



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Frecuencia de lesiones vulvoperineales de origen obstétrico sin episiotomía y características de gestantes, atendidas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" Cuenca 2017.

Proyecto de investigación previa a la obtención del título de Médico

Autoras:

Jéssica Paola Campoverde León

C.I 0105397319

Leonor Elizabeth Valdez Solórzano

C.I 0302654041

Director:

Dr. Manuel Jaime Ñauta Baculima

CI: 0101835700

Asesor:

Dr. Fausto David Acurio Páez

CI: 1801739416

Cuenca-Ecuador

23-octubre-2019



Resumen:

ANTECEDENTES

El desgarro perineal o traumatismo perineal es la complicación más común reportada durante el trabajo de parto y el nacimiento. Según los estudios, del 1 a 8% de las mujeres sufren traumatismo perineal grave luego del parto vaginal (1,2).

La frecuencia de lesiones difiere según el tipo de parto, peso fetal, paridad, necesidad de episiotomía, edad materna, etc., (4).

OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de las principales lesiones vulvoperineales y características de las mujeres gestantes que no se realizaron episiotomía, atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga (HJCA), período Enero-diciembre 2017.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo transversal de un universo de 301 mujeres cuyos partos fueron atendidos en el HJCA. La información fue recolectada desde la historia clínica mediante formularios con datos concernientes a: datos demográficos y antecedentes gineco-obstétricos. Se analizaron en el paquete estadístico SPSS 25 y los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada.

RESULTADOS: Se determinó una frecuencia de desgarros del 48,3%, siendo el más frecuente el grado 1, en el 73,4% de los casos.

Su frecuencia es más alta entre los 26 a 35 años (46.5%), multiparidad (52,6%) y anemia (52,6%), cuando el neonato es grande para su edad gestacional (71,4%) y su perímetro cefálico es mayor a 34cm (50.3%).

CONCLUSIÓN: La presencia de lesiones vulvoperineales fue frecuente en pacientes con rango de edad entre 26 a 35 años, multíparas, con periodos intergenesicos entre 2 a 5 años, partos inducidos, anemia en la madre y neonatos a término con perímetros cefálicos mayores a 34 cm.

Palabras claves: Parto vaginal. Desgarros vulvoperineales. Episiotomía. Factores de riesgo.



Abstract:

BACKGROUND

Perineal tear or perineal trauma is the most common complication reported during labor and birth. According to studies, 1 to 8% of women experience severe perineal trauma after vaginal.

The frequency of injury differs depending on the type of delivery, fetal weight, parity, need for episiotomy, maternal age, etc., (4).

OVERALL GOAL

Identify the prevalence of major vulvoperineal lesions and characteristics of pregnant women that were not performed episiotomy, served at the José Carrasco Arteaga Hospital (HJCA), January-December 2017.

METHODOLOGY:

Crosscutting quantitative study of a universe of 301 women whose births were cared for in the HJCA. The information was collected from the medical history using forms with data concerning: demographics and gynecology obstetric history. The data obtained were analyzed in the SPSS 25 statistical package and the results were presented in single and double-input tables.

RESULTS: A frequency of tears of 48.3% was determined, the most common being grade 1, in 73.4% of cases. Its frequency is higher between the ages of 26 to 35 (46.5%), multiparity (52.6%), when the neonate is large for its gestational age (71.4%) and its cephalic perimeter is greater than 34cm (50.3%).

CONCLUSION: The presence of vulvoperineal lesions was common in patients aged 26 to 35 years, multi-parades, with intergenetic periods between 2 and 5 years, induced births, anemia in the mother and end-of-term neonates with cephalic perimeters more than 34 cm.

KEY WORD : Vaginal delivery..Vulvoperineal tears. Episiotomy. Risk factors.



INDICE

Abstract:	3
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
DEDICATORIA	12
CAPITULO I	13
1.1. INTRODUCCIÓN	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1. ANATOMÍA GENITAL FEMENINA	16
2.2. EFECTOS DEL PARTO SOBRE EL SUELO PÉLVICO	19
CAPITULO III	24
3. OBJETIVOS	24
3.1. OBJETIVO GENERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4. DISEÑO METODOLÓGICO	25
4.1. TIPO DE ESTUDIO	25
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	25
4.3. UNIVERSO	25
4.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	25
4.5. VARIABLES	25
4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	25
4.7 PROCEDIMIENTOS	26
4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	26
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	26
CAPITULO V	27
5.1 RESULTADOS	27
CAPITULO VI	36



6.1 DISCUSIÓN	36
CAPITULO VII	39
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
7.1 CONCLUSIONES	39
7.2 RECOMENDACIONES	40
8.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
ANEXO 1.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	46
ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Campoverde León Jéssica Paola en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación, **Frecuencia de lesiones vulvoperineales de origen obstétrico sin episiotomía y características de gestantes, atendidas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" Cuenca 2017.** de conformidad con el Art.114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos

Asimismo, autorizo a la universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca , 23 de octubre del 2019

Campoverde León Jéssica Paola

CI. 0105397319



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Campoverde León Jéssica Paola , autora del proyecto de investigación, **Frecuencia de lesiones vulvoperineales de origen obstétrico sin episiotomía y características de gestantes, atendidas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" Cuenca 2017**. certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva, responsabilidad de su autora

Cuenca , 23 de octubre del 2019

Campoverde León Jéssica Paola

CI. 0105397319



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Valdez Solórzano Leonor Elizabeth en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **Frecuencia de lesiones vulvoperineales de origen obstétrico sin episiotomía y características de gestantes, atendidas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" Cuenca 2017**. de conformidad con el Art.114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos

Asimismo, autorizo a la universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca , 23 de octubre del 2019

Valdez Solórzano Leonor Elizabeth

CI. 0302654041



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Valdez Solórzano Leonor Elizabeth, autora del proyecto de investigación **Frecuencia de lesiones vulvoperineales de origen obstétrico sin episiotomía y características de gestantes, atendidas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" Cuenca 2017**. certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva, responsabilidad de su autora

Cuenca , 23 de octubre del 2019

Valdez Solórzano Leonor Elizabeth

CI. 0302654041



AGRADECIMIENTO

Ganamos fuerza, coraje y confianza por cada experiencia en la que realmente nos paramos a mirar al miedo a la cara. Debemos hacer lo que creemos que no podemos. "Eleanor Roosevelt"

El presente trabajo agradecemos a Dios por ser nuestra guía y acompañarnos en el transcurso de la vida, brindándonos paciencia y sabiduría para culminar con éxito nuestras metas propuestas.

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios por ello el agradecimiento a nuestros padres, por ser nuestro pilar fundamental y habernos apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes presentados.

Agradecemos a nuestro director de tesis Dr. Jaime Ñauta y Asesor Dr David Acurio, quienes con su experiencia, conocimiento y motivación nos orientaron en la investigación.

Agradecemos a los todos docentes que con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarnos como buenas personas y profesionales en la Universidad de Cuenca.

Por último agradecemos al Hospital José Carrasco Arteaga por habernos abierto sus puertas y darnos acogida para la obtención de datos y finalización de este arduo trabajo.

Att. Las autoras



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente al herrador de mi vida, el que me acompaña siempre me levanta de mis continuas caídas, el que me enseño que los milagros existen, y cuando más oscuro está la situación me sorprende con un hermoso amanecer, agradezco al creador mi Dios por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre Mónica León por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi padre, Raúl Campoverde a pesar de nuestra distancia física, siento que está conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ud como lo es para mí.

A mis hermanos Jonnathan y Angui por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier circunstancia, aunque la mayoría de las veces parece que estuviéramos

en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos

A mis abuelitos, Naún y Piedad quienes fueron las personas después de mis padres que más se preocupaban por mí. sus canas son sinónimo de sabiduría. Me enseñaron muchas cosas y me encaminaron por el buen sendero de la vida.

A ti Andrés, tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo incluso en los momentos más turbulentos. Este proyecto no fue fácil, pero estuviste motivándome, alimentándome y ayudándome hasta donde tus alcances lo permitían. Te dedico este trabajo, amor.

A ti mi pequeña Brithany por ser el motor y esa alegría que llego a mi vida a darle color . Sin olvidar de mi familia ya que se han preocupado de mí en todo momento, me han formado para saber luchar y ser victoriosa ante las adversidades de la vida, no me alcanzan las palabras para expresar el orgullo que siento por tener una familia tan asombrosa.

Atte. Jessica Paola Campoverde León(Autora)



DEDICATORIA

“A la cima no se llega superando a los demás, sino superándose a sí mismo”.

Quiero empezar dedicando este gran trabajo al forjador de mi camino, a mi padre celestial, al que me siempre me levanta de mi continuo tropiezo, mi Dios, gracias infinitas por estar presente cada día de mi vida.

A mis padres Bertha Solorzano y Darwin Valdez, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por educarme, enseñarme que hay que levantarnos luego de cada caída, la gran parte de mis logros se los debo a ustedes.

A mis hermanos Adrián y Sebastián quienes con sus locuras y sus sonrisas y sobretodo su gran apoyo me ha llevado hasta donde estoy.

A mi esposo Jaime Niveló, mi compañero de vida, mi apoyo incondicional, que llegando a mi vida, la cambió por completo, siendo mi mano derecha y el futuro padre de mi bebé.

A mi bebé que está en camino, esperando ser su mejor ejemplo en un futuro, ser su guía y su apoyo de la misma manera que mi familia lo ha hecho conmigo.

Y por último a mis abuelitos José Solorzano y Blanca Calle que me guiaron en mis primeros años y han estado en cada momento tanto en logros como en fracasos enseñándome que la constancia y dedicación permiten llegar a donde nos proponemos.

Atte: Elizabeth Valdez (Autora)



CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los factores que más preocupan tanto a las embarazadas como a los profesionales de salud que asisten el parto, es la manera de evitar que ocurran desgarros perineales, además de reducir las episiotomías; debido a que generan una alta morbilidad (7).

Las lesiones vulvoperineales son un incidente común en la atención al parto; cada vez hay más discrepancia en el personal de salud en realizar o no una episiotomía, considerando que en la actualidad según la organización mundial de la salud (OMS) recomienda dicha práctica en solo el 15% de las mujeres en labor de parto (5).

El trauma perineal corresponde a la lesión del periné, la cual incluye el conjunto de partes blandas ubicadas por debajo del diafragma pélvico, donde se encuentran el recto y el ano, los músculos de continencia pélvica y de soporte, y los órganos urinarios y genitales externos. El periné es la capa de sostén entre la vagina y el recto, es sitio de referencia para la clasificación del grado del desgarro, a fin de enfocar la reparación. Los desgarros perineales se clasifican según los tejidos comprometidos por el mismo: de primer grado (lesión del epitelio vaginal o la piel del periné únicamente), de segundo grado (involucra además los músculos perineales, pero no el esfínter anal), de tercer grado (disrupción de los músculos del esfínter anal) y de cuarto grado (desgarro de tercer grado con disrupción del epitelio anal). Los desgarros de grado III - IV son considerados severos (2).

Entre los múltiples parámetros demográficos, clínicos y obstétricos que se han estudiado, las características que en distintas poblaciones se han relacionado en forma consistente con laceraciones del periné incluyen la edad materna, la paridad, uso de episiotomía, la inducción del trabajo de parto, entre otros (7).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando hablamos de lesiones vulvoperineales, los desgarros son los más frecuentes. Ocurren habitualmente durante el parto y la mayoría de las veces se suturan. El parto vaginal es un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico por el riesgo de rotura del esfínter anal. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios. La frecuencia de lesiones difiere según el tipo de parto, peso fetal, paridad, necesidad de episiotomía, edad materna, etc. El 1-8% de las mujeres que tienen un parto vaginal presentan una lesión significativa del componente puborrectal del músculo elevador del ano (2).

Las organizaciones de salud, en contextos institucionalizados, han intentado mejorar los indicadores poniendo la ciencia y la tecnología médica al servicio de la atención del parto y nacimiento.



El Ministerio de Salud Pública, nos recalca que no se debería usar de manera rutinaria la episiotomía(3), pues eleva la frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado e incluso disfunciones del esfínter anal. Existe evidencia que indica que la mujer no debería ser sometida a esta técnica. Además de ser una práctica invasiva, esta podría tener complicaciones muy serias en el puerperio de la paciente. El Ministerio de Salud Pública en 2014 publica la Guía de Práctica Clínica, Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato Evidencia que la episiotomía selectiva vs la sistemática incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta. (21)

En los últimos años se ha reducido de manera significativa la realización de este procedimiento, así pues, en un estudio de prevalencia analítico realizado el año 2014 en el Hospital Vicente Corral Moscoso de 3.798 parturientas de las cuales, la muestra lo componen 580 primigestas, indicó que la prevalencia de episiotomía fue de 35.5%; que no se aleja demasiado de los valores propuestos por la OMS (15%-20%) (8).

En las mujeres cuyos partos concluyeron por vía vaginal sin una episiotomía, se han verificado lesiones vulvoperineales de los cuales no existe valores prevalentes en la ciudad de Cuenca, así como también no existen datos sobre las características más frecuentes en gestantes que han sufrido un desgarro.

Es preciso entonces, levantar información acerca de las principales lesiones vulvoperineales por causa obstétrica y las características maternas, debido en parte a la falta de información actualizada sobre la misma.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La lesión vulvoperineal más frecuente la constituye el desgarro perineal que sigue siendo un problema para las parturientas, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas. Se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc., (9).

El uso de la episiotomía actualmente está en discusión. Muchos profesionales en al área de ginecología y obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar éste procedimiento a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez (19).

En la actualidad hay muchos estudios que hablan de la realización de episiotomía, sus beneficios y riesgos. Sin embargo, hay una escasa investigación acerca de la no episiotomía de rutina, prevalencia de desgarros de origen obstétrico y de las características que presenta la gestante, en especial en nuestra ciudad.



Hemos realizado búsquedas exhaustivas acerca de la situación en la que se encuentra el Hospital José Carrasco Arteaga, sin embargo no existen datos sobre los casos estudiados en nuestro proyecto; es por ello la importancia que le damos a nuestra investigación.

Nuestro trabajo, permitirá al personal de salud identificar las principales lesiones vulvoperineales, su grado y características maternas más frecuentes en mujeres que han sufrido un desgarro durante el parto; así como también proveerá de resultados locales y orientados a nuestra realidad que podrán ser utilizados para guiar tareas intervencionistas en beneficio de la población materna.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANATOMÍA GENITAL FEMENINA

2.1.1. GENITALES EXTERNOS

La vulva está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal.

El monte de Venus es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos (10).

Los labios menores se unen por delante formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte posterior se fusionan formando parte de la horquilla perineal. El clítoris es un órgano eréctil de pequeño tamaño situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis, formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas. La separación de los labios permite observar el vestíbulo y el meato uretral, a unos 2 cm por debajo del clítoris (10).

En el vestíbulo vaginal se halla el himen, los conductos de Skene y de Bartholino. El himen es una membrana cutáneo mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño. Los conductos de las glándulas de Skene desembocan a ambos lados del meato uretral. Los conductos de las glándulas de Bartholino se hallan a ambos lados del vestíbulo, a nivel del tercio medio del orificio vaginal, en la hendidura que separa el himen de los labios menores (10).

2.1.2. GENITALES INTERNOS

Están constituidos por la vagina, el útero, los ovarios y las trompas de Falopio, todos ellos relacionados con el resto de las vísceras de la pelvis menor: el colon, la vejiga urinaria y la uretra, sin embargo, en nuestra investigación toma importancia en la anatomía de la vagina.

VAGINA

Es una estructura músculo membranosa tubular de paredes delgadas limitada por la vulva en su segmento inferior; el útero en su segmento superior; la vejiga y la uretra en su cara anterior, de las cuales se separa por medio del septum vesicovaginal; y el recto en su cara posterior también separado por el septum recto vaginal.

El tamaño de la vagina varía, pero generalmente su pared anterior tiene una longitud entre 6 y 8 cm, su pared posterior entre 7 y 10 cm; estas están recubiertas por epitelio escamoso estratificado no queratinizado el cual puede dilatarse y contraerse gracias a los músculos que lo fijan. La vagina



presenta un espacio virtual que al no estar distendido asemeja la forma de la letra H desde el vestíbulo (18).

La vagina cumple diversas funciones, desde excretora, al eliminar las secreciones uterinas y el sangrado menstrual; hasta reproductora, al ser el órgano de cópula femenino y ser parte del canal de parto durante el embarazo. En la cara superior de la vagina se encuentra el fómix, el cual presenta una forma de cúpula; éste se divide en fómix anterior, fómices laterales y fómix posterior, el cual es el más profundo de estos y tiende a incurvarse detrás de la cérvix para unirse en la parte más pendiente de la excavación rectouterina.

La pared vaginal se constituye de tres túnicas: la túnica adventicia, la cual se compone de tejido conjuntivo laxo, con numerosas fibras elásticas y es la que permite la unión de la vagina a sus estructuras cercanas; la túnica muscular presenta tres capas musculares: interna, circular y externa longitudinal.

Se separa de la mucosa por una lámina propia con una red venosa, la cual le da un aspecto eréctil y le permite una contractilidad activa; la túnica mucosa, formada por epitelio escamoso estratificado, presenta pliegues transversales y elevaciones longitudinales en las paredes conocidas como columnas anterior y posterior de las rugas, las cuales se encuentran especialmente desarrolladas en la parte inferior de la vagina; en la parte superior hay un área lisa que corresponde al triángulo vesical (18).

La túnica mucosa, la cual se compone de tres capas (superficial, intermedia y profunda), es sensible a hormonas, en especial a las ováricas, lo cual le permite cambios cíclicos con la descamación de células superficiales (hormonas estrogénicas y en especial progesterona) lo cual es congruente con el ciclo ovárico.

Durante la ovulación, cuando el estímulo estrogénico es más intenso, el desarrollo del epitelio vaginal llega a su punto máximo de desarrollo, por lo que si se realiza un frotis o extendido vaginal se encontrarán células superficiales de tamaño grande con núcleo pequeño (cariopícnóticas), de forma poliédrica y son células acidófilas; a diferencia del caso en que la mujer se encuentra en el punto mínimo de influencia estrogénica en el cual el frotis muestra células basófilas, las cuales se caracterizan por ser pequeñas, con núcleo grande.

A medida que la mujer envejece y los niveles hormonales tienden a disminuir, el proceso de descamación celular tiende a ser más profundo; por esto en mujeres jóvenes no se encuentran células de la capa profunda de la túnica mucosa a diferencia de las mujeres más adultas en las cuales sí se observan (18).

2.1.3. PERINÉ

El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrocóccigeos mayor y menor. Todo ello



hace que tenga una forma romboidal. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior urogenital, donde se encuentra el diafragma urogenital, y un triángulo posterior o anorrectal donde están las fosas isquiorrectales (13).

El periné anterior está formado por tres planos musculoaponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial.

El plano profundo o diafragma pélvico está constituido por una formación músculo tendinosa con forma de embudo que sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales. Incluye el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo, recubiertos por una capa superior y otra inferior de fascia.

El músculo elevador del ano se fija a la pelvis en las ramas descendentes y horizontales del pubis, espina ciática, aponeurosis del obturador interno y bordes del cóxis. Sus fibras se dirigen a la línea media y se entrecruzan con las del lado opuesto.

El músculo coccígeo se inserta en la espina ciática y sus ramas se abren en abanico fijándose en las caras laterales de los segmentos sacros inferiores y cóccix (13).

El plano músculo aponeurótico medio, también llamado diafragma urogenital, se encuentra atravesado por la uretra y la vagina. Está formado por una capa superior y otra inferior que recubren los músculos perineales profundos, que se originan en la rama isquiopubiana y terminan en el triángulo rectovaginal, el músculo esfínter externo de la uretra y los vasos y nervios pudendos (14).

El plano músculo aponeurótico superficial incluye el músculo esfínter anal externo, los músculos isquiocavernosos, que se originan en la tuberosidad isquiática y terminan insertándose en las caras superior y lateral del clítoris, los músculos perineales transversos superficiales que se extienden desde la cara interna de la tuberosidad isquiática hasta el rafe que va del ano a la comisura vulvar y los músculos bulbocavernosos, que rodean el orificio inferior de la vagina y la terminación de la uretra (14).

El triángulo anal contiene el conducto anal y sus esfínteres, el cuerpo ano coccígeo y las fosas isquiorrectales, que contienen una gran cantidad de tejido adiposo, los vasos y nervios hemorroidales inferiores y los vasos y nervios pudendos internos (14).

2.1.4 SISTEMA CIRCULATORIO

Los genitales internos femeninos se encuentran irrigados por las arterias uterinas y ováricas. La arteria uterina se origina de la arteria hipogástrica o iliaca interna, en la base del ligamento ancho, continúa un trayecto medial y hacia la altura del istmo; antes del cruce del uréter llega al borde lateral del útero.

En este punto se divide en una rama ascendente conocida como la rama uterina, de la cual se originan la arteria tubárica, que irriga a la trompa de Falopio y al ovario y se anastomosa con las ramas provenientes de la arteria ovárica; la arteria fúndica, que irriga el cuerpo y el fondo del útero; y una



rama descendente conocida como la rama cérvicovaginal que provee irrigación al segmento superior de la vagina y al segmento inferior del cuello (18).

Los genitales externos femeninos y el segmento inferior de la vagina están irrigados por ramas de la arteria pudenda interna y la rectal media, ramas de la iliaca interna, además los labios mayores reciben irrigación de la pudenda externa, rama de la femoral. Las venas acompañan en su trayecto a las arterias y forman grandes plexos venosos alrededor de los genitales. Estas venas no presentan válvulas, lo cual puede dificultar el retorno sanguíneo (18).

2.1.5 SISTEMA NERVIOSO

La inervación del sistema genital femenino está a cargo del sistema nervioso simpático, parasimpático y cerebroespinal.

Las fibras del sistema nervioso simpático se originan en el ganglio celíaco y en el caso del sistema nervioso parasimpático estas se originan de los nervios espláncnicos pélvicos, que se derivan del sistema sacro autónomo S2, S3 y S4. Las fibras de estos sistemas se unen dando lugar al plexo nervioso de Frankenhauser o plexo hipogástrico inferior, el cual inerva al útero que recibe fibras simpáticas por acción del plexo hipogástrico y las fibras parasimpáticas por el nervio espláncnico pélvico.

También actúan nervios del segundo, tercero y cuarto nervios sacros (sistema central cerebroespinal); y nervios de las ramas ilioinguinal, genitofemoral y el pudendo que inervan los genitales externos y el primer tercio de la vagina.

Durante el orgasmo femenino actúan nervios del plexo hipogástrico, los cuales inervan la parte superior de la vagina; nervios ilioinguinales que inervan el orificio vaginal y los labios menores; y los nervios dorsales del clítoris que inervan el clítoris (18).

2.2. EFECTOS DEL PARTO SOBRE EL SUELO PÉLVICO

El parto vaginal puede provocar trastornos del tracto urinario inferior y del piso pélvico como consecuencia de traumatismos en los órganos pélvicos, la función neuromuscular y la morfología (15).

Así podemos encontrar distintos tipos de lesiones:

LESIONES MUSCULARES	LESIONES POR DISTENSIÓN DE MÚSCULOS Y FASCIA	LESIONES NERVIOSAS
----------------------------	---	---------------------------



1. Desgarros perineales	1. Por estiramiento	1. Lesión del nervio pudendo
2. Episiotomía	2. Por compresión	
3. Estiramiento muscular		

De las lesiones nombradas, como se ha dicho con anterioridad las más prevalentes son los desgarros vulvoperineales (15).

2.2.1. DESGARROS VULVOPERINEALES

El parto vaginal es la mejor vía de parto para la mujer y el recién nacido, ya que supone un menor riesgo de lesiones para ambos y ayuda a la adaptación del bebé al nuevo medio. Sin embargo, alrededor de un 20% de los partos vaginales causa algún tipo de lesión perineal.

Los desgarros vulvoperineales constituyen la lesión vulvoperineal más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa.

En las primíparas ocurren con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o esta es insuficiente para facilitar la salida del feto, cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrostomia fetal (se describe a un feto con peso mayor a 4000g), anomalías congénitas y rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas y en variedades occipitosacras (16).

La anemia materna es uno de los factores de riesgo por lo cual los tejidos vulvoperineales son friables. En la anemia materna por deficiencia de hierro, las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11g/dL y el hematocrito se halla por debajo del 32%. Muchas veces está asociada con un pronóstico materno desfavorable (16).

Inmediatamente después del periodo expulsivo se observa una pérdida sanguínea de magnitud variable pero continua. Si el sangrado no es abundante se puede esperar a que ocurra el alumbramiento. La persistencia de sangrado en presencia de un útero contraído nos indica que hay un desgarro en el canal genital. Mediante la revisión manual y con la inspección de valvas se revela la presencia de desgarros. La extensión del desgarro guarda relación con la intensidad de la hemorragia (16).



2.2.2. CLASIFICACION DE LOS DESGARROS

De acuerdo al Royal Collage de Ginecología y Obstetricia en la guía de tratamiento de desgarros perineales de tercer y cuarto grado, lo clasifica de la siguiente manera:

- **I° Grado:** lesión de piel perineal
- **II° Grado:** lesión de músculos del periné sin afectar el esfínter anal
- **III° Grado:** lesión del esfínter anal
 - 3a) lesión del esfínter externo <50%
 - 3b) lesión del esfínter externo >50%
 - 3c) lesión del esfínter externo e interno
- **IV° Grado:** lesión del esfínter anal y mucosa rectal.

2.2.3. MANEJO GENERAL DE DESGARROS

Cuando la lesión se puede identificar, se debe reparar con puntos separados o suturas interrumpidas.

El desgarro de primer grado sin sangrado y bordes afrontados usualmente no necesita sutura, en cambio los de 2º a 4º es necesaria su reparación quirúrgica. Se sugiere la técnica de sutura continua en los desgarros de 2º grado, comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal, ya que éstas últimas se asocian con más dolor hasta 10 días postparto.

En desgarros con lesión del esfínter anal externo, existen dos técnicas quirúrgicas en su reparación:

- Termino-terminal (aproximación)
- Reparación con superposición

Con puntos de sutura separadas o interrumpidas.

Los desgarros de 4º grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal. Por lo que se recomienda el uso de metronidazol (17).

2.2.4. TECNICAS DE REPARACION DE DESGARROS

REPARACIÓN DESGARROS PRIMER Y SEGUNDO GRADO Y EPISIOTOMÍA



Sutura de mucosa vaginal: Identificación del ángulo del desgarro. El primer punto de sutura debe estar 1 cm por encima del ángulo. Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal. Debe incluir la mucosa vaginal y la fascia recto-vaginal.

Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia. Sutura de músculos perineales: Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto separado. Sutura de piel: La piel debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses postparto. Por este motivo se aceptan sutura continua intradérmica. (25)

REPARACIÓN DE DESGARROS DE TERCER Y CUARTO GRADO

Sutura mucosa rectal: La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos separados utilizando vicryl 3/0 convencional como primera elección o PDS 3/0, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Sutura de esfínter: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: overlap o bien end-to-end utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o vicryl 2/0 convencional para la sutura. (25)

2.2.5. EPISIOTOMIA

La episiotomía es un tipo de intervención quirúrgica realizada en el periné que pretende facilitar la expulsión del producto ampliando el canal blando del parto.

Es la intervención quirúrgica más realizada en el mundo, se efectúa en el 60% de los partos vaginales y en el 90% de los partos de pacientes primíparas.

La episiotomía se ha realizado en forma rutinaria alegando ventajas durante el parto como la disminución del trauma sobre el piso pélvico, la prevención de laceraciones severas sobre el periné, la prevención de hipoxia en el feto y por favorecer la restauración anatómica y fisiológica del periné. (26)

Sin embargo muchos estudios basados en ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que la episiotomía no ofrece ninguna ventaja y por el contrario es un factor de riesgo para desarrollar alteraciones genitales como lesiones que pueden comprometer la mucosa y el esfínter anal e incontinencia urinaria de esfuerzo y también puede retardar el inicio de las relaciones sexuales.

También se ha demostrado que no acorta el tiempo de duración del período expulsivo, ni modifica los resultados perinatales; por el contrario se ha encontrado mayor riesgo de complicaciones como la extensión hasta el recto, aumento significativo del riesgo de laceraciones complicadas, infección, hemorragia postparto, hematomas, aparición de fístulas, celulitis, fascitis necrotizante, endometriosis



perineal, aumento del dolor posparto y en ocasiones resultado anatómico insatisfactorio y dispareunia.(26)

2.2.6. COMPLICACIONES POSTERIOR A DESGARRO Y EPISIOTOMÍA

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Sangrado: Se presenta en caso de medio lateral que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento.

Hematomas: Asociados casi siempre a las medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvoperineales por desgarros.

Dolor: Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías. (27)

COMPLICACIONES MEDIATAS:

Infección: Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gran negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.

Dehiscencia: Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.

Granulomas: Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Fibrosis: De incidencia más frecuente con medios laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia.

Fistulas: Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria.(28)



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y características de lesiones vulvoperineales de origen obstétrico en pacientes que no se realizaron episiotomía.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Distribuir la población de estudio por variables demográficas maternas y neonatales.
- Establecer frecuencia de lesiones vulvoperineales y sus distintos tipos según el grado.
- Establecer la frecuencia de los factores de como diabetes mellitus, anemia, hipotiroidismo de las gestantes que sufrieron lesión vulvoperineal.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio cuantitativo, transversal debido a que se realizó un conteo de todos los casos presentados en el centro de gineco-obstétrico del HJCA.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el centro gineco-obstétrico del Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador.

4.3. UNIVERSO

Se trabajó con información presente en el sistema AS 400 correspondiente a todas las historias clínicas de mujeres con parto vaginal, atendidos en el centro gineco-obstétrico del Hospital "José Carrasco Arteaga" en el período comprendido entre Enero-Diciembre del 2017,

4.4. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de mujeres, cuyo parto haya sido por vía vaginal y atendido en el centro de gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga ,en el año 2017.

2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas que no cuenten con descripción del desgarro

4.5. VARIABLES

Se incluyeron variables cuantitativas como edad, perímetro cefálico, periodo intergenésico, edad gestacional; y variables cualitativas : nivel de instrucción, tipo de parto, multiparidad,presencia de desgarro, tipo de desgarro, presencia de episiotomía, registro de episiotomía y comorbilidades

4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.6.1 MÉTODOS: recolección de datos mediante encuestas de las 301 historias clínicas



4.6.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se recolectó y tabulo la información obtenida a partir del sistema AS400(software utilizado para manejo institucional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).

4.6.3 INSTRUMENTO: para la recolección de datos, se utilizó formularios digitales en el programa Microsoft Excel 2013 de elaboración propia presentes en la sección de anexos y analizados mediante el programa SPSS versión 25

4.7 PROCEDIMIENTOS

Autorización: se contó con la autorización del director del Hospital José Carrasco Arteaga para acceder a la información registrada de historias clínicas en el servicio de estadística de la institución por él dirigida.

Capacitación: revisiones bibliográficas de estudios realizados y guías de diagnóstico de desgarros perineales, consultas con el Dr Jaime Ñauta sobre el tema, además las clases impartidas en la catedra de ginecología de la carrera de medicina

Supervisión: el trabajo fue supervisado por el Dr. Jaime Ñauta, director del presente proyecto de investigación y el Dr. David Acurio Asesor del mismo.

4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

El procesamiento estadístico de la información recogida fue realizado mediante el software estadístico, SPSS versión 25.

Los textos se procesaron con Word XP, y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP.

Como medidas estadísticas se utilizaron frecuencias, porcentajes, tablas estadísticas.

El análisis se realizó mediante estadísticas descriptivas.

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

Los datos recolectados en el presente estudio se guardaron con absoluta confidencialidad a través de códigos numéricos y se utilizaron únicamente para la elaboración del proyecto. Se facultará a quien crea conveniente la verificación de la información. Cabe recalcar que el estudio está centrado en la recopilación de datos de historias clínicas ya registradas en el sistema del Hospital José Carrasco Arteaga en el período Enero-Diciembre del 2017 y que no se necesitó la participación directa de seres humanos.



CAPITULO V

5.1 RESULTADOS

Cumplimiento del estudio

Se encontró un total de 2526 atenciones por parto en el año 2017, se identificó un total de 466 (18.44%) pacientes que término la gestación por parto vaginal, de quienes 301 se incluyeron en el estudio y 167 se excluyeron, por los siguientes motivos: ser partos múltiples, atendidos en extensiones del Hospital del Seguro Social y datos duplicados.

Características sociodemográficas

Tabla 1. Distribución de los pacientes con parto vaginal de acuerdo con la edad e instrucción. Atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga- Cuenca 2017

Variable(s)	Frecuencia	Porcentaje	
Edad*	< 18 años	8	2,7%
	18 a 25 años	86	28,6%
	26 a 35 años	177	58,8%
	> 35 años	30	10,0%
	Total	301	100,0%
Nivel de Instrucción	Analfabeta	1	0,3%
	Primaria Incompleta	2	0,7%
	Primaria Completa	61	20,3%
	Secundaria Incompleta	15	5,0%
	Secundaria Completa	140	46,5%
	Superior Incompleta	3	1,0%
	Superior Completa	79	26,2%
	Total	301	100,0%

*Edad: media de 28 años y desviación estándar de $\pm 5,6$ años



Fuente: Base de datos

Elaboración: Las autoras

De los 301 pacientes con parto vaginal atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2017, el 58,8% corresponde al rango de edad entre 26 a 35 años, seguido de un 28,6% del grupo etéreo entre 18 a 25 años. La edad media resultó en 28 años ($\pm 5,6$ años). La mayoría de las pacientes, un 46,5% tenían un nivel de instrucción secundaria completa y el 26,2% llegaban a la instrucción superior completa.

Características obstétricas

Tabla 2. Distribución de los pacientes con parto vaginal de acuerdo con el número de parto, periodo intergenésico, uso de episiotomía y tipo de parto vaginal. Atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga- Cuenca 2017

Variable(s)	Frecuencia	Porcentaje	
Número de Partos	Primípara	99	32,9%
	Múltipara	202	67,1%
	Total	301	100,0%
Periodo Intergenésico*	< 2 años	34	16,8%
	2 a 5 años	71	35,1%
	> 5 años	97	48,0%
	Total	202	100,0%
Episiotomía	Sí	66	21,9%
	No	235	78,1%
	Total	301	100,0%
Tipo de Parto e Inducción	Eutócico	146	48,5%
	Distócico Conducido	126	41,9%



Distócico Inducido	18	6,0%
Distócico Inducto-Conducido	11	3,7%
Total	301	100,0%

*Periodo Intergenésico: media de 5,8 años y desviación estándar de $\pm 4,2$ años

Fuente: Base de datos

Elaboración: Las autoras

De total de partos vaginales atendidos en la institución, el 32,9% corresponden a primer parto, el restante, 202 pacientes, se consideran multíparas. El promedio de años de intervalo entre partos en las multíparas fue de 5,8 años ($\pm 4,2$ años), apreciándose que el 48% de las mismas tuvo un periodo intergenésico mayor a 5 años.

En 66 partos, correspondiente al 21,9% de atenciones en la institución, se realizó episiotomía.

El 48,5% de los partos fue eutócico, en el restante se realizo conducción, inducción o Inducto-conducción.

Características del recién nacido

Tabla 3. Distribución de los recién nacidos producto de parto vaginal de acuerdo con el peso, edad gestacional y perímetro cefálico, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga- Cuenca 2017

Variable(s)	Frecuencia	Porcentaje
Peso del RN	Pequeño para la edad gestacional (<2500 gramos)	4 1,3%
	Adecuado para la edad gestacional (2500-3000 gramos)	282 93,7%
	Grande para la edad gestacional (>3000 gramos)	15 5,0%
	Total	301 100,0%
Edad Gestacional del RN	Inmaduro (21-27 semanas)	1 0,3%



	Prematuro (28-37 semanas)	10	3,3%
	Termino (37-41 semanas)	290	96,3%
	Postérmino (>42 semanas)	0	0,0%
	Total	301	100,0%
Perímetro Cefálico del RN	< 32 cm	6	2,0%
	32 a 36 cm	286	96,3%
	> 36 cm	5	1,7%
	Total	297	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Las autoras

En los 301 recién nacidos producto de partos vaginales atendidos en la institución, el 93,7% presentaba un peso adecuado para la edad gestacional, el 96,3% correspondían a neonatos a término y el 96,3% presentaron un perímetro cefálico entre 32 a 36 cm.

Morbilidad materna

Tabla 4. Distribución de los pacientes con parto vaginal a la presencia de Morbilidades Maternas, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga- Cuenca 2017

Variable(s)		Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Gestacional	Sí	7	2,3%
	No	294	97,7%
	Total	301	100,0%
Preeclampsia	Sí	8	2,7%
	No	293	97,3%
	Total	301	100,0%



Diabetes en el Embarazo	Sí	5	1,7%
	No	296	98,3%
	Total	301	100,0%
Anemia en el Embarazo	Sí	40	13,3%
	No	261	86,7%
	Total	301	100,0%
Hipotiroidismo en el Embarazo	Sí	20	6,6%
	No	281	93,4%
	Total	301	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Las autoras

7 pacientes, correspondiente al 2,3% presentaron Hipertensión Gestacional, a un nivel similar, el 2,7% Preeclampsia y el 1,7% diabetes en el embarazo. Valores mayores se apreció respecto al hipotiroidismo y anemia, en el 6,6% y 13,3% de mujeres atendidas por parto vaginal.

Frecuencia de Desgarro Vulvoperineal

Tabla 5. Prevalencia de Desgarro Vulvoperineal en mujeres con parto vaginal, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga- Cuenca 2017

Variable(s)	Frecuencia	Porcentaje	
Presencia de desgarro	Si	139	46,2%
	No	149	49,5%
	No se registra	13	4,3%
	Total	301	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Las autoras



La prevalencia de desgarros a nivel perineal en las 301 pacientes atendidas por un parto vaginal fue del 46,2%. Sin embargo, en 13 partos, correspondiente al 4,3%, no se registra la presencia o ausencia de dicha complicación.

Tabla 6. Tipo de Desgarro Vulvoperineal en mujeres con parto vaginal, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga-Cuenca 2017

Variable(s)		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de desgarro	Grado 1	102	73,4%
	Grado 2	31	22,3%
	Grado 3	3	2,2%
	No registra	3	2,2%
	Total	139	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaboración: Las autoras

En 139 pacientes se registró la presencia de desgarro perineal, siendo el más frecuentemente observado el grado 1, en el 73,4% de los casos, seguido del grado 2, presente en el 22,3% de los casos.



Distribución del Desgarro Vulvoperineal por distintas variables

Tabla 7. Desgarro Vulvoperineal por variables demográficas, maternas y neonatales. Atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga- Cuenca 2017.

Variable(s)		Presencia de Desgarro				P valor
		Sí		No		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Edad Materna	Hasta 25 años	3	37,5%	5	62,5%	0,919
	> 25 años	11	40,7%	16	59,3%	
Nivel de Instrucción	Hasta primaria	22	36,7%	38	66,3%	0,043
	Secundaria o más	41	54,7%	34	45,3%	
Numero de Partos	Primípara	38	39,6%	58	60,4%	0,037
	Múltipara	101	52,6%	91	47,4%	
Periodo Intergenésico	2 a 5 años	18	56,3%	14	43,8%	0,593
	< 2 años o > 5 años	49	53,3%	43	46,7%	
Episiotomía	Si	8	12,1%	58	87,9%	0,000
	No	131	59,0%	91	41,0%	
Tipo de Parto	Eutócico	69	49,6%	70	50,4%	0,652
	Distócico	4	36,4%	7	63,6%	
Grande para Edad Gestacional	Sí	10	71,4%	4	28,6%	0,075
	No	129	47,1%	145	52,9%	
Edad Gestacional del RN	Término	4	40,0%	6	60,0%	0,587
	Prematuro	135	48,7%	142	51,3%	
Perímetro Cefálico del RN	Hasta 33 cm	34	41,0%	49	59,0%	0,156
	34 cm o más	97	50,3%	96	49,7%	
Hipertensión Gestacional	Si	4	57,1%	3	42,9%	0,576
	No	135	48,0%	146	52,0%	
Preeclampsia	Si	3	50,0%	3	50,0%	0,014



	No	136	48,2%	146	51,8%	
Diabetes en el Embarazo	Si	2	40,0%	3	60,0%	0,829
	No	137	48,4%	146	51,6%	
Anemia en el Embarazo	Si	20	52,6%	18	47,4%	0,825
	No	119	47,6%	131	52,4%	
Hipotiroidismo en el Embarazo	Si	8	40,0%	12	60,0%	0,454
	No	131	48,9%	137	51,1%	

Fuente: Base de datos
Elaboración: Las autoras

Los desgarros vulvoperineales fueron más frecuentes en las pacientes de 25 años o más, en el 40,7% de los casos, que en las pacientes con menor edad.

La proporción de los desgarros vulvoperineales es más alta en niveles de instrucción media o superior, con una frecuencia de 54,7% en contraste con las de menor instrucción.

En el presente estudio se encontró mayor frecuencia de desgarros en las pacientes multíparas, en el 52,6%, en contraste con las primíparas, con el 39,6%.

Si el periodo intergenésico es menor a 2 años o mayor a 5 años, la presencia de desgarros es mayor, del 56,3%, que cuando el intervalo entre embarazos está dentro de los 2 a 5 años.

Es interesante el resultado de cuando una mujer se realiza la episiotomía, los desgarros son poco frecuentes, en el 12,1% de los casos; en cambio en quienes no se realiza esta técnica los desgarros llegan al 59,0%.

El valor más alto de la proporción de desgarros, del 49,6%, se aprecia cuando el parto es eutócico.

Respecto a la distribución de los desgarros vulvovaginales relacionados con las características del recién nacido, se aprecia que el problema es alto en neonatos grandes para su edad gestacional; del 71,4%; al analizar la edad gestacional, los desgarros llegan al 48,7% en neonatos a término que en los prematuros; por último, en el grupo de niños con un perímetro cefálico pequeño, de 34 cm o más (50,3%), es donde se aprecia también una mayor proporción de desgarros en la madre.



La prevalencia de los desgarros vulvovaginales es mas alta en embarazadas con hipertensión gestacional (57,1%), preeclampsia (50%) y anemia (52,6%); en tanto resulta ser menos observada si la paciente presenta diabetes (40,0%) e hipotiroidismo (40%).

Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($<0,05$) únicamente para las variables nivel de instrucción, número de partos, episiotomía y antecedentes de preeclampsia.



CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó una frecuencia del 48,3% de desgarros vulvoperineales en partos vaginales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca-Ecuador. Entre estas pacientes, el grado 1 resultó como el más frecuente, en el 73,4% de los casos, seguido del grado 2, con el 22,3%.

Se cita a continuación diversos estudios publicados al respecto:

- Según Smith L, en un estudio publicado en el 2013, en la revista BMC Pregnancy and Childbirth, la frecuencia de los desgarros vulvovaginal en el suroeste de Inglaterra fue del 90,4% en nulíparas y del 68,8% en multíparas (21).
- En Colombia, González A, para el 2009, publica una investigación en la revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, en un hospital de segundo nivel mide que un 54,4% de las pacientes atendidas en un hospital de segundo nivel presentaron dicha complicación (22).
- Pergialiotis V, en un metanálisis del 2014 publicado en la revista International Journal of Gynecology and Obstetrics, que incluye a 22 estudios y 651934 pacientes con desgarro perineal, determina que el 96% de los casos corresponden a lesiones mínimas o no severas y el 2,4% tenía lesiones de grado III y IV (23).
- Valverde N, en un estudio del 2014, realizado en el Perú, encuentra una distribución de los desgarros de la siguiente manera: los más comunes los del grado uno y dos, en el 95,3% de las pacientes y los restantes correspondían a los grados más severos (24).

Se aprecia variaciones en la frecuencia del problema, de acuerdo con diferencias en los diseños de estudios encontrados, es alta en el primero que es un estudio de cohortes prospectivo, en cambio es menor en el estudio de Colombia, de diseño transversal; de todas maneras, la frecuencia encontrada en el presente estudio es menor, tal vez, relacionadas por la forma de obtención de los datos, desde los registros en las historias clínicas. La distribución del tipo de desgarros fue similar a la encontrada en el meta análisis de 22 estudios, siendo las más comunes las de menor grado y raras las de tercer y cuarto grado.



La frecuencia de desgarros vulvoperineales resulto más alta a la edad 26 a 35 años (49,7%), en el nivel de medio a superior (54,7%), en las pacientes multíparas (52,6%), si el periodo intergenésico es menor a 2 años o mayor a 5 años (56,3%), cuando el parto fue eutócico (49,6%), cuando existe antecedentes de hipertensión gestacional (57,1%), preeclampsia (50,0%) y anemia (52,6%). Resulta interesante que cuando una mujer se realiza la episiotomía, los desgarros fueron poco frecuentes (12,1%). Al valorar la presencia de los desgarros al distribuirlo con las características del recién nacido, el problema es alto los grandes para su edad gestacional (75,0%); también cuando el perímetro cefálico del recién nacido es igual o mayor a 34cm (50,3%). Las diferencias de la frecuencia del problema entre grupos fueron significativas únicamente para nivel de instrucción, número de partos, episiotomía y antecedentes de preeclampsia.

Contrastando los resultados de esta investigación con otras publicaciones:

- Según Smith L, en una investigación publicada en el 2013 y realizado en 3754 parturientas, encuentra una frecuencia alta de lesiones vulvo perineales cuando el parto es a nivel comunitario, instrumental, en multíparas en grados leves, en nulíparas en grados más alto, cuando se realiza episiotomía, parto prolongado, peso alto al nacer. Al aplicar análisis multivariado, determinan como factores de riesgo a la multiparidad, parto hospitalario, parto instrumental, duración prolongada de la segunda etapa de labor y el alto peso al nacer del neonato (21).
- González A, año 2009, encuentra una mayor frecuencia de desgarros en menores de 22 años, nulíparas, peso alto del recién nacido, perímetro cefálico mayor a 34cm, duración prolongada de la labor, inducción del parto, cuando el operador es un estudiante. Al aplicar un análisis multivariado se concluye que únicamente el peso del recién nacido y la duración de la labor son factores de riesgo en el grupo estudiado (22).
- En el estudio de Pergialiotis V, en un metanálisis del 2014 de 22 estudios y 651934 pacientes encontró que los desgarros perineales son más frecuentes cuando hay parto instrumental, inducción del parto, uso de espisiotomía, alto peso al nacer y uso de anestesia epidural (24).

Muchas de las variables analizadas con relación a los desgarros vulvoperineales son coincidentes con los demás estudios publicados, se repite especialmente el parto instrumental, la inducción de la labor, la duración de la segunda etapa de labor, el alto peso al nacer. Respecto a la paridad hay discrepancias, en algunos estudios reportan a la multiparidad y en otros la nuliparidad, en el presente estudio se aprecia que los desgarros fueron más frecuentes en las multíparas.



Limitaciones: Por el tipo de estudio planteado, transversal, no se puede establecer una relación de causa-efecto, solo encontrar asociaciones entre variables. Además, se encontró que un 4,3% de las historias clínicas no tenían el registro de la presencia o ausencia del desgarro vulvovaginal.



CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Del total de partos vaginales atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2017, el 58,8% corresponde al rango de edad entre 26 a 35 años.
- El 32,9% de las atenciones corresponden a primer parto, el 48% de las pacientes tuvo un periodo intergenésico mayor a 5 años.
- En el 21,9% de las atenciones se realizó episiotomía, indicando un porcentaje mayor al recomendado por la OMS (15%) al realizar este procedimiento.
- De los recién nacidos, un porcentaje mayor al 90% representaron neonatos a término con peso adecuado para la edad y según el estudio realizado se presentaron desgarros cuando se evidenciaba un perímetro cefálico menor a 32 cm.
- Se evidencia datos no registrados sobre presencia o ausencia de desgarros en un 13% de los casos estudiados.
- Se determinó una frecuencia de desgarros del 48,3%. El tipo más frecuente de desgarro fue el grado 1, en el 73,4% de los casos.
- Se demostró diferencias significativas ($p < 0,05$) en la distribución de la frecuencia de los desgarros vulvovaginales para nivel de instrucción medio o alto, multiparidad, uso de episiotomía y antecedentes de preeclampsia.



7.2 RECOMENDACIONES

- Existe aún una proporción de casos con registros incompletos, se debería mejorar el sistema de registro y seguimiento del mismo.
- Existe factores claramente identificados como factores que aumentan la probabilidad de los desgarros vaginales, sin embargo, para otros hay resultados aún no claros y contradictorios, se debe investigar más aún el tema, con otros diseños de estudios y tomando en cuenta más probables variables predictoras.
- Seguir haciendo investigaciones en la línea de morbi-mortalidad materna con el propósito de valorar la realidad de las embarazadas, fortalezas y debilidades en su atención.



8.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Mosquera M GLSLCJ. Scielo. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n1/0300-9041-gom-85-01-00013.pdf" <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n1/0300-9041-gom-85-01-00013.pdf> .
2. Diaz S. Universidad Privada de Norbert Wiener. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/529/T061_75337057_T.pdf?sequence=1&isAll owed=y" http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/529/T061_75337057_T.pdf?sequence=1&isAll owed=y.
http://www.guiasalud.es/egpc/parto_normal/completa/apartado06/segunda_etapa.html
3. M López MP. Medicina Fetal Barcelona. [Online].; 2014 [cited 2018 Marzo 12. Available from: HYPERLINK "https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perine ales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf" https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perine ales%20de%20origen%20obst%E9trico.pdf .
4. Hauck YL1 LLNEWCDD. PubMed. [Online].; 2015 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25476878" <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25476878> .
5. Ballesteros. M.1 C. Scielo. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02686.pdf" http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02686.pdf .
6. Hernández M. -Tiria M. Scielo. [Online].; 2015 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a07.pdf" <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a07.pdf> .



7. Linares GUR. Sunedu. [Online].; 2016 [cited 2017 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/52733/1/CS-TIT-RIOS%20Grecia.pdf"
<http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/52733/1/CS-TIT-RIOS%20Grecia.pdf>.
8. Gualán C. CA. DSPACE. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21517"
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21517>.
9. Huamán Tomairo CS. Concytec. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_e1cd748f596eadc51d0d5b78f6afc759/Description"
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_e1cd748f596eadc51d0d5b78f6afc759/Description.
10. OVEJERO HH. Salud Campus Madrid. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"http://www.saluscampusdemadrid.com/images/stories/doc/Asig%20Enfermeria/Anatomia%20Humana.pdf"
<http://www.saluscampusdemadrid.com/images/stories/doc/Asig%20Enfermeria/Anatomia%20Humana.pdf>.
11. Brzyski RG. Manual MSD. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/biolog%C3%ADa-del-aparato-reproductor-femenino/%C3%B3rganos-genitales-internos-femeninos" <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-femenina/biolog%C3%ADa-del-aparato-reproductor-femenino/%C3%B3rganos-genitales-internos-femeninos>.
12. Parrondo P PMTÁHJ. Alicia. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"file:///C:/Users/usuario/Downloads/Anatomia%20del%20aparto%20genital%20femenino%20(1).pdf"
[file:///C:/Users/usuario/Downloads/Anatomia%20del%20aparto%20genital%20femenino%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Anatomia%20del%20aparto%20genital%20femenino%20(1).pdf).
13. Manzano JMM. Anatomia Ucv. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"https://anatomiaucv.weebly.com/uploads/1/4/1/8/14186636/clase_perine_femenino_y_genitales_externos.pdf"
https://anatomiaucv.weebly.com/uploads/1/4/1/8/14186636/clase_perine_femenino_y_genitales_externos.pdf.
14. Carrillo K. Research Gate. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"https://www.researchgate.net/publication/272990892_Anatomia_del_piso_pelvico"
https://www.researchgate.net/publication/272990892_Anatomia_del_piso_pelvico.
15. Isusi I. Asturias. [Online].; 2016 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK
"https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Jornadas%20y%20Conferencias/2016/VALORACION%20DEL%20SUELO%20P%C3%89LVICO%20TRAS%20EL%20PARTO.%20Iratxe%20Isusi%20Fern%C3%A1ndez.pdf"
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Jornadas%20y%20Conferencias/2016/VALORACION%20DEL%20SUELO%20P%C3%89LVICO%20TRAS%20EL%20PARTO.%20Iratxe%20Isusi%20Fern%C3%A1ndez.pdf



[ACI%C3%93N%20DEL%20SUELO%20P%C3%89LVICO%20TRAS%20EL%20PARTO.%20Iratxe%20Isusi%20Fern%C3%A1ndez.pdf](#).

16. Lorenzana-Cruz J. * JER. Revista Médica Post UNAH. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "<http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-2-2013-7.pdf>"
<http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-2-2013-7.pdf>.
17. González JF. Agencia Sanitaria Costa del Sol. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "[file:///C:/Users/usuario/Downloads/PE-OBS-29_DESGARROS_PERINEALES%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/PE-OBS-29_DESGARROS_PERINEALES%20(1).pdf)"
[file:///C:/Users/usuario/Downloads/PE-OBS-29_DESGARROS_PERINEALES%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/PE-OBS-29_DESGARROS_PERINEALES%20(1).pdf).
18. ARTUZ WSYA. Biblioteca Digital. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10317/3/Fundamentos%20de%20ginecologia.pdf>"
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10317/3/Fundamentos%20de%20ginecologia.pdf>.
19. Melean "A. Scielo. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 17. Available from: HYPERLINK "http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011"
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332014000200011



- Prioridades de investigación en salud 2013_2017 [Internet] Ecuador: MSP;2013-2017 ;citado 18 de abril 2019].
20 Disponible en : <http://www.investigacionsalud.gob.ec>
- 21 . Ministerio de Salud Publica,.Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. [Online]. Quito: Dirección Nacional de Normatización MS; 2015 [cited 2018 [Episiotomía]. Available from: https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf.
21. Smith LA, Price N, Simonite V, Burns EE. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC PregnancyChildbirth [Internet]. 7 de marzo de 2013 [citado 30 de septiembre de 2019];13:59. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599825/>
22. Abril-González FP, Ramos-Cruz A. FACTORES DE RIESGO PARA DESGARRO PERINEAL EN PARTOS SIN EPISIOTOMÍA ATENDIDOS POR PERSONAL EN ENTRENAMIENTO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BOGOTÁ (COLOMBIA) 2007 Riskfactorsfor perineal tearingduringbirthswithout. :10.
23. Pergialiotis V, Vlachos D, Protopapas A, Pappa K, Vlachos G. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth. International Journal of Gynecology&Obstetrics [Internet]. abril de 2014 [citado 30 de septiembre de 2019];125(1):6-14. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1016/j.ijgo.2013.09.034>
24. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014 [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/29?show=full>
25. Flores DLO. CORE.AC.UK. [Online].; 2015 [cited 2019 SEPTIEMBRE 15. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/129438229.pdf>.
26. CLAUDIA. INAFIC.COM. [Online].; 2018 [cited 2019 JULIO 12. Available from: https://inafic.com.co/palma/payarte/Documentacion/Macroproceso%20internacion/Sala%20de%20partos/Protocolos/IN-PRO68_Protocolo_Indicaciones_Tecnica_Episiotomia_Episiorragia.pdf.
27. B PN. REVISTA OBSTETRICA GINECOLOGICA. [Online].; 2018 [cited 2019 JULIO 12. Available from: <file:///C:/Users/bliblio/Downloads/0618.pdf>.
28. Cabrera JAC. MEDICINA.UC. [Online].; 2019 [cited 2019 MARZO 14. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.





9.-ANEXOS

ANEXO 1.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
FACTORES DEMOGRAFICOS	Características asignadas a la edad, procedencia, residencia	EDAD	Número de años cumplidos	Ordinal
		INSTRUCCION	Nivel de estudios	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior completa Superior incompleta
TIPO DE PARTO	Tipo de parto según uso de medicación	Tipo de parto	Clasificación según uso de meciacion	Eutocico Distocico conducido Distocico inducido Distocicoinductoconducido
EXISTENCIA DE LESIONES VULVOPERINEALES	Lesión que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina).	Desgarro	Presencia de desgarro	1. SI 2. NO
TIPO DE DESGARRO	Tipo de lesión causada por el parto.	Tipo de desgarro	CLASIFICACION De acuerdo al Royal College	1. Grado I, 2. Grado II, 3. Grado III, 4. Grado IV. 5. No se registra 6. No aplica



REALIZACION DE EPISIOTOMÍA	Incisión que se practica en el periné de la mujer, con el fin de facilitar la expulsión del producto.	Incisión realizada durante el parto	Presencia de episiotomía	1. SI 2. NO
EPISIOTOMIA		Incisión realizada durante el parto	Registro de causa de episiotomía	1. Se registra 2. No se registra 3. No aplica
CARACTERÍSTICAS MATERNAS AL MOMENTO DEL PARTO	Todas las características maternas	Número de partos	Partos totales	1. Primípara 2. Multípara
		periodo intergenésico	Periodo de tiempo entre parto y parto.	Ordinal
		Comorbilidades	Hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> • SI • No
			Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • SI • No
			Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • SI • No
			Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Hipotiroidismo	<ul style="list-style-type: none"> • SI • No 			
Características del producto	Características de los productos de pacientes que presentaron desgarros durante el parto.	Peso al nacer	Clasificación de acuerdo a la academia americana de pediatría	Hipotrofico: 2500gr o mas
				Eutrófico: entre percentil 10 y 90
				Hipertrófico: >percentil 90
		Edad al nacimiento	Clasificación según la academia americana de pediatría	Inmaduro: 21-27 semanas
		Prematuro: 28-37 semanas		
		Termino: 37-41 semanas		
		Postermimo: >42 semanas		
		Perímetro cefálico	Diámetro mayor de la cabeza del recién nacido	Ordinal





ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FRECUENCIA DE LESIONES VULVOPERINEALES DE ORIGEN OBSTETRICO SIN EPISIOTOMÍA Y CARACTERISTICAS DE GESTANTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA" CUENCA 2017.

▪ **Historia clínica N°:**

▪ **Edad:**

▪ **Instrucción:**

- Analfabeta
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior completa
- Superior incompleta

▪ **Tipo de parto:**

- Eutocico
- Distocico conducido
- Distocico inducido
- Distocicoinductoconducido

▪ **Número de partos:**

- Primípara
- Multípara

▪ **Período Intergenésico:**

▪ **Presencia de desgarro:**

- SI
- NO
- No se registra

▪ **Tipo de desgarro:**

Formulario N°:

- Grado I,
- Grado II,
- Grado III,
- Grado IV.
- No registra
- No aplica

▪ **Presencia de episiotomía:**

- SI
- NO

▪ **Registro de causa de episiotomía:**

- Se registra
- No se registra
- No aplica

▪ **Comorbilidades:**

- Hipertensión: SI NO
- Preeclampsia: SI NO
- Diabetes Mellitus: SI NO
- Anemia: SI NO
- Hipotiroidismo SI NO