PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"FACTORES ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES EN MUJERES HOSPITALIZADAS POR PARTO CEFALOVAGINAL EN EL PERIODO ENERO A JULIO DEL 2018 EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN"

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

DEYCI GABRIELA HERRERA OLIVAREZ
DORIS GABRIELA PILLAJO FLORES

DIRECTOR:

DR. RENÉ BUITRÓN

QUITO - ECUADOR 2018

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes con su apoyo incondicional caminaron junto a nosotras en esta larga travesía hasta llegar a la meta.

AGRADECIMIENTO

A DIOS principalmente, por habernos dado fuerza y sabiduría para llegar a culminar esta etapa tan especial en nuestras vidas. Por permitirnos, cada día, hacer lo que nos gusta demostrando todas nuestras facultades adquiridas en el hogar y durante nuestra carrera.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo y amor incondicional, respeto, paciencia, por sus consejos, por la confianza depositada en nosotras, a sus incansables palabras de aliento y de esperanza que nos transmitieron en los momentos más difíciles y por convertirse en nuestra motivación para seguir adelante y no desfallecer durante el camino. Sin duda, fueron el pilar fundamental a lo largo de nuestra vida, porque hemos tenido que sacrificar momentos importantes y a pesar de aquello, su gran comprensión nos motivaba a seguir luchando por nuestros objetivos día tras día.

A nuestros maestros, que durante este largo camino nos han guiado tanto en el conocimiento científico, como en nuestra formación como personas integrales, convirtiéndonos así, no solo en buenos médicos, sino en buenos seres humanos. En especial a nuestro director de tesis, Dr. René Buitrón, por ser una gran persona y un excelente profesional, que más que un docente, se convirtió en nuestro amigo, gracias por la paciencia, por creer en nosotras y guiarnos durante nuestro período como estudiantes y en nuestro trabajo de titulación. Agradecemos también a nuestro asesor metodológico de tesis el Dr. Diego Calderón, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento durante el desarrollo de nuestra tesis.

RESUMEN

Introducción: El trauma perineal, son complicaciones obstétricas frecuentes de la atención del parto, se produce en un 65% de las mujeres atendidas por parto vía vaginal y estos a su vez se deben a desgarros espontáneos o como consecuencia de una episiotomía. En Estados Unidos, se estima que las mujeres atendidas por parto por vía vaginal tienen un riesgo de un 85% de sufrir algún tipo de trauma perineal, 1-8% sufrirán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y un 60-70% de los desgarros requerirán una sutura para reparación del mismo.

Objetivo: Determinar los factores asociados a desgarros perineales en mujeres atendidas por parto cefalovaginal en el periodo de enero - julio del 2018 en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín.

Metodología: Se realizó un estudio cross sectional donde se estudió al universo de mujeres que fueron atendidas por parto céfalo vaginal durante enero a julio del 2018 en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, en ellas se observó la prevalencia de desgarros y se estableció los factores que se asocian a los mismos, que bien pueden ser propios de la paciente, del recién nacido, o de quien atendió el parto. Se evaluó 658 partos vaginales en presentación cefálica entre 35 a 43 semanas de gestación y se excluyó a las pacientes a quienes se les realizó parto instrumentado o cesárea por cualquier indicación obstétrica.

Resultados: Del total pacientes de nuestro estudio el 24,76% presentaron desgarro perineal, el desgarro grado 1 fue el más frecuente con el 72,26 %, no se presentó ningún caso con desgarro grado 4. Los grupos que presentaron mayor prevalencia de desgarro perineal fueron las adolescente (< ó =18 años) con el 27,3%, mujeres cuyos recién nacidos tuvieron peso elevado (> 3500 g) con el 36% (p= 0,029) y en menor porcentaje los de peso bajo (<2500) con el 14,7%, los recién nacidos con perímetro cefálico alto (<35 cm) con el 27%, los recién nacidos postérmino con un 33,3%, las multíparas con un 33% (p=0,000), las mujeres que ingresan en expulsivo con un 81,8% (p=0,000) y cuando atendió el parto el interno rotativo de medicina un 30,5% (p=0,001).

Conclusión: Los desgarros perineales se producen cuando los factores predeterminados como adolescencia, peso del recién nacido elevado, perímetro cefálico elevado y labor de parto, pero también cuando la persona que atiende el parto tiene poca experiencia. Es importante la vigilancia estrecha al momento del parto de las mujeres con factores de riesgo y del personal de salud en formación al momento de la atención del parto para evitar los desgarros.

Palabra clave: Desgarros perineales

ABSTRACT

Introduction: Perineal trauma, are frequent obstetric complications of the delivery care, occurs in 65% of the women attended by vaginal delivery and these in turn are due to spontaneous tears or as a result of an episiotomy. In the United States, it is estimated that women attended by vaginal delivery have a risk of 85% of suffering some type of perineal trauma, 1-8% will suffer a severe perineal tear (anal sphincter injury with or without rectal mucosa) and 60-70% of the tears will require a suture to repair it.

Objective: To determine the factors associated with perineal tearing in women treated for cephalovaginal birth in the period of January - July 2018 at the Service Gineco- Obstetrics of Carlos Andrade Marín Hospital.

Methodology: A cross-sectional study was carried out where the universe of women who attended cephalovaginal delivery during January to July 2018 at the Service Gineco-Obstetrics of Carlos Andrade Marín Hospital, where the prevalence of perineal tearing was presented and established. The factors that may be associated with them, which may be specific to the patient, newborns, or who attended the birth. We evaluated 658 vaginal deliveries in cephalic presentation between 34 to 43 weeks of gestation and excluded those patients who underwent instrumental delivery or cesarean by any obstetric indication.

Results: Of the total number of patients with a study, 24.76% were perineal tearing, grade 1 tear was the most frequent, with 72.26%, there wasn't cases with grade 4 perineal tearing. Perineal tearing were adolescents (<or = 18 years) with 27.3%, women whose newborns had

high weight (> 3500 g) with 36% (p = 0.029) and in lower percentage of low weight (<2500) with 14.7%, newborns with a high cephalic perimeter (<35 cm) with 27%, newborns posterm 33.3%, multiparous with 33% (p = 0.000), women who enter the expulsive with 81.8% (p = 0.000) and when the delivery was attended by the rotating intern of medicine a 30.5% (p = 0.001).

Conclusion: Perineal tearing occur when the predetermined factors such as adolescence, high newborn weight, high head circumference and labor, but also when the person attending the birth has little experience. Close monitoring at the time of delivery is important for women with risk factors and health personnel in training at the time of delivery to avoid tearing.

Keyword: Perineal tearing

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA……2

AGRADECIMIENTO……...3

RESUMEN……4

ABSTRACT……...6

ÍNDICE GENERAL……8

ÍNDICE DE TABLAS……..10

ÍNDICE DE GRÁFICOS……11

CAPÍTULO I

1.- INTRODUCCIÓN……..12

1.1 JUSTIFICACIÓN……16

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……....17

1.3OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL……21

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS……21

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 EL EMBARAZO……..23

2.2 CAMBIOS A LO LARGO DEL TIEMPO……..25

2.3 EMBARAZO A EDADES TARDÍAS Y TEMPRANAS……..26

2.4 FECUNDIDAD EN EL MUNDO……30

2.5 FECUNDIDAD EN LATINOAMÉRICA Y ECUADOR…….....32

2.6 MORTALIDAD INFANTIL……34

2.7 PARTERAS……..35

2.8 PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO……..41

2.9 REALIDAD DE LOS SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA……..45

2.10 ATENCIÓN DEL PARTO EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN……48

2.11 BASES TEÓRICAS

2.11.1 ANATOMÍA DE LA PELVIS, PERINÉ FEMENINO Y FISIOLOGÍA DEL PARTO……..50

2.11.2 DESGARRO PERINEAL……..67
2.11.3 PREVENCIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES……72
2.11.4 EPISIOTOMÍA VERSUS DESGARRO……...77

CAPÍTULO III

3.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO……80

3.2 RECURSOS EMPLEADOS……...82

3.3 UNIVERSO

3.3.1 UNIVERSO……82
3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:……...82
3.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: ……..……...82

3.4 MÉTODOS

3.4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN……..83

3.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO……83

CAPÍTULO IV

4.- ANÁLISIS DE RESULTADOS……...84

4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS……..84

4.2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS……84

4.3 CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO……..85

4.4 CARACTERÍSTICAS DEL PARTO……86

4.5 ANÁLISIS BIVARIADO……88

CAPÍTULO V

5.- DISCUSIÓN…….……95

CAPÍTULO VI

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES…….……100
6.2 RECOMENDACIONES……101

BIBLIOGRAFÍA……...102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1……89
Porcentaje del grado de desgarros perineales según el peso del recién nacido, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.

Tabla 2. ……90

Porcentaje de grado de desgarros perineales según el perímetro cefálico del recién nacido, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.

Tabla 3. ……..…91

Porcentaje de grado de desgarros perineales según la edad gestacional del recién nacido, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.

Tabla 4. …….92

Porcentaje de grado de desgarros perineales según la paridad, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.

Tabla 5. ……..…93

Porcentaje de grado de desgarros perineales según la labor de parto, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.

Tabla 6. ……...…94

Porcentaje de grado de desgarros perineales según el personal que atendió el parto, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1…….87
Porcentaje de la presencia de desgarro perineal, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.

Gráfico 2…….88
Porcentaje del Grado de Desgarro, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN:

El trauma perineal en general se produce en un 65% de las mujeres atendidas por parto vía vaginal y estos a su vez se deben a desgarros espontáneos o como consecuencia de una episiotomía. Por lo que se estima que alrededor de 1000 mujeres por día, en Estados Unidos, pueden requerir un reparo después del parto, razón por la cual la prevalencia de la episiotomía es importante ya que el trauma perineal puede ser secundario a la misma, por lo que la episiotomía rutinaria se la realiza en un 60% y este valor aumenta si la mujer es primípara en un 90%. Asimismo se estima que las mujeres atendidas por parto por vía vaginal tienen un riesgo de un 85% de sufrir algún tipo de trauma perineal, 1-8% sufrirán un desgarro perineal severo (lesión del esfínter anal con o sin mucosa rectal) y un 60-70% de los desgarros requerirán una sutura para reparación del mismo (Abril, Guevara, Ramos, & Rubio, 2014).

La morbilidad asociada a los desgarros perineales constituye un problema de salud ya que el 91% de las mujeres reporta al menos 1 síntoma persistente hasta las 8 semanas después del parto. Estos síntomas se deben principalmente a efectos adversos a corto plazo como: hemorragias, formación de hematomas, infecciones, formación de abscesos, fístulas, dolor perineal y dispareunia; así también debidas a eventos adversos a largo plazo como los prolapso genital, disfunción sexual e incontinencia urinaria y fecal (Tanay, 2014).

El traumatismo perineal de grados variables constituye la forma más frecuente de lesión obstétrica. El periné es el área entre la vagina y el recto que puede desgarrarse durante el parto. Estos desgarros generalmente se suturan. Sin embargo, los desgarros pequeños también pueden cicatrizar bien sin necesidad de algún tipo de sutura. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia urinaria y fecal (Ouahla & Broullón, 2015).

La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia (López, Palacio, Ros, & Bataller, 2018). Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios propuestos por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología son:

1° grado	Lesión de piel perineal		
2° grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3° grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50% grosor
		3b	Lesión del esfínter externo >50% grosor
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4° grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Figura 1.
Clasificación de los Desgarros Perineales.
Fuente: Tomada de Obstetric Perineal Injury, 2016

Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de

tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe tomar en cuenta la opción más grave (Pavón & Dueñas, 2015).

La reparación quirúrgica se puede asociar con resultados adversos como: dolor, malestar e interferencia en las actividades normales durante el puerperio y posiblemente la lactancia. La reparación quirúrgica también repercute sobre el volumen de trabajo clínico y los recursos humanos y económicos (Guía de Práctica Clínica, 2015). El desgarro perineal de tercer grado puede ser reparado inmediatamente tras el parto. Si la destrucción anatómica no es completa, los síntomas suelen aparecer tras una semana. Si se conserva el fascículo profundo del esfínter externo, la sintomatología se limita a incontinencia de gases. Si se destruye totalmente el esfínter aparece incontinencia fecal (Dexeus & Dexeus, 1978).

El trauma perineal es una causa de hemorragia obstétrica razón por la cual se debe verificar la existencia de sangrado por desgarros o laceraciones perineales para el manejo oportuno de la hemorragia y reparación ((Guía de Práctica Clínica, 2015).

Diferentes estudios se han realizado para identificar factores de riesgo asociados con desgarros perineales durante el parto vaginal, con el fin de disminuir su incidencia. Los factores maternos y de parto identificados en trabajos previos incluyen la edad materna, la raza (mayor riesgo para las mujeres asiáticas y de la India), la nuliparidad, el uso de episiotomía, el parto vaginal instrumentado (fórceps y/o vacuum), la presión fúndica, el peso al

nacer, la variedad de posición (occipito-posterior), la distocia de hombros, el expulsivo prolongado y la inducción del trabajo de parto. Sin embargo, pocos estudios han evaluado el papel de la experiencia de quien realiza la atención del parto como factores de riesgo para desgarro perineal.

Un estudio realizado en Hospital Nacional de Córdova donde se encontró que las pacientes multigestas, edad que fluctúa entre 20- 34 años de edad y presencia de anemia antes del parto, aumentan la frecuencia de desgarros perineales, con un 37.5%, 66.7% y 91.7%, respectivamente; también se concluyó que tener un recién nacido con un peso entre el rango de 2500 a 4000 gr. con un 81.3% y no haber realizado clases de psicoprofilaxis con un 54.2% incrementan el riesgo de desarrollar desgarros perineales durante el parto (Córdova, 2017).

Otro estudio encontró que la implementación de una política selectiva de episiotomía en un hospital universitario disminuyó significativamente la tasa global de episiotomía desde 47,3% hasta 12,2 % pero se acompañó de un incremento del riesgo de desgarros perineales de 25,1% a 37,6 % (RR=1,5; IC95% 1,34-1,67) respecto a la política rutinaria. Asimismo, la atención del parto por estudiantes de medicina incrementó el riesgo de desgarros perineales (OR=1,78; IC95% 1,37-2,32) comparado con la atención por parteras (Abril, Guevara, Ramos, & Rubio, 2014). Por consiguiente, el presente estudio se realizará con el objetivo de evaluar el riesgo asociado con la experiencia de quien realiza la atención del parto e identificar otros factores relacionados con

la presentación de desgarros perineales en un hospital de tercer nivel, Hospital Carlos Andrade Marín, del IESS.

1.1 Justificación

Con frecuencia los partos vaginales están asociados con algún tipo de traumatismo del aparato genital que a veces se puede asociar con problemas significativos para la mujer a corto y a largo plazo (Pritchard, 2015). Esta investigación tiene como objetivo principal determinar los factores asociados a desgarros perineales en mujeres hospitalizadas por parto cefalovaginal en el periodo de enero - julio del año 2018 en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín IESS, esto sería útil para que los establecimientos de salud que atienden a mujeres embarazadas, tomen en cuenta estos factores que pueden ser propios de la paciente, del personal de salud o del recién nacido y así disminuyan los desgarros.

La importancia de esta investigación radica en la posibilidad de establecer los factores asociados a los desgarros perineales y así disminuir las consecuencias físicas que se producen en las mujeres después del parto ya que esto trae graves problemas de salud que afectan la calidad de vida de la paciente (Villamarin, 2013).

1.2 Planteamiento del Problema

Los desgarros perineales, de diferente grado, son una complicación muy frecuente durante el trabajo de parto, por lo que es indispensable que el profesional de la salud que va a atender el parto tenga un buen conocimiento de la anatomía del periné y de la fisiología del parto, ya que durante el manejo del parto se puede producir alguna complicación, como los desgarros perineales de diferente tipo. El profesional de salud debe estar preparado para el manejo integral de cualquiera de las complicaciones especialmente en la reparación del desgarro perineal y así evitar sus complicaciones, por lo que el déficit de conocimiento y experiencia del médico o personal que atiende el parto puede conllevar a errores, desde la atención del parto hasta errores en el manejo de las complicaciones produciendo consecuencias que afectan la calidad de vida de la mujer.

Es importante recalcar que la mayor experiencia del médico se relaciona con menor número de desgarros perineales y complicaciones durante el parto, se sabe que la gran mayoría de los partos son atendidos por médicos residentes e internos rotativos de medicina, que están en proceso de aprendizaje bajo la tutoría de médicos tratantes con mayor experiencia y conocimiento; la baja disponibilidad de médicos especialistas y obstetras para la atención del parto constituye un problema debido a la mala distribución de los mismos a nivel nacional, lo que influye significativamente en la mortalidad y morbilidad materna e infantil. Esta mala distribución, también influye en que a las horas de la madrugada los profesionales con mayor experiencia, es decir, los especialistas en atención del parto, no se encuentren disponibles, y estos

sean atendidos por médicos residentes e internos de medicina, quienes poseen menor experiencia y como consecuencia se produce un mayor número de desgarros a la madrugada.

El envejecimiento produce entre otras cosas, cambios hormonales y osteomusculares como una menor distensibilidad del periné en la mujer, la misma que en la actualidad posterga la maternidad ya sea por la situación económica estable o por situación académica ya que para poder tener éxito laboral también se requiere más logros académicos, incrementándose el número de madres primíparas añosas, quienes presentan más riesgo de complicaciones durante el parto cefalovaginal como los desgarros perineales. Se sabe que la población en general está envejeciendo, esto provoca el aumento de la frecuencia de primeros embarazos en madres añosas lo que incrementa la prevalencia de desgarros de diferentes tipos.

A esto se suma el hecho que en el país la situación existe un gran porcentaje de madres adolescentes en quienes los desgarros perineales pueden estar en ascenso también, a diferencia de las madres multíparas y gran multíparas especialmente que presentan menos riesgo de desgarros perineales ya que su cuerpo ya ha experimentado los cambios en partos anteriores. Para una correcta atención del parto es necesario un buen conocimiento anatómico de la pelvis, ya que será el lugar donde se aloja el feto durante el embarazo, los tipos de pelvis ya que de esto dependerá el tipo de parto y si se diera un parto por vía vaginal en una pelvis que no sea adecuada marcará una mayor prevalencia de desgarros perineales o el cambio a parto por cesárea.

Además de la anatomía de la madre también depende de la fase de labor de parto en la que llegue la madre, hay casos en que ingresan a sala de partos con 4 cm de dilatación del cérvix y se estima que si es multípara el niños nacerá en 4-5 horas aproximadamente porque estas mujeres dilatan 1,2 a 1,5 cm por hora, pero si es primípara dilata 1cm hora y demorara más en nacer su hijo, pero hay casos en los que a pesar que ya iniciaron el trabajo de parto, las contracciones empiezan a disminuir tanto en frecuencia como intensidad, el médico a cargo tomará la decisión de conducción, mediante la administración de uterotónicos con el único objetivo de aumentar la frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado.

En casos de ruptura prematura de membranas (RPM) sin trabajo de parto, corioamnionitis, hipertensión gestacional, edad gestacional >42 semanas es necesario la inducción, para iniciar el trabajo de parto, pero antes de tomar la decisión de inducir o conducir el trabajo de parto es necesario la valoración de la madre y el feto ya que hay contraindicaciones. El uterotónico más usado es la oxitocina la dosis va a variar según cada mujer y su administración es dosis respuesta se va aumentando gradualmente la dosis y la velocidad de la infusión, se mantiene la administración hasta lograr un trabajo de parto regular (3 contracciones en 10 minutos, cada una de más de 40 segundos de duración) hay que mantener un constante monitoreo ya que se puede producir una hiperestimulación que puede llegar a producir rotura uterina. Varios estudios buscan la relación de los desgarros perineales con el uso de oxitocina pero en ninguno se encontró una asociación que haya podido ser demostrada, pero a pesar de que no causa desgarros perineales, el

uso inadecuado de la oxitocina compromete el bienestar materno y fetal y conduce a una cesárea (Hidalgo & Rodriguez, 2016).

Lo contrario sucede si una paciente ingresa en fase expulsiva es decir cuando ya ha dilatado el cérvix 10cm y es momento del parto, hay mayor riesgo que suceda un desgarro, ya que al ser una emergencia no hay tiempo para preparar a la paciente y se presentan los desgarros perineales, debido a que el médico no alcanza a proteger el periné esto sucede, en cuestión de minutos y si el equipo médico no está listo, ocurrirán complicaciones.

Además de las razones mencionadas anteriormente, las medidas antropométricas del recién nacido juega un papel muy importante en la presencia de desgarros perineales, como el peso del niño, mientras más pese un niño al nacimiento existe más riesgo de desgarros perineales, especialmente en recién nacidos a término que pesen más de 3500 gramos lo que se dificulta más el paso por el canal del parto. El perímetro cefálico es una medida que sirve para la decisión del tipo de parto, si presenta un perímetro cefálico mayor, el paso por el canal del parto y todos los movimientos que debe realizar para sobrepasar esta barrera se torna más dificultosa, mientras que si el perímetro cefálico es menor el paso será menos difícil. Los datos mencionados anteriormente se relacionan con la edad gestacional, mientras más edad gestacional tenga el recién nacido, mayores serán sus medidas antropométricas, esto en condiciones fisiológicas adecuadas, es decir con un buen estado de salud y nutricional de la madre.

Si un recién nacido tiene más de 40 semanas de edad gestacional tendrá más riesgo de desgarros perineales. Es por todo esto que se deben realizar controles prenatales adecuados durante la gestación para reducir el número de desgarros ya que en los controles se realizan un valoración integral, desde la medición de diámetros y circunferencias fetales, hasta la valoración de la pelvis de la madre para tomar una decisión del tipo de parto, tener en cuenta que el feto tiene medidas mayores y estar prevenidos ante complicaciones como los desgarros.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

Determinar los factores asociados a desgarros perineales en mujeres atendidas por parto cefalovaginal en el periodo de enero - julio del 2018 en el Servicio de Gineco –Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar si los factores maternos como: el nivel de instrucción, la etnia, la edad, la paridad, la edad gestacional, número de controles prenatales; y los factores del neonato como: APGAR y las medidas antropométricas neonatales inciden en los desgarros perineales en

mujeres atendidas por parto cefalovaginal en el periodo de enero - julio del 2018.

- Establecer si el grado de experiencia del médico que atiende el parto cefalovaginal se relaciona con una mayor frecuencia de desgarros perineales.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1.- El Embarazo

Es un proceso fisiológico que inicia con la implantación del cigoto hasta el parto, en este período ocurren cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos en la madre con la finalidad de nutrir, proteger y permitir el desarrollo y crecimiento del feto dentro del útero, así mismo este proceso es parte del desarrollo de la mujer para formar una familia ya que su fecundidad juega un papel importante en la formación y ampliación de la familia con la procreación.

El embarazo dura 40 semanas a partir de la fecha de última menstruación, es decir 9 meses, y al ser éste un proceso fisiológico también tiene riesgos, así, en una madre adulta están relacionados con los cambios fisiológicos durante la gestación, entre los que se puede mencionar a los problemas de déficit nutricionales como anemia por deficiencia de hierro y de folatos, ya que los requerimientos nutricionales aumentan en este periodo, aumentando de esta manera la restricción de crecimiento intrauterino con recién nacidos con bajo peso al nacimiento y partos pretérminos.

Otros problemas son los estados hipertensivos inducidos por el embarazo como la preeclampsia o la eclampsia que puede proseguir con el síndrome de HELLP; la mayor susceptibilidad a contraer infecciones como la pielonefritis e infecciones genitales; riesgo de isoinmunización, diabetes gestacional, esteatosis hepática, polihidramnios u oligohidramnios, enfermedad tromboembólica, ruptura prematura

de membranas, problemas agudos quirúrgicos y todos los riesgos que conlleva el parto (Barrero & Hernández, 2016).

Si para una madre adulta que física y psicológicamente debería estar preparada para la gestación y el parto existen estos riesgos y problemas, una madre adolescente se somete a riesgos mayores ya que el cuerpo de las adolescentes no está completamente desarrollado para soportar todo el proceso que conlleva la gestación y el parto, lo mismo que ocurre con la madre añosa.

En los países con ingresos bajos, los neonatos de madres menores de 20 años tienen un riesgo del 50% de mortalidad prenatal en las primeras semanas de vida, que se relaciona con el bajo peso al nacimiento, y este a su vez, se debe a la inmadurez del aparato genital femenino y la coexistencia de un inadecuado estado nutricional de las adolescentes como la anemia ya que los nutrientes compiten en los dos cuerpos en desarrollo, el de la madre y del feto. Además existe un riesgo mayor de partos prematuros y un mayor número de malformaciones neonatales como la espina bífida y la muerte súbita del lactante debidas a anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo, consumo de drogas añadiendo a las razones antes mencionadas.

Evolutivamente se sabe que el parto se producirá en los seres humanos cuando el feto haya completado su desarrollo cerebral para la supervivencia extra-útero. Además, es importante mencionar los cambios que ha sufrido la pelvis durante toda la evolución de la especie humana, que se debe principalmente a la bipedestación, ya que el

caminar de esta manera influye significativamente en la forma de la pelvis, tanto ósea como blanda, la misma que compone el canal del parto.

En los primates por ejemplo los monos, el canal del parto es amplio y hace más fácil la salida del producto, a diferencia de los humanos que deben pasar las barreras del canal del parto con sus angulaciones, especialmente la que forma un ángulo recto entre el útero y la vagina, por lo que el feto debe realizar una serie de movimientos para llegar al exterior y preservar intacta su columna vertebral y cerebro; además que en relación a lo antes mencionado, el parto debe ser asistido, ya que necesita de ayuda para la salida de los hombros, el pinzamiento del cordón o la presencia de complicaciones por el canal de parto estrecho, la cabeza fetal más grande, que se produzcan desgarros o la necesidad de realizar una episiotomía, ya que por la posición que adoptan los productos no la puede realizar la propia madre, a diferencia de los primeros homínidos o los mismos primates que el parto lo hacen solos. Lo antes mencionado se dice es el precio que debemos pagar a cambio de poder caminar de forma bípeda y de nuestra inteligencia (Álvarez, 2005).

2.2.- Cambios a lo Largo del Tiempo

La gestación es una experiencia única en la vida de una mujer. Años atrás se creía que una mujer venía al mundo con un solo objetivo, el ser madre, por lo que debía permanecer en su hogar y criar a sus hijos, mientras más hijos tenía era más respetada por los miembros de la familia. Con el pasar de los años la situación de las mujeres cambió, empezaron reclamar sus derechos, especialmente el de igualdad, la participación en política, el acceso a la educación, etc., lo que permitió que las

mujeres se preparen profesionalmente y se inserten en el mercado laboral, lo que trajo entre otras consecuencias la reducción de la fecundidad y la postergación de la maternidad, lo que conlleva a que las familias en la actualidad sean más pequeñas (OMS, 2018).

2.3.- Embarazo a Edades Tardías y Tempranas

No solo la educación de la mujer ha retrasado su maternidad, hay distintos factores que influyen como la espera de una mejor situación económica, los matrimonios tardíos, el uso de métodos de planificación familiar, entre los principales. Actualmente las mujeres tienen metas claras y parece que están más decididas a postergar su maternidad para poder realizarse personal y laboralmente. Por esto la procreación pasa a una etapa posterior, y una vez hayan logrado sus metas buscan formar una familia, es por esto que se ven en los hospitales y maternidades cada vez más seguido mujeres de edad avanzada buscando ser madres.

Asociado al retraso en el primer embarazo se evidencian complicaciones materno-fetales, ya que con el pasar de los años también envejece el sistema reproductor femenino, lo que puede causar en la madre trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, necesidad de cesáreas, y en sus productos, aumento del riesgo de malformaciones, restricción del crecimiento intrauterino, prematurez, muerte perinatal y bajo peso al nacer (Barrero & Hernández, 2016).

Como contraparte se puede mencionar que los embarazos en niñas y adolescentes son una realidad preocupante en nuestra sociedad; según datos publicados por la

Organización Mundial de la Salud (OMS), éstos van en aumento en todo el mundo ya que casi 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz cada año, de las cuales aproximadamente un millón tienen menos de 15 años. Además se menciona que casi todos los embarazos en niñas y adolescentes ocurren en países con ingresos medios y bajos, y que la mayoría son embarazos no deseados.

Entre los países en vías de desarrollo la mayor prevalencia de embarazos en adolescentes se encuentra en África Subsahariana, concretamente en Níger con un 87% que tiene la prevalencia más alta en todo el mundo. Según la OMS, entre los países desarrollados los que tienen una prevalencia baja son Estados Unidos y Reino Unido, en los países industrializados de Asia, tiene baja prevalencia Corea del Sur y Singapur (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe la tasa de embarazo adolescente es de 66,5 nacimientos por cada 1 000 niñas de 15 a 19 años, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018).

En nuestro país, en el año 2016 según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), 49 de cada 100 mujeres son madres por primera vez a una edad de entre los 15 y 19 años. Embarazos de adolescentes entre 10 y 14 años fue del 78%, y del 11% entre 15 y 19 años. En los últimos 10 años el 3% de madres adolescentes tienen menos de 15 años, el 23% entre 15 y 17 años, el 23,3% entre 18 y 19 años (INEC, 2016).

De acuerdo al Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, Ecuador se ubica en tercer lugar de la región con la tasa más alta de embarazos en adolescentes, detrás de Nicaragua y República Dominicana quienes mantienen las tasas más altas, razón por la cual la OPS, promueve diferentes programas para retrasar la maternidad adolescente, y así evitar pérdidas sociales y económicas, recomiendan más educación sexual y mayor uso de anticonceptivos ya que factores como: la violencia contra la mujer, el abuso sexual, consumo de drogas y alcohol, las diferencia de edades entre las parejas adolescentes, la inestabilidad emocional y de autoestima juega un papel importante en los cambios del comportamiento sexual y que éstos pueden ser inadecuados e inseguros en los adolescentes con el consiguiente aumento del embarazo adolescente.

Otros factores relacionados con el inicio de la vida sexual en adolescentes son la presión de los compañeros, el afán de demostrar independencia, ya que la actividad sexual constituye una forma de rebeldía contra el autoritarismo de los padres, evitar la soledad, obtener afecto a cualquier precio por la necesidad de ser valorados no sólo verbal sino físicamente, demostrar afecto, ser conocido y valorado por otros jóvenes, curiosidad, placer, o por diversión (Dominguez, 2016).

Según el estudio “Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales”, el 44.5% de las parejas adolescentes que inician la actividad sexual no utilizan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Los países con niveles bajos de embarazo en la adolescencia proporcionan información completa y equilibrada sobre la sexualidad y facilitan la accesibilidad a los métodos

anticonceptivos ya que no se puede evitar que los adolescentes practiquen relaciones sexuales pero sí brindar esta información para evitar la maternidad prematura (Parra & Pérez, 2012).

Existen también comportamientos sexuales que aumentan los embarazos no deseados, así un estudio en adolescentes de EE. UU. concluyó que el 33 % de los adolescentes sexualmente activos pensaban mantener una relación en las que las cosas iban demasiado rápido en el aspecto sexual, el 29 % de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales y el 24 % mencionaba haber hecho algo que realmente no quieren hacer (Jácome, 2014).

Como se mencionó anteriormente, el Ecuador, en el año 2017, según el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 existe un incremento en la tasa de niños nacidos vivos de madres adolescentes, entre 15 y 19 años. Varios autores sugieren que este incremento se debe a la implementación del Plan Familia 2014, enfocado en la abstinencia y las doctrinas religiosas, es decir, es ideologizado y basado en criterios religiosos, por lo que las cifras se ven reflejadas hasta la fecha. El resultado de esta política pública, es que en promedio, seis niñas menores de 14 años se convierten en madres, 80 de cada 1.000 bebés nacidos vivos fueron de madres entre 15 a 19 años, lo que implica que al día 142 jóvenes en ese rango de edad se convierten en madres. Por esta razón, en Mayo del año 2017, se suprimió el Plan Familia por lo que fue necesario replantear las estrategias para combatir el embarazo en adolescentes (MSP, 2016).

El nuevo plan tiene la finalidad de reducir la tasa específica de nacidos vivos de madres adolescentes, y se basa en el acceso de los adolescentes de manera universal a educación, información y servicios de salud sexual y reproductiva por lo que se debe facilitar el acceso a anticonceptivos, como ocurre en los distintos países desarrollados que cuentan con las tasas más bajas de embarazos en adolescentes. Además el embarazo en adolescentes constituye una realidad que no puede pasar desapercibida, por todos los riesgos físicos y mentales que conlleva que no estén preparadas para la maternidad (MSP, 2016).

2.4- Fecundidad en el mundo

A nivel mundial en promedio una mujer tenía 5 hijos en el año 1960, pero para el año 2013, las cosas cambiaron, ya que el número de hijos se redujo a la mitad. Varios factores han influido en la reducción de las tasas de fertilidad como: la mejora en los métodos de planificación familiar, la educación que ha permitido a la mujer una mayor participación en el mercado laboral y la urbanización (Rodríguez, 2015).

En los últimos años la tasa de fecundidad ha disminuido a casi la mitad, sinérgicamente aumentó el uso de métodos de planificación familiar, que empezaron aparecer en los años sesenta y setenta. En esos años no se confiaba en los métodos de planificación familiar y no sabían si esto repercutirá en la fecundidad de las mujeres, pero al observar las cifras actuales presentadas en varios estudios sobre las tasas de la fecundidad todos llegan a un misma conclusión, la fecundidad ha disminuido, gracias a la planificación familiar pero las regiones que más usan estos métodos son aquellas con niveles sociales y económicos más altos (Suzuki, 2014).

Ya que en la actualidad el nivel socioeconómico de una persona se debe en parte a su nivel de instrucción, las mujeres prefieren tener un título universitario sin importar el retraso su maternidad, por lo que se observa en las casas de salud a mujeres sobre los cuarenta años que acuden por su primer embarazo. La postergación de la maternidad de las mujeres en busca de éxito laboral y una mejor calidad de vida contribuyen al envejecimiento de la población en países como Alemania, Japón e Italia donde la mayor parte de su población son adultos mayores. Las tasas a nivel mundial de fecundidad en general están en declive y esta tendencia es más pronunciada en los países industrializados, especialmente en Europa Occidental, donde se prevé una disminución marcada de las poblaciones durante los próximos 50 años (Saad, 2014).

Pero los países en los que hay pobreza, la situación es otra, ni los métodos de planificación familiar han podido disminuir la tasa de fecundidad drásticamente como sucede en los países ricos. El difícil acceso a los servicios de salud y la falta de conocimiento sobre la educación sexual ha provocado que las tasas de fertilidad se mantengan estables o tiendan a elevarse por periodos y aumenten los embarazos adolescentes, como ocurre en países en desarrollo como Nigeria, el Congo, o Angola. Las tasas más altas de fecundidad también pueden provocar dificultades para las familias, en algunas situaciones para alimentar o educar a sus hijos y para que las mujeres ingresen estudiar, por lo que deben trabajar (Suzuki, 2014).

2.5.- Fecundidad en Latinoamérica y Ecuador

Los datos recopilados en las encuestas Demográficas y de Salud realizadas en nueve países latinoamericanos, indican que las mujeres con un menor nivel de educación tienen entre 6-7 hijos, en tanto que las que tienen mayor nivel de educación solo tienen 2-3 niños de forma similar a la mujer del mundo desarrollado. Los resultados se deben a factores cognitivos, económicos y normativos, pero la mayor influencia es la escolaridad sobre la conducta reproductiva (Castro, 2014). Pero pese a los avances en salud, la problemática de la maternidad adolescente se mantiene y es mayor en las familias de menores ingresos y nivel educativo. En la última década se observó una ligera reducción de la fecundidad en América Latina y el Caribe. Al comparar los países Latinos con otras regiones del mundo, la situación es preocupante, solo es superado por los países africanos (Rossel, 2014).

El Ecuador es un país en desarrollo en el que en los últimos años se observa un descenso en la fecundidad. Antiguamente la tasa de fecundidad era alta ya que era consideraba una forma de supervivencia, muchos nacimientos eran porque sus hijos habían muerto y tenían que reemplazarlos, en realidad a las mujeres no les importaba el número de hijos tenían sino cuántos de estos están vivos y ayudarán a conservar a la familia. La reducción en las mujeres ecuatorianas de su fecundidad, aunque no de manera drástica, se debe en gran medida a que aumentado el número de mujeres que alcanza a obtener un título universitario, ya que hay más facilidad para el acceso a la educación.

Una mujer actualmente, primero piensa en tener una carrera profesional y posteriormente hijos, es por esto que la tasa global de fecundidad era en el año 1950 de siete hijos por cada mujer durante su período fértil y en el año 1990 era de cuatro hijos. Al pasar los años se aprecia una reducción en la fecundidad, pues al comparar los datos del año 1970 donde la tasa de fecundidad en nuestro país alcanzaba los 6,28 hijos por cada mujer y para el año 2010 esta cifra disminuyó a más de la mitad con 2,66 hijos, esto es beneficioso para el Estado porque disminuye la mortalidad infantil. Sin embargo, en Ecuador se estima un promedio de nacimientos de 3482 niños al mes, una cifra considerable (ENSANUT, 2014).

Estas cifras cambian dependiendo de algunos factores como la ubicación de la residencia, así, la zona rural tiene una mayor fecundidad que la urbana. Según la ENSANUT las provincias de Tungurahua, El Oro, Galápagos, Cotopaxi, Chimborazo, son las que tienen una menor tasa de fecundidad a diferencia de Morona Santiago que es la provincia con mayor fecundidad ya que se calculó que cada mujer tiene 5,5 hijos (ENSANUT, 2014). Según el nivel de instrucción también cambian estos valores. Las mujeres con nivel de instrucción superior tienen 2,3 hijos, y las mujeres sin instrucción 6, 4 hijos, la diferencia entre estos dos grupos es alta y esto se debe a que una mujer ecuatoriana está buscando alcanzar sus estudios superiores, y al tener un nivel de educación superior buscan ayuda en los servicios de ginecología y obstetricia para planificación familiar retrasando su maternidad hasta culminar sus estudios ya que esto es su prioridad.

En todos los grupos de edad se ha reducido la fecundidad, pero el grupo de edad que alcanzó una mayor reducción son las mujeres de más de treinta y cinco años. Las mujeres entre los 20 y 30 años siguen siendo las más fecundas, sin embargo todavía hay una proporción alta de nacimientos que corresponde a las menores de veinte años que en los años 2007 a 2012 aumentaron el 11% los embarazos adolescentes, esto se debe a que la mayoría de niñas entre 15 a 19 años ya mantiene una vida sexual activa. Según los datos recopilados por el INEC para el año 2013 el 40% de las adolescentes ya mantuvieron relaciones sexuales, y ha esto hay que sumar el déficit de educación sexual en nuestro país, el adelantar la maternidad en una mujer trae consecuencias graves como el abandono escolar (INEC, 2016).

2.6.- Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil en Ecuador, a mediados de los ochenta, tuvo cifras elevadas por cada mil nacidos vivos 58 menores de un año morían que en relación a otros países latinoamericanos como Chile estaba por debajo de 20 y en Guatemala eran 70 (INEC, 2016).

En Ecuador durante los últimos años se ha reducido lentamente la mortalidad infantil principalmente en el período neonatal y pos-neonatal es decir durante el primer mes de vida y entre 1 y 11 meses, respectivamente.

Según el INEC entre los años 1990 y 2016, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en 12,7 muertes infantiles por cada 1.000 nacimientos (INEC, 2016). Como se puede observar en el siguiente gráfico:

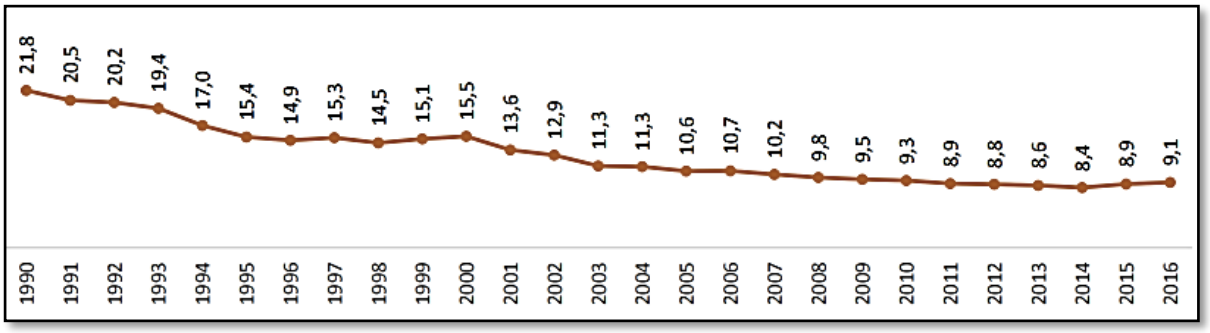


Figura 2
Tasa de Mortalidad infantil 1990 – 2016
Fuente: INEC, 2016

2.7.- Parteras

Para que el embarazo y el parto ocurran en condiciones seguras es necesario tener acceso a servicios de salud que brindan las unidades de salud, que éstas funcionen de forma eficaz y que el personal para la atención del parto esté calificado, es decir, que la mujer gestante pueda tener acceso al parto de calidad en todas las comunidades, países, o regiones de todo el mundo, para que con una atención oportuna y responsable, los neonatos y sus madres, salvaguarden sus vidas, y alcancen su potencial, ya que no solo se beneficiaran las personas afectadas sino el porvenir de todo el mundo.

En la antigüedad la mayoría de los partos eran atendidos en la casa, por mujeres de la comunidad y este oficio aprendía una mujer de otra, así describe Soranos en 138-98 a.C., "que el parto tiene que ser atendido por una comadrona y sus ayudantes, el trabajo de parto debía ser atendido en una cama y durante el período expulsivo se trasladaba a la silla de parto. Ubicándose la comadrona delante de los muslos de la embarazada y cerca de la cabeza una ayudante para disminuir la ansiedad, otra sobre

el fondo uterino ejercía presión y una tercera protegía el ano para evitar lesiones" (Cohen, 2010).

En el presente siglo cuando se estudia el mecanismo del parto y las bases de la obstetricia, empieza la persona que sabe de este oficio es decir el "personal especializado", atendiendo sólo los casos complicados, los cuales no podían ser atendidos por las comadronas. Así se puede observar en el informe "El Estado de las Parteras en el Mundo 2011", focalizado en 58 países donde la mortalidad materna e infantil eran altas, se observa que la mayoría de los países presenta una crisis de los recursos humanos, tanto en cantidad como de personal para la atención del parto; hay que recalcar que el 58% de los partos se produce en estos países, así el 80% de los mortinatos, el 82% de la mortalidad de neonatos y el 91% de la carga mundial de mortalidad derivada de la maternidad, se debe a estos países; existe una mala distribución de personal de salud a escala mundial, ya que para éstos 58 países con problemas, existe solo el 17% de personal capacitado en atención del parto como las parteras que además presentan barreras y dificultades para su eficacia y desarrollo (ONU, 2011).

Además, no existe la cantidad suficiente de parteras o personal calificada en partos para la cantidad estimada de embarazos en la mayoría de los países. Según la OMS, 38 países presentan déficit severo de personal capacitado en partos (OMS, 2013), así a fin de mejorar la cobertura a éstos servicios y mejorar la calidad de atención, la mayoría de los países requerirán duplicar, triplicar y cuadriplicar el personal, algunos

países hasta necesitarán multiplicar por más de diez la cantidad del personal para la atención del parto como las parteras (ONU, 2011).

También indica que la ésta situación es más grave en las comunidades remotas y rurales ya que existe problemas de acceso y una baja cobertura a los establecimientos que brindan atención obstétrica y neonatal de urgencia acompañada de déficit de equipamiento y personal de los establecimientos de salud existentes. De esta forma, los servicios de partería de calidad, aseguran los cuidados esenciales durante el embarazo, parto y posparto, y si fuera necesario éstos servicios facilitan el traslado de los recién nacidos y sus madres a hospitales para recibir atención especial de obstetras, pediatras y otros especialistas ya éste sistema está coordinado e integrado entre las comunidades y el sistema general de salud que aseguran la continuidad de cuidados oportunos (OMS, 2013).

En América Latina, las parteras toman vital importancia en el problema de la muerte materna, la humanización del parto y los derechos reproductivos; razón por la cual la capacitación de las parteras tradicionales es importante para regular esta profesión en varios países. Sin embargo, por siglos y décadas la partería se ha ubicado en una posición marginal en grandes partes del mundo, las parteras han sido históricamente estigmatizadas, no conocemos varias situaciones sobre su historia ni de su situación actual en América Latina, ni en nuestro país (Sánchez & Laako, 2017).

La responsabilidad del presente problema es de los gobiernos y de sus dirigentes políticos, ya que requiere una inversión clave para reducir la morbi-mortalidad

materna y neonatal y de esta forma salvar vidas y prevenir la discapacidad; así el beneficio de invertir en partería de calidad es para toda la sociedad ya que contribuye al desarrollo económico del país, así como el desarrollo humano. Según la OMS, durante el embarazo o el parto, 350.000 mujeres pierden la vida; en las primeras 24 horas de vida, dos millones de recién nacidos mueren y 2,6 millones son mortinatos, y estas cifras se concentran en países con ingresos bajos, ya que las mujeres pobres y marginadas, no tienen acceso a los establecimientos de salud y a personal calificado para la atención del parto (OMS, 2013).

En los países donde las mujeres gestantes reciben atención por personal especializado (médicos generales, obstetras, médicos ginecólogos), con equipamiento, medicamentos y suministros necesarios, la mortalidad materna es baja, pero existen varios factores que influyen en la mortalidad materna e infantil como mejores condiciones higiénico-sanitarias, mejor estado nutricional y de salud de las madres. Así, la atención del parto por personal calificado, es de suma importancia, aunque existen otros factores, ya que el personal especializado, capacitado para resolver problemas más complejos se concentra en sitios específicos y centrales, mientras las parteras tradicionales se ubican en zonas rurales, donde es difícil el acceso, y una mujer gestante en esas condiciones, así, se puede tener un mayor control del embarazo y parto, y al capacitarlas tienen conocimiento de los casos complicados para realizar la respectiva transferencia, ya que están conectadas con el sistema de salud para que las mujeres puedan acceder a un manejo por personal especializado capaz de manejar las distintas complicaciones y así disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil, realizando un trabajo conjunto (OMS, 2013).

Por lo que es necesario mencionar la morbimortalidad materna, según la OMS, el embarazo adolescente es la segunda causa en el mundo de muerte de adolescentes entre 15 y 19 años, además menciona que las adolescentes menores de 16 años presentan un riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las madres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad neonatal de madres adolescentes es un 50% superior, por lo que las gestantes adolescentes, durante la gestación, el parto y el puerperio, requieren atención física y psicológica especial para evitar de esta manera efectos negativos en la salud de las mismas y de sus niños. Además, cada año se practican tres millones de abortos fuera de clínicas en menores de 19 años, con todas las consecuencias para la madre que eso conlleva (OMS, 2014).

Es importante, recordar que la pelvis en una madre adolescente no se adapta de forma adecuada al paso del feto ya que ésta no está suficientemente desarrollada, por lo que es necesaria la cesárea en algunos casos, lo que implica que el principal motivo de consulta sea el parto en las mujeres en general y en especial de las adolescentes ya que es en este donde ocurre gran parte de complicaciones.

En cuanto a la atención del parto, las madres adolescentes tienen un riesgo más alto de presentar un parto obstruido que las madres de entre 20 y 30 años, el mismo que sin una atención oportuna y adecuada, aumenta la posibilidad de muerte materna y neonatal ya que en la mayoría de los casos se produce una ruptura uterina, o por el contrario, el trabajo de parto prolongado puede ocasionar un desgarro entre la vagina y la vejiga o el recto, provocando salida de orina o heces y como consecuencia incontinencia, malos olores, aislamiento social y problemas psicológico. A estos

últimos hay que añadir que en las adolescentes es más frecuente la depresión postparto y ansiedad, entre otros problemas psicológicos ya que la adolescente se enfrenta a una situación que emocionalmente no está preparada, además que aumenta su baja autoestima, inadecuación, los sentimientos de temor y rechazo social.

No existen datos específicos de morbilidad obstétrica pero si se toma en cuenta solamente las causas obstétricas relacionadas con la morbilidad femenina en general, de acuerdo al INEC se puede mencionar que las principales causas son: infección de vías urinarias durante el embarazo, aborto no especificado, falso trabajo de parto, atención materna por anormalidades conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre, parto único espontáneo, parto único por cesárea y por último los diferentes tipos de parto (INEC, 2016).

Por otra parte, dentro de las principales causas de mortalidad materna en orden de frecuencia se encuentran: eclampsia, hipertensión inducida por el embarazo con proteinuria significativa, hemorragia postparto, otro trauma obstétrico, infección de las vías genitourinarias en el embarazo, trastornos placentarios, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de la placenta o abruptio placentae, embarazo ectópico, aborto no especificado, hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio, sepsis puerperal, otros productos anormales de la concepción, complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto y mola hidatiforme (INEC, 2016).

Además según los datos obtenidos del INEC, en el periodo 2013 - 2017, se observa en el sector público un mayor porcentaje de partos normales, en tanto que la frecuencia por parto por cesárea es más elevada en el sector privado, es así, que en el año 2017, un 64,2% de partos normales ocurrieron en el sector público mientras que el sector privado se atendieron un 20,9% de partos normales; al contrario, los datos obtenidos del parto por cesárea en el sector privado indican que fue el 79,1% y en el sector público el 35,8% (INEC, 2016).

El principal motivo de consulta es el parto normal ya que en el sector público atiende más partos normales a diferencia de los años anteriores, y la atención del parto por cesárea tuvo una reducción del 5,7%; aunque se intenta disminuir el número de nacimientos por parto por cesárea, se puede observar que el porcentaje es alto en el sector privado, muchas de ellas innecesarias, lo que constituye un problema para el sistema de salud (INEC, 2016).

2.8.- Personal de Salud para la Atención del Parto.

La capacitación permanente del personal de salud en el abordaje integral del parto es importante para mejorar la atención del mismo. El manejo de la atención a mujeres embarazadas se inicia en el proceso de formación del personal de salud en sus diferentes ramas, bien seas estás medicina, enfermería u obstetricia, además, en los últimos años se incorporaron en este manejo los técnicos en terapia física.

En la formación recibida en los años de estudio, se da un progresivo acercamiento desde la fisiología femenina hasta el trabajo de parto propiamente dicho, inicialmente

de forma teórica, luego pasan a prácticas simuladas, atención real de pacientes supervisadas y finalmente la atención sin supervisión. Este progresivo aprendizaje permite que en el futuro inmediato, cuando se debe atender un parto en el denominado año de medicatura rural, se puedan realizar este tipo de atenciones con solvencia y más tarde puedan desenvolverse en su vida profesional.

El personal de salud está capacitado por tanto para atender partos normales, reconocer complicaciones, manejar los casos según el nivel de atención y si fuera necesario referir a las mujeres a niveles más especializados, a su vez que es bueno recordar que la prevención de las muertes y discapacidades maternas está relacionada con la atención del parto por personal de salud calificado.

Sin embargo, en el Ecuador, la escasez de personal sanitario y la desigual distribución geográfica de los mismos se convirtieron en un problema de salud ya que de acuerdo al INEC para el año 2015, por cada diez mil habitantes existen 18,04 médicos, en tanto que la OMS indica que para para prestar servicios esenciales a los pacientes, son necesarios como mínimo 23 médicos por cada diez mil habitantes, por lo que Ecuador se encuentra 4,96 puntos por debajo de los parámetros establecidos por la OMS. Pero hay que mencionar que estos datos en el año 2005 fueron de 9,1 médicos por cada diez mil habitantes, cifra muy inferior a la actual. Se estima además que entre los años 1990 y 2017 ha incrementado un 38,2% el número de médicos en oposición a la asistencia no médica, siendo este dato una cifra significativa ya sea por el incremento del personal de salud y de los centros hospitalarios que se ha producido en los últimos años (Paz, 2016).

Según los últimos datos estadísticos del INEC para el año 2015, en los establecimientos de salud trabajan 117.495 personas, entre médicos generales, especialistas, residentes, médicos rurales, odontólogos, obstetrices, enfermeras, tecnólogos, ayudantes de enfermería, personal de apoyo administrativo y sanitario, de los cuales, 29.374 son médicos y 16.931 enfermeras. De los médicos, 2000 son especialistas en ginecología y obstetricia, y se contabiliza además 2.148 obstetrices. En ese mismo año se brindaron 790.804 consultas de prevención gineco-obstétrica (García & Rosero, 2014).

Un hecho importante de mencionar es que hay la percepción de que los médicos no quieren ingresar a trabajar en el sector público porque deben laborar ocho horas diarias, lo que le es poco rentable ya que el horario impide tener ingresos extras, además que el sueldo del sector público no compensa el esfuerzo de especializarse. Esto podría darse el incumplimiento de los horarios de trabajo con lo cual se perjudican los pacientes.

Si bien la distribución de médico en general es un problema, la de los especialistas es aún más complicada ya que en el país la mayoría se concentra en la región Sierra, sobre todo en las provincias de Pichincha y Azuay que son las provincias con mayor número de médicos, por lo tanto, de acuerdo a la recomendación de la OMS sólo éstas dos provincias estarían cubriendo la expectativa con un 22,9%,mientras que 23 provincias restantes no cuentan con el personal suficiente, hecho muy llamativo cuando se observa a la región Amazónica que es la que cuenta con el menor número de profesionales y sobre todo la provincia de Orellana la que ocupa el último lugar en

número de especialistas. Tal como ocurre con la distribución por regiones, ocurre a nivel urbano y rural ya que el 92,2% de médicos generales y especialistas se concentra en las zonas urbanas (Imbaquingo, 2014).

Desde la medicina, quienes intervienen en la atención del parto son: médicos tratantes, residentes, posgradistas, internos rotativos de medicina, estudiantes de medicina de los cuales no se tiene datos estadísticos para poder cuantificar su número a nivel nacional, pero se sabe que son un número significativo y que los residentes asistenciales y los estudiantes de medicina especialmente los internos rotativos de medicina en los hospitales que realizan sus rotaciones, son quienes están en contacto con las pacientes durante la labor de parto y quienes finalmente terminan atendiendo el parto.

Los médicos tratantes no atienden partos, su trabajo se focaliza en la resolución de situaciones complejas. Los médicos posgradistas tampoco lo hacen por su carga laboral y además tienen responsabilidades académicas, de esta manera las pacientes quedan a cargo de los residentes e internos rotativos.

También un papel importante juega la hora en que se produce el parto ya que en una guardia el médico residente y el interno están a cargo de los pacientes todo el tiempo y si se produce el parto de madrugada quien atiende el parto serán sobre todo ellos.

Varias son las razones por las que un médico tratante atiende menos partos y un interno o residente una gran cantidad, como la carga horaria, la cantidad de pacientes

y responsabilidades en consulta externa, hospitalización o sala de partos. Esto para los internos rotativos de medicina es una ventaja en su formación ya que durante la atención del parto se gana experiencia, aumenta la seguridad y la autoestima del interno que en sí, todavía sigue siendo un estudiante de medicina.

2.9.- Realidad de los servicios de Gineco-Obstetricia:

En Ecuador según los datos recopilados en el año 2014 por el INEC hay 93 hospitales básicos, 76 hospitales generales, 11 hospitales Gineco-Obstétricos y 9 Hospitales de Especialidades, por su parte el sector privado cuenta con 528 Clínicas Generales y 20 Clínicas Gineco –Obstétricas. El sistema de salud en Ecuador está dividido en niveles. El primer nivel de salud conformado por los centros y subcentros de salud conocidos por ser la puerta de entrada al sistema de salud. Se prevé que aquí se resuelva el 80% de los problemas y solo el 20% deberá ser atendido en hospital de mayor complejidad. Entre los hospitales de mayor complejidad está el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) es un hospital de tercer nivel, se encuentra en el grupo de hospitales de especialidades cuentan con 787 camas, a diferencia de Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora que consta de 230 camas, los dos se encuentran en el tercer nivel de salud pero hay grandes diferencias el HCAM; tiene mayor número de especialidades, así como de personal e infraestructura, pero fue dotado para atender cierto número de pacientes por especialidad a diferencia de la Maternidad Isidro Ayora que atiende solamente a madres y recién nacidos con casos complejos entre ellos los embarazos de alto riesgo. Los embarazos no complicados pueden ser atendidos en casas de salud de segundo nivel como hospitales generales (Lugmaña, 2014).

En el Ecuador, en los últimos años se han realizado cambios a nivel de la salud materna, ya que una de la causas de mortalidad en la mujeres está relacionada con el embarazo, parto y postparto. Se estima que por año mueren 150 mujeres, debido a lo cual se ha buscado realizar cambios en la atención materna que garanticen el derecho a la vida de las mujeres ecuatorianas y la calidad de la atención médica. Se ha implementado la iniciativa de maternidad segura en la que participan los países de América buscando alcanzar los Objetivos del Milenio. Se refiere a la promoción y protección del disfrute del más alto nivel posible de salud de madres y recien nacidos (Lugmaña, 2014).

El MSP del Ecuador, consciente de la problemática de las mujeres ecuatorianas establece la salud gratuita, esto garantiza a las mujeres en edad fértil, embarazadas, durante el parto, puerperio y en periodo de lactancia obtengan la gratitud de los servicios de salud y el fácil acceso. A pesar de los esfuerzos del Estado como la construcción de nuevas casas de salud exclusivas para atender a mujeres y cuentan con servicios como Ginecología y Obstetricia aún no hay una reducción significativa de la mortalidad materna, esto se le atribuye a que los niveles de atención de salud aún no están claros para la población.

Este año se inauguró el hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora un centro de tercer nivel que se encargará específicamente de la atención de madres y recién nacidos cuyos problemas no puedan ser resueltos en casas de salud de primer y segundo nivel y así ayudar a la Maternidad Isidro Ayora, evitando la saturación en

esta casa de salud. Pero esto hasta el momento no se ha cumplido, la nueva unidad ubicada al sur de Quito empezó a funcionar en Enero de este año, atendiendo mensualmente entre 100 a 150 pacientes por consulta externa y un promedio de 15-20 partos; sin embargo están atendiendo partos normales, cuando se preveía que al ser una unidad de tercer nivel sólo atenderán casos críticos o embarazos de alto riesgo y recién nacidos con problemas graves siendo casos que en el primer y segundo nivel no pueden resolver.

Este es un problema real que se vive a nivel nacional en la mayoría de las casas de salud. Los hospitales de tercer nivel son los más perjudicados al no hacer un buen triage, que es la puerta de entrada a un servicio de salud, donde se selecciona qué paciente necesitan una atención inmediata, quienes pueden esperar o ser referidos a una casa de salud de menor nivel, pero esto no sucede con las mujeres embarazadas, al llegar a un hospital de tercer nivel como lo es el caso del Hospital Carlos Andrade Marín y en una fase de parto activa son ingresadas y esto ocasiona que la salas de parto este congestionadas, por lo tanto mientras más pacientes son atendidas en hospitales de tercer nivel, menos acceso tienen las mujeres que en realidad tienen embarazos de alto riesgo y necesitan de una atención médica y de equipos médicos de mayor complejidad para evitar complicaciones durante el parto o incluso en el puerperio.

Lo que está haciendo el MSP es capacitar a los médicos del primer y segundo nivel dotando a todas estas unidades de médicos obstetras y ginecólogos para que

resuelvan los problemas maternos de menor complejidad y los casos críticos sean transferidos a tiempo a los hospitales de tercer nivel.

Si bien, en los últimos años ha disminuido la mortalidad materna, alcanzando el objetivo de cero mortalidad materna las provincias de Napo, Orellana y Pichincha (a excepción del cantón Quito), según el MSP. Está disminuyendo la mortalidad materna pero en realidad en los hospitales de especialidades en donde hay una sobresaturación de pacientes, se atienden incluso los casos que pueden ser resueltos fácilmente en centros o subcentros de salud, donde prefieren transferir a sus pacientes (Vinueza, 2017).

2.10.- Atención del parto en el Hospital Carlos Andrade Marín.

El servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, atiende en promedio alrededor de 3000 partos al año, al ser un hospital de tercer nivel maneja partos como los casos de gran complejidad por su capacidad resolutiva. Muchas pacientes ingresan a sala de parto procedentes de la consulta externa o del Servicio de Urgencias. En este último no siempre se realiza un triaje adecuado, ya que dada la capacidad resolutiva del Hospital, algunos partos e inclusive cesáreas deberían ser atendidos en los servicios de salud de menor complejidad. En sala de partos, usualmente están 6 internos, 2 posgradistas, 2 residentes asistenciales y un médico tratante en cada turno, complementado con el resto de personal de salud.

En sala de partos se puede encontrar pacientes en fase activa de labor de parto, pacientes con convulsiones, presión alta, taquicardia fetal, entre otras. Dispone de 9

camas las que también son utilizadas por las pacientes ginecología y de postparto, además de 7 camas para pacientes con alto riesgo obstétrico y 4 quirófanos.

En muchas ocasiones por las razones antes descritas la sala de parto se satura y no hay camas suficientes para todas las pacientes. Cada paciente debe estar monitorizada cada 30 minutos por el interno rotativo, sin embargo, a veces por la cantidad de pacientes solo se monitoriza cada hora. Los residentes asistenciales y posgradistas junto con el tratante se encargan de la valoración y evolución prescribiendo medicamentos en caso necesario de acuerdo a las circunstancias.

En el momento del parto, si no hay ninguna complicación usualmente entran a la sala de parto la paciente, una enfermera, una auxiliar de enfermería, un interno, un residente de ginecología y un residente de neonatología, es raro ver que un médico tratante atienda un parto o un posgradista de último año también conocido como R3, en la mayoría de los casos los partos son atendidos por el residente asistencial o un posgradista de años inferiores denominados R1 hasta un R2.

Es frecuente que los partos atienda un interno rotativo, que debería estar siempre bajo la supervisión de un residente, ya que si se presentan complicaciones durante el parto el residente estará ahí para intervenir. En el caso de que una paciente llegue en expulsivo pasa de forma directa a sala de partos e ingresa al quirófano de inmediato, en estos casos el residente es quien debe atender el parto, pero si no hay residente ya sea porque está en una cesárea u otro parto, el encargado será el interno y si este no

está preparado para recibir un recién nacido, aparecen la complicaciones que pueden ser tan simples como un desgarro perineal de primer grado hasta rotura uterina.

Como se mencionó anteriormente, una de las complicaciones del parto, bien por problemas de la madre, del niño o de la atención son los desgarros, por lo que para entenderlos de manera adecuada se hace necesario un repaso de la anatomía del periné y la fisiología del parto.

2.11.- Anatomía de la pelvis, periné Femenino y Fisiología del Parto

Es necesario comprender la anatomía de la pelvis, ya que será el lugar donde se aloja el feto durante el embarazo, los tipos de pelvis ya que de esto dependerá el tipo de parto y si se diera un parto por vía vaginal en una pelvis que no sea adecuada podemos encontrar una mayor prevalencia de desgarros perineales (Archie & Roman, 2014).

El término pelvi**s** hace referencia al sector anatómico más inferior del tronco, es además una cavidad con la forma de un embudo siendo la estrechez hacia la parte inferior. La pelvis está formada por una parte ósea: el hueso sacro, el cóccix y los coxales (que forman parte de la cintura pélvica) y una parte blanda: los músculos de la pared abdominal inferior y del periné. La región que corresponde a la articulación de los miembros inferiores, se la conoce como cintura pélvica. Es importante ya que generalmente se usa el término pelvis de forma incorrecta para denominar a la cintura pélvica (Carvajal, 2015).

Morfológicamente, la pelvis tiene forma de un embudo y se divide en dos regiones: la pelvis menor o también llamada pelvis Verdadera y la pelvis mayor que también se la llama pelvis Falsa. La pelvis menor o Verdadera siendo la región más estrecha donde se encuentran los órganos genitales, la vejiga urinaria y el recto y ano que son la parte terminal del tubo digestivo, además limita a la cavidad pélvica que es una cavidad que alberga órganos como los del aparato reproductor femenino. En la pelvis mayor o Falsa, se encuentran gran parte de los órganos abdominales sus paredes ya que sus paredes amplias permite gran espacio hacia adelante con la región abdominal inferior, el hipogastrio y las fosas ilíacas (Cunningham & Leveno, 2006).

Durante el embarazo y el parto los huesos de la pelvis sufrirán cambios, por lo que es indispensable conocer que la pelvis ósea forma un anillo de huesos formado por el sacro con el cóccix y los dos coxales (la fusión de tres huesos: el ilion, el isquion y el pubis). Los huesos coxales se unen al sacro en las sincondrosis sacroilíacas y entre sí en la sínfisis del pubis. Los huesos pélvicos están unidos por cuatro articulaciones: Dos son articulaciones sinfisarias cartilaginosas, la articulación sacrococcígea y la sínfisis del pubis, estas articulaciones están recubiertas por ligamentos fuertes en la parte anterior y posteriormente, que responden al efecto de la relaxina y facilitan el parto. Dos articulaciones sinoviales-articulaciones sacroilíacas-estas se estabilizan por los ligamentos sacroilíacos, el ligamento iliolumbar, el ligamento lateral lumbosacro, el ligamento sacrotuberoso y el ligamento sacroespinoso (Garret, 2015).

Las espinas ciáticas son de gran importancia obstétrica, porque la distancia entre ambas suele representar el diámetro más breve de la cavidad pélvica, además

sirve como punto de referencia para determinar hasta la altura que ha descendido la parte del feto que se presenta en la pelvis verdadera. En la pared posterior de la cavidad pélvica se encuentra el sacro, su borde anterosuperior conforma el promontorio, que durante el tacto se puede percibirse en las mujeres con pelvis pequeña, esto ayuda como referencia para la polimetría clínica sobre todo en el momento del parto (Cunningham & Leveno, 2006).

Es importante en obstetricia, desde el punto de vista clínico que la pelvis pueda ser clasificada según su forma en distintos tipos. La clasificación biotipológica que realizaron Caldwell y Molloy, clasifica a la pelvis en cuatro tipos: ginecoide, androide, antropoide y platipeloide. Para su clasificación se valora la forma del estrecho superior, la inclinación de la pelvis, el ángulo subpubiano, las escotaduras sacro ciáticas y las espinas ciáticas (Dexeus & Dexeus, 1978).

Pelvis ginecoide. Es el tipo más común con un porcentaje de 50%, para el parto natural, es la pelvis más adecuada y fisiológica de todas, el estrecho superior tiene forma ovoide o forma de un corazón, presenta el segmento anterior y posterior redondeado y amplio y el diámetro transverso es ligeramente elíptico o redondeado. Las paredes pelvianas se inclinan hacia adentro levemente, las espinas ciáticas son romas, son amplios los espacios sacro ciáticos y su ángulo subpubiano es amplio y redondeado (Guzmán & Vidal, 2014).

Pelvis androide. Es característica de la pelvis masculina, pero cuando se la encuentra en mujeres es común en las de raza blanca y no es un tipo favorable para

un parto natural. El estrecho superior tiene forma triangular, además posee un diámetro transversal corto por la inclinación hacia adentro más pronunciada de las paredes pelvianas, el diámetro anteroposterior es corto porque el hueso sacro se inclina hacia adelante, son reducidos los espacios sacro ciáticos, son prominentes y puntiagudas las espinas ciáticas y el ángulo subpubiano estrecho y agudo con las ramas isquiopúbicas rectas (Guzmán & Vidal, 2014).

Pelvis antropoide. Este tipo de pelvis es predominante en mujeres de raza negra tiene la forma de una pelvis ginecoide pero con una rotación de 90 grados, es decir con un estrecho superior ovalado o de forma de un elipse anteroposterior, el diámetro anteroposterior es amplio y alargado y el diámetro transverso es corto. Son amplias las escotaduras sacro ciáticas, el sacro es estrecho y largo ya que se inclina hacia atrás formando una curvatura pronunciada. Las paredes laterales de la pelvis son paralelas una con la otra en dirección al hueso púbico. Son ligeramente arqueadas las ramas isquiopubianas y ángulo subpubiano es levemente estrecho (Guzmán & Vidal, 2014).

Pelvis platipeloide. Es la menos común con un porcentaje del 3%, en su mayoría se presenta en mujeres pícnicas, se caracteriza por su estrecho superior que tiene una forma oval pero en sentido transverso, por consiguiente el diámetro anteroposterior es corto y el diámetro transversal es amplio. Se inclinan hacia afuera las paredes pélvicas, son estrechas las escotaduras sacro ciáticas, son muy arqueadas las ramas isquipúbicas y el ángulo subpúbico es redondeado y amplio es decir obtuso (Guzmán & Vidal, 2014).

Por otra parte está el periné que es aquella zona anatómica del cuerpo humano que pertenece al piso pélvico y está comprendida entre el ano y la vulva en las mujeres. El área o zona perineal se puede definir como un conjunto de partes blandas que se encuentran ubicadas debajo del diafragma pélvico de los músculos elevadores del ano. En esta región podemos encontrar los órganos urinarios y genitales externos así como la parte terminal del recto y los músculos de la continencia ano-rectal (Balgobin, 2014).

En posición anatómica, el periné es un espacio estrecho ubicado por delante desde la sínfisis del pubis abarcando la cara interna de los muslos y por detrás hasta el cóccix; pero en posición de litotomía se la puede observar en su totalidad y extensión, adoptando de esta manera en sentido anteroposterior, la forma de rombo alargado y en su línea media deprimido. Los ángulos del rombo están delimitados por estructuras óseas: la punta del cóccix por detrás, el borde de la sínfisis del pubis por delante, y las dos tuberosidades isquiáticas lateralmente y prolongándose hacia adelante por las ramas isquiopúbicas (borde inferior). El eje mayor del rombo se prolonga desde la sínfisis del pubis hacia el cóccix y el eje menor que es transversal que se extiende desde las tuberosidades isquiáticas razón por la cual es también llamado eje menor bi-isquiático (Balgobin, 2014).

El periné está dividido morfológicamente por el músculo transverso superficial del periné y el eje menor, en dos superficies triangulares denominadas periné anterior o triángulo urogenital (diafragma urogenital) y periné posterior o triángulo año rectal. El periné anterior o triángulo urogenital posee una constitución diferente

entre el hombre y la mujer, dada principalmente por el género de la persona. En la mujer está atravesado en su mayor parte por la vulva donde se encuentra anteriormente el meato uretral y hacia la parte inferior el orificio vaginal, además es importante mencionar que la consistencia en la mujer es mucho más frágil que en el hombre ya que en este último, está conformado por un tabique resistente casi cerrado ya que da paso a la uretra que a su vez está rodeada por formaciones eréctiles voluminosas y se continúan anteriormente con los genitales externos masculinos lo que da una consistencia más resistente en el hombre.

El periné posterior o triángulo ano-rectal está representado superficialmente por el orificio anal, ocupando la línea media con el conducto anal y dirigiéndose hacia el plano profundo con el recto pelviano; limitado por debajo con tejido celular subcutáneo y las fosas isquiorectales, es decir en los planos superficiales, por arriba con los músculos elevadores del ano (cara inferior) y lateralmente con la cara interna de la pared pelviana; la constitución del periné posterior es igual en ambos sexos (Balgobin, 2014).

La anatomía externa o superficial es el compartimiento perineal externo, está ubicada entre la fascia inferior del diafragma urogenital y fascia perineal superficial, es continuo con los espacios superficiales de la pared abdominal anterior, lo que facilita la propagación de sangre, o incluso infecciones a lo largo de este trayecto. La propagación está limitada lateralmente por las ramas isquiopubianas, anteriormente por el ligamento transverso del periné y, posteriormente, se encuentra la porción transversal superficial músculo perineal (Berek & Hillard, 2008).

Está conformado de los cuerpos eréctiles, estructuras altamente vasculares, son los bulbos cavernosos de 3 cm que rodean el vestíbulo y se ubican por debajo del músculo bulbocavernoso. El cuerpo del clítoris unido a la parte interna de los ramos isquiopúbicos. El músculo isquiocavernoso cubre a estos músculos**.**

La vulva conformada por los siguientes músculos: isquiocavernoso, el bulbocavernoso y el perineo transverso superficial:

- ***Isquiocavernos:*** se origina en la tuberosidad isquiática, se inserta en el hueso isquiopúbico, está encargado de comprimir los vasos sanguíneos crurales y baja el clítoris.
- ***Bulbocavernoso:*** nace en el cuerpo perineal y va hasta la parte posterior del clítoris donde se inserta; pasan por encima de la vena dorsal del clítoris algunas de sus fibras. Esta encargado de comprimir el bulbo vestibular y la vena dorsal del clítoris.
- ***Perineal transversal superficial:*** nace en la tuberosidad isquiática hasta unirse con el tendón perineal central, contribuye en la fijación del núcleo fibroso del periné.

Además están las glándulas vestibulares están ubicadas por debajo del extremo posterior del bulbo vestibular, a ambos lados del vestíbulo. Secretan moco entre el himen y los labios menores, lo ayuda a mantener una adecuada lubricación (Berek & Hillard, 2008).

También se encuentra la Anatomía interna o profunda que es un espacio de tejido conectivo unido inferiormente por la membrana perineal y superiormente por una

capa de tejido conectivo profunda que separa el diafragma urogenital del receso anterior de la fosa isquiorrectal. Se prolonga a través de la mitad anterior de la cavidad pélvica entre los ramos isquiopúbicos. El compartimiento profundo puede ser directamente continuo con la cavidad pélvica superior ya que los ligamentos pubouretrales posteriores, que funcionan como elevaciones en forma de alas de la fascia que asciende desde el suelo pélvico hasta la cara posterior de la sínfisis del pubis, proporcionan un punto de fijación a la uretra y corrobora la continuidad del compartimiento perineal profundo con la cavidad pélvica (Berek & Hillard, 2008).

Los ligamentos pubouretrales anteriores representan una elevación similar de la fascia inferior del diafragma urogenital y están unidos por el ligamento pubouretro intermedio, con la unión entre las dos estructuras de la fascia dan la forma de un arco bajo la sínfisis del pubis (Berek & Hillard, 2008).

El diafragma urogenital incluye el esfínter uretral o también llamado esfínter urogenital y el músculo perineal transverso profundo (transverso de la vagina). El esfínter de la uretra es un músculo continuo que se expande a medida que se desarrolla proximal y distalmente, incluidos los siguientes:

1. El esfínter uretral externo, que rodea el tercio medio de la uretra.
2. El compresor uretral, forma un arco a través del lado ventral de la uretra.
3. El esfínter uretro-vaginal, que rodea la cara ventral de la uretra y termina en la pared vaginal lateral (Berek & Hillard, 2008).

Existe una dependencia común entre los tractos urinario y genital ya que poseen varias estructuras necesarias para el apoyo de los dos tractos. Los ligamentos cardinales y úterosacros son repliegues de la fascia endopélvica que sostienen el

cuello uterino y la parte superior de la vagina, sobre la placa del elevador del ano. Hacia los lados, los repliegues de la fascia endopélvica, conectan la vagina media a las paredes pélvicas en el arco tendinoso de la fascia pélvica en la parte anterior, y el elevador del arco tendinoso en la parte posterior. La vagina distal anterior y la uretra están anclada al diafragma urogenital y la vagina posterior distal al cuerpo perineal. En la parte anterior, los ligamentos pubouretrales y los ligamentos y fascia pubovesicales, proporcionan la fijación y estabilización para la uretra y la vejiga. En la parte posterior, la porción inferior de útero y la vagina son indispensables y necesarios para el apoyo de las estructuras adyacentes (Berek & Hillard, 2008).

La irrigación hacia la vulva es el siguiente:

1. Arteria pudenda externa que es rama de la arteria femoral y de la arteria pudenda interna que es rama extra pélvica de la arteria iliaca interna.
2. El drenaje venoso se realiza a través de las venas pudendas internas.

La irrigación a los compartimentos perineales superficiales y profundos es el siguiente:

1. Arteria pudenda interna, con su rama la arteria dorsal del clítoris.
2. Drenaje venoso: venas pudendas internas, que realizan varias anastomosis.
3. Drenaje linfático: se realiza por la cadena ilíaca interna.

La inervación de la vulva proviene de las ramas de los siguientes nervios:

1. Nervio perineal (rama pudenda)
2. Nervio cutáneo femoral lateral del muslo (rama perineal)
3. Nervio genitofemoral (rama genital)
4. Nervio ilioinguinal

Los compartimentos perineales profundos y superficiales están inervados por el nervio perineal (Berek & Hillard, 2008).

El parto. Proviene del latín "partus", que es participio del verbo "parere", que se traduce como "parir". El parto, el final de un embarazo *hasta* el nacimiento del *niño,* que permaneció en el útero de su madre por semanas (Pérez & Merino, 2015) y que el trabajo de parto **e**s un proceso fisiológico, durante este periodo se producen las contracciones uterinas, que conlleva al parto. Inicia cuando la madre siente las primeras contracciones uterinas y concluye al expulsar la placenta.

Durante el trabajo de parto, es expulsado el feto y la placenta desde la cavidad uterina; en el trabajo de parto verdadero debe haber contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, para así producir una adecuada dilatación y borramiento del cuello uterino, esto facilitará el descenso del feto. Las contracciones uterinas potentes y dolorosas marcan la fase final del embarazo estas generan la dilatación del cérvix y así el feto puede descender por el canal del parto. La finalización de varios cambios bioquímicos en el cérvix y en el útero representa el comienzo del trabajo de parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino.

Las fases del parto puede dividirse en 4 fases que son consecuencia de las múltiples transformaciones y principales transiciones en las funciones del cérvix y del miometrio durante el embarazo: 1) preliminar; 2) preparatoria; 3) parto, y 4) recuperación (Pritchard, 2015). Es importante no confundir las fases del parto, que

son cuatro, con las etapas del trabajo de parto, ya que estas últimas corresponden a la tercera fase del parto. La división del trabajo de parto propuesta por Friedman la divide en tres etapas: contracciones y dilatación del cuello uterino, Descenso fetal y parto y alumbramiento de la placenta.

La primera fase o fase de contracciones y dilatación del cuello uterino según Emanuel Friedman que en 1954 analizó el trabajo de parto en primíparas mediante 500 curvas de dilatación promedio, a esta etapa la podemos dividir en: fase latente que es relativamente plana y fase activa de progresión rápida y esta última a su vez conformada de tres partes: aceleración, pendiente máxima y desaceleración.

La fase latente es un período que inicia con la percepción de contracciones regulares por la madre. Esta etapa generalmente no puede ser percibida, por lo que se la puede relacionar de forma directa con el inicio contracciones rítmicas, polarizadas, orientadas y coordinadas, ya que es aquí donde se produce un incremento progresivo de las mismas con lo que su función es preparar al cuello uterino para el borramiento del cérvix. En algunas ocasiones se puede producir la expulsión del tapón mucoso con lo que la sintomatología a nivel de la pelvis es más perceptible. Este período finaliza con la dilatación del cérvix hasta 2 centímetros y dura aproximadamente 14 a 20 horas, denominándose fase latente prolongada cuando dura mayor a 20h en la primípara y mayor de 14 horas en la multípara.

Hay varios factores que influyen en la duración de la fase latente como el cuello uterino grueso, sin dilatación ni borramiento, el falso trabajo de parto y la excesiva sedación ya que después de esto un 85% progresa a la fase activa y en un 10% ceden

las contracciones a lo que se le llama falso trabajo de parto y un 5% persiste en una anormal fase latente por lo que es necesario estimulación con oxitocina (Pritchard, 2015).

La fase activa esta etapa es representativa del trabajo de parto, ya que se produce la dilatación del cérvix, inicia con el aparecimiento de la primera contracción verdadera, las contracciones uterinas empiezan a ser crecientes en intensidad y con una frecuencia y duración mayor, cada 3 a 15 minutos, cuya duración puede ser de 30 segundos o más en cada contracción y, cuando se vuelven más intensas y frecuentes pueden llegar hasta una contracción cada 2 minutos y como consecuencia de esto se produce la dilatación y borramiento del cérvix. En esta fase la velocidad mínima de dilatación es de aproximadamente 1.2 cm/h en la nulípara y de 1.5 cm/h en la multípara y el descenso fetal empieza desde una dilatación de 7-8 centímetros. Además Friedman menciona que la dilatación está relacionada con el descenso fetal (Pritchard, 2015).

En esta fase las multíparas dilatan más rápido que las nulíparas, presentando el 25% de nulíparas y el 15% de multíparas anomalías en esta fase, en las que podemos mencionar trastornos de retraso, que son la presencia de una velocidad baja de descenso y dilatación que en el caso de las nulíparas es menor a 1,2 centímetros o un centímetro de descenso por hora y en el caso de multíparas la dilatación menor de 1,5 centímetro y un descenso menor de 2 centímetros por hora, y los trastornos de detención, que es el cese completo de la dilatación o 2 horas sin dilatación y 1 hora sin descenso fetal. Los factores asociados a estos trastornos son el uso de analgesia

vaginal, la sedación excesiva, la posición fetal anómala y la desproporción cefalopélvica.

La fase activa va a terminar con la dilatación completa es decir 10 centímetros y un borramiento de 100%. La fase activa, como se mencionó anteriormente, se divide en fase de aceleración, con dilatación hasta los 4 centímetros, fase de pendiente máxima cuando se alcanza una dilatación de 4 a 8 centímetros y la fase de desaceleración con una dilatación de 8 a 10 centímetros. Toda la fase activa tiene una duración de 4,5 a 5,5 horas en las primíparas y de 2.5 horas en multíparas. Es importante el conocimiento de esta fase y su subdivisión ya que es uno de los principios y base para elaborar el partograma, un instrumento útil en la sala de partos (Pavón & Dueñas, 2015).

La etapa de descenso o período expulsivo inicia con la dilatación completa del cérvix y va a terminar con el nacimiento del neonato. La función de esta etapa es que el feto, con el máximo descenso, pueda vencer el obstáculo pélvico. Es en esta etapa donde ocurre el paso del producto por el canal del parto, esto se debe a las contracciones uterinas involuntarias y a los poderosos esfuerzos expulsivos de la madre. Podemos distinguir dos fases: una fase temprana que no es expulsiva, la dilatación es completa pero no hay deseo de pujar ya que no hay descenso fetal completo, y la fase avanzada que es expulsiva, en la alcanza el máximo descenso es decir el feto llega al suelo de la pelvis como consecuencia el deseo de pujar aparece. Tiene una duración aproximadamente de 50 minutos en el caso de las nulíparas y en multíparas de 20 minutos, pero estos valores son variables como en el caso de una

gran multípara que después de la dilatación completa solo pueden ser necesarios dos o tres esfuerzos de expulsión para el nacimiento o también alterados por la sedación y analgesia regional que alteran los esfuerzos expulsivos o también alterados por un producto grande, lo que conlleva a la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto ((Norwitz, Robinson, & Repke, 2007).

La etapa de alumbramiento es la expulsión de la placenta, las membranas placentarias y el cordón umbilical. Esta etapa tiene una duración entre 5 y 30 minutos. Podemos diferenciar señales de desprendimiento final de la placenta como es el descenso del cordón umbilical a través de la vulva después del parto, mientras más longitud del cordón sale a través de la vulva, más sale la placenta de la cavidad uterina, lo que se conoce como signo de Ahlfeld, que es el movimiento del cordón umbilical de forma natural y que es proporcional al descenso de la placenta.

Existe dos mecanismos para el desprendimiento placentario: el mecanismo de Baudelocque-Schultze que corresponde aproximadamente el 95% de los casos en el cual el desprendimiento se genera en el centro de la unión útero-placentaria y el mecanismo de Baudelocque-Duncan, es menos frecuente, en la cual el desprendimiento se origina a los lados de la unión útero-placentaria. Durante el descenso placentario las contracciones uterinas continúan y ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio ya que estos después del parto pierden su utilidad, a lo que se conoce como ligaduras vivas de Pinard. Existen varios autores que considera que con el alumbramiento termina el trabajo de parto, pero para otros existe un cuarto periodo en el cual ocurre la recuperación inmediata y finaliza dos

horas después del alumbramiento placentario donde se estabiliza el estado físico de la madre y se realiza el alojamiento conjunto, por lo que se lo conoce como "puerperio inmediato" ((Norwitz, Robinson, & Repke, 2007).

Existe una variedad de posiciones que la madre puede optar, pero en la mayoría de casas de salud, para la atención del parto vaginal, colocan a la madre en posición de litotomía, donde se inclina la camilla en 45 grados facilitando el pujo y se eleva las piernas sobre estribos para una mejor exposición. El médico gineco-obstetra se sitúa frente a la paciente elevando la camilla hasta una altura adecuada si obtiene una posición una posición cómoda. El parto vertical (en cuclillas), que actualmente se está realizado parece más fisiológico, lo que facilita el pujo y la gravedad ayuda la salida del niño. Sin embargo, al optar por esta posición no es posible la atención médica del parto y no permite la protección perineal que evite las lesiones musculares del periné y los desgarros vaginales (Garret, 2015).

Es necesario la presencia del personal de enfermería en el momento del parto para el control de los signos vitales cada 30 minutos y en el post parto inmediato, antes de ser trasladad la paciente a recuperación (Best, 2017).

El médico obstetra es la persona activa en el parto, quien dará las órdenes al resto del equipo médico, deben seguir las normas de antisepsia como las de una cirugía mayor. Una vez que la paciente esté en la posición adecuada, se realiza la limpieza vulvar y perineal, luego procedemos a colocar los campos quirúrgicos estériles. Se solicita a la paciente pujar de modo sincrónico con cada contracción, esto ayudará a que el

perineo haga protrusión cada vez más y la abertura vulvovaginal se ve más dilatada por la cabeza fetal (Ouahla & Broullón, 2015).

Cuando la cabeza esté coronando asociado al pujo materno, se debe tomar la decisión de realizar o no la episiotomía y se debe protege el periné durante la expulsión de la cabeza con ambas manos (Wahed, 2015). En algunos casos se coloca una compresa entre el recto y la horquilla vulvar haciendo presión con los dedos hacia adentro y arriba en el área perineal correspondiente al mentón fetal, y con la otra mano se coloca una segunda compresa en la parte superior de la vulva, presionando hacia abajo con los dedos esto ayuda para evitar desgarros y a la vez empujar el occipucio hacia abajo y afuera. Esta maniobra conocida con Ritgen facilita la salida de la cabeza, y evita la expulsión violenta del niño que puede ocasionar desgarros perineales e incluso hemorragia fetal intracraneal por la descompresión brusca (Lemoine, 1996).

Una vez que sale la cabeza esta cae hacia atrás y casi entra en contacto con el ano e la madre, inmediatamente el occipucio rota hacia uno de los muslos maternos dejando los hombros en posición vertical, esto se conoce como rotación externa; habitualmente la rotación de la cabeza no es completamente espontánea y si se retrasa el médico debe asistir rápidamente. La extracción del feto se completa colocando ambas manos alrededor del cuello, ejerciendo tracción hacia abajo y afuera para la extracción del hombro anterior, seguido de tracción hacia arriba y afuera para la extracción del hombro posterior y el resto del cuerpo saldrá espontáneamente. Una vez que se llevó a cabo la expulsión, se toma con ambas

manos el neonato y se coloca sobre la madre. En ese momento se liga el cordón se corta entre las dos pinzas después de que dejó de latir y el feto se puede colocar sobre el abdomen materno para un primer contacto con el recién nacido. Si observamos que el llanto no es vigoroso, hay que entregar el recién nacido a personal de neonatología para su reanimación (Carvajal, 2015).

Mencionada anteriormente la importancia de la atención médica del parto esta debe ser realizada en condiciones óptimas, por un equipo médico conformado por: ginecólogo obstetra, anestesiólogo, neonatólogo y auxiliar de enfermería. Es importante mantener a la madre informada de cada procedimiento que se realice y si se presentara alguna complicación durante el parto. El ambiente de la sala de parto debe tener las mismas condiciones de seguridad y asepsia que las existentes en caso de una cirugía mayor y tener todo el material quirúrgico necesario, incluso elementos especiales que pueden ser requeridos por el equipo médico para casos de emergencia como es el fórceps. En el caso de contar en la sala de parto de aire acondicionado, es necesario apagarlo antes del parto, así evitaremos la hipotermia del recién nacido.

Deben contar con un equipo de reanimación, cuna de calor radiante y atención pediátrica. Aunque caminar durante la primera etapa del parto es frecuentemente recomendado para disminuir el dolor, no hay evidencia científica de que disminuya la duración del trabajo de parto, ni el uso de oxitocina o analgesia. La tasa de partos instrumentados y de cesáreas no se ven influenciados. La posición materna no parece afectar significativamente al progreso del parto; por tanto, no es necesario confinar a la cama a las mujeres en etapa temprana del trabajo de parto normal. Debemos

facilitar a la parturienta la adopción de la posición que le reporte mayor confort (Fernández, 2014).

Desgarro Perineal

Es la disrupción o laceración de la mucosa vaginal, que incluso puede alcanzar los tejidos de la región pudenda como consecuencia del parto, y requerirá de reparación quirúrgica dependiendo el grado de desgarro. El desgarro perineal constituye la forma más frecuente de lesión obstétrica. El perineo como se ha mencionado, es el área entre la vagina y el recto que puede desgarrarse durante el parto y que requiere una sutura. Sin embargo, los desgarros de menor grado o pequeños también pueden cicatrizar correctamente sin resolución quirúrgica. El trauma obstétrico es la principal causa de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con una variable repercusión sobre la continencia fecal. Durante el parto pueden producirse desgarros perineales en múltiples secciones tanto en la zona vaginal como en la zona paravaginal (Naidu, 2016).

Existe un cambio en la estructura y composición de los huesos y músculos a medida que pasa el tiempo, éstos cambian de estructura a tornarse más frágiles y menos distensibles respectivamente, correspondiendo en algunas mujeres a la etapa donde empieza la pre-menopausia en la que da inicio la fragilidad ósea por lo que en las madres primíparas añosas este factor puede influir también en el desarrollo de complicaciones durante el parto como los desgarros perineales ya que la distensibilidad del periné no es la misma en una madre joven a diferencia de la madre añosa que por primera vez va a experimentar el parto.

De acuerdo a los criterios sugeridos por la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, los desgarros perineales se pueden clasificar en cuatro grados, tomando en cuenta que el tercer grado presenta 3 subdivisiones (Dueñas, 2015).

Primer grado: Existe la lesión de la piel perineal es decir la mucosa de la vagina presenta una laceración superficial, que en algunos casos se puede extender a la piel en el introito. En este tipo no existe lesión de tejidos profundos y su reparación no puede ser necesaria.

Segundo grado: existe lesión de músculos del periné pero no afectan al esfínter anal, es decir la mucosa perineal y el cuerpo perineal presentan laceraciones, y pueden llegar hasta los músculos perineales transversos. A diferencia del de primer grado este requiere reparación mediante sutura.

Tercer grado: existe lesión del esfínter anal es decir la laceración se extiende tanto a los músculos perineales transversos y al esfínter anal pero no hay afectación de la mucosa rectal. Este tipo se subdivide en:

- 3a: existe lesión <50% de grosor del esfínter anal externo.
- 3b: existe lesión >50% de grosor del esfínter anal externo.
- 3c: existe lesión tanto del esfínter anal externo como del interno.

Cuarto grado: existe lesión de todo el esfínter anal y de la mucosa rectal es decir la laceración se extiende hacia la mucosa rectal (Dueñas, 2015).

La importancia de clasificar a los desgarros es porque aporta un valor pronóstico de los mismos ya que el riesgo para incontinencia fecal se duplica en el grado 3c en relación al 3b de la misma manera que el 3b es el doble de riesgo de incontinencia fecal que los 3a. Se debe tomar en cuenta la opción más grave cuando se tenga dudas del grado de desgarro que presente la paciente (Dueñas 2015).

Existen lesiones que no se las puede clasificar en ninguno de los grados descritos anteriormente ya que hay casos en los que el esfínter anal interno y externo permanecen íntegros pero existe lesión de la mucosa rectal, por esta razón es importante que el personal de salud pueda reconocerlos ya que la reparación adecuada puede evitar complicaciones como las fístulas recto-vaginales, y repercusiones clínicas a largo plazo que generalmente ocurren en los desgarros de tercer y cuarto grado, a diferencia de los desgarros de primer y segundo grado, en los cuales estas repercusiones no se presentan (Pavón & Dueñas, 2015).

Diferentes estudios han identificado varios factores que aumentan el riesgo de desgarro perineal de tercer o cuarto grado como la macrosomía, primiparidad, el parto instrumentado con aplicación de fórceps, la macrosomía, la episiotomía, el período expulsivo prolongado y el uso de anestesia. Mientras que en algunos estudios concuerdan que el uso de la oxitocina podría ser considerado un factor protector (Villanueva, 2016).

Consecuencias de los Desgarros Perineales

Constituyen un problema de salud ya que presentan un efecto negativo a nivel psicológico de la mujer. Estas consecuencias están relacionadas directamente con la reparación de las mismas. Los síntomas persisten en un 95% de las mujeres hasta 8 semanas posparto. Los siguientes síntomas ocurren por eventos adversos: a corto plazo, a mediano plazo y a largo plazo (Tanay, 2014).

Eventos a corto plazo que incluyen: dehiscencia, dolor perineal, hemorragia, formación de hematomas, infección y formación de abscesos.

Eventos a mediano plazo como: la formación de fístulas

Eventos a largo plazo como: la incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital, disfunción sexual y dispareunia (Tanay, 2014).

Conociendo las consecuencias antes mencionadas, en diferentes estudios realizados sobre desgarros perineales y sus consecuencias en los cuales podemos concluir que estos están directamente relacionados con el tipo de desgarro que se produjo y también con la reparación realizada, por lo que es necesario mencionar la técnica de reparación de los desgarros que como primer paso debemos identificar el tipo de lesión y el grado para la correcta reparación de la lesión. Para el correcto diagnóstico de un desgarro es necesario una serie de elementos como: posición de litotomía, buena fuente de luz, buena asepsia durante el procedimiento, analgesia adecuada. Para el cierre de la lesión es importante que se usen las suturas absorbibles. De preferencia las suturas poliglicólicas sobre el catgut crómico por su

resistencia a la tracción, propiedades no alergénicas y menor complicaciones infecciosas (Tanay, 2014).

Los desgarros de primer grad**o**: la mayoría se cierran espontáneamente sin suturas. En el caso de suturar la mucosa vaginal usamos Vicryl 2/0, y realizamos una sutura continua hasta anillo himeneal, procurando englobar la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Sutura de músculos perineales hay que aproximar con una sutura continua de Vicryl 2/0, ha demostrado que produce menor dolor posterior que los puntos sueltos. Es necesario identificar el músculo bulbo cavernoso o la lesión del músculo elevador del ano, y reparlo con cuidado. Sutura de piel hay que aproximar de forma correcta pero sin tensión, ya que esto causa dolor perineal en los primeros meses posparto. Podemos realizar la sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl 2/0 o 3/0 o puntos sueltos (Ros & López, 2018).

En la reparación de los desgarros de tercer y cuarto grado es necesario realizar un tacto rectal, con la ayuda del dedo índice y una palpación del esfínter, hay que distinguir entre el esfínter externo e interno, por su coloración el primero adopta un color rojo y el esfínter interno un color blanco, cuyas fibras son las encargadas del 75% del tono anal que mantiene la continencia. Se clasifican como heridas contaminadas por su ubicación, por lo que es necesario una adecuada asepsia y campos quirúrgicos antes de comenzar su reparación. Se necesita una correcta relajación y analgesia alrededor de la lesión para facilitar la sutura. Una correcta administración antibiótica como profilaxis, se usan cefalosporina de 2º o 3ª generación (ceftriaxona 1g, cefoxitina 1 g) dosis única. Los desgarros de 3° y 4°

grado deben ser valorados y reparados por un médico especializado (Ros & López, 2018).

Sutura de la mucosa rectal. Debe realizarse con sutura continua submucosa o puntos sueltos con Vycril 3/0, para evitar que se forme fístulas recto-vaginales, no hay que penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal, ni se debe alcanzar la luz del canal anal. Sutura del esfínter se empieza a disecar el tejido hasta que se logre visualizar con claridad los extremos de las fibras musculares ya que esta suelen estar retraídas hacia los lados, así aseguraremos una correcta reconstrucción (Ros & López, 2018).

Prevención de los Desgarros Perineales

Diferentes estudios muestran que existen varias causas para que ocurran desgarros perineales entre ellas están que la madre sea pequeña, que el niño sea grande como ya mencionamos anteriormente, que el pujo haya sido muy fuerte y no bien enfocado o conducido y especialmente la posición materna durante el parto, se dice que la posición ginecológica es la menos adecuada para el parto normal. Dentro de los mecanismos o técnicas de prevención de los desgarros perineales debemos tener en cuenta los siguientes:

Control del peso. Un buen control de peso además de permitir un embarazo más cómodo, activo y evitar complicaciones durante la gestación también reduce el riesgo de complicaciones durante la labor de parto, en especial del periodo expulsivo tanto en evitar lesiones perineales como de partos instrumentales (Freire, 2016).

Evitar el estreñimiento. El embarazo en sí mismo es un estado en el cual la mujer está predispuesta a presentar estreñimiento por varias causas, al encontrarse el recto y el colon descendente lleno, aumenta la presión que ejercen éstos en el suelo pélvico y un impacto mayor a los músculos por consiguiente puede aumentar el riesgo de presentar desgarros perineales durante el parto (Freire, 2016).

Masaje perineal prenatal. Se lo realiza en durante el último mes de gestación para que la flexibilidad de los músculos perineales y así la resistencia muscular disminuye, lo que permite que durante el parto el periné se estire sin necesidad de episiotomía. En la técnica se introduce los dedos 3-4 centímetros en la vagina, presionar hacia los lados y abajo de la vagina con movimientos de balanceos delicados y firmes, movimientos de adentro hacia afuera, movimientos en vaivén para estirar el periné y piel de la vagina, movimientos similares al parto especial cuando el producto sale por el canal del parto, los movimientos se los realiza estirando hasta sentir quemazón o escozor. Se debe realizarse durante unos 2 ó 3 minutos. Evitar presionar sobre la por el riesgo de infección.

El masaje perineal puede ser realizado por la propia mujer o por su pareja debe realizarse a partir de la semana 34 y debe ser mínimo 1-2 veces a la semana, previo al aseo de las manos, uñas cortas para evitar laceraciones, en un lugar cómodo e íntimo y con uso de aceite o lubricante, de acuerdo a esto, en revisiones realizadas por Cochrane muestra que realizar el masaje perineal en mujeres primíparas disminuye en un 15% la probabilidad de sufrir trauma perineal, principalmente la

episiotomía, disminuyó en un 37% el dolor perineal posparto (3 meses) además que este efecto no es extrapolable a las multíparas en las cuales no se observa este efecto beneficioso. También se obtuvo que es bien acogida por las gestantes aunque en las primeras semanas puede generar molestias, siendo estas transitorias, refiriendo el 79% volver a intentarlo y el 87% lo recomendarían a otras mujeres embarazadas (Rodriguez, 2015).

Entrenamiento de la musculatura perineal preparto. Se trató de estimar, en un estudio de cohorte noruego, si las mujeres que realizaban ejercicios de la musculatura perineal antes del parto (ejercicios de Kegel, aperturas de los músculos del periné y movimientos de caderas con deslizamientos) tenían menos riesgo de presentar desgarros perineales, episiotomía, pero no se encontró asociación. Por lo contrario, se ha demostrado en varios estudios aleatorios controlados que realizar estos ejercicios se puede usar como prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria durante el embarazo y el posparto inmediato. Pero no se cuenta con evidencia suficiente si juega algún papel en la prevención del trauma perineal propio del posparto (Rodriguez, 2015).

Realización de pujos. Ocurre por el descenso de la cabeza fetal y cuando la dilatación del cérvix es completa. Existen dos tipos de pujos: el pujo de valsalva que es el menos recomendado ya que aumenta la presión intratorácica, en las extremidades inferiores disminuye el retorno sanguíneo y el oxígeno, razón por la cual hay más riesgo de daño perineal y episiotomía con este tipo. A diferencia de los

pujos espontáneos que son los más recomendados ya que se producen menos trauma perineal (Freire, 2016).

Posturas durante el parto. Durante la historia y a nivel cultural la posición del parto ha ido cambiando. La posición vertical usada desde la antigüedad y hoy en día también en las culturas indígenas, anatómicamente, siendo la mejor postura en beneficio del parto. En la actualidad la posición de litotomía para la atención del parto, es beneficiosa para el profesional de salud y por ende desfavorable para el parto. Se debe optar por la postura más cómoda para la paciente y beneficiosas ya que reducen el tiempo de dilatación, el tiempo de expulsivo y el número de partos instrumentados. El decúbito lateral y la posición en cuadrupedia son las mejores posiciones para prevenir las heridas perineales. En varias revisiones bibliográficas, aparecen un menor número de episiotomías pero ocurren más laceraciones y desgarros grado II, cuando la mujer decide la posición que ella desea (Freire, 2016).

Compresas calientes. Es una técnica muy difundida en el personal de salud, la aplicación de calor se realiza con toallas o compresas húmedas y calientes, la inmersión en agua caliente y las almohadillas de calor seco. Se debe realizar durante la segunda etapa del parto para disminuir el riesgo de laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, también reduce el dolor durante el parto y en los 3 primeros días del posparto asimismo se ha encontrado una disminución de la percepción del dolor durante el parto y posparto ya que el calor dilata los vasos sanguíneos, aumentan el flujo sanguíneo, aumenta el aporte de nutrientes y oxígeno por lo que reduce la estimulación dolorosa, reduce el edema e inflamación; la extensibilidad

colágena aumenta y disminuye el tono muscular lo que permite al periné distenderse durante el parto y así evitar los desgarros o la episiotomía, varios estudios demuestran disminución (Fernández, Peña, & Rivera, 2014).

Masaje perineal durante el parto. Se lo realiza durante la etapa del expulsivo. La técnica es similar al masaje preparto con la diferencia que en esta lo realiza el profesional de salud, quien lo puede realizar solo en cada contracción o en la pausa y contracción combinadas. En los últimos años no se recomienda su uso ya que esta técnica puede producir edema perineal, lo que resulta para la madre molestoso pero la evidencia indica que la técnica no es beneficiosa ni perjudicial, con similares resultados de episiotomías, desgarros grado I y de perinés intactos, según las recomendaciones de la OMS, "los masajes y estiramientos del periné durante el expulsivo son inefectivos por lo que deberían ser eliminados" (Rodriguez, 2015).

Realización de episiotomía. La Organización Mundial de Salud refiere que la prevalencia de realización de episiotomía es del 30%. La Guía clínica de atención del parto normal recomienda la realización de la episiotomía medio-lateral, el principal beneficio de la realización de la misma es prevenir los desgarros de tipo III y IV. Cabe recalcar que no se debe tomar como práctica rutinaria la realización de la episiotomía, se debe valorar los casos necesarios entre ellos los partos instrumentales y en el cual exista compromiso del bienestar fetal además tampoco en mujeres que presentaron desgarro grado III y IV en partos anteriores ya que en un estudio retrospectivo poblacional realizado en el Reino Unido, sobre la incidencia de

recurrencias de desgarros de tercer o cuarto grado se obtuvo una recurrencia del 5,7% (OMS,2018).

Sujeción del periné en el expulsivo. Consiste en dar apoyo al periné cuando la cabeza fetal se ubica sobre el pubis para su expulsión ya que en este momento es donde más ocurren los desgarros. Para la protección del periné existen 2 maniobras: "Hands poised" o conducta expectante en la cual se dirige de forma verbal el descenso, logrando que la paciente puje o relaje el periné de acuerdo a las necesidades, así las manos del personal que atiende el parto están preparadas en caso de frenar el descenso brusco de la cabeza fetal y "hands on" o conducta de protección activa del periné. En un estudio que comparan las dos técnicas donde obtuvieron que no existe diferencias en cuanto a la extensión, localización y gravedad de la lesión perineal usando o no la protección, pero si hubo significancia en disminución del dolor perineal posparto (8 días después) en mujeres que tuvieron protección perineal (OMS, 2018).

Episiotomía Versus Desgarro

La episiotomía es un procedimiento quirúrgica cuyo objetivo es ampliar la parte inferior de la vagina, el tejido perineal y el anillo vulvar durante el nacimiento, esta incisión requiere de reparación quirúrgica. Las únicas indicaciones para realizar una episiotomía eran intentar salvar la vida del feto durante un parto dificultoso, hasta principios del siglo XX, con el transcurso de los años esto ha cambiado del uso selectivo y terapéutico al uso rutinario y profiláctico, alegando ventajas durante el parto como la disminución del trauma sobre el piso pélvico, la prevención de

laceraciones del periné, la prevención de lesiones hipóxico isquémicas en el feto y ayuda en la restauración anatómica y fisiológica del periné. Sin datos ni estudios que avalan estas aseveraciones, por lo que actualmente su uso sistemático (Vardon & Dreyfus, 2015).

La episiotomía, cuya frecuencia ha disminuido desde la aparición de las guías de práctica clínica del MSP en las que recomiendan que no debe realizarse de forma rutinaria. Los factores de riesgo de desgarro perineal grave que pueden justificar una episiotomía son primiparidad, extracción instrumental, macrosomía, distocia de los hombros, presentación posterior, basándose en la experiencia clínica, no de forma sistémica. La reconstrucción de episiotomía clásica y la técnica con sutura continua no tienen diferencia alguna, pero la segunda parece disminuir el dolor en el posparto inmediato. Lo principal es prevenir y tratar de forma inmediata la pérdida sanguínea ante la presencia de una episiotomía, de un desgarro perineal, vaginal o cervical (Yepez & Jijón, 2015).

Es difícil determinar el impacto sexual de la episiotomía y de los desgarros perineales sobre la actividad sexual posterior, aunque la episiotomía incrementa el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, hay que tomar en cuenta que existen múltiples factores implicados (Yepez & Jijón, 2015).

Los desgarros perineales que presentan las mujeres son en su mayoría Grado I, los cuales no necesitan de sutura, producen menos dolor y la frecuencia de infección es baja comparado con las episiotomías. Sleep y Klein establecen que la realización de

una episiotomía favorece la aparición de desgarros graves (grado III-IV). Los desgarros lesionan menos el suelo pélvico que la episiotomía, por lo tanto va a ser menor la tasa de infecciones, hematomas, fístulas y dispareunia (Sánchez, 2012).

La evidencia muestra que la utilización rutinaria de la episiotomía, comparada con la selectiva, no mejora los resultados perineales a corto y largo plazo en las mujeres. Al realizar una episiotomía, debemos usar la técnica más recomendada la episiotomía mediolateral, que comienza en la comisura posterior de la vulva, dirigida hacia el lado derecho con ángulo entre 45 a 60 grados, pero antes de tomar la decisión realizar una episiotomía es necesario evaluar la guía práctica clínica y la tasa de desgarros perineales graves que se presentan durante el parto (Colón & Franco, 2014).

Existen mujeres que se pueden beneficiar de la realización de una episiotomía, hay otras en las el riesgo de complicaciones es mayor, por lo que la Organización Mundial de la Salud está en contra de la episiotomía de rutina, de acuerdo con la evidencia científica disponible (OMS, 2018).

CAPITULO III

3.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Operacionalización de Variables del Estudio

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Años cumplidos	< ó = 18 años (adolescentes) 19 a 35 años (adulta joven) >35 años (adulta madura)	Número de años
Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltera Casada Divorciada Unión libre	SI No
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Mestiza Indígena Afro ecuatoriana	Tipos de Etnia
Nivel de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso	Primaria Secundaria Superior	Nivel
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Se designa con el número total de embarazos.	Primípara (1 parto) Multípara (2-4 partos) Gran multípara (>4 partos)	Número de embarazos
Edad gestacional	Edad del feto o recién nacido, expresada en semanas transcurridas desde el primer día del	Pretérmino (35 a 36,6 semanas) A término (37 a 41,6 semanas)	Número de semanas

	último período menstrual de la madre antes del embarazo	Postérmino (>42 semanas)	
Controles prenatales	Procesos y evaluaciones que se realizan de manera sistemática para estudiar el estado de salud de la embarazada y del feto.	Controles adecuados (>4 controles) Controles Bajos(<4 controles)	Número de controles
Labor de Parto	Presencia de contracciones que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino	Espontáneo Inducción Conducción En expulsivo	Tipos
Sexo del recién nacido	Características genotípicas del paciente.	Masculino Femenino	Si No
APGAR	La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer minuto después del nacimiento del bebé, evalúa el bienestar general.	Normal 7-10 Depresión moderada 4-6 Depresión severa 0-3	Número
Peso del recién nacido	Es una medida de la fuerza gravitatoria que actúa sobre un objeto.	Peso Adecuado (2500 a 3500 gramos) Sobrepeso (>3500 gramos) Peso Bajo (<2500 gramos)	Peso en gramos
Talla del recién nacido	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Normal (47-53 centímetros) Baja (<47 centímetros) Alta (>53 centímetros)	Talla en centímetros
Perímetro cefálico del recién nacido	Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande.	Adecuado (30 a 35 centímetros) Bajo (<35 centímetros) Alto (>35 centímetros)	Perímetro cefálico en centímetros

Persona que atiende el parto	Personal de salud capacitado que se encarga del parto.	Médico Tratante Residente Interno	Personal médico
Desgarros	Rotura en la piel o músculo del perineo (área entre la vagina y el ano) durante el parto.	1° grado 2° grado 3° grado: subtipos 4° grado	Tipos Subtipos

3.2 Recursos Empleados

Previa autorización del Hospital Carlos Andrade Marín, se revisó las historias clínicas y los registros de la base de datos del mismo.

3.3 Universo

3.3.1 Universo.

Se trabajó con el universo de la población, esto es 658 pacientes a quienes se atendió el parto por vía vaginal en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Carlos Andrade Marín. Los participantes fuerón identificadas mediante el número de historia clínica del sistema AS400 del Hospital.

3.3.2 Criterios de inclusión.

Pacientes con edades comprendidas entre 15 a 45 años

De 35 semanas a 43 semanas de edad gestacional

3.3.3 Criterios de Exclusión.

Mujeres gestantes atendidas por parto instrumentado.

3.4 Métodos

3.4.1 Tipo de investigación.

Cross Sectional Study

3.5 Análisis Estadístico

Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS, versión 23 con licencia PUCE.

Usando las siguientes medidas estadísticas para probar nuestras hipótesis:

- Medidas de tendencia central
- Medidas de dispersión
- Medidas de significación
- Chi cuadrado
- Se utilizaran diferencia de promedio

CAPÍTULO IV

4.- RESULTADOS

4.1 Características Demográficas

Durante el período del estudio participaron 659 pacientes de las cuales se excluyeron 33 debido a que los recién nacidos tuvieron una edad gestacional menor a 35 semanas, por lo cual se analizó un total de 626 pacientes, cuyo promedio de edad fue de 29,52 años con una desviación estándar de 5,6, una mediana de 29 años, una moda de 28 años, con una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 45 años. Además 1,8% corresponden al grupo adolescentes, el 81,5% al grupo adultas jóvenes y el 16,8% al grupo adultas maduras. Se puede mencionar que en cuanto a la etnia, el 1,6% de las mujeres se auto-identificaron como afroecuatorianas, el 1,4% como indígenas y el restante porcentaje que corresponde al 97% como mestizas. Según el estado civil, el 2,1% eran divorciadas, el 26,8% eran solteras, el 35% eran casadas y el 36,1% corresponde a unión libre. En cuanto al nivel de instrucción, el 12,9% mencionó su nivel de instrucción como primaria, el 61,2% como secundaria y el 25,9% como superior.

4.2 Antecedentes Obstétricos

En el mes de enero se atendieron un 21,9% de partos céfalo-vaginales, en febrero un 13,6%, en marzo el 20%, en abril el 6,5%, en mayo el 9,6%, en junio el 15% y por último en julio el 13,4%. Además el 24,2% de partos ocurrieron en la madrugada, el 22,8% ocurrieron en la mañana, el 32,6% ocurrieron en la tarde y el 20,4% restante ocurrieron en la noche. El análisis de la paridad revela que la mayoría de pacientes

fueron multíparas con el 54,2%, el 44, 1% eran primíparas, y gran multípara el 1,8%.

En cuanto a los controles prenatales el 94,7% se realizó el número de controles adecuados durante el embarazo y el 1, 3% se realizó menos de 4 controles prenatales, con un mínimo de 3 controles y máximo de 11 controles prenatales.

4.3 Características del Recién Nacido

La edad gestacional de los 626 recién nacidos, tuvo un promedio de 38,58 semanas y su desviación estándar de 1,36, con una mediana de 38,50 y una moda de 38 semanas. La edad gestacional mínima fue de 35 semanas y la máxima de 42,6 semanas; del total de partos el 89,6% fue a término, el 9,9% postérmino y el 0,5% pretérmino.

En cuanto al sexo del recién nacido se obtuvo 325 recién nacidos con sexo femenino que corresponde al 51,9% y 301 recién nacidos con sexo masculino que corresponde al 48,1%. El promedio de peso fue de 3003,60 gramos y una desviación estándar de 400,73 una mediana de 3020 gramos y una moda de 2940 gramos, con un peso mínimo de 1270 gramos y un máximo de 4700 gramos; del total de recién nacidos, el 81,1% tuvo un peso adecuado, el 10,9% bajo peso y el 8% peso alto al nacer. De acuerdo a la talla, el 63,4% de los recién nacido presentó talla normal, el 36,4% presentó talla baja y el 0,2% presentaron talla alta, con una talla mínima de 30,5cm y una talla máxima de 55 cm, una media de 47,119, desviación estándar de 2,27, la mediana fue de 47,3cm y la moda de 47cm. El perímetro cefálico registrado al momento del nacimiento tuvo un promedio de

33,58cm, con una mediana de 33,50 cm y una moda de 34cm. El perímetro cefálico mínimo fue de 22 cm y el máximo de 45,1 cm; del total de niños el 87,4% tuvieron un perímetro cefálico dentro de los parámetros normales, el 11,8% perímetro cefálico menor a 30 cm y el 0,8% un perímetro cefálico sobre los 35cm.

De acuerdo al APGAR al primer minuto del recién nacido, 618 presentó un APGAR normal que representa el 98,7%, 4 recién nacidos una depresión moderada que representa un 0,65% y 4 recién nacidos presentó depresión severa que corresponde al 0,65%; en cuanto al APGAR a los cinco minutos, 621 recién nacidos tuvieron un APGAR normal correspondiente a 99,2%, 3 recién nacidos presentaron depresión moderada que corresponde al 0,5% y 2 recién nacidos se mantuvieron en depresión severa siendo un 0,3%.

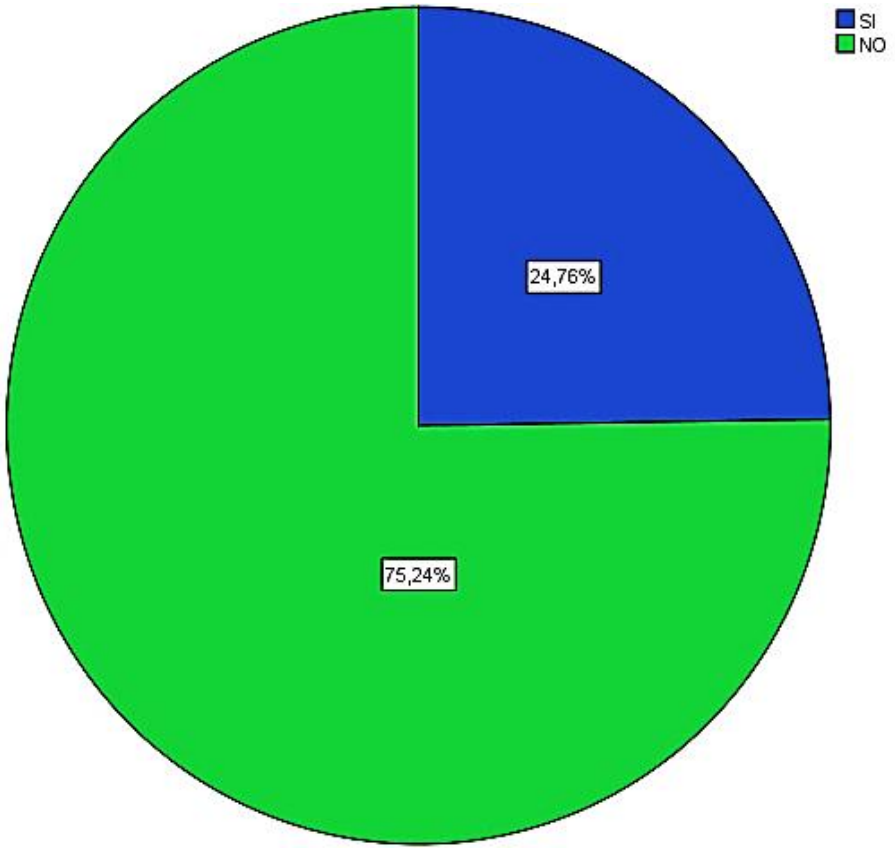
4.4 Características del Parto

Se analizó un total de 626 partos de los cuales al 30,8% se le realizó episiotomía. En cuanto a la labor de parto el 81,3% tuvo una evolución espontánea, 8,5% necesito de conducción, el 1,4% de inducción y el 8,8% acudieron en expulsivo.

Se analizó el personal de salud que atendió el parto de los cuales 56,2% de los partos fueron atendidos por el residente, el 36,1% por el interno y el 7,7% por el médico tratante.

Se analizó la presencia de desgarro cuya prevalencia fue del 24,76% como se aprecia en el siguiente gráfico:

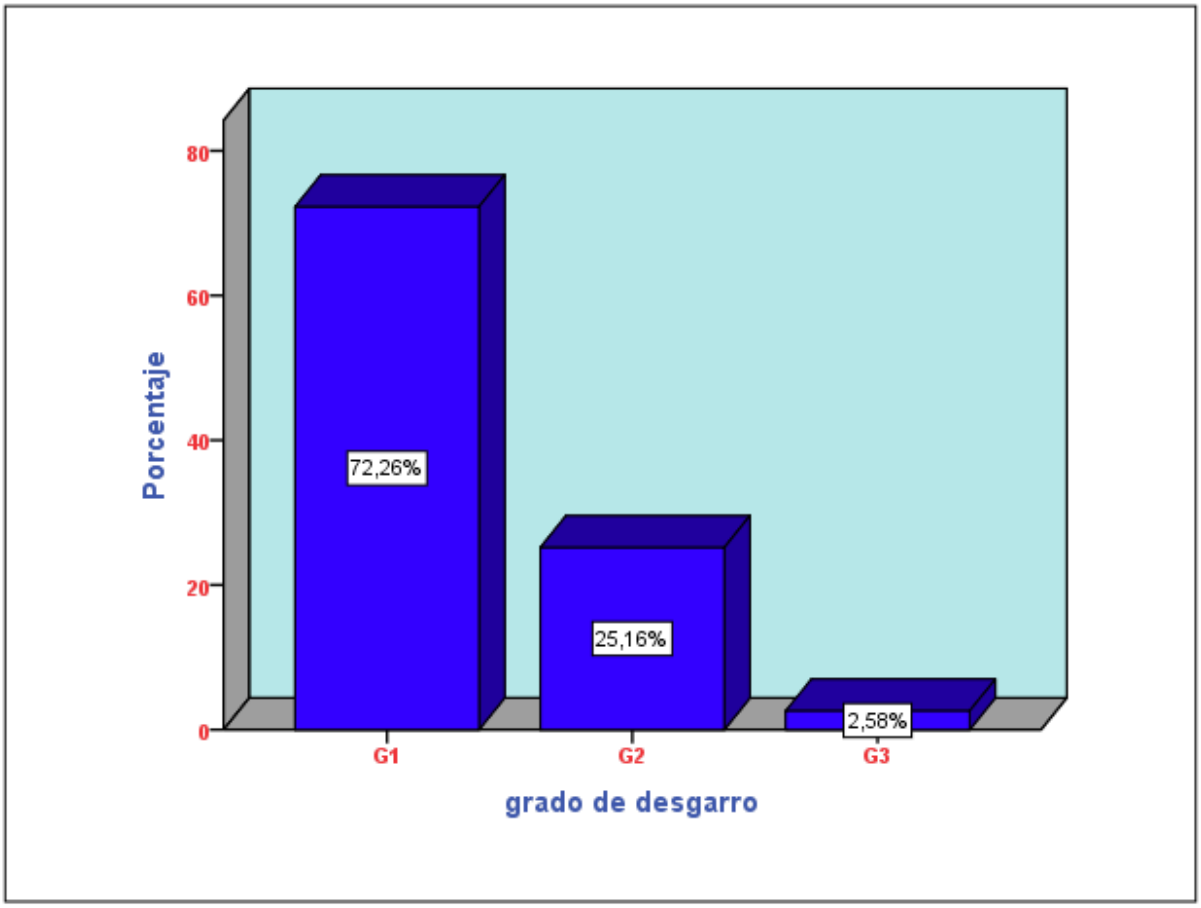
Gráfico 1.
Porcentaje de la presencia de desgarro perineal, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.



Fuente. Datos recopilados en el estudio.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera**.**

La distribución porcentual de los diferentes grados de desgarro se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico 2.
Porcentaje del Grado de Desgarro, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.



Nota: G1 (grado 1), G2 (grado 2), G3 (grado 3).
Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas de las pacientes.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera.

4.5 Análisis Bivariado

Se procedió a analizar los principales factores relacionados con la presencia de desgarros evidenciándose que las mujeres que presentaron desgarro perineal fueron en un 20% las afroecuatorianas; las indígenas el 22,2% y las mestizas el 24,9 % (p= 0,924).

En las mujeres entre los 19-35 años (adulta joven) el 24,9% tuvieron desgarro perineal; en las menores de 18 años (adolescente) el 27,3% y las mayores de 35 años (adulta madura) el 23,8%, (p=0,954).

Al realizar la asociación entre edad materna (adolescentes con adulta joven) y presencia de desgarro perineal se obtuvo un OR=1,09

En la madrugada el 21,2% presentó desgarro perineal; en la mañana el 28,7%; en la tarde el 24%; en la noche el 26% (p=0,500).

La relación entre el peso al nacimiento y los desgarros, el porcentaje más alto fue en los recién nacido con peso elevado el 36%, seguido de los niños con peso normal con 25% y por último los recién nacidos con bajo peso el 14,7% tuvo desgarro (p= 0,029). Al analizar el peso elevado del recién nacido con el peso adecuado y bajo se obtuvo un OR=1,9.

La relación entre el peso del recién nacido y el grado de desgarro se observa en la siguiente tabla:

Tabla 1. *Porcentaje del grado de desgarros perineales según el peso del recién nacido, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.*

		GRADO DE DESGARRO			
		Grado 1	Grado 2	Grado 3	Total
PESO	Normal	88	36	3	127
DEL		69,3%	28,3%	2,4%	100%
RECIÉN	Peso	15	2	1	18
NACIDO	Elevado	83,3%	11,1%	5,6%	100%
	Bajo Peso	9	1	0	10
		90%	10%	0%	100%
Total		112	39	4	155
		72,3%	25,2%	2,6%	100%

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas de las pacientes.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera.
p= 0,327

En relación al perímetro cefálico y desgarros perineales, el 24,7% de los recién nacidos con perímetro cefálico normal presentaron desgarros perineales, mientras que el 27% de los recién nacidos con perímetro cefálico alto presentaron desgarros perineales y los recién nacidos con perímetro cefálico bajo no presentaron desgarros perineales, (p=0,396).

Al realizar la asociación entre el perímetro cefálico alto con perímetro cefálico normal y la presencia de desgarro se obtuvo un OR=1,09.

La relación entre el perímetro cefálico del recién nacido y el grado de desgarro, se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2. *Porcentaje de grado de desgarros perineales según el perímetro cefálico del recién nacido, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.*

		GRADO DE DESGARRO			
		Grado 1	Grado 2	Grado 3	Total
PERÍMETRO CEFÁLICO	Normal	94	39	2	135
		69,6%	28,9%	1,5%	100%
	Alto	18	0	2	20
		90%	0%	10%	100%
	Bajo	0	0	0	0
		0%	0%	0%	0%
Total		112	39	4	155
		72,3%	25,2%	2,6%	100%

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas de las pacientes.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera.
p= 0,003

Según la edad gestacional de recién nacidos y la presencia de desgarro, los recién nacidos postérmino presentan más cantidad de desgarros con un 33,3% mientras que los recién nacidos pretérmino y a término presentan un 25,8% y 24,6%, respectivamente, (p=0,922).

Al realizar la asociación entre los recién nacidos postérmino con los a término y la presencia de desgarro se obtuvo un OR=1,35.

La relación existente entre la edad gestacional y el grado de desgarro perineal, se observa en la siguiente tabla:

Tabla 3. *Porcentaje de grado de desgarros perineales según la edad gestacional del recién nacido, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.*

		GRADO DE DESGARRO			
		Grado 1	Grado 2	Grado 3	Total
EDAD GESTACIONAL	Pretérmino	11	5	0	16
		68,8%	31,3%	0%	100%
	A Término	100	34	4	138
		72,5%	24,6%	2,9%	100%
	Postérmino	1	0	0	1
		100%	0%	0%	100%
Total		112	39	4	155
		72,3%	25,2%	2,6%	100%

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas de las pacientes.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera.
p= 0,890

Según la paridad, los desgarros ocurrieron en el 33% de las multíparas, el 18,2% en las gran-multíparas y el 14,9% de las primíparas, (p=0,000).

Al realizar la asociación entre primípara y multípara con la presencia de desgarro se obtuvo un OR=2,224.

La relación existente entre la paridad y el grado de desgarro, se observa en la siguiente tabla:

Tabla 4. *Porcentaje de grado de desgarros perineales según la paridad, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.*

		GRADO DE DESGARRO			
		Grado 1	Grado 2	Grado 3	Total
PARIDAD	Primípara	26	13	2	41
		63,4%	31,7%	4,9%	100%
	Multípara	84	26	2	112
		75%	23,2%	1,8%	100%
	Gran Multípara	2	0	0	2
		100%	0%	0%	100%
	Total	112	39	4	155
		72,3%	25,2%	2,6%	100%

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas de las pacientes.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera.
p=0,508

De acuerdo al labor de parto y desgarros perineales, las mujeres que ingresan en expulsivo presentan mayor cantidad de desgarros con un 81,8%, seguidas de las mujeres que recibieron conducción del parto durante la labor con un 45,3%, las que recibieron inducción un 22,2% y las de labor espontánea presentaron un 16,5% de desgarros perineales, (p=0,000).

Al realizar la asociación entre labor de parto espontánea con expulsivo, y conducción con inducción del parto con la presencia de desgarro se encontró un OR=4,958 y OR=2,038, respectivamente.

La relación existente entre el grado de desgarros perineales y la labor de parto, se observa en la siguiente tabla:

Tabla 5. *Porcentaje de grado de desgarros perineales según la labor de parto, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.*

		GRADO DE DESGARRO			
		Grado 1	Grado 2	Grado 3	Total
LABOR DE PARTO	Conducción	22	2	0	24
		91,7%	8,3%	0%	100%
	Espontáneo	68	15	1	84
		81%	17,9%	1,2%	100%
	Expulsivo	20	22	3	45
		44,4%	48,9%	6,7%	100%
	Inducción	2	0	0	2
		100%	0%	0%	100%
	Total	112	39	4	155
		72,3%	25,2%	2,6%	100%

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas de las pacientes.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera.
p=0,000

En relación al personal que atendió el parto y la presencia de desgarro, se observó que cuando atendió el parto el interno rotativo de medicina se produjo más desgarros perineales, un 30,5%; cuando atendió el médico residente se produjo un 23,6% y cuando atendió el médico tratante se produjo un 6,3% de desgarros perineales, (p=0,001).

Al realizar la asociación entre la atención del parto por el interno rotativo de medicina y el médico tratante con la presencia de desgarro perineal se obtuvo un OR=4,88.

La relación existente entre el personal que atendió el parto y el grado de desgarro que se produjo, se observa en la siguiente tabla:

Tabla 6. *Porcentaje de grado de desgarros perineales según el personal que atendió el parto, en el Hospital Carlos Andrade Marín. Enero – Julio 2018.*

		GRADO DE DESGARRO			
		Grado 1	Grado 2	Grado 3	Total
PERSONAL QUE ATENDIÓ EL PARTO	Interno Rotativo de Medicina	46 66,7%	20 29%	3 4,3%	69 100%
	Médico Tratante	2 66,7%	1 33,3%	0 0%	3 100%
	Médico Residente	64 77,1%	18 21,7%	1 1,2%	83 100%
Total		112 72,3%	39 25,2%	4 2,6%	155 100%

Fuente. Datos recopilados de las historias clínicas de las pacientes.
Elaboración: Doris Pillajo y Deyci Herrera.
p=0,561

CAPÍTULO V

5.- DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en un Hospital de Tercer Nivel de salud perteneciente al Instituto de Seguridad Social (IESS), permitió evaluar la prevalencia de los desgarros perineales y los factores asociados a los mismos, así como la asociación existente entre factores maternos, neonatales, propios del parto y del grado de experiencia del médico con la presencia de estos desgarros.

El desgarro grado 1, fue el más frecuente con el 72,26 % y el menos frecuente, el desgarro grado 3 con el 2,58%, no se presentó ningún caso con desgarro grado 4. Esto concuerda con el estudio realizado por Oviedo, en el cual se observa que el desgarro de primer grado fue el más frecuente con el 79.2 % y el menos frecuente, el de tercer grado con el 0.8% (Oviedo, 2016).

En cuanto a la edad de las pacientes de nuestro estudio se encontró que el grupo de mayor prevalencia de desgarros perineales fueron las adolescentes (menor o igual a 18 años) con el 27,3%, el grupo considerado como adulta joven (19-35 años) con el 24,9% y el de menor prevalencia, las adultas maduras (>35 años) con el 23,8%. Esto no concuerda con el estudio realizado por Atunca y Huamán, donde se encontró la mayor prevalencia en el grupo entre los 20 y 34 años con el 71.9 %, el menor porcentaje se encontró en el grupo mayor a 35 años con el 18.9% y en el grupo menor o igual a 19 años (adolescentes) con el 9.2 % (Huamán & Atunca, 2011).

Se esperaría que en edades muy tempranas o tardías las posibilidades de desgarros perineales aumenten, lo cual se confirma en nuestro estudio que indica que tener edad menor o igual a 18 años (adolescentes) constituye un factor asociado a la presencia de desgarro perineal, aunque el resultado no fue estadísticamente significativo.

En relación al peso del recién nacido se observó la mayor prevalencia de desgarro perineal en los recién nacidos con peso elevado (> 3500 g) con el 36% y en menor porcentaje los de peso bajo (<2500) con el 14,7%. Al contrario del estudio realizado por Oviedo, donde se observó que el 69,2% de desgarros se produjeron en recién nacido con un peso adecuado de 2501 a 3999 gramos, el 19,2% con un recién nacido macrosómico con un peso mayor o igual a 4000 gramos y el 11,5% con bajo peso menor igual a 2500 gramos (Oviedo, 2016). Debido a que en nuestro estudio sólo participaron dos recién nacidos con peso >4000, se realizó de manera diferente la clasificación en cuanto a los recién nacido con peso elevado, ya que el nivel socioeconómico en nuestra población de estudio es diferente, y como se puede observar los datos concuerdan con los de peso bajo. Otro estudio realizado por Ayala, encontró una mayor prevalencia de desgarros perineales, el 98,33% en recién nacidos con peso entre 2500-3999 g (Ayala, 2018).

En el estudio se evidenció que a mayor peso del recién nacido, mayor es el riesgo de presentar desgarro perineal. Así los recién nacidos con peso elevado que tienen hasta 1,9 veces más posibilidad que los de peso adecuado para provocar un desgarro perineal. Lo cual fue estadísticamente significativo.

La información científica actual, establece que el perímetro cefálico es buen indicador de desproporción cefalopélvica y de parto distócico, por ende de lesiones perineales; en nuestro estudio no se encontró asociación significativa entre el perímetro cefálico y desgarro perineal, se observó que los recién nacidos con perímetro cefálico alto (<35 cm) presentaron mayor porcentaje de desgarros con 27%, seguido de los recién nacidos con perímetro cefálico normal (30-35 cm) con el 24,7%, mientras que los recién nacidos con perímetro cefálico bajo no presentaron desgarros perineales, como se puede observar en el estudio realizado por Ruiz, donde se observó mayor porcentaje de desgarro un 72,7% en el perímetro cefálico entre 34-36 cm (Ruiz, 2018). Esto puede hacer pensar que la prevalencia de los desgarros depende de quien atiende el parto.

En nuestro estudio, los recién nacidos postérmino presentan más cantidad de desgarros con un 33,3% mientras que los recién nacidos pretérmino y a término presentan un 25,8% y 24,6%, respectivamente, sin asociación estadísticamente significativa, a diferencia del estudio realizado por Ruiz donde se encontró que la mayor prevalencia de desgarros fue en los recién nacidos a término con el 87,9% (Ruiz, 2018).

Respecto a la paridad, en nuestro estudio, las multíparas tuvieron mayor porcentaje de desgarros perineales con un 33%, el 18,2% en las gran-multíparas y 14,9% son primíparas, similar al estudio realizado por Ríos donde el 73.8% de las gestantes del estudio fueron multíparas, 13.9% primíparas y 12.3% gran multíparas (Ríos, 2016).

La paridad es un factor asociado al desarrollo de desgarro perineal, pero se encontró que ser multípara presenta 2,224 veces más posibilidad de desgarro perineal que las primíparas, a diferencia del estudio realizado por Oviedo, donde las pacientes primíparas tienen 3,120 veces más riesgo de presentar desgarro que las multíparas. (OR: 3,120, IC 95% 1,881-5,175) (Oviedo, 2016). Lo que hace pensar que no es la paridad el factor asociado, sino depende del personal que atiende el parto.

Al realizar la asociación entre labor de parto espontánea con expulsivo, se encontró que las pacientes que ingresan en expulsivo presentan 4,958 veces más posibilidad de desgarro perineal que las que ingresan en labor espontánea. Así mismo, se observó que al realizar conducción del parto hay 2,038 veces más posibilidad de desgarro perineal que cuando se realiza inducción. Esto fue estadísticamente significativo.

Los partos por vía vaginal son atendidos principalmente por médicos residentes en un 56,2%, internos rotativos de medicina un 36,1% y en menor cantidad por médicos tratantes gineco-obstetras el 7,7%, a diferencia del estudio realizado por Abril y colabores, donde se observó que la mayoría de partos son atendidos por los estudiantes, el 58,3% y por los médicos residentes el 45,7% (Abril, Guevara, Ramos, & Rubio, 2009). En nuestro estudio se observó que cuando atendió el parto el interno rotativo de medicina se produjo más desgarros perineales, un 30,5%; cuando atendió el médico residente se produjo un 23,6% y cuando atendió el médico tratante se produjo un 6,3%. Sin embargo existe poca evidencia que relaciona ambas variables.

Estos resultados pueden estar relacionados sobre todo con los internos rotativos que llegan sin mucha preparación a los hospitales para atender partos, ya que es posible que algunos vayan por primera vez a un centro obstétrico y miren en directo un parto, lo que hace pensar que son buenos en teoría pero no en práctica debido a que en su formación universitaria no trabajan con simuladores y en las rotaciones hospitalarias por la gran cantidad de estudiantes de diversas disciplinas (médicos, enfermeras, obstetras, etc) no pueden participar de forma activa en el manejo del parto, de tal manera que todo el personal debe estar capacitado. Si bien todos aprenden algo, al final son los internos y los residentes, los que tienen la responsabilidad de la atención de un parto.

La lectura revisada sobre este tema no recoge estudios que relacionen otras variables como la etnia, el nivel de instrucción de la madre, los controles prenatales, talla y apgar al 1° y 5° minuto del recién nacido con los desgarros perineales. En nuestro estudio analizamos estas variables, y no se encontró asociación con los desgarros.

Una de las limitaciones del estudio, que afectó su alcance, fue la falta de acceso a la base de datos. Por lo que no se evaluaron otros factores que influyen en la presencia desgarro perineal como la variedad posición, el uso de analgesia epidural y la retención de hombros, por las diferentes políticas que maneja el hospital. Otra limitación es que en las pacientes que se les realizó episiotomía hay un registro inadecuado de presencia de desgarro como consecuencia de ésta. Además no se pudo evaluar la variedad de posición del feto durante el parto ya que los partos cefalovaginales atendidos en el hospital presentaron posición cefálica.

CAPÍTULO VI

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Los desgarros perineales están relacionados con el peso del recién nacido.

El mayor perímetro cefálico del recién nacido se relaciona con desgarros tipo 1 y 3.

Las pacientes multíparas presentan mayor cantidad de desgarros perineales.

Los desgarros perineales tipo 2 y3 se presentan más en período expulsivo.

Al personal de salud que atendió el parto (Internos Rotativos) se relacionan con la mayor presencia de desgarros perineales.

6.2 Recomendaciones

Todo el personal de salud debe recibir capacitación actualizada tanto teórica como práctica sobre el manejo del parto y sus complicaciones; sería necesario contar con una guía de práctica clínica actualizada, a nivel nacional. Al igual que se debe permitir que los internos rotativos de medicina integren los conocimientos aprendidos durante su carrera en la práctica hospitalaria.

Es importante mejorar la capacitación del personal de salud que atiende partos sobre temas como: la buena protección del periné a todas las pacientes atendidas por parto céfalo-vaginal, especialmente a las que presenten recién nacidos con peso elevado.

Énfasis a los cuidados que se deben tener durante el parto sobre todo a la gestación de adolescentes, debido al mayor riesgo de desgarro perineal, por ende mayor complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Abril, F., Guevara, A., Ramos, A., & Rubio, J. (2 de Junio de 2009). *FACTORES DE RIESGO PARA DESGARRO PERINEAL EN PARTOS SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDOS POR PERSONAL EN ENTRENAMIENTO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BOGOTÁ (COLOMBIA).* Obtenido de Federación Colombiana de Asociaciones deObstetricia y Ginecología. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología: https://www.researchgate.net/publication/237028670_FACTORES_DE_RIESGO_PARA_DESGARRO_PERINEAL_EN_PARTOS_SIN_EPISIOTOMIA_ATENDIDOS_POR_PERSONAL_EN_ENTRENAMIENTO_EN_UN_HOSPITAL_UNIVERSITARIO_DE_BOGOTA_COLOMBIA_2007

Archie, C., & Roman, A. (2014). Trabajo de parto y partos normales y anormales. En A. DeCherney, L. Nathan, N. Laufer, & A. Roman, *Diagnóstico y Tratamientos GINECOOBSTÉTRICOS* (págs. 154-162). Mexico, D.F.: Mc Graw Hill Education.

Ayala, M. (23 de Enero de 2018). *"FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN AL DESGARRO PERINEAL EN GESTANTES DURANTE EL PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, ENERO-JULIO 2017.* Obtenido de UNIVERSIDAD NACINAL FEDERICO VILLAREAL: file:///C:/Users/usuario/Downloads/UNFV_Ayala_Espinoza_Maribel_Titulo_Profesional_2018.pdf

Balgobin, S. (2014). ANATOMÍA PÉLVICA. En B. Hoffman, J. Schorge, L. H. Joshep Schaffer, K. Bradshaw, & G. Cunningham, *Williams Ginecología* (págs. 922-946). México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Barrero, A., & Hernández, L. (16 de Abril de 2016). Obtenido de MATERNIDAD DESPUÉS DE 35 AÑOS:CUIDADO ORIENTADO A PROTEGER LA MUJER Y SU HIJO: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n1/v22n1a02.pdf

Berek, J., & Hillard, P. (2008). *Novak's Gynecology.* México: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE MEXICO.

Best, K. (2017). Parto Vaginal. En A. Mularz, S. Dalati, & R. Pedigo, *Secretos de Obstericia y Ginecología* (págs. 263-270). Barcelona: Elsevier España, S.L.U.

Bowes, W., & Katz, V. (2007). Asistencia posparto. Cuidados del periné. En S. Gabbe, J. Niebyl, & J. Simpson, *OBSTETRICIA* (págs. 707-708). Madrid: MARBÁN, LIBROS, S.L.

Buitrón, R. (2016). Regresión Lineal Múltiple. En R. Buitrón, *Herramientas en Epidemiología* (págs. 147-150). Quito: QUALITYPRINT.

Campillo, J. (2005). *La Cadera de Eva. El protagonismo de la mujer en la evolución de la especie humana.* Barcelona, Santa Perpétua de Mogoda, España: ARES Y MARES (EDITORIAL CRÍTICA, S.L.). Recuperado el 25 de Agosto de 2018, de https://filosofosinsentido.files.wordpress.com/2013/07/2264.pdf

Carvajal, J. (2015). MANEJO DEL PARTO . En C. Ralph, *Manual de Obstetricia y Ginecología* (págs. 94 -112). Mexico.

Cohen, W. (2010). Trabajo de parto normal y anormal. En A. Reece, J. Hobbins, & N. Gant, *Obstetricia Clínica* (págs. 1065-1074). Buenos Aires: EDITORIAL MEDICA Panamericana.

Colón, A., & Franco, R. (16 de Junio de 2014). *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*. Obtenido de GUIA DE PRACTICA CLINICA MEXICO: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf

Córdova, I. (15 de Mayo de 2017). *FACTORES QUE PREDISPONEN AL DESGARRO PERINEAL DURANTE EL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL AÑO 2016.* Obtenido de UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA. Repositorio Institucional: http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/544

Cunningham, G., & Leveno, S. B. (2006). Anatomía y Fisiología. En J. Hauth, *OBSTETRICIA DE WILLIAMS* (págs. 27 - 45). China: McGraw - Hill Interamericana S. A de C.V.

Dexeus, S., & Dexeus, J. (1978). LESIONES MATERNAS DEBIDAS AL PARTO. LESIONES DE LAS PARTES BLANDAS. En S. Dexeus, & J. Dexeus, *TRATADO DE OBSTETRICIA* (págs. 1251-1258). Barcelona: IMPRENTA HISPANO-AMERICANA, S.A.

Dominguez, J. (1 de Marzo de 2016). *Repositorio Institucional. Universidad Autónoma del Estado de México*. Obtenido de Factores que Influyen en la Presencia de Sexualidad Temprana: http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/58952

Dueñas, O. (2015). Operaciones ampliadoras del canal blando. En O. Dueñas, & J. Beltrán, *MANUAL DE OBSTETRICIA Y PROCEDIMIENTOS MEDICOQUIRÚRGICOS* (págs. 161-177). México: Mc Graw Hill Education.

ENSANUT. (Octubre de 2014). *MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/

Fernández, B., Peña, S., & Rivera, C. (01 de Julio de 2014). *Comunicaciones y ponencias en congresos*. Obtenido de La aplicación de compresas calientes durante el expulsivo del parto como método de prevención del traumatismo y el dolor perineal.: http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/65

Fernández, C. (2014). Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. En X. Aguirre, R. Ayala, C. Aranda, M. Bravo, J. Canseco, & E. Cervantes, *Gineco-Obstetricia 4. Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia* (págs. 664-668). Lomas de Chapultepec: Inter Sistemas .

Freire, G. (30 de Agosto de 2016). *Revista digital del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz*. Obtenido de Prevención de las lesiones perineales de origen obstétrico. Revisión bibliográfica: http://enfermeriagaditana.coecadiz.com/prevencion-de-las-lesiones-perineales-de-origen-obstetrico-revision-bibliografica/2/

Garret, G. (2015). Parto VAGINAL. En K. Levenovo, S. Bloom, C. Spong, J. Dashe, B. Hoffman, B. Casey, & G. Cunnigham, *Williams Obstetricia* (págs. 548-554). México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Gilstrap, L., & Yeomans, E. (2009). Complicaciones del parto. En R. Gibbs, B. Karlan, A. Haney, & I. Nygaard, *Obstetricia y Ginecología de Danforth* (págs. 552-560). Barcelona: ISBN edición española.

González, P. (20 de Enero de 2014). *A guide for midwives and doctors* . Obtenido de Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: http://hetv.org/resources/reproductive-health/impac/Procedures/Repair_vaginal_P83_P90.html

GPC. Guía de Práctica Clínica. Guía de Referencia Rápida. (15 de Junio de 2015). *Dehiscencia de Sutura Obstetrica Perineal.* Obtenido de Preevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/608GRR.pdf

Guzmán, S., & Vidal, O. (12 de Septiembre de 2014). *OPERATORIA OBSTETRICA.* (A. Librería, Editor) Obtenido de Anatomía funcional de ls pelvis femenina: http://media.axon.es/pdf/77392.pdf

Hidalgo, P., & Rodriguez, M. (2016). *Revista Latino America de Enfermagem*. Obtenido de Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02744.pdf

Huamán, D., & Atunca, S. (12 de Noviembre de 2011). *Factores de riesgo en gestantes que contribuyen al desgarro perineal en el Instituto Nacional Materno perinatal, noviembre - diciembre 2010.* Obtenido de UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2960/Atunca_sd.pdf?sequence=1

INEC, I. N. (15 de Julio de 2016). *Estadísticas Vitales*. Obtenido de Tasa específica de nacimientos de madres adolescentes: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf

Jácome, P. (14 de 07 de 2014). *RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES.* Obtenido de PRIMERAS EXPERIENCIAS SEXUALES EN ADOLESCENTES: www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3258/1/T-UCE-0013-SP-16.pdf

López, M., Palacio, M., Ros, C., & Bataller, E. (13 de Marzo de 2018). *LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento.* Obtenido de CLÍNIC BARCELONA, Hospital Universitari. Centre de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9triconew.pdf

Lugmaña, G. (2014). *El Instituto Nacional de Estadística y Censos* . Obtenido de Anuario de Estadísticas Hospitalarias: Egresos y Camas 2014:

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Publicaciones-Cam_Egre_Host/Anuario_Camas_Egresos_Hospitalarios_2014.pdf

Naidu, M., Sultan, A., & Thakar, R. (2016). *Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support a preliminary experience*. Obtenido de The International Urogynecological Association : https://www.researchgate.net/publication/284998231_Reducing_obstetric_anal_sphincter_injuries_using_perineal_support_a_preliminary_experience

OMS. (01 de Julio de 2018). *Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Obtenido de Transformar la atención a mujeres y neonatos para: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/

ONU. (15 de Junio de 2011). *Organización de las Naciones Unidas*. Obtenido de EL ESTADO DE LAS PARTERAS EN EL MUNDO: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=548-2011-el-estado-de-las-parteras-en-el-mundo&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-global-y-regional&Itemid=518

OPS. (26 de Marzo de 2018). *Organización Panaméricana de la Salud. Noticias y Eventos.* Obtenido de América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360

Ouahla, N., & Broullón, R. (2015). ASISTENCIA AL PARTO DE BAJA INTERVENCIÓN. En V. Melero, M. Fajardo, C. Facio, & F. Bugatto, *ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO NORMAL PARA RESIDENTES* (págs. 67-71). Madrid: ERGON.

Oviedo, G. (15 de Julio de 2016). *FACTORES ASOCIADOS A DESGARROS PERINEALES EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO DURANTE EL AÑO 2014.* Obtenido de UNIVERSIDAD RICARDO PALMA: https://core.ac.uk/download/pdf/54244654.pdf

Parra, J., & Pérez, R. (12 de Marzo de 2012). *PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN hUMANA*. Obtenido de Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales: http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101b.pdf

Pavón, P., & Dueñas, O. (2015). Manejo del segundo periodo del trabajo de parto en la presentación de vértice. En O. Dueñas, & J. Beltrán, *MANUAL DE OBSTETRICIA Y PROCEDIMIENTOS MEDICOQUIRÚRGICOS* (págs. 146-157). México: Mc Graw Hill Education.

Pritchard, J. (2015). WILLIAMS OBSTETRICIA. En K. Levenovo, S. Bloom, C. Spong, J. Dashe, B. Hoffman, B. Casey, & G. Cunnigham, *Hemorragia Obstetrica* (págs. 788-790). Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Ralph, C. (2015). MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO Y ATENCIÓN DEL. En J. Carvajal, *Manual de Obstetricia y Ginecología.* (págs. 93-112). CHILE: EUNACOM.

Ríos, U. (12 de Julio de 2016). *Factores de riesgos que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto, enero a diciembre 2015*. Obtenido de UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU : https://core.ac.uk/download/pdf/84514521.pdf

Rodriguez, A. (15 de Junio de 2015). *UNIVERSIDAD DE JAÉN*. Obtenido de El masaje perineal como prevención del trauma perineal: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1576/1/TFG_Alfredo_Rodrguez_Millan.pdf

Rodríguez, G. (22 de JUNIO de 2015). *CEDEM*. Obtenido de Fertility. Study and behaviour. Latin America and Cuba: http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v11n21/rnp050115.pdf

Ros, M., & López, M. (13 de 03 de 2018). *Clínica de Barcelona Hospital Universitario.* Obtenido de LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9triconew.pdf

Rossel, C. (Noviembre de 2014). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)* . Obtenido de América Latina a 25 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño: https://www.unicef.org/ecuador/C1420868_WEB.pdf

Rubio, J. (2005). *POLÍTICA SELECTIVA DE EPISIOTOMÍA Y RIESGO DE DESGARRO PERINEAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO*. Obtenido de Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.2: http://www.redalyc.org/html/1952/195214313002/

Ruiz, H. (21 de Julio de 2018). *Factores asociados ala trauma perineal en madres con parto vaginal atendidas en el Instituto Nacinal Materno Perinatal, periodo enero-febrero del 2018*. Obtenido de Universidad Ncional Mayor de San Marcos: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7917/Ruiz_ah%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez, G., & Laako, H. (30 de Junio de 2017). *ECOSUR: Boletín de Hª de la Ciencia, la Medicina y la Tecnología. ISSN: 1576-4826*. Obtenido de Partería en América Latina: http://conectahistoria.blogspot.com/2017/01/cfp-parteria-en-america-latina.html

Sánchez, M. (22 de 09 de 2012). *EPISIOTOMÍA VERSUS DESGARRO*. Obtenido de Revisión de las evidencias científicas: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-97-09.pdf

Sanguinet, K. C. (25 de Octubre de 2014). *Pelvic floor anatomy*. Obtenido de Revista Médica Clínica Las Condes : http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-anatomia-del-piso-pelvico-S0716864013701482

Suzuki, E. (07 de Octubre de 2014). *DATOS DEL BANCO MUNDIAL*. Obtenido de Tasa media de fecundidad a nivel mundial : https://blogs.worldbank.org/opendata/es/tasa-media-de-fecundidad-nivel-mundial-se-redujo-la-mitad

Tanay, C. (2014). Incontinencia urinaria y transtornos del piso pélvico. En A. DeCherney, L. Nathan, N. Laufer, & A. Roman, *Diagnóstico y tratamiento GINEOOBSTÉTRICOS* (págs. 671-675). México: Mc Graw Education.

Vardon, D., & Dreyfus, A. (01 de Abril de 2015). *Episiotomía y desgarros obstétricos recientes*. Obtenido de ELSEVIER: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1634708014674358

Villamarin, S. (2013). Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorrragia postparto. . En W. León, S. Velasco, F. González, R. Henríquez, & G. Aguinaga, *Guía de Práctica Clínica. Ministeri de Salud Pública* (págs. 16-20). Quito: Printed editorial.

Villanueva, L. (21 de Julio de 2016). *Related factors to the severe perineal trauma from*. Obtenido de CONAMED: http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/viewFile/118/142

Vinueza, M. (Junio de 2017). *INEC*. Obtenido de Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf

Wahed, A. (22 de Mayo de 2015). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Obtenido de Management of the second stage of labor: http://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/guida_management_labour1.pdf

Yepez, E., & Jijón, A. (26 de 05 de 2015). *Atención del trabajo de parto, parto y posparto*. Obtenido de GUIA PRACTICA CLINICA MSP: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf