



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Incidencia de Traumas de Partes Blandas del Canal Vaginal durante el
Parto en Pacientes Atendidas en el Hospital Materno Infantil
“Dra. Matilde Hidalgo de Procel” 5 de Mayo 2014 – 29 de Abril 2015.**

AUTOR:

MÓNICA ARIANA ZAMBRANO PONCE

TUTOR:

MSC. CARLOS TORRES NOÉ DR.

GUAYAQUIL- ECUADOR

2014 - 2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

AUTORIA DE TESIS

Este TRABAJO DE TITULACIÓN, cuya autoría corresponde a **ZAMBRANO PONCE MÓNICA ARIANA con CI: 131466112-3**, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar por el título de OBSTETRA.

DR. JUAN MEDINA CARDOZO.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

OBST. ANGELA MACIAS GAYTÁN MSC. OBST. DIANA FRANCO PROAÑO MSC.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Titulación para optar el Título de Obstetra de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO QUE: He dirigido y revisado el trabajo de Titulación presentado por la Srta. **ZAMBRANO PONCE MÓNICA ARIANA CON C.I # 131466112-3**

CUYO TEMA ES:

Incidencia de Traumas de Partes Blandas del Canal Vaginal durante el Parto en Pacientes Atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” 2014 - 2015

Revisada y corregida que fue la tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico.

MSC. CARLOS TORRES NOÉ, DR.

TUTOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” DEL 5 MAYO 2014 - 29 ABRIL 2015.

AUTOR/ES:
Zambrano Ponce Mónica Ariana.

REVISORES:
Tutor: Msc. Carlos Torres Noé, Dr.

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Obstetricia

FECHA DE PUBLICACIÓN:

DE PÁGS:66

ÁREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVES: DESGARRO PERINEAL, DESPROPORCIÓN CÉFALO PELVICA (DCP), FISURAS ANOPERINEAL, EPISIOTOMÍA, TRAUMA OBSTÉTRICO, FACTORES DE RIESGO, LESIONES AL NACIMIENTO.

RESÚMEN:

La presencia de traumas obstétricos son el resultado de muchos factores, uno de los principales se debe a la falta de controles médicos que valore el desarrollo fetal durante su embarazo; lo que ocasionaría lesiones en el canal vaginal principalmente a nivel perineal. Muchas veces estas lesiones pasan desapercibidas por el Obstetra lo que sí deja severas secuelas que inciden significativamente. El objetivo fue establecer la Incidencia traumatismos de las partes blandas durante el parto identificando los factores de riesgos y determinar qué tan frecuente resultan este tipo de lesiones; El universo lo constituyen 330 pacientes y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión; y constituyo la muestra de 117 casos la metodología utilizada la matriz de recolección de datos, lo que fueron tomadas de la hoja 052 inmediatamente después de realizado este trabajo de investigación durante un año. El trabajo de investigación durante un año del 5 de Mayo 2014 al 29 de Abril 2015 los datos fueron tabulados a través de un ordenador Excel; luego se analizaron y se discutieron con el tutor de la tesis. Obteniendo como resultado que todas las pacientes objeto de estudio presentaron algún tipo de desgarro, habiéndoselas clasificados por grados de acuerdo a la severidad del desgarro. De acuerdo a esto se plantearon las recomendaciones. El resultado indica que frente al estudio; grado uno el porcentaje presentado es de 59%, grado dos el 32%, grado tres el 6% y grado cuatro el 3%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia se da en grado uno, (69) que corresponde al 59%. Frente al estudio; pacientes primípara el porcentaje presentado es de 46%, secundigesta el 32%, múltipara el 18% y gran múltipara el 4%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia en cuanto a la paridad se da en pacientes primípara, (54) que corresponde al 46%. Así mismo se evaluó de acuerdo a la realización de incisión quirúrgica (Episiotomía) porcentaje presentado es de 52%, no realización de incisión quirúrgica (Episiotomía) el 48%.

DE REGISTRO(en base de datos)

DIRECCIÓN URL (tesis en la web)

ADJUNTO PDF:

SI

N O

**CONTACTO CON
AUTOR/ES:**

Mónica Ariana Zambrano Ponce.

Teléfono

0987679060
052-660494

E-mail:

moniquita_girl14@hotmail.com

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre: Escuela de Obstetricia

Teléfono:

E-mail:

DEDICATORIA

A MIS PADRES, pilares importantes en mi éxito, quienes con amor y dedicación se esforzaron para brindarme su apoyo incondicional y que pudiera llegar a cumplir mis metas trazadas.

MÓNICA ZAMBRANO

AGRADECIMIENTO

A DIOS, señor todo poderoso que me dio inteligencia y amor al estudio, dos virtudes sin las cuales no hubiera poder llegado a finalizar mi sueño.

A la Universidad que me acogió en las aulas y me llenó de conocimiento para desarrollarme como profesional.

A los docentes Universitarios y del Internado, que inculcaron en mí la responsabilidad del saber y del estudio.

A mis hermanos Cristóbal y Katty de igual manera que a pesar de la distancia con su dedicación y cariño inculcaron en mí la responsabilidad de seguir por el camino del bien.

No podría faltar el gran aprecio del Msc. Carlos Torres Noé, Dr., por todo el apoyo brindado y su paciencia para la elaboración de este trabajo.

MÓNICA ZAMBRANO

RESÚMEN

La presencia de traumas obstétricos son el resultado de muchos factores, uno de los principales se debe a la falta de controles médicos que valore el desarrollo fetal durante su embarazo; lo que ocasionaría lesiones en el canal vaginal principalmente a nivel perineal. Muchas veces estas lesiones pasan desapercibidas por el Obstetra lo que sí deja severas secuelas que inciden significativamente. El objetivo fue establecer la Incidencia traumatismos de las partes blandas durante el parto identificando los factores de riesgos y determinar qué tan frecuente resultan este tipo de lesiones; El universo lo constituyen 330 pacientes y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión; y constituyo la muestra de 117 casos la metodología utilizada la matriz de recolección de datos, lo que fueron tomadas de la hoja 052 inmediatamente después de realizado este trabajo de investigación durante un año. El trabajo de investigación durante un año del 5 de Mayo 2014 al 29 de Abril 2015 los datos fueron tabulados a través de un ordenador Excel; luego se analizaron y se discutieron con el tutor de la tesis. Obteniendo como resultado que todas las pacientes objeto de estudio presentaron algún tipo de desgarro, habiéndoselas clasificados por grados de acuerdo a la severidad del desgarro. De acuerdo a esto se plantearon las recomendaciones. El resultado indica que frente al estudio; grado uno el porcentaje presentado es de 59%, grado dos el 32%, grado tres el 6% y grado cuatro el 3%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia se da en grado uno, (69) que corresponde al 59%. Frente al estudio; pacientes primígesta el porcentaje presentado es de 46%, secundigesta el 32%, múltipara el 18% y gran múltipara el 4%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia en cuanto a la paridad se da en pacientes primípara, (54) que corresponde al 46%. Así mismo se evaluó de acuerdo a la realización de incisión quirúrgica (Episiotomía) porcentaje presentado es de 52%, no realización de incisión quirúrgica (Episiotomía) el 48%.

PALABRAS CLAVES: DESGARRO PERINEAL, DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA (DCP), FISURAS ANOPERINEAL, EPISIOTOMÍA, TRAUMA OBSTÉTRICO, FACTORES DE RIESGO, LESIONES AL NACIMIENTO.

SUMMARY

The presence of obstetric traumas are the result of many factors, one of the main is due to lack of medical checks that values fetal development during pregnancy; which would cause lesions in the vaginal canal mainly perineal level. Many times these injuries go unnoticed by the Obstetrician what does leave severe sequelae affecting significantly. The aim was to establish the impact trauma of soft parts childbirth identifying risk factors and determine how common are such injuries; The universe is made up 330 patients and inclusion and exclusion criteria were applied; and constituted the sample of 117 cases, the methodology used to collect the data matrix, which were taken from the sheet 052 immediately after this research conducted for a year. The research for a year of May 5, 2014 to April 29, 2015 data were tabulated by an Excel computer; then they analyzed and discussed with the thesis advisor. The result being that all patients under study presented some type of tear, habiéndoselas classified by grades according to the severity of the tear. Accordingly recommendations were raised. The result indicates that compared to study; Grade one the participation rate is 59%, 32% grade two, grade three 6% and 3% grade four. From the results obtained it was concluded that most frequently occurs in grade one, (69) corresponding to 59%. Front of the studio; Patients primípara the participation rate is 46%, secundigesta 32%, 18% multiparous and high multiparous 4%. From the results obtained it was concluded that the increased frequency in terms of parity is given in primiparous patients (54) corresponding to 46%. Also it evaluated according to the embodiment of surgical incision (episiotomy) presented percentage is 52%, not performing surgical incision (episiotomy) 48%.

KEYWORDS: TEAR PERINEAL, CEPHALOPELVIC DISPROPORTION (DCP), CRACKS ANOPERINEAL, EPISIOTOMY, OBSTETRIC TRAUMA, RISK FACTORS, BIRTH INJURY.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
2.1.1 VIABILIDAD.....	8
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	9
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
1.2.3 HIPÓTESIS	10
1.3 VARIABLES.....	10
1.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	10
1.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	10
1.3.3 VARIABLE INTERVINIENTE.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 ANATOMÍA DEL CANAL DE PARTO	11
2.1.2 PISO PÉLVICO	12
2.1.3 REVESTIMIENTO BLANDO.....	12
Fuente: Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica.	13
2.1.4 EMBRIOLOGÍA DEL ÚTERO	13
2.1.5 ÓRGANOS INTRAPÉLVICOS DEL APARATO REPRODUCTOR.....	14
2.1.6 CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE PELVIS	15
2.1.7 MODIFICACIONES PLÁSTICAS DE LA PELVIS.....	16
2.2 DESGARRO VAGINAL DURANTE EL PARTO	18
2.2.1 DESGARRO PERINEAL.....	18
2.2.1.1 LA VAGINA EN EL PARTO	18
2.2.1.2 ETIOLOGÍA.....	18

2.2.1.2 DESGARROS DEL CANAL BLANDO DEL PARTO	19
2.2.1.3 PACIENTES EN RIESGO PARA PRESENTAR DESGARRO PERINEAL.	19
2.2.1.4 PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL.....	19
2.2.2 DESGARROS DEL CUELLO DEL ÚTERO.....	20
2.2.2.1 SÍNTOMAS.....	20
2.2.2.2 PROFILAXIS	20
2.2.3 DESGARRO VAGINAL.....	21
2.2.3.1 MODO DE PRODUCIRSE.....	21
2.2.4 DESGARROS VULVOPERINEALES.....	21
2.2.4.1 CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS VULVOPERINEALES	21
2.2.4.2 CONSECUENCIA DE LOS DESGARROS.....	22
2.2.4.3 FACTORES DE RIESGO	22
2.2.4.4 REPARACIÓN DE LAS LESIONES PERINEALES POSPARTO: TÉCNICA DE SUTURA.....	22
2.2.5 EPISIOTOMÍA.....	24
2.2.5.1 INDICACIONES DE EPISIOTOMÍA.....	24
2.2.5.2 BENEFICIOS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA.....	24
2.2.5.2 TIPOS DE EPISIOTOMÍA.....	25
2.3 LESIONES OBSTÉTRICAS NEONATALES.....	25
2.3.1 LESIONES DE PARTES BLANDAS	25
2.3.1.1 MÁSCARA EQUIMÓTICA	25
2.3.1.2 ADIPONECROSIS.....	26
2.3.1.3 LESIONES MUSCULARES.....	26
2. 4 TRABAJO DE PARTO.....	27
2.4.1 DIVISIÓN FUNCIONAL DEL TRABAJO DE PARTO	28
2.5 IMPORTANCIA DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA	29
3.- MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
3.1.- MATERIALES.....	32
3.1.1.- LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.1.2.-CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	32

3.1.3.- PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.1.4.- RECURSOS A EMPLEAR.....	33
3.1.4.1.- TALENTO HUMANO.....	33
3.1.4.2.- RECURSOS FÍSICOS.....	33
3.1.5.- UNIVERSO Y MUESTRA.....	33
3.1.5.1 UNIVERSO.....	33
3.1.5.2.- MUESTRA.....	33
3.2 MÉTODO.....	33
3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	33
3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.2.3 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.2.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	34
3.2.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34
3.2.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	34
INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.2.5.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	35
3.2.6.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	35
3.2.7.- PRESUPUESTO.....	36
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
5. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES.....	46
PROPUESTA.....	47
6. BIBLIOGRAFÍA.....	48
7. ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

TABLA Y GRAFICO #1 EDAD DE LA PACIENTE.....	37
TABLA Y GRAFICO #2 CONTROLES PRENATALES	38
TABLA Y GRAFICO #3 ETNIA.....	39
TABLA Y GRAFICO #4 PARIDAD.....	40
TABLA Y GRAFICO #5 SITIO DEL DESGARRO.....	41
TABLA Y GRAFICO #6 TIPO DEL DESGARRO.....	42
TABLA Y GRAFICO #7 INCISIÓN QUIRÚRGICA (EPISIOTOMIA).....	43
TABLA Y GRAFICO #8 PESO DEL RN.....	44

1. INTRODUCCIÓN

Los traumas obstétricos son el resultado de múltiples factores que se pueden presentar en el momento del parto por vía vaginal y constituye uno de los problemas de salud a nivel mundial y regional.

Entre las variantes clínicas que pueden ocasionar un trauma obstétrico tenemos: Desproporción céfalo pélvica (DCP), deficiente dilatación de partes blandas, enfermedades o malformación del útero, alteraciones de la contracción uterina, macrosomía fetal y distocias de presentación este tipo de lesiones que tienen una características de frecuente sean leves o graves son muy pocos reportados en las historias clínicas de las pacientes a quienes se les ha atendido durante el parto, muchas de ellas pasan incluso inadvertidas lo que a futuro se puede determinar cómo fibrosis dentro de la mucosa vaginal de la paciente. Por eso el tema de la investigación trata de determinar exactamente cuál es la incidencia de la frecuencia de estas lesiones, por lo que el trabajo constituye una investigación inédita producida en nuestra realidad. Existe muy poco trabajo que investiguen de manera trascendente en nuestro país siendo la literatura referente a este tipo de problema escasa.

Se define como trauma del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) a una herida; o traumatismo.

Traumatismo corresponde a trastorno causado por una herida.

Dentro de las lesiones más frecuentes de los desgarró es el rompimiento de la mucosa vaginal de músculos del periné y de la piel y de rafe del periné ano vaginal, que constituye la pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como la vagina). El desgarró puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarró perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto. (Atunca & Huamán, 2010)

La Organización Mundial de la Salud reporta que existe en el mundo 529.000 muertes maternas al año, las cuales 166.000 son originadas por hemorragias obstétricas lo que representa el 25% de las muertes maternas, labor prolongado o retenido 8%, la hemorragia en el parto es una de las causas más frecuentes producidas por traumas obstétricos maternos en un 99%.

La salud y la calidad de vida es de mucha importancia para el Ministerio de Salud del Ecuador, por lo que se plantea a los profesionales de salud, en la atención del parto ser partícipes en la correcta aplicación de las técnicas y métodos actualmente utilizados en este proceso con el objetivo de disminuir los traumas obstétricos a nivel de los hospitales del país.

Se agrupa bajo el concepto de Traumatismo Obstétrico a las lesiones físicas originadas durante el trabajo de parto en la madre. Estas complicaciones pueden ser causadas por traumatismos mecánicos.

Con la realización de este estudio, se determinará la Incidencia de traumatismos de las partes blandas durante el parto identificando los factores de riesgos y determinar qué tan frecuente resultan este tipo de lesiones en la madre, ocurridas durante el periodo de estudio.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Los traumas obstétricos son el resultado de múltiples factores que se pueden presentar en el momento del parto y constituye uno de los problemas de salud a nivel mundial y regional.

Esto nos conlleva a investigar la incidencia y principales factores de riesgo de los Traumatismos de las Partes Blandas durante el Parto. en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel” desde mayo del 2014 hasta Abril del 2015.

Entre las variantes clínicas que pueden ocasionar un trauma obstétrico tenemos: Desproporción céfalo pélvica, deficiente dilatación de partes blandas. Enfermedades o malformación del útero, alteraciones de la contracción uterina, macrosomía fetal y distocias de presentación.

La salud y la calidad de vida es de mucha importancia para el ministerio de salud del Ecuador, por lo que se plantea a los profesionales de salud, en la atención del parto ser partícipes en la correcta aplicación de las técnicas y métodos actualmente utilizados en este proceso con el objetivo de disminuir los traumas obstétricos a nivel de los hospitales del país.

1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ✚ ¿En qué edad es más frecuente traumas obstétricos durante el parto?
- ✚ ¿Cuál es la prevalencia del trauma Obstétrico?
- ✚ ¿Cuáles son las principales causas de traumas obstétricos en la madre?
- ✚ ¿Qué factores de riesgos son de mayor importancia?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se agrupa bajo el concepto de Traumatismo Obstétrico a las lesiones físicas originadas durante el trabajo de parto en la madre. Estas complicaciones pueden ser causadas por traumatismos mecánicos o por partos precipitados.

En todos los países es de mucha importancia la salud de sus habitantes, es por esto la preocupación de fomentar la investigación científica y estadística sobre los principales problemas de salud. Al no investigar no podríamos establecer la Incidencia y principales factores de riesgo de los Traumatismos de las Partes Blandas durante el Parto.

Con la realización de este estudio, se determinara las causas que originó el traumatismo de partes blandas, ocurridas durante el periodo de estudio.

1.1.3 VIABILIDAD

Este estudio es viable porque además de contar con los permisos de la Universidad y del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel”, servirá como ayuda para identificar los factores de riesgos, que podrían complicar el trabajo de parto y producir algún trauma obstétrico en la madre, además dar un pequeño aporte a la salud del país, para el bienestar de la familia y del pueblo ecuatoriano.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la Incidencia y principales factores de riesgo de los Traumatismos de las Partes Blandas durante el Parto en Pacientes que son Atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” de la Ciudad de Guayaquil. En el periodo del 5 de Mayo 2014- 29 de Abril 2015. A realizarse mediante recolección de datos de historias clínicas de las pacientes.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la frecuencia del desgarro perineal de acuerdo al número de partos de la paciente que presentó con mayor frecuencia traumatismos de partes blandas del canal del parto.
2. Establecer cuál es la causa que originó el traumatismo de partes blandas del canal del parto.
3. Verificar el tipo de lesión anatómica de la región perineal que se presentó con mayor frecuencia durante el trabajo de parto.
4. Comprobar el número de atenciones pre-parto que tuvieron las pacientes que presentan de traumas de partes blandas en la madre.

1.2.3 HIPÓTESIS

Las pacientes primigestas son las que pueden presentar traumas de las partes blandas del canal vaginal durante el parto.

1.3 VARIABLES

1.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE

Incidencia de traumas de partes blandas del canal vaginal durante el parto

1.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

📌 Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel”.

1.3.3 VARIABLE INTERVINIENTE

- 📌 Edad
- 📌 Paridad
- 📌 Nivel socio económico
- 📌 Nivel de estudio
- 📌 Etnia
- 📌 # controles

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANATOMÍA DEL CANAL DE PARTO

2.1.1 PELVIS ÓSEA

La pelvis es la parte inferior del tronco, tiene una cara interna (cara endopélvica) y una cara externa (cara exopélvica). La pelvis se subdivide en pelvis mayor y pelvis menor. La pelvis mayor tiene paredes anchas y corresponde anteriormente a la región abdominal inferior, las regiones inguinales y el hipogastrio; por lo tanto, está ocupada por las vísceras abdominales. La pelvis menor constituye un embudo óseo y muscular. Contiene, de anterior a posterior: la vejiga urinaria y los órganos genitales, que en el caso de la mujer son el útero y sus anexos; y en sentido posterior, el recto. ⁽¹⁾

En la mujer, las paredes de la pelvis son menos gruesas que en el hombre, la abertura superior es más amplia, la pelvis menor es más ancha, la sínfisis púbica es menos alta, la concavidad de la pared posterior o sacrococcígea es más acentuada, la abertura inferior es más amplia, de tal manera que la arcada pubiana presenta un ángulo más abierto en la mujer, los agujeros obturadores son mayores y de forma triangular en la mujer. ⁽¹⁾

En la pelvis femenina, la cavidad pélvica es circular u ovalada, más abierta que en el hombre. La razón de esta diferencia morfológica está relacionada con la función de la gestación y, sobre todo, con la del parto. La pelvis femenina cuenta con un espacio interior superior al de la masculina y sus articulaciones tienen mayor movilidad, más pronunciada durante el embarazo y el parto. En la mayoría de los partos la cabeza del bebé se encaja en el estrecho superior en una posición transversal u oblicua. ⁽¹⁰⁾

Los vasos linfáticos de la pelvis generalmente siguen el curso de los grandes vasos sanguíneos. Los ganglios linfáticos pélvicos se localizan en diversos sitios, vasculares y no vasculares. Desde el cuello del útero, los vasos drenan hacia una serie de ganglios primarios. ⁽³⁾

2.1.2 PISO PÉLVICO

Las estructuras musculares más importantes del piso pélvico que contribuyen al soporte, incluyen el diafragma pélvico, el diafragma urogenital y el cuerpo perineal. El diafragma pélvico es la capa más superior y consiste en los componentes de los músculos del elevador del ano. Debajo del diagrama pélvico y cubriendo la mitad anterior del hueco pélvico, está el diafragma urogenital. ⁽⁵⁾

2.1.3 REVESTIMIENTO BLANDO

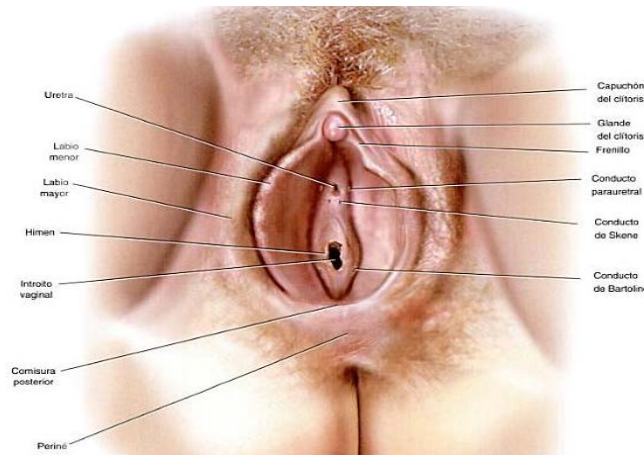
Se trata de un conjunto musculofibroaponeurótico que ocupa el piso perineal. Los músculos que lo componen son los músculos del piso pelviano. En el mecanismo de parto funcionalmente se comportan como 2 cinchas: una cincha precoccígea que es muscular y extensible, y una cincha coccígea musculofibrosa e inextensible. ⁽⁷⁾

La cincha precoccígea está formada por un plano profundo y un plano superficial entre los cuales se encuentra la aponeurosis perineal media. El plano profundo que tiene fuerte inserción en el rafe anococcígeo está constituido por los músculos elevadores del ano y el transverso profundo del periné reforzado por el músculo de Wilson (compresor de la uretra) que actúa como anclaje anterior de esta cincha. El plano superficial está compuesto por el músculo bulbocavernoso, el esfínter externo del ano, el transverso superficial del periné y el músculo isquicavernoso. ⁽⁷⁾

La vagina es un tubo musculoepitelial que se extiende desde el nivel de los genitales externos hasta la porción cervical del útero. Es el conducto reproductor en todos los aspectos, que conecta el exterior con los genitales internos. Anatómicamente, la vagina está insertada caudalmente en el introito a través de los músculos elevadores del ano y los músculos bulbocavernosos. ⁽³⁾

La vulva está formada por los labios mayores, los labios menores, el vestíbulo, el clítoris y los tejidos periclitorideanos y el periné. Puede incluirse al monte de la pubis o de

Venus, tejidos crurales, estructuras y piel de las regiones anal y perianal. El vestíbulo contiene distintas glándulas de secreción mucosa y sus conductos. ⁽³⁾

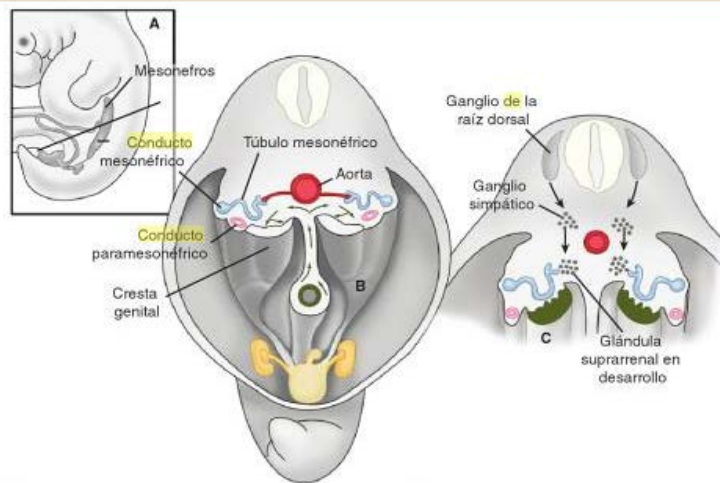


Fuente: Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica.

2.1.4 EMBRIOLOGÍA DEL ÚTERO

El útero y las trompas de Falopio provienen de los conductos de Müller, que aparecen en primer término en el polo superior de la cresta urogenital en la quinta semana del desarrollo embrionario. Esta cresta está constituida por el mesonefros, la gónada y los conductos vinculados. El primer índice de desarrollo de los conductos de Müller es un engrosamiento del epitelio celómico cerca del nivel del cuarto segmento torácico, que se convierte en el extremo fimbriado de la trompa de Falopio, se invagina y crece en sentido caudal para formar un tubo delgado en el borde lateral de la cresta urogenital. ⁽²¹⁾

En la sexta semana, las puntas crecientes de los dos conductos de Müller se acercan entre sí en la línea media. Una semana después alcanzan el seno urogenital. En ese momento los dos conductos de Müller se unen para formar uno solo a nivel de la cresta inguinal. ⁽²¹⁾



Fuente: Libro de Williams: Obstetricia. Capítulo 4. Editorial McGraw Hill; México

2.1.5 ÓRGANOS INTRAPÉLVICOS DEL APARATO REPRODUCTOR

El útero es un órgano muscular hueco que se encarga de contener y nutrir al embrión durante el embarazo y expulsar al feto al final de su desarrollo. Tiene la forma de una pera, con un extremo superior conocido como fondo, una porción media llamada cuerpo y otra inferior llamada cuello. Mide aproximadamente 7 cm de longitud y 3-4 cm de ancho en su porción más amplia, aunque estas dimensiones suelen ser mayores en la multípara. ⁽⁵⁾

La cavidad uterina tiene forma triangular, en sus ángulos externos desembocan las trompas de Falopio y el vértice se continúa con el conducto cervical. La pared uterina consiste en una capa externa llamada peritoneo (perimetrio), una capa muscular media conocida como miometrio y una capa mucosa interna, el endometrio. El miometrio es la capa más gruesa y está formada por fibras de músculo liso que corren en todas direcciones, cuya contracción produce el trabajo de parto ayudando a la expulsión del feto. El endometrio está formado por glándulas y otras células; se le consideran, una capa funcional que se descama y una capa basal que regenera a la capa funcional. ⁽⁵⁾

La cavidad uterina, aplanada en sentido anteroposterior, en un corte coronal del cuerpo uterino, es más ancha por arriba que por abajo. En sus dos ángulos superiores se encuentran los orificios uterinos de las trompas. Conforme nos acercamos al istmo se va estrechando (conducto del istmo), y una vez sobrepaso se ensancha discretamente de nuevo en el cuello (conducto del cuello del útero), que se abre en la vagina a través del orificio uterino. ⁽¹⁰⁾

El cérvix tiene una forma cilíndrica, su longitud es de 2.5 cm aproximadamente. Posee un conducto central, el conducto cervical, que presenta un orificio interno que comunica con el útero y otro externo, que se abre en la vagina. Las trompas de Falopio son conductos musculares que se encargan de transportar al ovocito a la cavidad uterina o a su encuentro con el espermatozoide. Se le consideran cuatro porciones: intramural, istmo, ampolla e infundíbulo. Se localizan en el borde libre del ligamento ancho. ⁽⁶⁾

El canal de parto es el conducto dentro de la pelvis que el feto debe recorrer para nacer durante el trabajo de parto. Está constituido por 3 partes: un sostén rígido (la pelvis ósea y sus articulaciones), un revestimiento blando (los músculos del piso pelviano), y un contenido blando que son las estructuras que serán distendidas durante el pasaje fetal (el segmento inferior, el cuello uterino, la vagina y la vulva). ⁽⁷⁾

El canal óseo del parto. Está formado por los dos huesos iliacos y el sacro, es un canal que forma un ángulo de 90° y que tiene un estrecho superior, una excavación y un estrecho inferior. El estrecho superior mide 13 cm en su diámetro transversal, 11 cm en el anteroposterior y 12,5 cm en los oblicuos. La excavación pelviana mide 12,5 cm en todos sus diámetros y el estrecho inferior 11 cm de diámetro transversal por 12,5 cm anteroposterior. Hay que tener en cuenta que las partes blandas reducen estos diámetros. ⁽⁹⁾

2.1.6 CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE PELVIS

🌈 **PELVIS GINECOIDE:** corresponde al 50% de las pelvis femeninas. En el estrecho superior, el diámetro transversal es levemente mayor que el diámetro

anteroposterior, por lo que el estrecho superior es ovalado/redondeado. Las paredes laterales de la pelvis son rectas, las espinas ciáticas no son prominentes y el diámetro transversal es de 10 cm. El sacro no está inclinado. ⁽⁵⁾

✚ **PELVIS ANDROIDE:** En el estrecho superior el diámetro sagital posterior es mucho más corto que el diámetro sagital anterior, la pelvis anterior es estrecha y triangular. Las paredes laterales son convergentes, las espinas ciáticas prominentes y el arco púbico estrecho. El sacro suele estar inclinado hacia delante. ⁽⁵⁾

✚ **PELVIS ANTROPOIDE:** En el estrecho superior el diámetro anteroposterior es mayor que el diámetro transversal, por ello la forma es de óvalo. Las paredes laterales suelen ser convergentes. El sacro suele ser largo y recto por lo que la hace más profunda que los otros tipos de pelvis. ⁽⁵⁾

✚ **PELVIS PLATIPLOIDE:** Tiene forma ginecoide aplanada, con un diámetro anteroposterior corto y un diámetro transversal ancho. Es una pelvis muy ancha, con espinas ciáticas poco pronunciadas y un sacro corto. ⁽⁵⁾

2.1.7 MODIFICACIONES PLÁSTICAS DE LA PELVIS

Durante el embarazo se produce una separación de la sínfisis púbica de unos 4mm que incrementa el diámetro transversal. Los cambios óseos que se producen durante el parto dependen de la articulación sacroilíaca:

- **BALANCEO:** Consiste en la basculación hacia delante y abajo del sacro. El promontorio se desplaza adelante abajo por lo que la punta del sacro y el coxis se desplazan hacia atrás. De esta forma, se reduce el diámetro promontoretropúbico y al mismo tiempo aumenta el diámetro anteroposterior del estrecho inferior. ⁽⁵⁾

Durante el balanceo, la base del sacro disminuye su papel de cojín intercoxal, las alas ilíacas se acercan ligeramente, las superficies articulares separan más los huesos coxales y por compensación, las tuberosidades isquiáticas se separan, van hacia atrás y arriba, aumentando el diámetro biisquiático. Este movimiento aumenta el diámetro inferior de la pelvis y favorece el desprendimiento. Es similar al efecto de pasar de la posición de decúbito a la posición erecta, la posición en cuclillas y la posición de hiperflexión coxofemoral. ⁽⁵⁾

- **CONTRABALANCEO:** El promontorio se desplaza hacia atrás y arriba por lo que el sacro acaba desplazándose hacia delante. La base del sacro bascula hacia atrás y separa los huesos coxales. Para compensar las tuberosidades isquiáticas tienden a acercarse, por lo que aumenta el diámetro promontoretropubiano y disminuye el diámetro sacropubiano. Este movimiento aumenta el tamaño del estrecho superior y facilita el encajamiento. El contrabalanceo se obtiene por la extensión de las piernas sobre la pelvis y/o por la posición de Welcher (piernas colgantes respecto de la pelvis). ⁽⁵⁾

El canal blando del parto. Está formado por el segmento inferior, el cuello uterino, la vagina, la vulva y el perineo. Todas estas estructuras se distienden y aplanan contra la superficie ósea hasta tapizarla para facilitar el deslizamiento del feto en su salida al exterior. El canal blando del parto se forma durante el período de dilatación. En realidad comienza por la formación del segmento inferior y el borramiento del cuello; después sigue el verdadero período de dilatación del cuello y finalmente la dilatación del perineo en el período expulsivo. ⁽⁹⁾

El canal blando tiene también una curvatura de 90° y como centro la sínfisis del pubis. Su calibre no es igual en todo su trayecto, pues presenta los mismos diámetros que el canal óseo en los diferentes niveles. En su parte inferior se ensancha en sentido anteroposterior por la retropulsión del cóccix y por la dilatación vulvoperineal. ⁽⁹⁾

2.2 DESGARRO VAGINAL DURANTE EL PARTO

2.2.1 DESGARRO PERINEAL

Los desgarros son pérdidas de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como la vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto. ⁽⁸⁾

2.2.1.1 LA VAGINA EN EL PARTO

Después de que la cabeza del niño ha pasado a través del cérvix, se desplaza hacia la vagina, y descansa sobre el piso pélvico; entonces el elevador del ano comienza a distenderse. Este músculo es desplazado hacia abajo y hacia atrás junto con todas las partes blandas del hueco pélvico. Este alargamiento de las partes blandas es mayor en la pared posterior de la vagina (10 cm) que en el anterior (2 a 3 cm). Es evidente que cuando el piso pélvico se desgarra, la vagina generalmente también lo hace. ⁽⁶⁾

2.2.1.2 ETIOLOGÍA

Los esfuerzos realizados por la paciente o por médico, antes de lograr una dilatación cervical completa, además de producir lesiones en el cérvix, empuja hacia abajo a la vagina, aumentando el trauma sobre las capas de ésta. Los desgarros vaginales se producen habitualmente como consecuencia de una sobre distensión, o bien como resultados de operaciones obstétricas por vía vaginal. Estos desgarros ocurren en cualquier lugar de la vagina y pueden ser longitudinales, que es lo más frecuente, pero también es común encontrarlos oblicuos o transversales. Son desgarros muy sangrantes porque la vagina está muy vascularizada. ⁽⁹⁾

2.2.1.2 DESGARROS DEL CANAL BLANDO DEL PARTO

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello, y cuerpo del útero). ⁽²²⁾

2.2.1.3 PACIENTES EN RIESGO PARA PRESENTAR DESGARRO PERINEAL

De todas las usuarias gestantes el riesgo de presentar desgarro perineal, son principalmente las primíparas, en ellas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto, cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal (se describe a un feto con un peso mayor de 4000g). ⁽⁸⁾

También se da por anomalías congénitas y rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna, infecciones) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas y en variedades occipitosacras. ⁽⁸⁾

2.2.1.4 PREVENCIÓN DE DESGARRO PERINEAL

Disminuir la presencia de desgarro es posible, por ejemplo con la episiotomía, que viene a ser un corte realizado al tejido perineal con la finalidad de ensanchar la salida vaginal; se realiza en el período expulsivo con la ayuda de unas tijeras y afecta a la piel, la mucosa y el músculo, la episiotomía tiene muchos beneficios y riesgos, pero en la práctica clínica su uso como técnica alternativa es muy útil.

Existen otras maneras de prevenir el desgarro perineal como:

 Buena nutrición

- ✚ Ejercicios de Kegel
- ✚ Comodidad durante el parto
- ✚ Masaje perineal
- ✚ Parto atendido sin prisa
- ✚ Parto bajo el agua
- ✚ Jadeo y preparación

2.2.2 DESGARROS DEL CUELLO DEL ÚTERO

El desgarro cervical se produce como consecuencia del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros en los partos espontáneos desgarro espontáneo. ⁽²²⁾

Existen lesiones serias del cuello consecutivas a maniobras en las se ha empleado la fuerza: desgarros artificiales, son producidos por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados, fetos voluminosos, etc. Se trata de desgarros que miden más de 2 cm de profundidad a partir del borde externo del cuello generalmente bilaterales, llegan a veces hasta la inserción de la vagina y aún más allá; son muy sangrantes. ⁽²²⁾

2.2.2.1 SÍNTOMAS

Si con el útero bien retraído se observa una hemorragia, es necesario ante todo pensar en un desgarro del cuello. Es obligación entonces, hacer la revisión del cuello con valvas o espéculos. ⁽²²⁾

2.2.2.2 PROFILAXIS

No debe extraerse el feto en las presentaciones pelvianas, ni hacer una aplicación de fórceps o permitir pujar a las parturientas ante de que el cuello se haya dilatado por completo. ⁽²²⁾

2.2.3 DESGARRO VAGINAL

Es una lesión de la pared de la vagina de trayecto lateral y longitudinal, que puede abarcar sólo a la mucosa, a todos los planos de la vagina y aún a los órganos vecinos (vejiga, recto).⁽²²⁾

2.2.3.1 MODO DE PRODUCIRSE

En general, es consecutivo a partos forzados, rotaciones intravaginales del fórceps, dilataciones violentas de vaginas fibrosas, mal irrigadas o con cicatrices de partos anteriores; también puede producirse en partos de fetos voluminosos o cuando la cabeza se desprende con diámetros mayores a los normales.⁽²²⁾

2.2.4 DESGARROS VULVOPERINEALES

Distinguimos cuatro tipos de desgarros del periné, de acuerdo con el grado de extensión; de primer grado, cuando afectan únicamente a la piel; de segundo grado cuando afectan a la musculatura perineal; de tercer grado cuando incluyen al esfínter externo del ano, y de cuarto o complicado, si está tomada la pared del recto.⁽²²⁾

2.2.4.1 CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS VULVOPERINEALES

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados:

Cuadro N°1 Grados de desgarro perineal	
Grados de desgarro perineal	Estructura que comprometen
Primer grado	Solo la piel y los tejidos superficiales
Segundo grado	Además de la piel y los tejidos superficiales están comprometidos los músculos de periné.
Tercer grado	Extiende de los músculos perineales al esfínter del ano
Cuarto grado	Las estructuras anteriores más la mucosa rectal
Fuente: Tesis; Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre- diciembre 2010	

2.2.4.2 CONSECUENCIA DE LOS DESGARROS

Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc. ⁽⁸⁾

2.2.4.3 FACTORES DE RIESGO

- ✚ Edad materna
- ✚ Anemia materna
- ✚ Psicoprofilaxis materna
- ✚ Paridad
- ✚ Tiempo expulsivo
- ✚ Período intergenésico
- ✚ Peso del recién nacido (Atunca & Huamán, 2010)

2.2.4.4 REPARACIÓN DE LAS LESIONES PERINEALES POSPARTO: TÉCNICA DE SUTURA

DESGARROS DE 1º GRADO

Deben de suturarse los bordes de la piel que permanecen separados, no siendo necesario suturar si los bordes están juntos y sin sangrado activo. Se ha evidenciado que la sutura continua intradérmica de la piel condiciona menos dolor en los primeros 10 días tras la reparación. Sin embargo, a largo plazo no se han encontrado diferencias entre los resultados de la sutura con puntos sueltos y la intradérmica. (Amaya, Fisher & Reinoso, 2010)

DESGARROS DE 2º GRADO

La reparación debe iniciarse en los planos profundos, hasta llegar a los más superficiales, con el objeto de evitar espacios muertos. La sutura puede realizarse con puntos sueltos o con sutura continua. Parece que la sutura continua de vagina, músculos perineales y piel es preferible a la clásica sutura discontinua ya que la primera es más rápida de realizar, se utiliza menos material y recientes estudios demuestran que el dolor en los primeros 10 días postparto es menor. El material de sutura recomendado en los desgarros de I y II grado es la poliglactina de absorción rápida.

DESGARROS DE 3º GRADO

La sutura del esfínter interno ha de realizarse completamente y de forma independiente de la del esfínter externo. Ambas deben ser suturas sin tensión. La reparación del esfínter anal interno no puede realizarse de forma secundaria. Se recomienda realizar una sutura terminoterminal tanto en la lesión parcial del esfínter anal externo como en la lesión del esfínter interno, para reparar una lesión completa del esfínter anal externo se recomienda realizar la técnica del solapamiento. Para suturar este tipo de desgarros utilizaremos Monofilamento de 3-0. (Amaya, Fisher & Reinoso, 2010)

DESGARROS DE 4º GRADO

La reparación debe iniciarse con la sutura de la mucosa rectal. Se debe suturar con puntos sueltos, quedando el nudo en la luz intestinal. Esta práctica se realiza con la finalidad de evitar la mayor reabsorción del material de sutura, condicionada por los nudos que quedan enterrados. También es válida la sutura continua intramucosa ya que el nivel de reabsorción del material sería semejante al anterior. El material de sutura recomendado en este tipo de desgarros es la poliglactina de absorción normal. Previa a la reparación de los desgarros de III y IV grado se administrará una dosis de Cefalosporina a la paciente. (Amaya, Fisher & Reinoso, 2010)

2.2.5 EPISIOTOMÍA

Es un procedimiento quirúrgico que agranda la abertura de la vagina durante el parto, a través de una incisión en el perineo, la piel y músculos que se encuentran entre la vulva y el ano. ⁽¹¹⁾

La episiotomía es un procedimiento que se realiza con frecuencia en mujeres en los Estados Unidos. Por décadas, las episiotomías se han practicado como un procedimiento de rutina para acelerar el parto durante la segunda etapa del período de dilatación. Además, pueden prevenir desgarros de la vagina de la madre, en especial desgarros serios que puedan extenderse hasta el ano. ⁽¹²⁾

2.2.5.1 INDICACIONES DE EPISIOTOMÍA

Las indicaciones para realizar una episiotomía son las siguientes:

INDICACIONES FETALES:

Macrosomía fetal, expulsivo prolongado, presentaciones occipito-posterior, hipoxia fetal en expulsivo, feto pre término y presentación podálica. ⁽¹³⁾

INDICACIONES MATERNAS:

VITALES: Periné cicatricial, periné rígido, periné corto, parto precipitado, urgencia materna, etc.

PREVENTIVAS: Impedir prolapso urogenital y la incontinencia urinaria a corto y mediano plazo. ⁽¹³⁾

2.2.5.2 BENEFICIOS Y DESVENTAJAS DE LA EPISIOTOMÍA

En una revisión basada en evidencia del American Journal of Obstetrics and Gynecology, el uso de la episiotomía de rutina se asoció con mayor trauma perineal posterior, complicaciones de sutura y curación, y más tarde dispareunia, incontinencia urinaria y fecal en comparación con la episiotomía selectiva, en 7 ensayos con 4996

mujeres. El uso de la episiotomía en estos estudios fue de alrededor del 73% de rutina y 28% selectiva. La episiotomía debería ser evitada en todo lo posible, pero si se utiliza se desconoce cuál técnica (medio lateral o línea media) proporciona los mejores o peores resultados. ⁽¹⁴⁾

2.2.5.2 TIPOS DE EPISIOTOMÍA

Existen 3 tipos de episiotomía, que se diferencia por la dirección del corte:

EPISIOTOMÍA LATERAL: Parte desde afuera de la comisura vulvar hacia el tercio inferior del labio mayor, en sentido horizontal. Este tipo de incisión, está en desuso puesto que no presenta ninguna ventaja, sin embargo si tiene notables desventajas: posibilidad de dañar la glándula de bartholino, cicatrices viciosas.

EPISIOTOMÍA MEDIANA O MEDIA: Se practica desde la horquilla vulvar posterior hasta las proximidades del esfínter del ano, sentido vertical. Sus puntos a favor son: fácil realización, menor dolor post-parto y dispareunia, buen resultado estético, menor pérdida hemática. Como desventajas; riesgo de desgarro del esfínter anal y recto.

EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL: Se inicia desde la horquilla vulvar posterior hacia el isquion en un ángulo de 45 grados, sentido diagonal (a la izquierda o a la derecha según quién la realice). Sus ventajas; proporciona buen espacio vaginal, menor frecuencia de desgarros tipo III Y IV y de desgarros en general. Desventajas; mayor pérdida de sangre, peor resultado estético, cicatrización más tórpid y defectuosa. ⁽¹⁵⁾

2.3 LESIONES OBSTÉTRICAS NEONATALES

2.3.1 LESIONES DE PARTES BLANDAS

2.3.1.1 MÁSCARA EQUIMÓTICA

La máscara equimótica se manifiesta ante cualquier causa que comprima los vasos del cuello del recién nacido impidiendo el normal retorno venoso tributario de la vena cava superior. Las principales causas determinantes de esta anomalía son las circulares apretadas del cordón o los partos con un período expulsivo prolongado o dificultoso.

El recién nacido presenta intenso color violáceo circunscrito a la cara, que hace pensar en cianosis. La oxigenación no muestra resultado efectivo. La equimosis se acompaña de cierto grado de edema palpebral y de petequias distribuidas en toda la zona. Es frecuente que este cuadro produzca extensas hemorragias subconjuntivales y retínales concomitantes. La reabsorción de este proceso se realiza espontáneamente en uno a tres días y no necesita tratamiento. (Pineda & Vizúete, 2012)

2.3.1.2 ADIPONECROSIS

Consiste en un conjunto de nódulos o placas redondeadas de color violáceo subcutáneas secundarias a necrosis grasas. Se producen por compresión prolongada de ciertas zonas, tanto por niveles óseos maternos como por instrumentos obstétricos. A la exploración aparecen como placas de pocos centímetros de diámetro, duras al tacto y adheridas a la piel suprayacente, sin aumento de temperatura local. (Pineda & Vizúete, 2012)

2.3.1.3 LESIONES MUSCULARES

La lesión muscular que más frecuentemente podemos encontrar es el hematoma del esternocleidomastoideo (0,14% de los nacimientos). Se asocia normalmente a partos traumáticos. Esta lesión suele producirse en la ayuda manual al parto de nalgas o con la aplicación de fórceps o espátulas. Aparece como una tumoración, normalmente unilateral, en el tercio medio del músculo, que se aprecia alrededor de la segunda semana de vida. (Pineda & Vizúete, 2012)

Clínicamente, se manifiesta como una limitación de movimientos. A la palpación permite el movimiento transversal, pero no el longitudinal. El tratamiento consistiría en la fisioterapia precoz mediante movimientos suaves, consiguiéndose la resolución en los primeros seis meses. (Pineda & Vizúete, 2012)

2. 4 TRABAJO DE PARTO

El parto es un proceso fisiológico que consiste en la aparición de contracciones rítmicas y progresivas que producen el borramiento y dilatación del cuello uterino, permitiendo el descenso del feto por el canal del parto, para expulsarlo finalmente a través de conducto genital al exterior, junto con los demás productos de la concepción. (Placenta y membranas ovulares). (Guzmán, 2014)

Según Romero, Bernal & Ponce, (2011), el trabajo de parto empieza cuando no se desencadena espontáneamente y se busca que el nacimiento sea por vía vaginal en las mejores condiciones perinatales y, sobre todo, cuando la continuación del embarazo implica un riesgo para la madre o el feto. El mecanismo que regula la maduración cervical durante el parto sigue sin conocerse por completo; sin embargo, últimamente se ha sugerido que el óxido nítrico puede tener participación en este proceso.

El óxido nítrico lo sintetiza la L-arginina por la sintetasa del óxido nítrico, que es un poderoso vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria, neurotransmisor y mediador decisivo de la citotoxicidad de los macrófagos y de la apoptosis. (Romero, Bernal & Ponce, 2011)

El trabajo de parto se divide en:

FASE 1 O LATENTE: Se produce al final del embarazo hasta el inicio de las concentraciones del trabajo de parto. Inicia aproximadamente a las 14 y 20 horas para multíparas y nulíparas, respectivamente, correspondió al 95 percentil de la escala de Friedman.

Teniendo en cuenta que la sedación se considera como uno de los factores causales de la fase latente prolongada, esta terapéutica ha sido tan criticada que solo se le ha conferido el valor de contribuir al establecimiento del diagnóstico diferencial con el falso

trabajo de parto. En las gestantes que no pasan a la fase activa después de 6 horas de administrado el mederol, se recomienda emplear oxitocina durante un tiempo no definido.

La fase latente es un periodo que sirve en la preparación uterina para el parto, cuyos aspectos a destacar son el reblandecimiento del cuello, el aumento de receptores de oxitocina en las células endometriales, un aumento sustancial de los puentes de unión, del número de conexinas en el miometrio y, por consiguiente, una mayor sensibilidad a los agentes uterotónicos.

FASE 2 O ACTIVA: Está conformado por 3 períodos:

Primer período: Comienza con el trabajo de parto, las contracciones uterinas tienen la duración, intensidad, y frecuencia lo suficiente para producir el borramiento y la dilatación del cuello uterino hasta que se produzca la dilatación completa.

Segundo período: Comienza cuando el cuello uterino ya tiene la dilatación completa y termina cuando ha sido expulsado el feto,

Tercer período: Empieza cuando se origina la expulsión fetal hasta que se produzca la salida de la placenta (alumbramiento) ⁽²⁾

2.4.1 DIVISIÓN FUNCIONAL DEL TRABAJO DE PARTO

Según Guzmán (2014), el proceso del parto se divide en dos unidades funcionales, la primera División de Dilatación cervical y la segunda División Pélvica, de descenso y expulsión del feto. Este proceso está apoyado en un concepto que es físico mecánico, basado en la existencia de una fuerza generada por las contracciones uterinas que propulsan el feto venciendo una resistencia que se le opone, en este caso el cérvix y las fuerzas antagonistas del canal del parto.

Los elementos y fuerzas que interactúan sincrónica y adecuadamente durante el trabajo de parto son cuatro:

1. El canal o conducto (pasaje) del parto formado por las partes blandas y óseas de la pelvis materna.
2. El feto (pasajero u objeto del parto).
3. La placenta.
4. Las contracciones que permiten la expulsión (motor del parto).

2.5 IMPORTANCIA DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA

El primer médico que elaboró una historia clínica, fue Hipócrates y con su muerte, la práctica de confeccionar este tipo de documento inició un largo sueño, del cual despertó en el siglo XIX, cuando se comenzó a darle importancia a la recogida de la vida del paciente, ya que podía actuar como condicionante de la enfermedad. Existen múltiples definiciones de historia clínica. Una de ellas la define como el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario, mientras que otra refiere que constituye el conjunto de documentos surgidos de la relación entre el médico y el paciente. ⁽¹⁶⁾

Funciones de la historia clínica

Las principales funciones que deben cumplir las historias clínicas pueden encontrarse en los siguientes cinco dominios:

-  Asistencial
-  Docente
-  Investigación
-  Gestión
-  Legal ⁽¹⁷⁾

El objetivo principal de la atención a la embarazada es seguir el desarrollo de la gestación desde el inicio y detectar rápidamente cualquier anomalía que pueda presentarse, para realizar su adecuado tratamiento. Con el Control Prenatal se espera captar y tratar oportunamente situaciones que aumenten la morbilidad obstétrica y perinatal. Estos eventos pueden agravarse y llevar a una discapacidad severa o la muerte tanto de la madre como del niño, desencadenando otros problemas relacionados con la dinámica familiar y social.⁽¹⁸⁾

El uso rutinario de la Ecografía Prenatal (ECOPN) se ha estandarizado con el objetivo de realizar un acercamiento a la salud del embrión o feto; establecer la edad gestacional, y si el embrión o feto está vivo; detectar anomalías congénitas, embarazos múltiples, trastornos del crecimiento fetal y alteraciones de la placenta.⁽¹⁸⁾

El control prenatal debe cumplir con cuatro requisitos básicos (para poder disminuir el riesgo referido anteriormente): ser precoz, periódico, completo, y de amplia cobertura.

- ✚ Precoz: tratando de que la primera consulta sea antes de las 20 semanas de gestación, y si es posible en el primer trimestre. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además permite la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo.
- ✚ Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada (las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo), pero deben realizarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo.
- ✚ Completo: Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

- Amplia cobertura: Sólo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal. ⁽¹⁹⁾

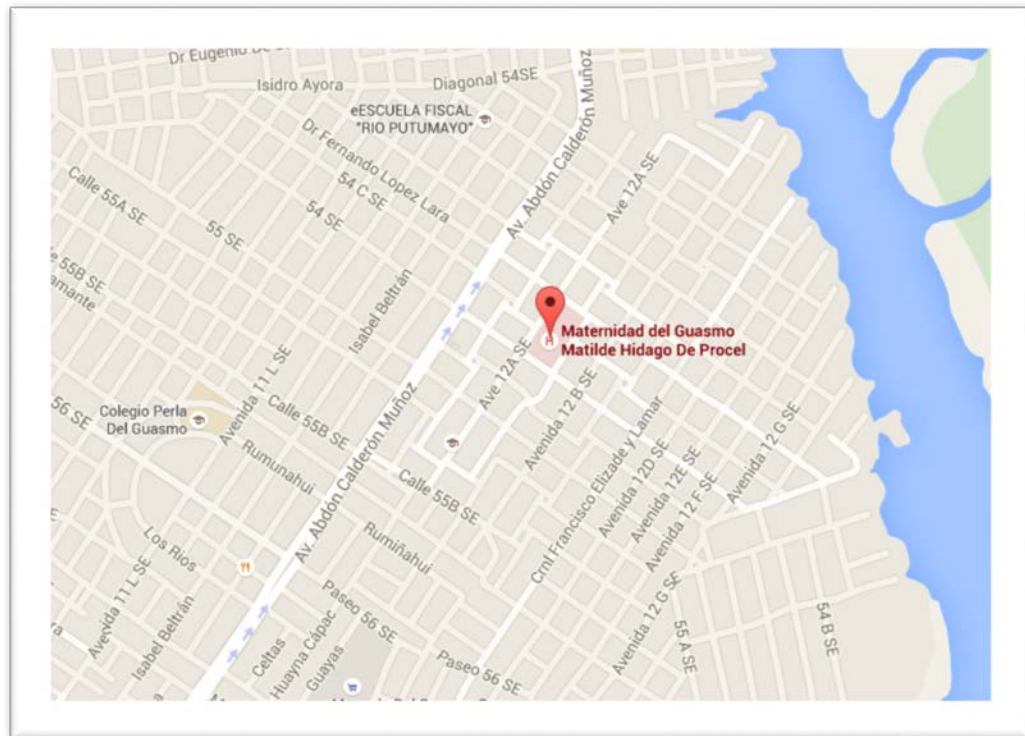
Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetra) durante el período del embarazo de bajo riesgo. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. ⁽²⁰⁾

3.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.- MATERIALES

3.1.1.- LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en la Parroquia Ximena del Cantón Guayaquil de la Provincia del Guayas, en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” en el servicio de Estadística, ubicado en el Guasmo Sur, en las calles Olga de Bucaram y 29 de mayo. Fue fundado el 8 de Agosto del año 1999.



3.1.2.-CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Es un Hospital muy accesible para toda la comunidad que brinda todos los servicios de atención médica e incluso referida de otros lugares del país.

3.1.3.- PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende del 5 de Mayo del 2014 al 29Abrill del 2015.

3.1.4.- RECURSOS A EMPLEAR

3.1.4.1.- TALENTO HUMANO

Autor

Tutor de tesis

3.1.4.2.- RECURSOS FÍSICOS

 Computador

 Impresora

 Material de oficina (papel, lápices, bolígrafo, tinta, CD, pen drive)

 Cuaderno de recolección de datos

3.1.5.- UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 UNIVERSO

El universo fue constituido por 330 historias clínicas revisadas y analizadas durante el periodo de la investigación.

3.1.5.2.- MUESTRA

Aplicados los criterios de Inclusión y de exclusión la muestra se conformó con 117 casos las mismas que se comentaron en la metodología utilizada en este trabajo.

3.2 MÉTODO

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se realizó es de tipo

Descriptivo

Retrospectivo

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Transversal.

No experimental

3.2.3 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron las encuestas y las fichas clínicas de las embarazadas que acudieron en el área de toco-quirúrgico del Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel” durante el tiempo de estudio del mes de 5 mayo del 2014 a 29 Abril del 2015.

De las historias clínicas se tomaron los datos de filiación, socioeconómicos. Con los datos obtenidos de las fichas clínicas, y las encuestas realizadas a las pacientes se procedió a tabularlos en el programa Microsoft Excel; luego se realizaron las tablas, y gráficos para cada uno de los objetivos planteados y se llegó a una conclusión estadística.

3.2.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

3.2.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

-  Trabajo de parto eutócico.
-  Pacientes que ingresan con trabajo de parto fase latente.
-  Embarazo a término.

3.2.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-  Trastornos óseos de la pelvis
-  Trabajo de partos por distocia de presentación.
-  Pacientes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo
-  Preeclampsia
-  Eclampsia

INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Matriz de recolección de datos

Se elaboró la matriz en base a los objetivos planteados en el trabajo de investigación la misma que nos permite recoger los datos para luego ser analizados y tabulados de manera conjunta con el Tutor del Trabajo de Titulación.

3.2.5.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo De Procel” utilizando información de las Historias Clínicas revisadas de pacientes que tuvieron parto eutócico simple que fueron atendidas en el área de toco-quirúrgico durante el periodo de estudio determinado. La que fue tabulada en cuadros, gráficos, así como la combinación entre las mismas para su análisis e interpretación.

3.2.6.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la realización de esta investigación contamos con la autorización de la directora del HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA MATILDE HIDALGO DE PROCEL”.

Se consideró que es una investigación sin riesgo, porque se realizó un estudio retrospectivo en el cual se revisaron las historias clínicas, obteniendo los datos necesarios para la investigación, en la que no se trató directamente con la paciente.

(Título segundo, Art 17, fracción I, de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud). Como estudiante legalmente de la Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia, mi trabajo de investigación fue dirigido por un tutor Docente de la Facultad que se considera el investigador principal y se solicitó la autorización por escrito a la institución para la revisión de las historias clínicas (Título sexto, capítulo único de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud).

La investigación se desarrolló conforme a los principios de la bioética médica, los datos que fueron obtenidos son totalmente reales y confidenciales.

Art. 32 Es derecho de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprende. El estado promoverá el dialogo intercultural en sus múltiples dimensiones. La salud es un derecho que garantiza el estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

3.2.7.- PRESUPUESTO

El precio de la investigación es de: Autofinanciado.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente trabajo de titulación, está basado en la investigación que se realizó para conocer una alternativa de solución al problema formulado:

Incidencia de Traumas de Partes Blandas del Canal Vaginal durante el parto en Pacientes Atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” del 5 Mayo 2014 - 29 Abril 2015

Cada instrumento se elaboró a través de la recolección de datos extraído de las historias clínicas de carpetas con información completa, de esta manera se pretende actualizar los datos estadísticos de pacientes, que han tenido parto eutócico simple.

La muestra extraída es de 117 casos importantes para la investigación:

Para el proceso de tabulación de datos, se utilizó Microsoft Excel, con este programa se logró el ingreso, procesamiento y presentación de resultados, con los datos recabados en la recolección de datos.

DATOS DE RECOLECCIÓN
INFORMACIÓN GENERAL
INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL
DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”
DEL 5 DE MAYO 2014 - 29 DE ABRIL 2015 (117 PCTES)

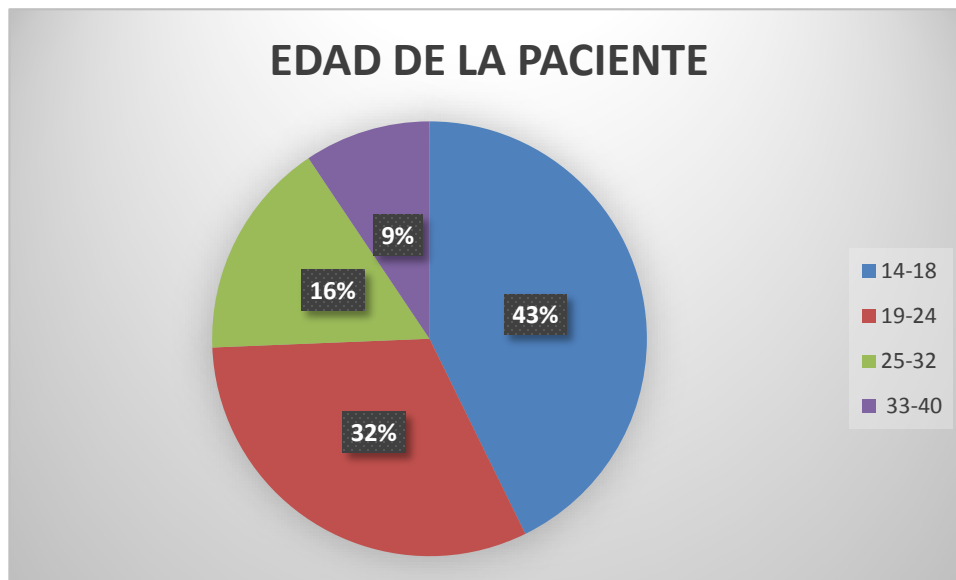
DETERMINACIÓN DE LA EDAD DE LA PACIENTE

CUADRO 1

GRUPO POR EDAD	FRECUENCIA(F)	PORCENTAJE (%)
14-18	50	42,74%
19-24	37	31,62%
25-32	19	16,24%
33-40	11	9,40%
TOTAL	117	100 %

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 1: como se puede apreciar en el cuadro entre el grupo de edades del 100 % de los casos de traumas de partes blandas, el 43 % (50) tienen entre 14 - 18 años, el 32 % (37) 19 – 24 años, el 16% (19) 25 – 32 años, el 9% (11) 33 – 40 años, De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia de traumas de partes blandas se da en edades de 13 a 18 años, (50) que corresponde al 43%.

INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” DEL 5 DE MAYO 2014 – 29 DE ABRIL 2015 (117 PCTES)

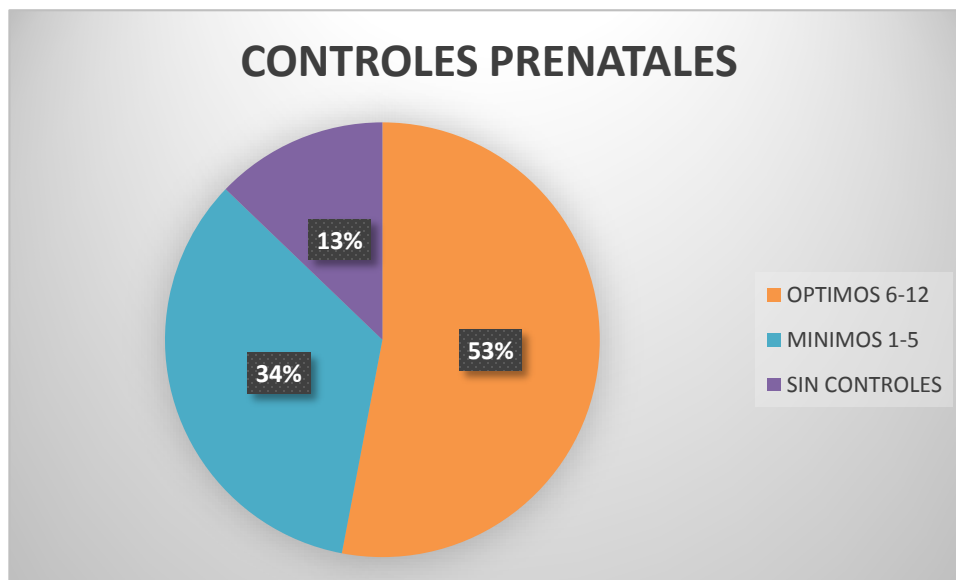
DETERMINACIÓN DE LOS CONTROLES PRENATALES.

CUADRO 2

NÚMERO DE CONTROLES	FRECUENCIA(F)	PORCENTAJE (%)
OPTIMOS 6-12	62	52.99%
MINIMOS 1-5	40	34.19%
SIN CONTROLES	15	12.82%
TOTAL	117	100 %

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 6: El resultado del estudio indica que presentaban controles prenatales óptimos en un 53%, mínimos un 34% y sin controles previos en un 13%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia en cuanto al número de controles prenatales recibidos, se da en óptimos, (62) que corresponde al 53%.

**INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL
DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”
DEL 5 DE MAYO 2014 - 29 DE ABRIL 2015 (117 PCTES)**

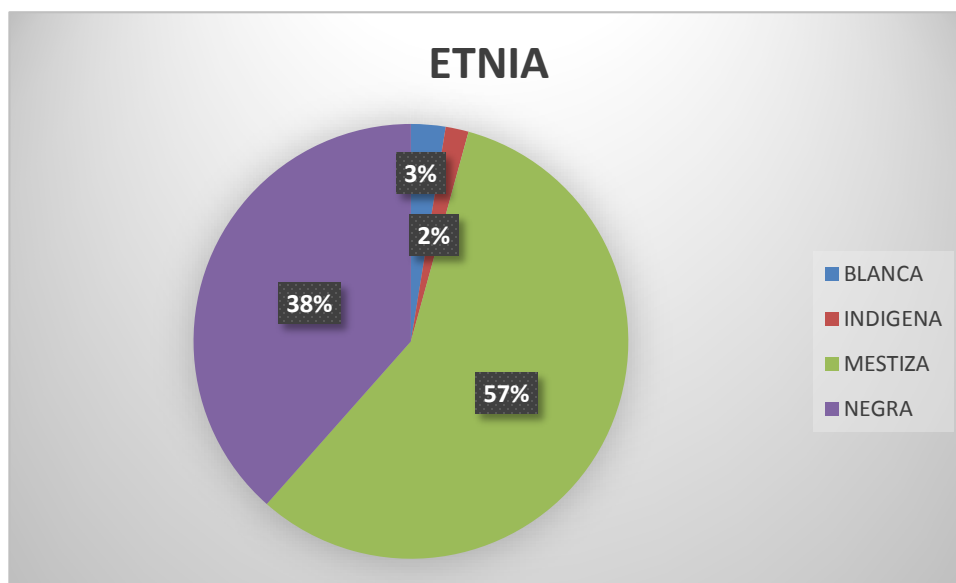
DETERMINACIÓN SEGÚN SU ETNIA

CUADRO 3

ETNIA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
BLANCA	3	2,56
INDIGENA	2	1,71
MESTIZA	67	57,26
NEGRA	45	38,46
TOTAL	117	100 %

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 7: El resultado indica que frente al estudio; mestiza el porcentaje presentado es de 57%, negra el 38%, blanca el 3% e indígena el 2%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia en cuanto a su etnia se da en pacientes mestizas, (67) que corresponde al 57%.

**INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL
DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”
DEL 5 DE MAYO 2014 - 29 DE ABRIL 2015 (117 PCTES)**

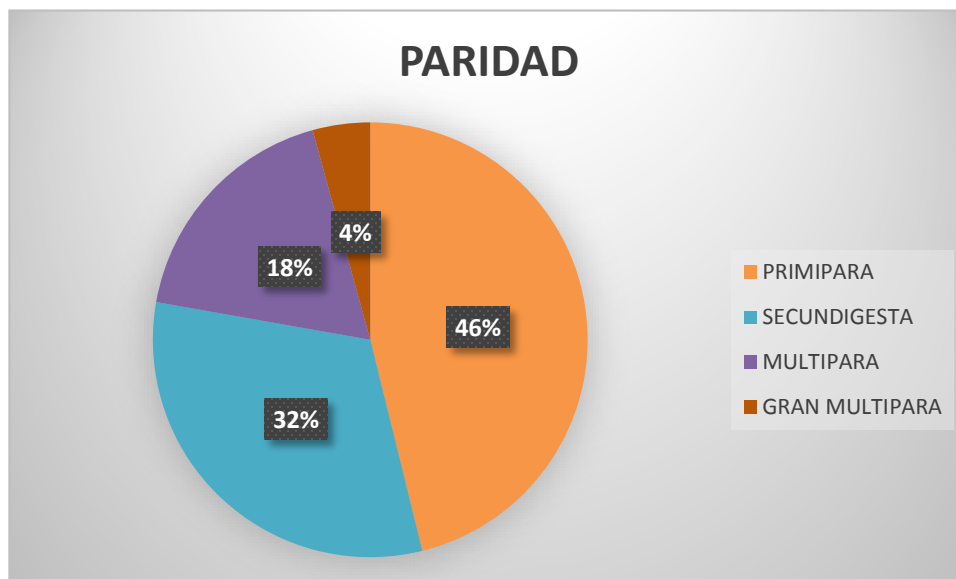
DETERMINACIÓN SEGÚN SU PARIDAD

CUADRO 4

PARIDAD	FRECUENCIA(F)	PORCENTAJE (%)
PRIMIGESTA	54	46,15%
SECUNDIPARA	37	31,62%
MULTIPARA	21	17,95%
GRAN MULTIPARA	05	4,27%
TOTAL	117	100 %

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 8: El resultado indica que frente al estudio; pacientes primípara el porcentaje presentado es de 46%, secundigesta el 32%, múltipara el 18% y gran múltipara el 4%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia en cuanto a la paridad se da en pacientes primípara, (54) que corresponde al 46%.

INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” DEL 5 DE MAYO 2014 - 29 DE ABRIL 2015 (117 PCTES)

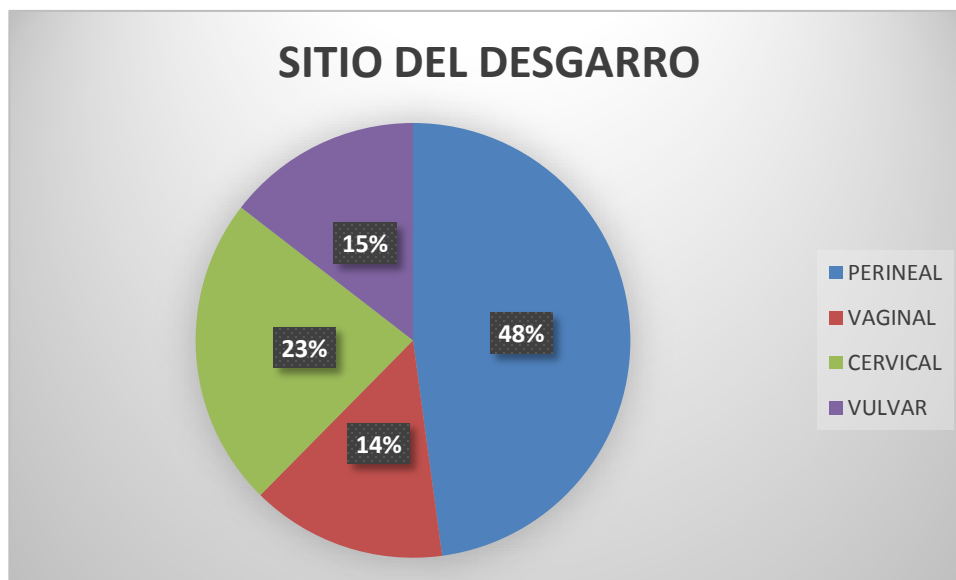
DETERMINACIÓN DEL SITIO DEL DESGARRO.

CUADRO 5

SITIO DEL DESGARRO	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
PERINEAL	56	47,86%
VAGINAL	17	14,53%
CERVICAL	27	23,08%
VULVAR	17	14,53%
TOTAL	117	100%

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 9: El resultado indica que frente al estudio pacientes desgarro perineal el porcentaje presentado es de 48%, cervical el 23%, vulvar el 15% y vaginal el 14%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia de desgarro es a nivel perineal se da en, (56) que corresponde al 48%.

INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” DEL 5 DE MAYO 2014 - 29 ABRIL DE 2015 (117 PCTES)

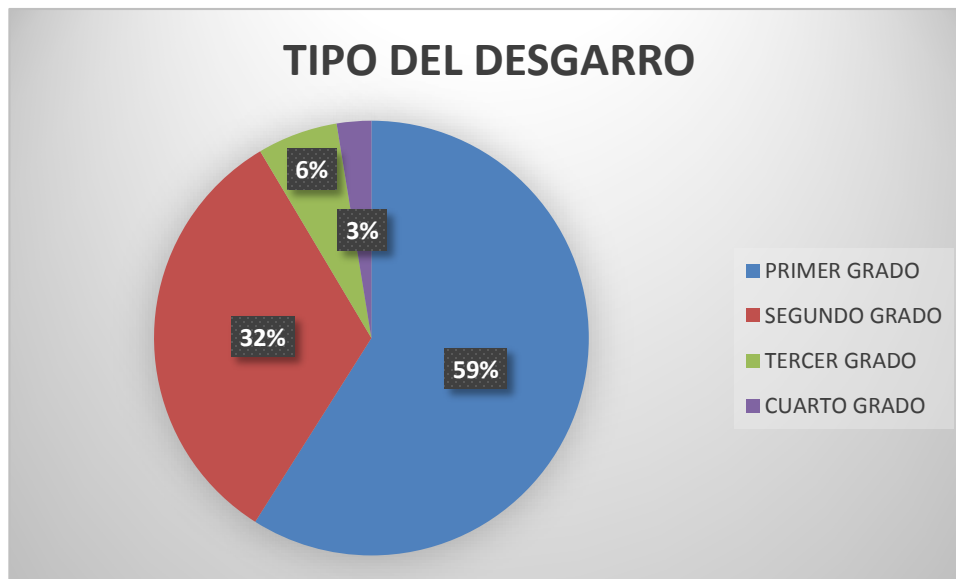
DETERMINACIÓN DEL TIPO DEL DESGARRO.

CUADRO 6

GRADO DEL DESGARRO	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
PRIMER GRADO	69	58,97
SEGUNDO GRADO	38	32,48
TERCER GRADO	7	5,98
CUARTO GRADO	3	2,56
TOTAL	117	100 %

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 10: El resultado indica que frente al estudio; grado uno el porcentaje presentado es de 59%, grado dos el 32%, grado tres el 6% y grado cuatro el 3%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia se da en grado uno, (69) que corresponde al 59%.

**INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL
DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”
DEL 5 DE MAYO 2014 - 29 DE ABRIL 2015 (117 PCTES)**

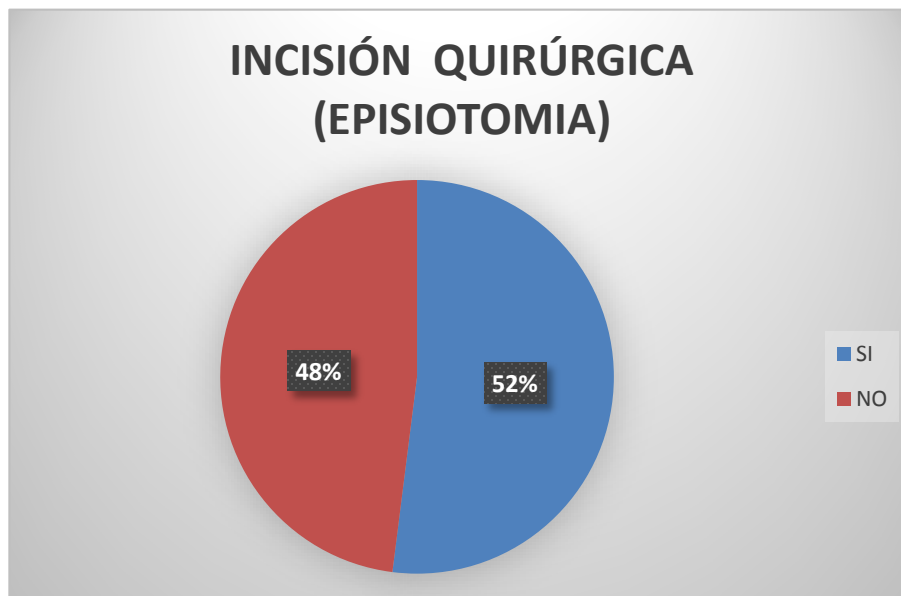
DETERMINACIÓN DE REALIZACIÓN DE INCISIÓN QUIRÚRGICA.

CUADRO 7

EPISIOTOMIA	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
EPISIOTOMIA (SI)	61	52,14
EPISIOTOMIA (NO)	56	47,86
TOTAL	117	100 %

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 11: El resultado indica que frente al estudio; realización de incisión quirúrgica (Episiotomía) porcentaje presentado es de 52%, no realización de incisión quirúrgica (Episiotomía) el 48%.

**INCIDENCIA DE TRAUMAS DE PARTES BLANDAS DEL CANAL VAGINAL
DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL”
DEL 5 DE MAYO 2014 - 29 DE ABRIL 2015 (117 PCTES)**

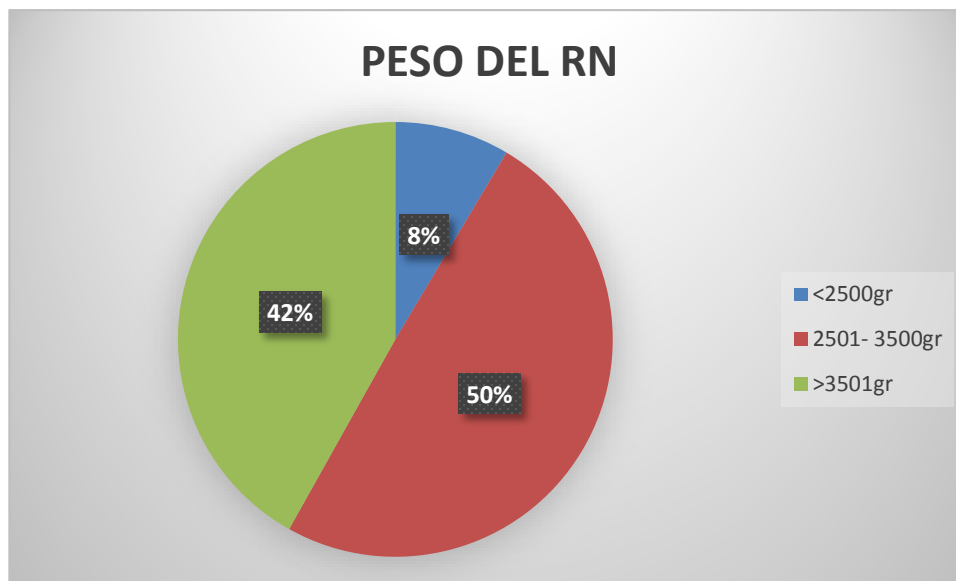
DETERMINACIÓN DEL PESO REGISTRADO AL NACIMIENTO.

CUADRO 8

PESO RN	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
<2500gr	10	8,55%
2501- 3500gr	58	49,57%
>3501gr	49	41,88%
TOTAL	117	100%

FUENTE: Datos de la Investigación

ELABORACIÓN: Autora



Análisis y Discusión de Cuadro y Gráfico 12: El resultado del estudio indica que en cuanto al peso del RN 2501-3500gr un 50%, >3501gr un 42%, <2500gr un 8%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia, se da en RN con un peso entre 2501-3500gr, (58) que corresponde al 50%.

5. RESULTADOS

El total de 117 historias clínicas cumplían los criterios de inclusión, 2014 – 2015 (Mayo - Abril), en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel “. Del análisis de los resultados las conclusiones son las siguientes:

CONCLUSIONES:

- El grupo de edad donde el trauma durante el parto es más frecuente es en edades de 14 a 18 años con un 43 % de los casos de las pacientes.
- El 53% de las historias clínicas presentaban controles prenatales óptimos durante su embarazo pero el 34% fueron mínimos y el 25 % y sin controles prenatales el 13%.
- El 57% de las pacientes que presentaron trauma durante el parto eran de raza mestiza y el 38% negra.
- El 46% de las pacientes con trauma durante el parto eran pacientes primíparas, el 32% secundigesta, el 18% múltipara y el 4% gran múltipara. Podemos darnos cuenta que el riesgo de sufrir un traumatismo durante el parto es mayor cuando la paciente es primípara.
- De acuerdo al sitio donde se produjo el desgarro durante el parto tenemos que los desgarros perineales fueron los más frecuentes con el 48%, le siguen los cervicales con un 23%, luego a nivel vulvar con un 15%, y por último vaginal con el 14%.
- De acuerdo al tipo de desgarro tenemos que los de primer grado son los más frecuentes con el 59%, luego tenemos los de segundo grado con el 32%, en tercer lugar los de tercer grado con el 6% y por último los de cuarto grado con el 3%.
- De acuerdo a la realización de incisión quirúrgica_(Episiotomía) tenemos que a un 52% si se le realizo episiotomía seguido de un 48% que no se le realizo episiotomía.
- En cuanto al peso del RN 2501-3500gr un 56%, >3501gr un 36%, y <2500gr un 8%. De los resultados obtenidos se concluyó que la mayor frecuencia, se da en RN con un peso entre 2501-3500gr, (65) que corresponde al 56%.

RECOMENDACIONES

- ✚ Valorar a las pacientes con respecto a la dilatación las mismas que deben ser llevadas al expulsivo con una dilatación completa.
- ✚ A nivel hospitalario analizar y estudiar semanalmente los casos que se presenten con trauma obstétrico, para mejorar la atención en el momento del parto.
- ✚ Brindar el apoyo a las pacientes que acuden a la consulta prenatal, explicar brevemente y con palabras sencillas, sobre los cambios fisiológicos, hormonales, emocionales durante su etapa de embarazo y sobre el desarrollo de su hijo.
- ✚ Concientizar lo importante que son los controles prenatales, para detectar a tiempo alguna complicación que dificulte el parto y pueda dar origen a algún trauma obstétrico.
- ✚ Establecer confianza, demostrando calidad y calidez a la paciente, respetando etnias, religiones y costumbres.

PROPUESTA

Para prevenir los traumas obstétricos el personal especializado Médicos, Obstetras, Residentes, Internos, deben de seguir en constante actualización científica y técnica, para evitar riesgos y complicaciones durante la extracción del producto.

Además impartir charlas educativas a las pacientes que acuden a la consulta externa, concientizándolas sobre la importancia del control pre natal, para el buen desarrollo del embarazo y así prevenir complicaciones posteriores en el momento del parto.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Andina, E. (2002). Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. Obtenido de: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/gpc/6.pdf>
2. Baggish, M., Karam, M. (2009) Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica. Capítulo 1. Panamericana; España. 2da. ed. pág 43-44. Obtenido de: https://books.google.com.ec/books?id=-ZgZVkbTuiEC&pg=PA50&dq=Los+vasos+linf%C3%A1ticos+de+la+pelvis+generalmente+siguen+el+curso+de+los+grandes+vasos+sangu%C3%ADneos.+Los+ganglios+linf%C3%A1ticos+p%C3%A9lvicos+se+localizan+en+diversos+sitios,+vasculares+y+no+vasculares.+Desde+el+cuello+del+%C3%Batero,+los+vasos+drenan+hacia+una+serie+de+ganglios+primarios&hl=es&sa=X&ei=PopaVZ_eDtHisATDjYGIDQ&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
3. Cabero, L., Saldívar, D., Cabrillo, E. (2007). Obstetricia y Medicina Materno Infantil. Obtenido de: <https://books.google.com.ec/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA1374&dq=obstetricia+materno+infantil&hl=es&sa=X&ei=eol1aVdiHHcvmsATev4LYBw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=obstetricia%20materno%20infantil&f=false>
4. Cabero, L., Saldívar, D. (2009). Operatoria Obstetricia. Obtenido de: <https://books.google.com.ec/books?isbn=6077743674>
5. Carnicero, J., & Fernández, A. (2012) Manual de Salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud. Obtenido de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3035/S2012060_es.pdf?sequence=1#page=74
6. Couto, N., D., Montes., A & Napoles., M., D. (2012). Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto
7. Cruz., H., J., Hernández., G., P., Marcel., E., Dueñas., N., & Salvato., (2012) A. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 38, n. 3, sept. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009&lng=es&nrm=iso>.

8. Cunningham, F. (2011). Williams: Obstetricia. Capítulo 4. McGraw Hill; México; 23ª.ed. pág 98
9. García, C., E. (2013). La episiotomía en la era del parto humanizado. Obtenido de: <http://bucserver01.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Gualán, C., C.,A., & Guanoluisa.,C.,O.,I. (2014). Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del hospital Vicente Corrasl Moscoso, Cuenca- Ecuador.2014. Obtenido de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21517/1/Tesis.pdf>
11. Martínez, J. (2013). Manual de asistencia al parto. Capítulo 1. Elsevier; España;pág 10-12 Obtenido de : <https://books.google.com.ec/books?id=4baoHJUc5kcC&pg=PT27&dq=pelvis&hl=es&sa=X&ei=aib9VLLoIczbsASW6YFw&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=pelvis&f=false>
12. Pazan, S. (2010). Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velazco Ibarra. Tesis previa a la obtención de Medico General; Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador.
13. Pérez, P. (2013). Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Galvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033885_Perez.pdf
14. Recuperado el 28 de Abril de 2015 de: <https://anatomiaenobstetricia.files.wordpress.com/2012/09/17-canal-de-parto-y-mecanismo-de-parto.pdf>
15. Recuperado el 28 de Abril de 2015 de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2960/1/atunca_sd.pdf
16. Saldarriaga, W., Ruiz, F., Fandiño, A., Cruz, M., Isaza de Lourido, C. (2014). Evaluación del diagnóstico prenatal de anomalías congénitas diagnosticables por ecografía prenatal en pacientes en unidades de cuidado intensivo neonatal de Cali, Colombia. Rev. Colombia Médica - Vol. 45 N°1 2014 (Ene-Mar). Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co
17. Salas, B., Yépez, E., Freire, M. (2008). Lecciones aprendidas por los equipos de mcc para lograr la aplicación de prácticas basadas en la evidencia en CONE.

- Recuperado el 27 de Mayo de 2015 de: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>
18. Santisteban, A. (2004). Obstetricia y Ginecología. Capítulo 9. Obtenido de: <http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/Ginecobstetricia%20-%20RIGOL/cap09.pdf>
 19. Trujillo A. Protocolo de indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia. 2012. Disponible en: http://intranet.esecarmenemiliaospina.gov.co/images/calidad/mapa3/7%20Servicios%20Hospitalarios/2%20Subprocesos/2%20Obstetricia%20Baja%20Complejidad/3%20Guias/SH-S2G13V2Guia_Episiotomia_Episorrafia.pdf
 20. University of Maryland Medical Center. Episiotomia. 2012. Disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y parto/episiotomia>
 21. Vargas M. Episiotomía. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXVIII (599) 461-466 2011. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art13.pdf>
 22. Walker, C. (2013). Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. Capítulo 1. Elsevier; España; 2da.ed. p Obtenido de: <https://books.google.com.ec/books?id=xYo3AgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Carolina+Walker+Chao%22&hl=es&sa=X&ei=4ohaVb3APLWTsQTt24GoAw&ved=0CBwQ6AEwAA#v=onepage&q=PELVIS&f=false>

7. ANEXOS

	5	6	7	8	9	1	1	1	1	2	3	4	5
	-	-	-	-	-	0	1	2	-	-	-	-	-
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
Recolección de datos													
Ordenamiento de la información													
Tabulación de la información													

<i>Entrega de la tesis</i>														
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

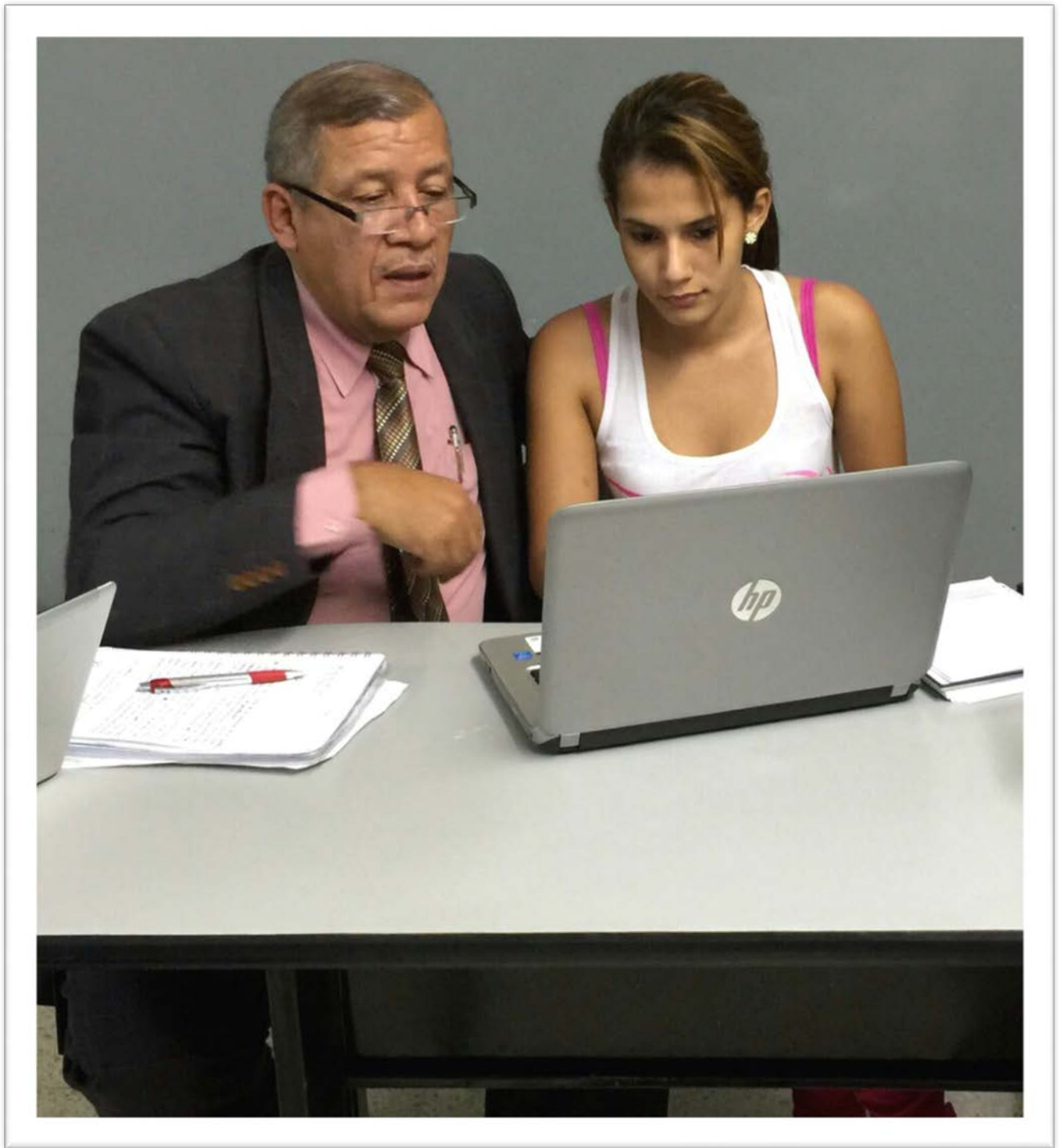
Incidencia de Traumas de Partes Blandas del Canal Vaginal durante el Parto en Pacientes
Atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” Mayo 2014 -
Abril 2015.

MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS

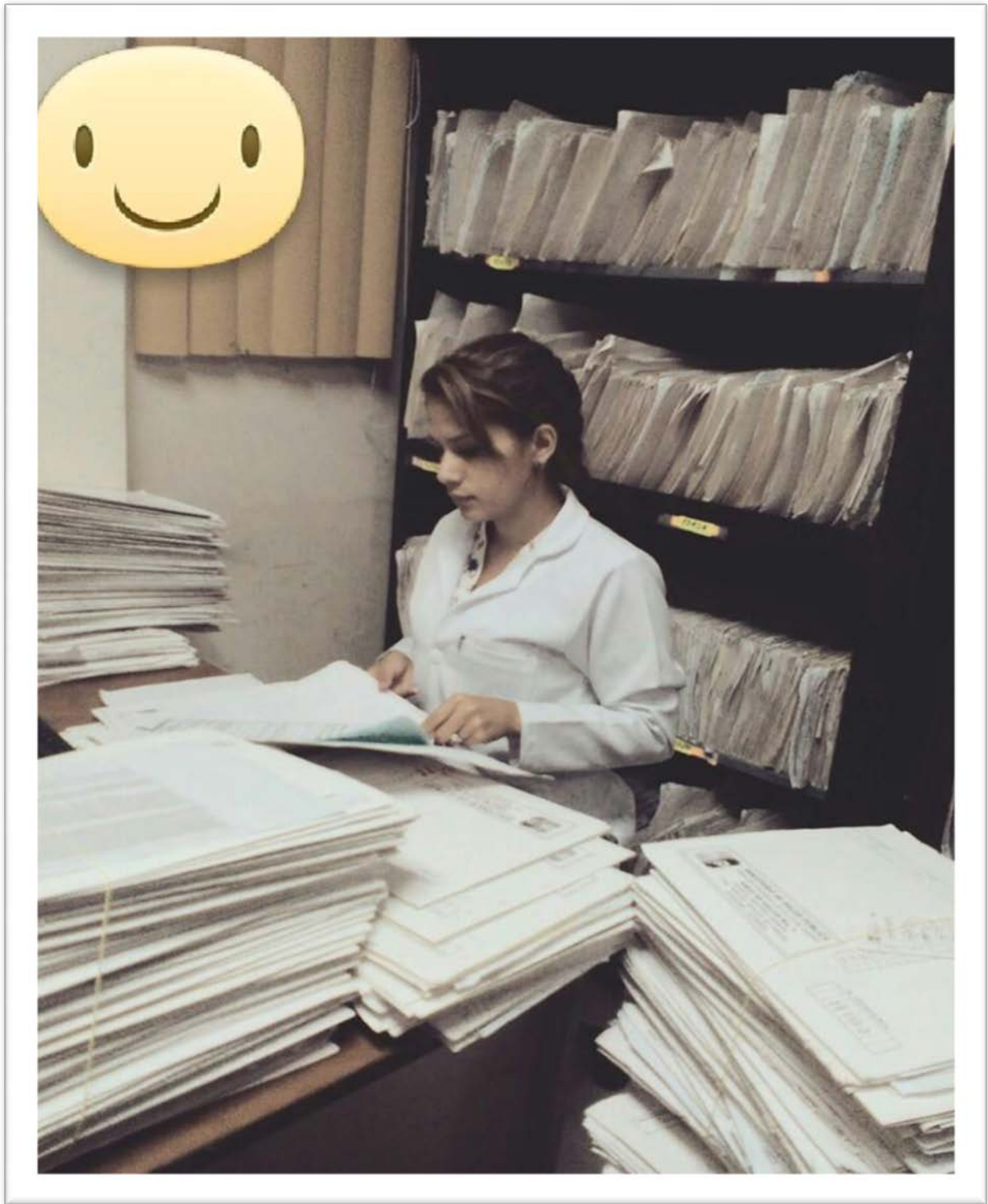
NOMBRES Y APELLIDOS	
# CÉDULA	
#HISTORIA CLINIICA	
EDAD	
PROCEDENCIA	
ESTADO CIVIL	
NIVEL SOCIO ECONÓMICO	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
# CONTROLES PRE-NATALES	
ETNIA	
PARIDAD	
DIAGNÓSTICO	
PESO DEL RECIEN NACIDO	
APGAR DEL RECIÉN NACIDO	



ANEXO 1: PACIENTE EN LABOR DE PARTO. SE LE BRINDA EL APOYO NECESARIO.



ANEXO 2: REALIZANDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN CON AYUDA DEL TUTOR DR. CARLOS TORRES NOÉ.



ANEXO 3: RECOPILANDO INFORMACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA SOBRE PACIENTES QUE HAN TENIDO PARTO EUTÓCICO SIMPLE.

167969	19675	177085	21113
177021	15936	177123	177495
177017	20958	20851	21034
174133	177368	176746	20216
20850	21079	177143	131656
174146	172213	20335	101238
174664	167080	129174	110368
20922	122258	21044	177454
20928	21080	177201	152518
20925	177371	20989	21120
18000	176813	122961	176971
20573	13063	12005	103906
174241	18102	177199	
20923	177372	20997	
175225	20828	177249	
20798	176553	146509	
20930	20740	20985	
135968	15628	174974	
177071	176691	11914	
175011	177402	20469	
20623	176798	175137	
174013	21064	20939	
149678	21065	177145	
177018	141236	124595	
174980	14869	20333	
155380	177406	177247	
176969	177403	21013	
167969	19675	177085	
177021	15936	177123	
177017	20958	20851	
174133	177368	176746	
20850	21079	177143	
174146	172213	20335	
174664	167080	129174	
20922	122258	21044	

ANEXO 4: NÚMERO DE HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PARTO EUTÓCICO SIMPLE. TOTAL (117)

ANEXO 5: HOJA 052 IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO DE ESTA INVESTIGACIÓN

Dirección Provincial de Salud del Guayas
ÁREA DE SALUD No. 1
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL

HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL - MSP

DOMICILIO: Barrio 5, Lago Roca, 4-24
LOCALIDAD: Provincia
FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/82
ESTRUC. ALFA: blanca
ESTRUC. BETA: negra
ESTUDIOS: 18/49/33
CONDOMINIO: 18/49/33

1. ANTECEDENTES

2. GESTACIÓN ACTUAL

3. PARTO O ABORTO

4. RECÉN NACIDO

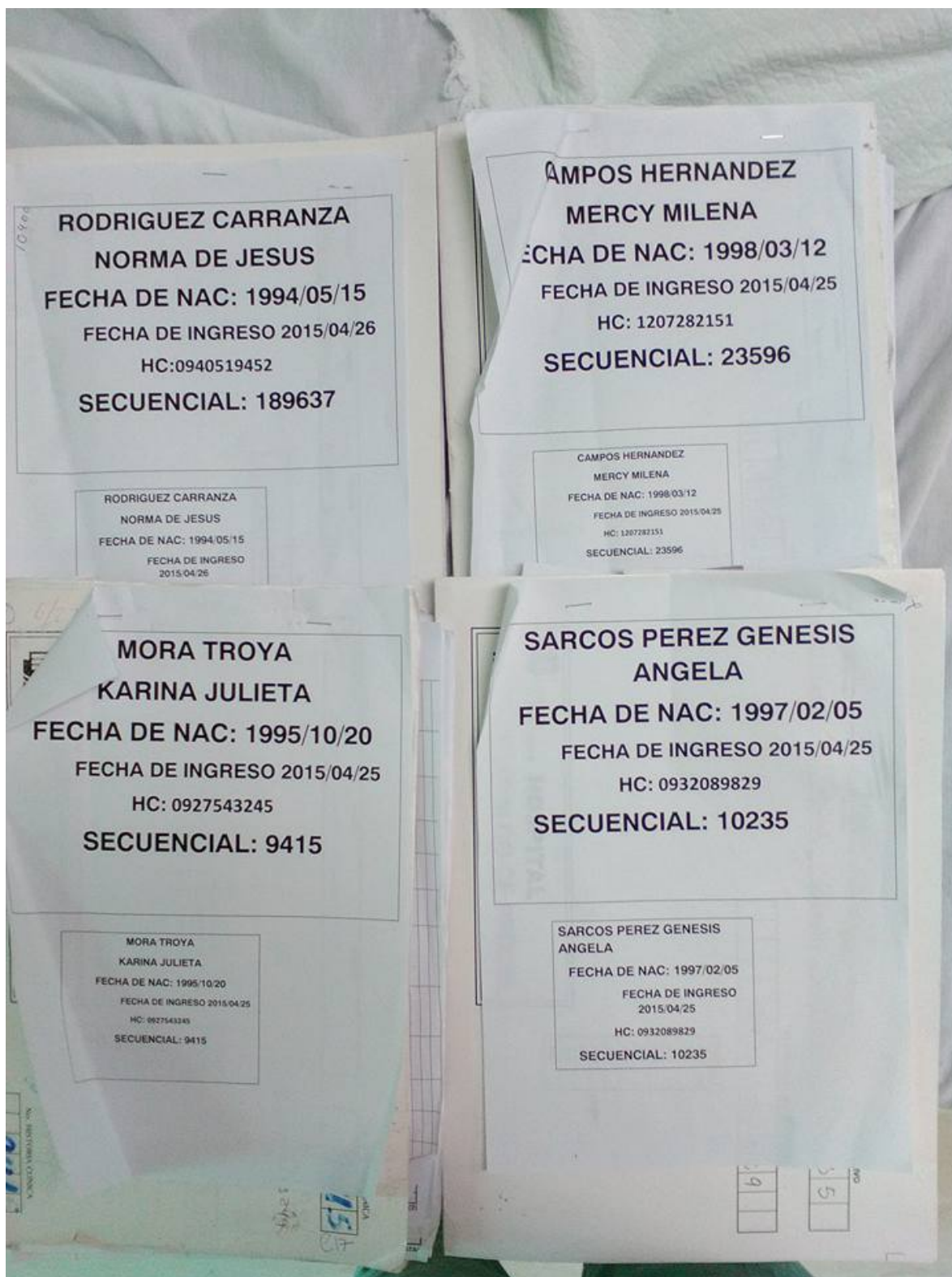
5. EGRESO RN

6. EGRESO MATERNO

H.C.U. Form # 051-2008

ATENCIÓN PERINATAL

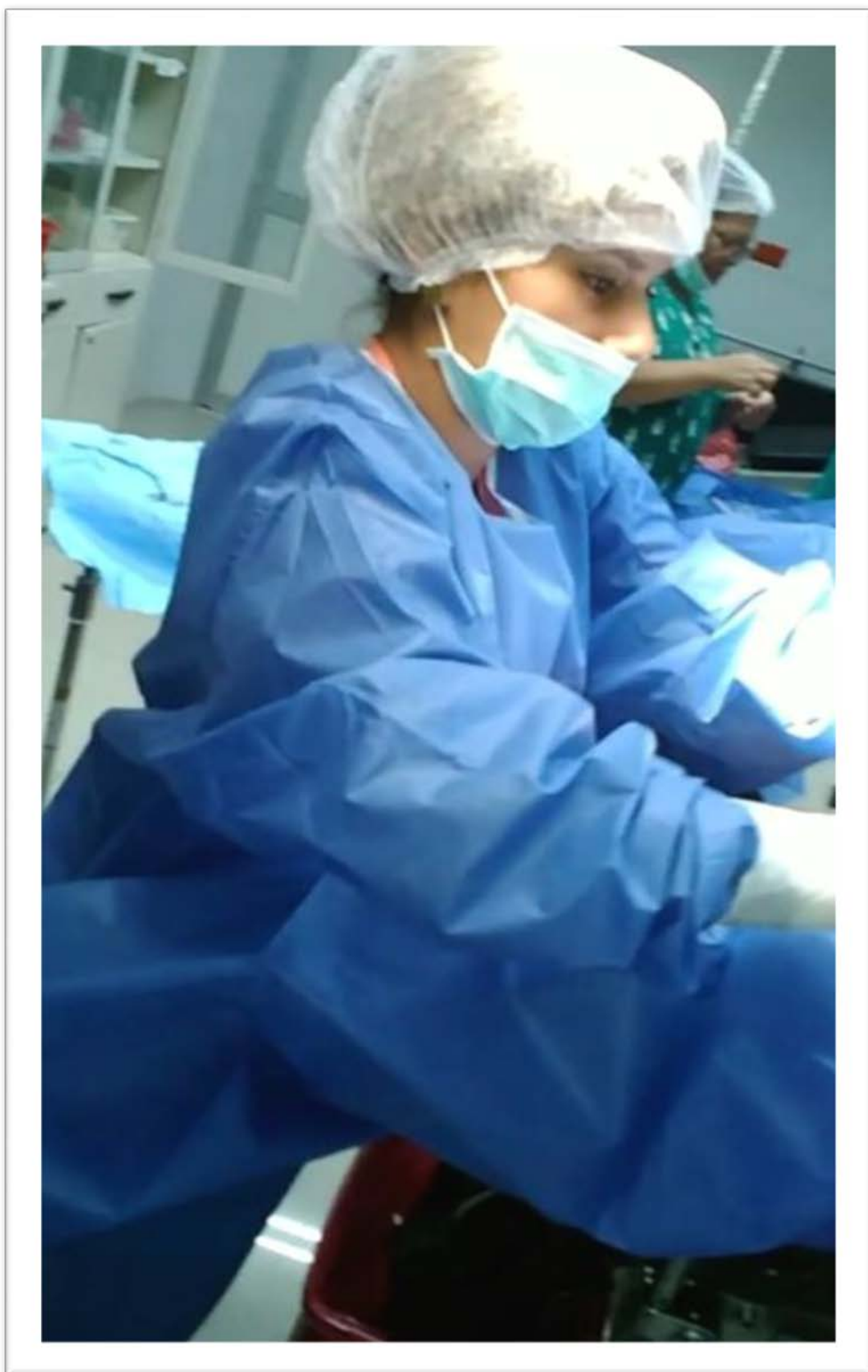
ANEXO 6: HOJA 052



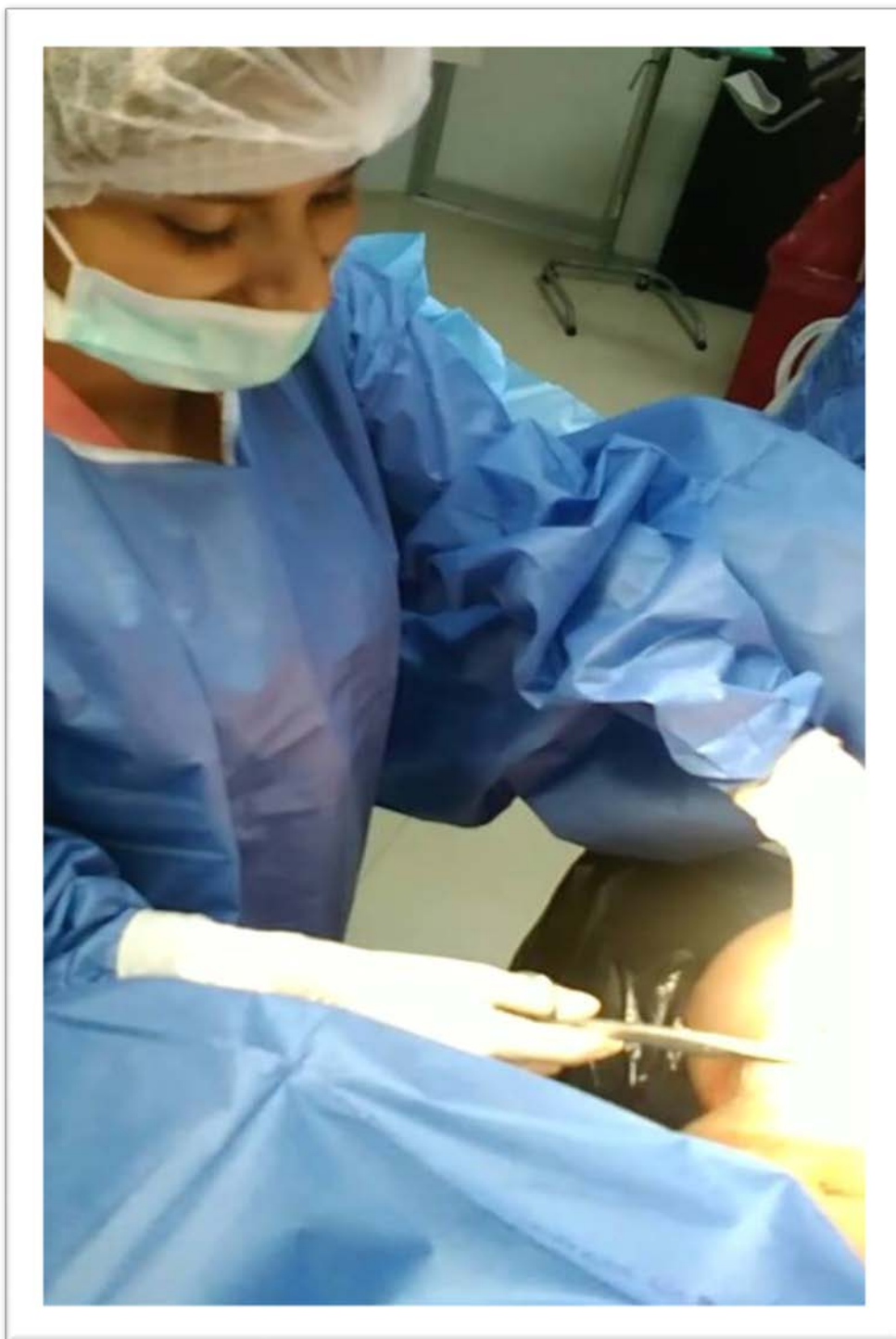
ANEXO 7: CARPETAS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PARTO EUTÓCICO SIMPLE.



ANEXO 8: DESGARRO PERINEAL GRADO 2



ANEXO 9: COLOCANDO CAMPOS ESTÉRILES



ANEXO 10: REALIZANDO EPISIOTOMIA



ANEXO 11: EPISIOTOMIA REALIZADA, PACIENTE PRIMIPARA.



ANEXO 12: EPISIOTOMIA REALIZADA



ANEXO 13: REALIZANDO EPISIORRAFIA