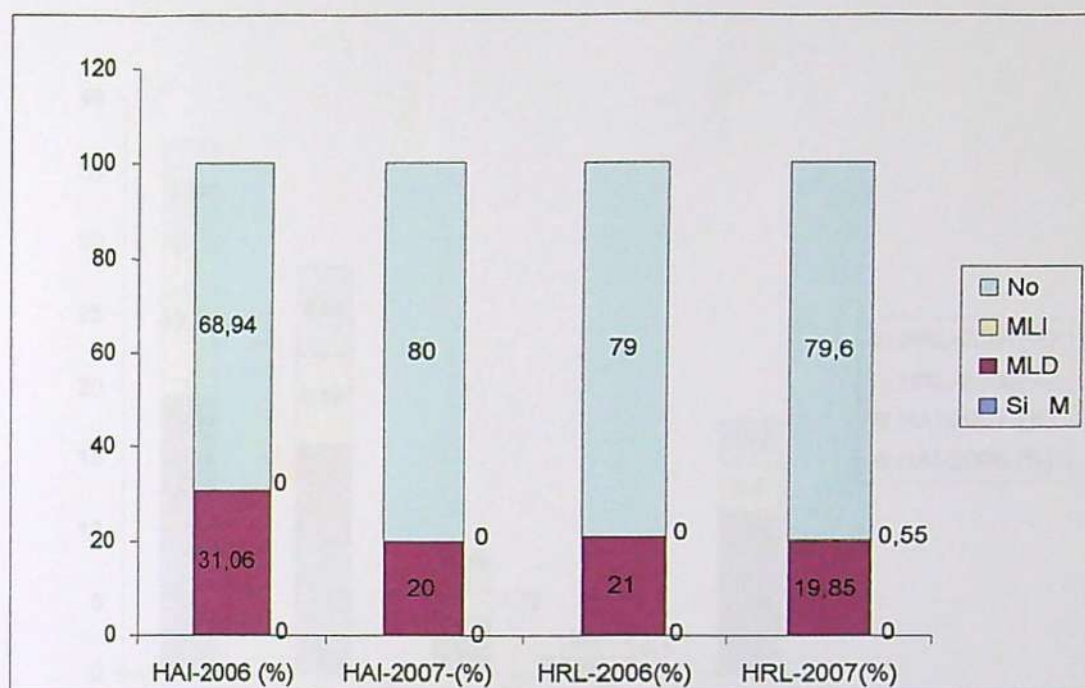


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

En este gráfico podemos apreciar que la mayor incidencia de desgarros obstétricos se registro en mujeres que no tenían ningún antecedente gineco obstétrico en ambos hospitales; pero cabe mencionar que en el Hospital Felipe Arriola Iglesias (2007) hubo 16,75% de desgarros cuya gestación curso con Infección del Tracto Urinario y para el Hospital César Garayar García (2007) se dio un 13,6% de desgarros en quienes presentaron anemia durante la gestación.

Grafico N° 8:

**DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN EPISIOTOMÍAS EN EL
HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL
“FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007**

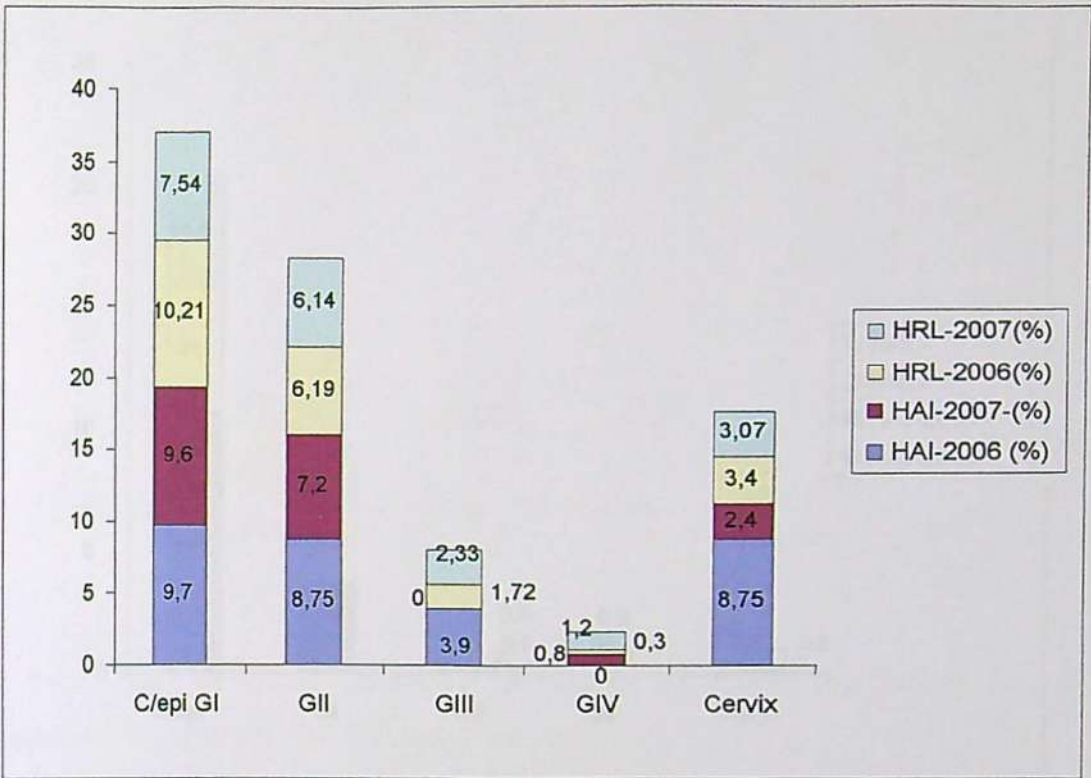


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

La mayor incidencia de desgarros obstétricos se registro en aquellas mujeres en las que no se realizo la episiotomía en ambos hospitales durante los dos años de estudio, sin embargo podemos apreciar que a pesar de que en algunas pacientes se practico la episiotomía ello no evito que estas también sufrieran de desgarro obstétrico., así podemos apreciar que para el año 2006 en el Hospital Cesar Garayar García se produjo desgarro obstétricos en el 31.06% y en el mismo año para el Hospital Felipe Arriola Iglesias el 21%.

Grafico N° 9:

DESGARROS OBSTÉTRICOS CON EPISIOTOMÍAS EN EL
HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL “FELIPE
ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007

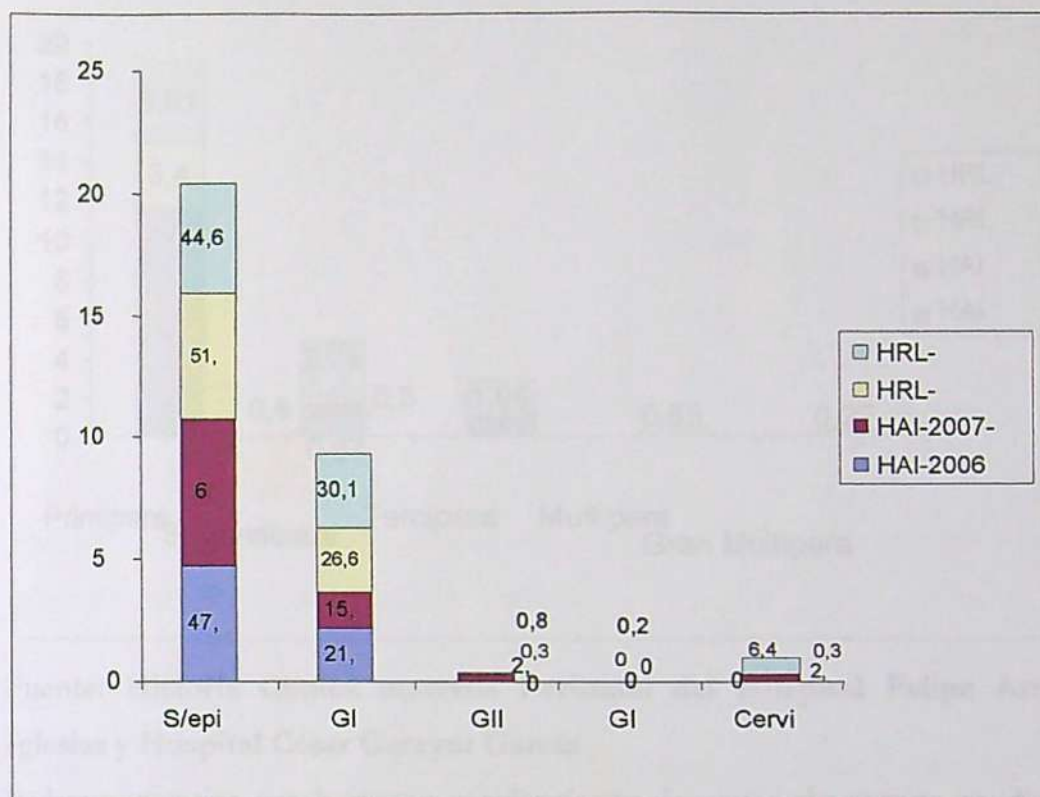


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Podemos apreciar que como complicación de la episiotomía se registró con mayor incidencia desgarros de I Grado en ambos hospitales durante los años de estudio, así mismo se puede apreciar que los desgarros de Cervix se presentaron también con cierta frecuencia en ambos hospitales

Grafico N° 10:

DESGARROS OBSTÉTRICOS SIN EPISIOTOMÍAS EN EL
HOSPITAL "CESAR GARAYAR GARCIA" Y EL HOSPITAL
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" 2006- 2007

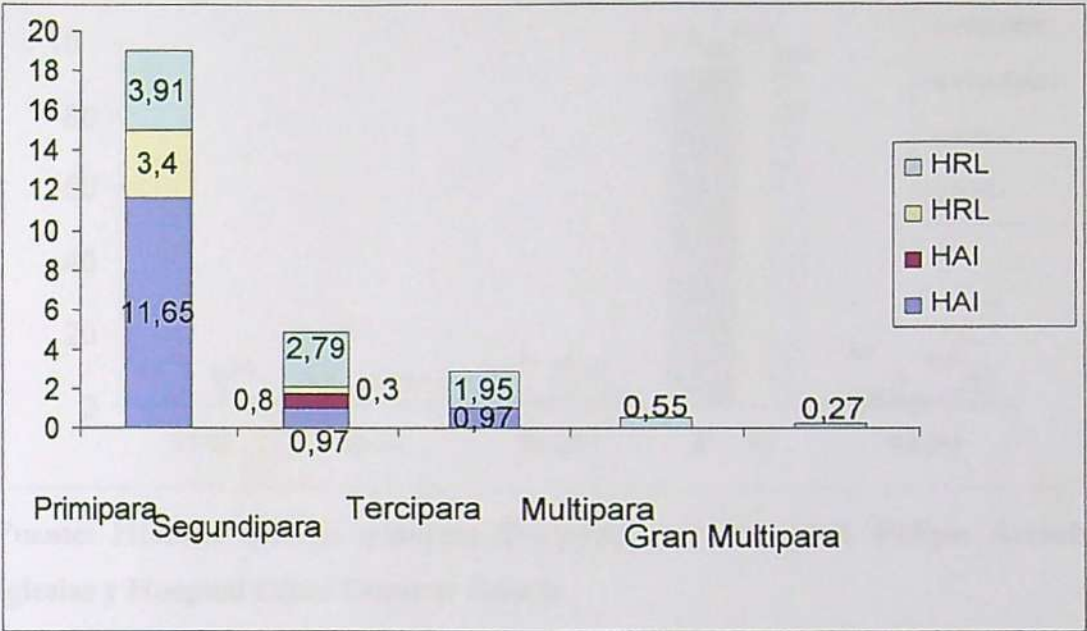


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Podemos visualizar que la mayor complicación de desgarros obstétricos se registró en los desgarros perineales de I grado en ambos hospitales durante los dos años de estudio.

Grafico N° 11:

DESGARROS DE CERVIX EN RELACION A LA PARIDAD EN EL
HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL
“FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007

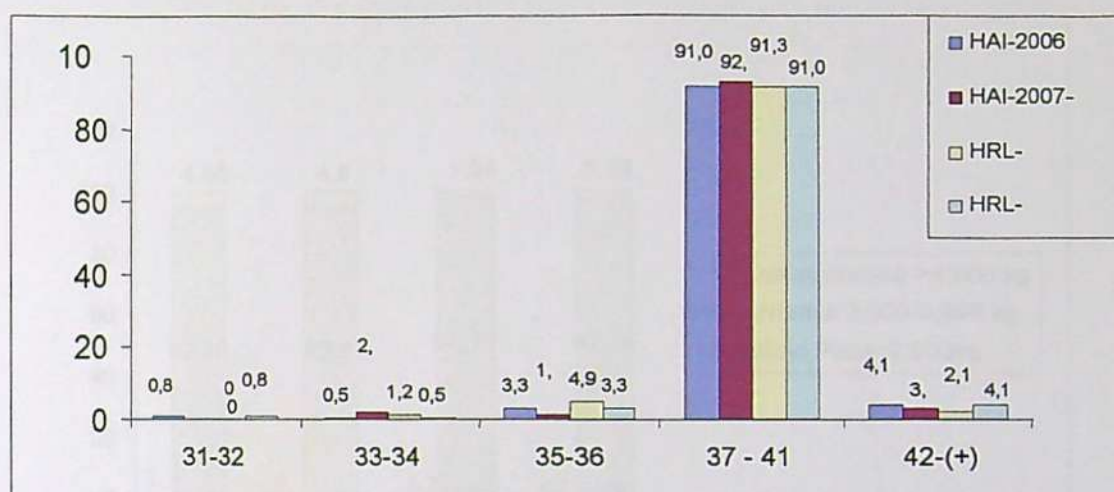


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Podemos apreciar que la mayor incidencia de desgarros de cervix se dio en primíparas con el 11.65% en el hospital Cesar Garayar García año 2006.

Gráfico 12:

**DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN EL
HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL
“FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007**

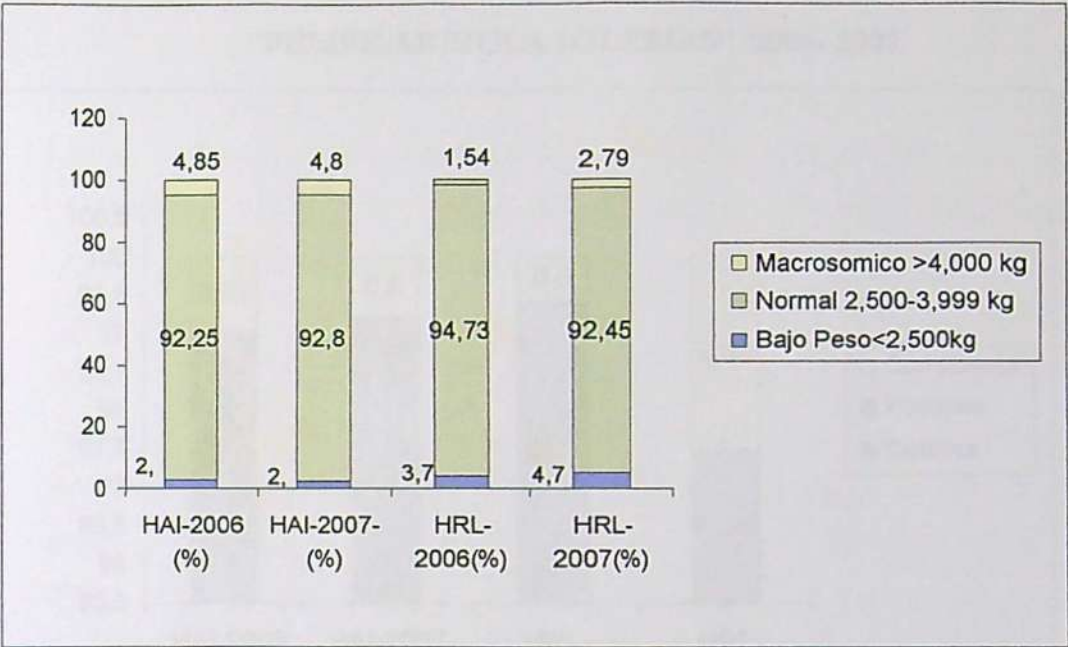


Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

Podemos apreciar que la mayor incidencia de desgarros obstétricos se dio en gestaciones de 37 a 41 semanas de gestación, en ambos hospitales durante los años de estudio.

Grafico N° 13:

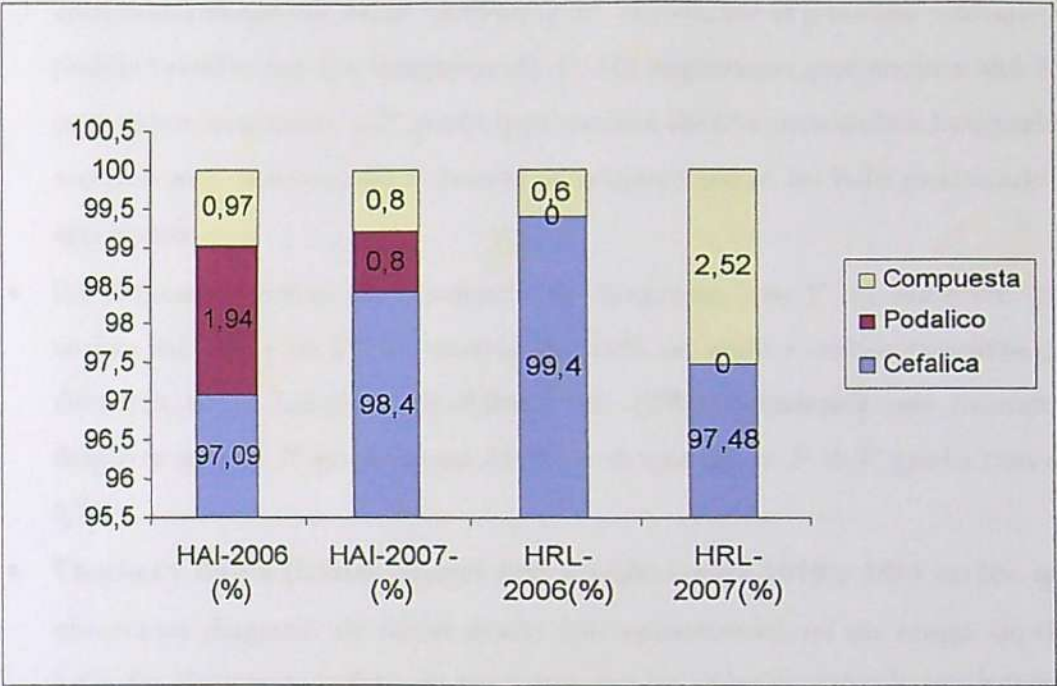
DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN PESO FETAL EN EL
HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL
“FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007



Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

La mayor incidencia de desgarros obstétricos se registró en recién nacidos cuyo peso oscilo entre 2500 a 3999 kg en ambos hospitales durante los dos años de estudio.

Grafico N° 14:
DESGARROS OBSTÉTRICOS SEGÚN PRESENTACIÓN FETAL EN EL
HOSPITAL “CESAR GARAYAR GARCIA” Y EL HOSPITAL
“FELIPE ARRIOLA IGLESIAS” 2006- 2007



Fuente: Historia Clínica materna Perinatal del Hospital Felipe Arriola Iglesias y Hospital César Garayar García

En este gráfico podemos apreciar que la mayor incidencia de desgarros obstétricos de dio en partos en presentación cefálica, para ambos hospitales durante los años de estudio.

CAPITULO VI:

DISCUSIÓN

- A diferencia de **Röckner (1989 EEUU)** que halló como complicación de la episiotomía desgarros de 2° (8,13%) y 3° (13%), en el presente trabajo he podido verificar que los desgarros de 1° (se registraron por encima del 7% para ambos hospitales) y 2° grado (por encima del 6% para ambos hospitales) son las complicaciones más frecuente en mujeres que se les halla practicado la episiotomía.
- En el presente trabajo la frecuencia de desgarros de 1° se mantuvo por encima del 40% y de 2° por encima del 15% en ambos hospitales, a diferencia de lo hallazogs de **Aikins M. (1998 Feinland)** que encontró desgarros de 1° ó 2° grado en un 28,9% y desgarros de 3° ó 4° grado con un 0,7%
- **Thacker y Banta (Lima)** citaron siete estudios entre 1919 y 1981 en los que observaron desgarros de tercer grado (sin episiotomía) en un rango de 0 a 6.4%. En el presente trabajo en pacientes que no se les practico la episiotomía se registro un 2,4% de desgarros de 3° (Hospital de Apoyo Iquitos 2007)
- Al igual que **Cruz, J 2001**, concluimos que los desgarros de 1° y 2° grado aumentaron al no hacer la episiotomía (por encima del 40% y del 10% respectivamente).
- **Casanova, M. (2001 Lima)** Concluye que el peso no es un factor predisponente para la ocurrencia de traumas perineales, en el presente trabajo se registro una mayor frecuencia de desgarros en partos con recién nacidos cuyo peso oscilaba entre 2500 a 3999kg con una frecuencia por encima del 90% para ambos hospitales.

CONCLUSIONES

- La incidencia de desgarros obstétricos para el Hospital Regional de Loreto fue de (12,22%) en el 2006 y de (11,45%) en el 2007 y para el Hospital Cesar Garayar García (2,74%) en el 2006 y de (3,27%) en el 2007.
- Las pacientes de zonas Urbano marginales registraron con mayor incidencia desgarro Obstétrico, en el Hospital Cesar Garayar García (73,8%) y (80%) en el 2006 y 2007 respectivamente, en el Hospital Regional de Loreto fue de 71.52%, y 69,29% durante los años 2006 y 2007 respectivamente.
- En lo concerniente a la edad, en el Hospital Cesar Garayar García (2006) se registro un 25,2% de desgarros obstétricos en pacientes cuya edad oscila entre 20 a 22 años y en el Hospital Regional de Loreto (2006) se registro un 23,1% en pacientes cuya edad oscila entre de 23 a 25 años.
- En el año 2007 en el Hospital Regional de Loreto la mayor incidencia de desgarros obstétrico se registro en mujeres que refirieron ser convivientes con un 81%, y en el año 2006 en el Hospital Cesar Garayar García la mayor frecuencia de desgarros obstétricos se registro en mujeres que manifestaron ser convivientes con un 77.7%
- En lo concerniente al nivel de instrucción el mayor número de casos de desgarros obstétricos se registro en pacientes que refirieron tener estudios secundarios tanto para el Hospital Cesar Garayar García como para el Hospital Regional de Loreto durante los años de estudio.
- En cuanto a la paridad llama poderosamente la atención el hecho de que las secundíparas registraron una mayor incidencia de desgarros vaginales, en comparación a las primigestas. Ver grafico 5
- En cuanto a la importancia de los antecedentes gineco obstétricos como factores predisponentes de desgarros obstétricos podemos señalar que estos no tiene ninguna influencia.

- La incidencia de desgarros obstétricos de 3 y 4 Grado son mínimos ya que en ambos hospitales practican con mayor frecuencia la episiotomía Media lateral Derecha.
- Los pacientes que no fueron sometidas a episiotomía registraron mayor incidencia en desgarros perineales con una frecuencia por encima del 40% para ambos hospitales durante los años de estudio. Ver gráfico 8
- Llama la atención la incidencia de desgarros cervicales (8,75% Hospital Cesar Garayar García 2006 y 3,4% Hospital Regional de Loreto 2006), en relación a los desgarros perineales en paciente a las que se les realizo la episiotomía. Ver gráfico 9
- La mayor incidencia de desgarros obstétricos se presento en el Hospital César Garayar García con un 11,65% para el 2006 y 3,40% para el Hospital Felipe Arriola Iglesias con un 3,91% en pacientes primíparas.
- En lo concerniente a la edad gestacional se registra la mayor incidencia de desgarros obstétricos, en gestaciones a término (37 a 41semanas) para ambos hospitales durante los años de estudio. Ver gráfico 12
- En lo concerniente a la relevancia del peso fetal en la incidencia de desgarros obstétricos podemos apreciar que esta se presenta en recién nacido con un peso adecuado de 2500 a 3999 kg. Ver gráfico 13
- En lo concerniente a la relación de la presentación fetal durante el trabajo de parto con la incidencia de los desgarros obstétricos, mayormente los desgarros se dieron en la presentación cefálica, con una frecuencia por encima del 90% para ambos hospitales durante los años en estudio.

RECOMENDACIONES

- Para contribuir a disminuir la incidencia de desgarros obstétricos recomendando la adecuada protección de periné, podría sugerir la atención del parto según lo que indica la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva-
- La atención del parto si bien es cierto que se realiza en la mayoría de veces por alumnos de pre grado (internos), no significa que el profesional obstetriz (a) no deba ejercer un papel activo durante la atención del parto.
- Los hospitales deberían incrementar el número de profesionales obstetras que brinden atención a la mujer parturienta, ya que en muchas oportunidades se dan partos simultáneos y un solo obstetra por turno no se puede abastecer para poder brindar una adecuada atención a cada parturienta.
- Aperturar un área de psicoprofilaxis en cada centro de salud, donde la Obstetriz (a) trabaje directamente con la gestante de su jurisdicción.
- Que se intensifique las actividades de Psicoprofilaxis tanto en los hospitales como en los centros de salud.
- Que la dirección regional de Salud realice difusión a través de los medios masivos comunicación sobre los beneficios de la Psicoprofilaxis tanto para la madre como para el niño.
- Como una estrategia para captar un mayor número de usuarias de psicoprofilaxis se debería incluir en las sesiones actividades de estimulación prenatal.

- **Recomiendo que a posteriori se realice un trabajo de investigación en el que se pueda evaluar la efectividad de la Psicoprofilaxis en la disminución de desgarros obstétricos.**

BIBLIOGRAFÍA

1. AIKINS Murphy, P, Feinland, "Perineal Outcomes in a Home Birth Setting. Birth" 1998; Pág. 226-34.
2. ANGIOLI R; GÓMEZ MARÍN, "Laceraciones Perineales Graves Durante el Parto Vaginal", Universidad de Miami, Estados Unidos, 2000.
3. AVILA FABIÁN, ADELA CECILIA "Los Desgarros Vulvoperineales y sus Factores de Riesgo en Gestantes Atendidas en el Hospital Santa Rosa Durante los Meses de Enero-Junio del 2003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú 2004.
4. CARROLI G, BELIZAN, J. y STAMP, G, "Práctica de la Episiotomía en el Parto Vaginal (Translated Cochrane Review. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Oxford Estados Unidos, 2001.
5. CASANOVA CHANG, M, "Estudio Comparativo entre el Uso Sistemático y el No Uso de la Episiotomía en Pacientes Nulíparas: Complicaciones", Hospital Nacional Docente Madre Niño, San Bartolomé, Lima – Perú, 2001.
6. CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO (CLAP), "Posición materna y parto", Edic. Manuel G. Vallejo, Montevideo-Uruguay, 1980, Publicación Científica n° 862
7. CUNNINGHAM, Gary, "Williams Obstetricia", Editorial Médica Panamericana, Edic. 21ª edición, Barcelona- España 2001, Pág. 555 -556.
8. DICCIONARIO MOSBY DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, Editorial Diorki. Servicios Integrales de Edición S.L, Edic. Español, España-Madrid, 1995.
9. GUIAS NACIONALES DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- MINISTERIO DE SALUD, "Atención de las Emergencias Obstétricas", Edic. Luís Távora Orozco, Lima-Perú, 2004, Pág. 15-16.

10. HUESTON, M, "Obstetricia y Ginecología", "Los Factores Asociados con el Uso de la Episiotomía Durante el Parto Vaginal", 1996, Pág. 1001-100
11. MIE, M. E. GRANDI, B. y BIGGERI, A, "Influence Of. The Environment on Perineal Tears in Physiological Delivery. Epidemiol Prev, 1996; Págs. 18-23.
12. MONGRUT STEANE, Andrés, "Tratado de Obstetricia Normal y Patológico", Editorial Interamericana, Edic. 4ta, Lima- Perú, 2000, Págs. 369-400; 664 – 667.
13. LORENZANA CRUZ, Juan, ESPINAL RODRÍGUEZ, José "Desgarros Perineales con o sin Episiotomía en Sala de Labor y Parto del Hospital Escuela", Vol. 6 No. 2. 2001.
14. PSCHYREMBEL, W. "Obstetricia Práctica", Editorial Labor, S.A., 3era edición corregida y aumentada, Barcelona- España, 1978, Págs. 69 -70; 101–104.
15. RÖCKNER, "Disminución de las Episiotomías", Manual de Obstetricia Tomo II., Estados Unidos, 1996.
16. RUBIO ROMERO, Jorge Andrés. "Revista de Obstetricia y Ginecología Fac. Med. Univ. Nac. Colomb." "Indicaciones Actuales de la Episiotomías, 2004 Vol. 52 No. 2137
17. SCHWARZ, R, "Obstetricia", Editorial El Ateneo, Edic. 8va, Argentina 1995, Pág. 523- 526.
18. SAMPELLE C.M. y Hines, S, "Spontaneous Pushing During Birth. Relationship to Perineal Outcomes". Journal of Nurse Midwifery, 1999, Pág. 36-39.
19. THACKER, SB, BANTA HD. "Revista de Obstetricia y Ginecología", Beneficios y Riesgos de la Episiotomía, 1983; Pág. 322-3318.
20. WOOLLEY, RJ. "Obstetricia y Ginecología", Beneficios y Riesgos de la Episiotomía: Vol. 50. Estados Unidos, 1995.

ANEXOS



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
SOCIODEMOGRÁFICAS, MATERNOS Y FETALES.



Nº de ficha: -----

EDAD : () años

PROCEDENCIA :

1. Urbano. () 2. Urbanomarginal. () 3. Rural. ()

ESTADO CIVIL

1. Casada. () 2. Conviviente. () 3. Soltera. ()

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

1. Ninguna. () 2. Primaria. ()

3. Secundaria. () 4. Superior. ()

PARIDAD : () Nº. De Partos

ANTECEDENTES

GINECO-OBSTETRICOS :

OTROS : -----

EPISIOTOMÍA : SI () NO ()

M () MLD () MLI () BL ()

DESGARROS : SI () NO ()

TIPO : -----

GRADO : I () II () III () IV ()

EDAD GESTACIONAL : () Semanas.

PESO FETAL : () Gramos.

BAJO PESO () NORMAL () MACROSÓMICO ()

PRESENTACIÓN FETAL :

CEFÁLICA () PODÁLICA () COMPUESTA ()

Autor: ARÉVALO CHÁVEZ, Cinthia Paola.