



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Lesiones del periné postparto según posición de la parturienta; horizontal
vs vertical.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORES: Br. Laura Guzmán

Br. Nelson Pérez

Br. Tatiana Perpecto

TUTORA: Prof. Agdo. Dr. Edgardo Castillo

Montevideo, Noviembre 2018

AGRADECEMOS

A el Tutor Profesor Agregado Dr. Edgardo Castillo Pino, por su ayuda y guía en el desarrollo del trabajo de investigación.

A la Co-tutora Obstetra Partera Sylvia Sosa, por la orientación y guía en la elaboración del trabajo final de grado.

Al departamento de Registros Médicos del Centro Hospitalario Pereira Rossell por la información brindada.

A la Directora del departamento de Registros Médicos Lic. Ana Del Pino y a la Lic. Martha Duran por su ayuda tan necesaria durante el proceso de recolección de datos.

A la Dra. Graciela Castellano Profesora Adjunta de la Catedra de Medicina Preventiva y Epidemiología, por su colaboración en el uso y manejo del software EPI INFO.

A todos los profesionales de la salud que influyeron y formaron parte de nuestra formación académica.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	6
ABSTRACT	8
CAPITULO I: Introducción	11
CAPITULO II: Caracterización del Centro Hospitalario Pereyra Rossell	14
CAPITULO III: La Posición del Parto a través de la Historia.	15
CAPITULO IV: Anatomía del canal de parto	17
- Pelvis ósea.	17
- Diafragma pelviano.	20
- Periné.	21
- Periné Urogenital o Anterior.	22
- Centro tendinoso del periné.	24
- Periné anal o posterior.	24
- Disposición anatómica general de las vísceras.	26
CAPITULO V: Anatomía general del aparato genital femenino.	27
- Genitales internos.	27
- Vagina.	27
- Útero.	28
- Trompas de Falopio.	30
- Ovarios.	30
- Genitales externos.	31
- Monte de venus.	31
- Vulva.	31
- Labios mayores.	31
- Labios menores.	31
- Clítoris.	32
- Vestíbulo de la vagina.	32
- Bulbos del vestíbulo.	32
- Himen.	32

CAPITULO VI: Desgarros Perineales.	34
- Introducción.	34
- Definición.	34
- Etiología.	34
- Factores de Riesgo.	34
- Clasificación de los desgarros perineales.	37
- Inspección del canal blando de parto.	39
- Episiotomía: Definición y clasificación.	39
- Complicaciones de las lesiones perineales.	40
CAPITULO VII: Reparación de las lesiones perineales	43
CAPITULO VIII: Posición en el período expulsivo	45
- Horizontalidad.	45
- Definición.	45
- Ventajas.	46
- Desventajas.	46
- Verticalidad.	48
- Definición.	48
- Ventajas.	50
- Desventajas.	51
CAPITULO IX: Lesiones del periné según posición de la parturienta; horizontal vs vertical	53
- Objetivos: general y específicos	53
- Pregunta que el trabajo pretende responder	53
- Antecedentes	54
- Metodología	56
CAPITULO X: Análisis descriptivo de variables.	58
- Variables cualitativas.	58
- Variables cuantitativas.	77
- Cruce de variables.	79
CAPITULO XI: Discusión.	93
CAPITULO XII: Conclusión.	97
- Recomendaciones.	99

CAPITULO XIII: Bibliografía.	100
CAPITULO XIV: APENDICE	105
- Planilla de recolección de datos	106
- Planilla de ingreso de datos Epi Info	107

RESUMEN

Introducción.

El suelo pélvico constituye un elemento muy importante en la mujer, pero factores como el parto vaginal pueden dañarlo debido a lesiones que se producen en dicho proceso (desgarro o episiotomía). También puede verse afectado por posteriores complicaciones que es posible que se ocasionen.

Objetivo.

El objetivo general de este trabajo es determinar la relación de la posición adoptada por la mujer durante el periodo expulsivo (horizontal-vertical) con la aparición de lesiones perineales en el post parto. De los objetivos específicos se busca determinar la relación entre la posición en el periodo expulsivo con el grado y topografía de la lesión.

Búsqueda. Materiales y método.

Para ello se realiza búsqueda bibliográfica en la base de datos de ciencias de la salud como: Medline, Embase, Cochrane, Scielo y PubMed. Se realizó una investigación retrospectiva, cuantitativa y descriptiva, de las historias clínicas de nacimientos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, se solicitó al SIP información de partos asistidos en posición vertical y horizontal teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión, en el periodo de tiempo del 1º de enero del 2015 al 31 de diciembre del mismo año. Se utiliza programa estadístico EPIINFO para el procesamiento de datos, además se elaboró una planilla para llevar a cabo la recolección de las variables en estudio.

Resultados.

De los resultados se obtuvo que el 53,86% de la muestra no presento lesión de periné, mientras que el 46,14% presento.

De los casos que presentaron desgarro del periné se encontró que en posiciones verticales (sentada + cuclillas) ocurrió con mayor frecuencia este daño. Se encuentra relación significativa entre la posición en el periodo expulsivo y desgarro del periné, siendo las posiciones verticales favorecedoras de la aparición de lesiones perineales.

En relación al grado de desgarro se observó que predominan los desgarros del periné de grado I, donde el 35% del total de partos en posición horizontal, y 40% del total de partos en vertical, sufrieron este tipo de lesión. Se evidenció una relación significativa entre la aparición de desgarros de grado I y la posición adoptada durante el expulsivo, siendo las posiciones verticales favorecedoras de la aparición de desgarros de Grado I. No se encontró relación entre la posición en el expulsivo y otros grados de desgarro.

Con respecto a la topografía, se presentó con mayor frecuencia desgarros a nivel posterior, 23,36% se observó en la que adoptaron posición horizontal y 25,62% en las que adoptaron posición vertical. No se encuentra relación entre la posición en el expulsivo, y topografía del mismo.

Conclusión

Lograr prevenir desgarros del periné requiere conocer los distintos factores que contribuyen a la aparición de los mismos. Luego de estudiar y analizar los factores de riesgo vinculados a la aparición de desgarros perineales, se pudo observar que mucho de ellos son modificables. Con el objetivo de prevenir y/o eliminar dichos factores de riesgo es necesaria la participación de la embarazada junto con un equipo multidisciplinario integrado por Obstetra Partera, Ginecólogo/a, Nutricionista, Psicólogo, que permita implementar estrategias para lograr mejores resultados durante el proceso de parto y post parto.

Los cambios de posturas y las posiciones verticales durante el periodo expulsivo han demostrado muchos beneficios con respecto a la posición horizontal, tanto para el feto como para la madre. Si bien nuestro trabajo evidenció un aumento de las lesiones perineales cuando se adopta la posición vertical en el periodo expulsivo, estas lesiones son mayoritariamente laceraciones superficiales (desgarros Grado I), no aumentando las complicaciones a mediano o largo plazo.

Palabras claves: Lesión perineal, posiciones en el periodo expulsivo, prevención de desgarros, parto vaginal, factores de riesgo, complicaciones.

ABSTRACT

Introduction

The pelvic floor is a very important element in a woman's body, but factors such as vaginal delivery can damage it due to injuries that occur in this process (tear or episiotomy). It can also be affected by later complications that may occur.

Objective

The general objective of this work is to determine the relationship of the position adopted by the woman during the expulsive period (horizontal-vertical) with the appearance of perineal injuries in the postpartum period. The specific objectives are to determine the relationship between the position in the expulsive period with the degree and topography of the injury.

Search. Materials and method

To do this, a bibliographic search is made in the health sciences database such as: Medline, Embase, Cochrane, Scielo and PubMed. It was made a retrospective, quantitative and descriptive research, of the clinical records of births in the CHPR (Pereira Rossell's Hospital) where we asked the SIP information of births attended on vertical and horizontal position, taking into account criteria of inclusion and exclusion in the period of time from January 1, 2015 to December 31 of the same year. The EPIINFO statistical program is used for data processing, and a spreadsheet was developed to carry out the collection of the variables under study.

Results

From the results it was obtained that 53.86% of the sample did not present a perineal injury, while 46.14% it did presented.

Of the cases that presented tearing of the perineum, it was found that in the vertical position (sitting + squat) this damage occurred more frequently. There is a significant relationship between the position in the expulsive period and tearing of the perineum, with vertical positions favoring the appearance of perineal injuries.

Regarding the degree of tear, it was observed that tearing of the grade I perineum predominated, where 35% of the total number of births in a horizontal position, and 40% of the total births in vertical, suffered this type of injury. There was a significant relationship between the appearance of grade I tears and the position adopted during the expulsive, with the vertical positions favoring the appearance of Grade I tears. No relationship was found between the position in the expulsive and other degrees of tear.

Regarding the topography, the tears were more frequent at the posterior level, 23.36% were observed in which they adopted a horizontal position and 25.62% in those that adopted a vertical position. There is no relationship between the position in the expulsive, and its topography.

Conclusion

To prevent tearing of the perineum requires knowing the different factors that contribute to the appearance of them. After studying and analyzing the risk factors related to the appearance of perineal tears, it was observed that many of them are modifiable. With the aim of preventing and / or eliminating said risk factors, it is necessary the participation of the pregnant woman along with a multidisciplinary team composed of Obstetrician Midwife, Gynecologist, Nutritionist, Psychologist that allows to implement strategies to achieve better results during the process of labor and postpartum.

Postural changes and vertical positions during the expulsive period of birth have shown many benefits with respect to the horizontal position, both for the fetus and for the mother. Although our work showed an increase in perineal injuries when the vertical position is adopted in the expulsive period, these injuries are mostly superficial lacerations (Grade I tears), not increasing the complications in the medium or long term.

Key words: Perineal injury, positions in the expulsive period, prevention of tears, vaginal delivery, risk factors, complications.

CAPITULO I

Introducción.

Durante nuestra práctica clínica en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quíntela (Hospital de Clínicas) y el Centro Hospitalario Pereira Rossell como estudiantes de obstetricia de la Escuela de Parteras pudimos observar que en los partos verticales no se realizaba la misma maniobra de protección perineal que en el parto horizontal, culminando la mayoría en desgarros perineales. De allí surge la inquietud de realizar esta investigación, con la finalidad de determinar la presencia de desgarros perineales, topografía y grado de los mismos en función de la posición adoptada por la parturienta durante el periodo expulsivo.

Uno de los problemas que más preocupan a los profesionales 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.

La frecuencia con la que se realizan las episiotomías se ha reducido, en general las tasas de traumatismo perineal siguen siendo altas, si se toma en cuenta el gran número de mujeres que sufren trauma perineal en el parto se ve claramente la necesidad de realizar intervenciones que ayuden a reducir este trauma. Una estrategia sería la atención de parto y nacimiento en posición vertical debido a que existen estudios que nos refieren que esta posición disminuye la duración del trabajo de parto durante la dilatación y expulsivo en un 60 a 80%; favoreciendo la disminución de la fase activa que es uno de los factores de riesgo para el desgarro perineal.¹

Una revisión publicada por la biblioteca Cochrane Plus sobre la posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto, nos refiere que se encontró numerosos beneficios para la posición vertical, sin embargo, nos dice que se debería estimular a que las mujeres escojan la posición más placentera para ellas.²

El periné es la zona que se extiende desde la sínfisis del pubis hasta el ano. Contiene los órganos sexuales externos y el ano. Está formado por partes blandas (ligamentos y músculos).^{3,4}

Es sabido que el embarazo y el parto influyen de manera importante sobre el suelo pélvico, siendo el trauma perineal una de las principales y más frecuentes complicaciones durante el periodo expulsivo del parto, este periodo también se

denomina segunda etapa del parto, es el momento en el que se alcanza la dilatación completa y el instante en él que se lleva a cabo la expulsión fetal.⁴

Según la Organización Mundial de la Salud, los daños del periné constituyen uno de los traumas más frecuentes que ocurren en las parturientas; para lo cual existen una serie de técnicas y prácticas frecuentemente utilizadas para evitar la aparición de desgarros o disminuir su incidencia durante el nacimiento.⁵

Se define al trauma perineal como cualquier tipo de lesión o daño que sucede en el periné durante el parto, pudiendo aparecer en forma de desgarro perineal (espontáneo) o como consecuencia de la realización de una episiotomía por parte del profesional que asiste el parto. La presencia de este problema habitualmente ocasiona molestias, dolor, incontinencia o dispareunia en las semanas o meses posteriores al parto, dificultando así el proceso de recuperación de la mujer.³

La causa del desgarro perineal espontáneo se debe a la sobre distensión mecánica del tejido perineal, producto de la presión que ejerce la presentación y/o los hombros fetales durante el período expulsivo del parto.

También pueden provocar estas lesiones a la mujer el fórceps, la ventosa obstétrica y las espátulas de Thierry.⁶

De los múltiples factores que influyen en la aparición del trauma perineal en el parto están los de origen materno como: tono y elasticidad del periné, maniobras de protección durante el periodo expulsivo, la primiparidad, primíparas añosas con tejido fibroso, obesidad materna, infecciones cervicovaginales, cicatrices del canal de parto blando (por ejemplo de episiotomías o desgarros previos), hipoplasia perineal, pelvis estrecha con ángulo púbico muy agudo y las posiciones maternas durante el expulsivo.

Los factores de riesgo fetales que contribuyen son: macrosomía fetal, distocia de hombros, y las presentaciones fetales anómalas. Hay un gran número de factores relacionados al profesional que asiste el parto, escasa experiencia profesional, la realización de tactos vaginales innecesarios, la depresión digital continua del periné, el mal control manual de la expulsión fetal, la incorrecta protección perineal, la práctica de la episiotomía media, las extracciones instrumentales y la maniobra de Kristeller.^{1,4,6,7}

De acuerdo a la extensión de los desgarros se los puede clasificar en cuatro grados: primer grado cuando se afecta la horquilla vulvar, la mucosa vaginal y la piel perineal. Si además de las estructuras anteriores se encuentra afectada la fascia y el músculo del cuerpo perineal, se trata de un desgarro de segundo grado. El de tercer grado involucra las zonas mencionadas anteriormente, y además la afectación del esfínter externo del

ano. Al desgarro de cuarto grado, se le agrega el daño de la mucosa rectal exponiendo a la luz el recto.⁸

Ante la presencia de desgarro se presentan diversas complicaciones maternas a corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo se presentan: pérdidas hemáticas que pueden llegar a conformar una hemorragia, la necesidad de sutura de las lesiones, el dolor que impide evacuar normalmente los emuntorios y los hematomas genitales. A mediano plazo pueden sobrevenir infecciones, dehiscencias y disfunciones sexuales como la dispareunia. A largo plazo parecen ser las más graves y son: el prolapso de los órganos pélvicos, la incontinencia de orina, heces, gases y las consecuencias anatómicas, funcionales y estéticas que ocasiona una sutura incorrecta de los tejidos lesionados.

CAPITULO II

Caracterización del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

El Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se encuentra ubicado en la zona de Parque Batlle en la ciudad de Montevideo, Uruguay, entre las calles Bulevar General Artigas, Lord Ponsomby, Somme y Dr. Gastón Ramón, zona de acceso favorable a la población ya que existe gran variedad de empresas de transporte público que llegan desde las diversas zonas de Montevideo, además de los servicios de ómnibus interdepartamentales debido a su cercanía a la terminal de ómnibus Tres Cruces, lo que favorece el acceso a las personas que provienen del interior del país. El acceso al centro hospitalario puede realizarse desde Bulevar General Artigas 1550 o desde Lord Ponsomby.

Es un centro docente-asistencial con más de 100 años de trayectoria dedicada a la atención pediátrica y Gineco-Obstetrica, de referencia nacional de 2 ° y 3° nivel de complejidad dependiente de ASSE.

Es el principal Centro de formación y capacitación de Recursos Humanos en el ámbito de las especialidades y técnicas que se desarrollan a este nivel. En él funcionan Departamentos de Gineco-Obstetricia, Pediatría y Neonatología, así como la Escuela de Parteras, todas dependientes de la Facultad de Medicina, Universidad de la Republica, lo cual lo convierte a su vez en un centro de docencia e investigación.

Brinda prestaciones en modalidad de urgencia-emergencia, ambulatoria, coordinada e internación médico-quirúrgica y en todas las subespecialidades pediátricas.

Cuenta con dos hospitales en el mismo predio, el Hospital de la Mujer “Paulina Luisi” centro de segundo nivel de atención, y el Hospital Pediátrico centro de tercer nivel en cuanto a lo pediátrico.

En el año 2016, en el Hospital de la Mujer se registraron 32276 consultas en policlínica, 31138 consultas en emergencia. En ese año ocurrieron 7070 nacimientos que corresponden al 40% sobre un total de 17404 registrados en ASSE en todo el país, se presentan cero muertes maternas. En cuanto al Hospital Pediátrico, allí se reciben 52.817 consultas a emergencia, 108.081 a policlínica, 699 ingresos a CTI y 3.450 cirugías. Todo el Pereira Rossell cuenta con un total de 500 camas y con 4.500 funcionarios.⁹

CAPITULO III

La posición en el parto a través de la historia.

Desde los orígenes de la humanidad las mujeres han parido adquiriendo posturas que les eran fisiológicamente más cómodas, tal como lo demuestran gravados, cerámicos, y esculturas en donde se las visualiza pariendo de pie y sus variantes. Dichas posiciones fueron descritas por primera vez en 1882 por Engelmann quien observó que la forma habitual de parir de las mujeres de culturas primitivas era en posición vertical, ayudándose con elementos como ser palos, hamacas con cabestrillos, muebles, suspensión con cuerdas o prendas de vestir anudadas. Sin embargo, en otras variedades de posición vertical como lo son de rodillas, cuchillas, sentada o semisentada utilizaban elementos como ladrillos, piedras, pilas de arena, inclusive bancos de partos.

El parto era considerado como un fenómeno natural, generalmente atendido por mujeres quienes ayudaban en la labor.

En la edad media la atención del parto seguía estando en manos de las mujeres y las parteras, hasta el renacimiento donde con el auge de los colegios de medicina formados por varones quienes se apropiaron de la atención del parto sustituyendo un modelo basado en la fisiología por un modelo centrado en el saber médico. Durante éste proceso, el parto pasó de ser un acto fisiológico a ser tratado como una enfermedad que sería atendida por los médicos, tratando a la parturienta como paciente, la cual permanecería en posición horizontal y más tarde en el hospital.

En Europa, en 1612 Guillemeau comenzó a sugerir el parto en decúbito dorsal, y en 1668 el Obstetra cirujano francés Mauriceau implemento el parto en decúbito dorsal, al parecer para poder aplicar el Fórceps, instrumento de moda por esos tiempos. Con este acto, los médicos encontraron una forma más “fácil” de asistir el parto, lo que llevó a la creación de camillas ginecológicas para mayor comodidad en la asistencia del nacimiento.

Con el transcurso de los años, la posición horizontal en el parto se afianzo aún más con el avance de la medicina al aparecer la analgesia epidural en la década del 70. Por efecto de los anestésicos utilizados en esa época, los cuales también inmovilizaban los miembros inferiores, no eran posibles las posiciones verticales al momento de parir.

En la actualidad la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en posición dorsal lo que se supone permite a la partera o al médico monitorear mejor al feto, “asegurando” un parto seguro; este cambio transformó la movilidad y verticalidad en el parto por pasividad y horizontalidad.¹⁰

La OMS recomienda libertad para elegir la posición durante el período expulsivo con el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo, de participar activamente durante su parto.¹¹

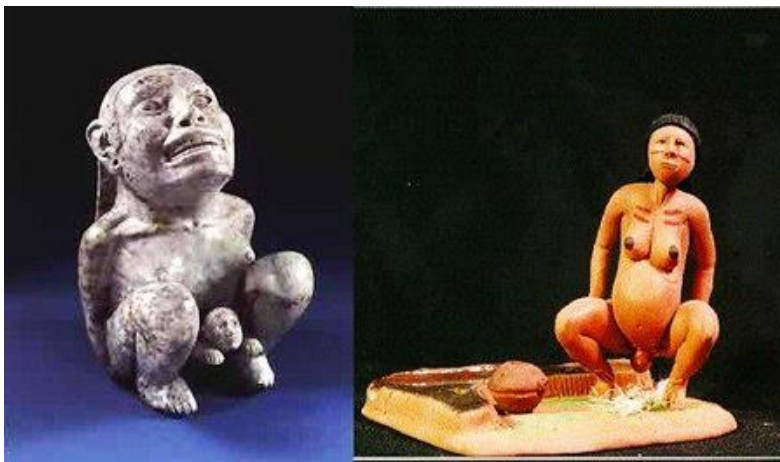


Ilustración I

Fuente: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015.
[Consulta 14 de junio, 2018].

CAPITULO IV

Anatomía del canal de parto.

Introducción.

La pelvis ósea femenina es una región anatómica central de importancia ya que no solo transmite el peso hacia las extremidades inferiores, sino que también participa en el mecanismo de parto.

Hacia arriba, ésta articula con la columna vertebral y hacia abajo con los miembros inferiores por medio del fémur.

Está constituida por cuatro huesos: dos coxales que se encuentran a los lados, uniéndose hacia adelante por medio de los isquiones conformando el pubis, y por detrás, el sacro y el coxis.

Pelvis ósea.

a- Estrecho superior

Verdadero anillo óseo completo, formado hacia atrás por el promontorio (constituido por el resalto del menisco articular entre la quinta vértebra lumbar y la base de sacro), seguido a ambos lados por los alerones del sacro, las articulaciones sacroiliacas y la línea innominada, esta se continua hacia adelante con las ramas horizontales del pubis, las eminencias iliopectíneas y el borde superior de la sínfisis del pubis.

En este anillo predomina los diámetros transversos, lo cual adopta forma de ovalo que se divide en dos arcos: uno anterior y otro posterior, delimitado por diámetro transversal mediano, este está situado a igual distancia entre el promontorio y el pubis. Mide 13cm.

El diámetro mayor de la pelvis es el transversal anatómico, mide 13,5 cm, este une el punto más alejado de las líneas innominadas. Este diámetro no es útil por su proximidad al promontorio lo cual impide que sea utilizado por la presentación fetal.

El arco anterior está formado por las líneas innominadas y las ramas horizontales del pubis y corresponde a una circunferencia cuyo radio es de 6,5cm.

El arco posterior está formado por los senos sacroiliacos, los alerones del sacro y el promontorio.

Al diámetro anteroposterior se le llama promontosuprapúbico o conjugado anatómico, mide 11 cm y se extiende del promontorio al borde superior del pubis.

Los diámetros oblicuos reciben su nombre de acuerdo con el lado de la eminencia iliopectínea de la cual parten, dirigiéndose diagonalmente hacia atrás, en dirección de la sincondrosis sacroilíaca opuesta. Cada uno mide 12 cm, siendo el izquierdo un poco mayor (12,5 cm).¹²

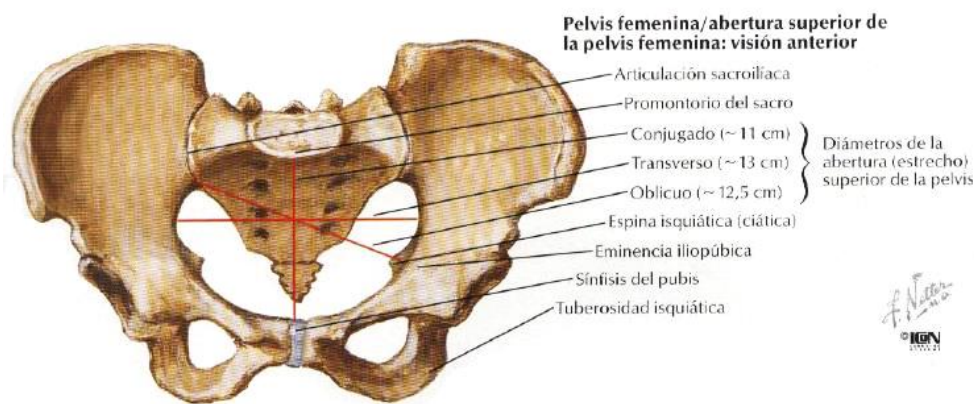


Ilustración 2

Fuente:<http://1.bp.blogspot.com/JHKhpSOUMFo/UQ7xSZYyhII/AAAAAAAAAGA/25HtHILKAHg/s1600/IMAGEN+DE+BASE+DE+PELVIS.png>
[Consulta: 4 mayo, 2018].

b- Excavación.

Es un cilindro delimitado por el estrecho superior y el estrecho inferior. Se conserva todos sus diámetros aproximadamente iguales, cuya media es de 12 cm.

- Cara anterior: presenta una protrusión llamada culmen retropúbico, que disminuye en medio cm el diámetro anteroposterior. Este mide normalmente 10,5 cm y se denomina promontopúbico mínimo o conjugado obstétrico. Solo se puede alcanzar el promontorio mediante el tacto vaginal en las pelvis estrechas.
- Cara lateral: están formadas por los huesos ilíacos, el acetábulo y la cara posterior de ambas cavidades cotiloideas, parte del cuerpo del isquion, el agujero obturador y hacia atrás la escotadura ciática.

- Estrecho medio: corresponde al diámetro transversal de las espinas ciáticas, al cual se le llama diámetro biciático, y mide 11 cm.
- Cara posterior: mide 15 cm está formada por el sacro, cuya incurvación permite que el codo del canal óseo conserve todos sus diámetros armónicos.¹²

c- Estrecho inferior

Osteofibroso y de forma romboidal, está constituido por dos planos triangulares: uno anterior y otro posterior, con una base común formada por una línea que une ambos isquiones (diámetro trasverso del estrecho inferior) que mide 11 cm.

- Triángulo anterior: su vértice es el borde inferior de la sínfisis del pubis (ligamento arqueado), y sus caras laterales están formadas por las ramas ascendentes del pubis o isquiopúbicas, lo que constituye la arcada inferior del pubis.
- Triángulo posterior: tiene su vértice en la punta del sacro y se continúa con el borde inferior de los ligamentos sacrociáticos.

Durante el embarazo el cóccix se encuentra en posición normal y el diámetro anteroposterior del estrecho inferior (diámetro subcoccisubpubiano) mide 9 cm.

Durante el período expulsivo la presentación fetal llega al suelo pelviano, se le opone la cincha precoccígea la cual cede por retropulsión del cóccix, ampliando el diámetro subcoccisubpubiano y transformándolo en el subsacrosubpubiano que mide 11 cm.¹²

Canal blando de parto.

En lo que refiere propiamente a la anatomía del piso pélvico, podemos agrupar esquemáticamente las estructuras que mantienen los órganos genitales en su ubicación normal en tres sistemas: sostén, suspensión y orientación.

El sistema de sostén se compone por el diafragma pelvi-perineal que está constituido por dos sectores:

- El diafragma pelviano, se encuentra en el plano superior a nivel del estrecho medio de la pelvis.
- El periné propiamente dicho, se ubica en el plano inferior.

Diafragma pelviano.

Es una formación musculo tendinosa con forma de embudo que se extiende transversalmente en la pelvis menor dividiéndola en un piso superior (pelviano) y otro inferior (perineal).

Se compone por los músculos:

- a- Elevadores del ano
- b- El isquio-coccígeo (coccígeo)

Ambos músculos se ubican a cada lado de la línea media.

En su cara abdominal se encuentra cubierta por la fascia pelviana parietal; también se suman otros como el recto coccígeo y recto vaginal, formaciones ligamentosas y tendinosas que contribuyen en su función.

El hiato anal se encuentra en la parte media posterior. En cambio, el hiato urogenital se ubica en la parte media anterior y se encuentra atravesado por la vagina y uretra rodeada por el musculo elevador del ano el cual tiene forma de herradura dirigida hacia delante. El diafragma urogenital quien forma parte del periné propiamente dicho es quien se encarga de cerrar por debajo.

El sector lateral (de terminación retro anal) está constituido por la porción esfinteriana del fascículo lateral del musculo elevador del ano y por el coccígeo. Es un sector de importancia esencial ya que brinda el soporte a las vísceras pélvicas, así como también acción esfinteriana sobre el conducto anal. El sector medial (de terminación recto vaginal, pre y latero anal) está compuesto exclusivamente por el músculo elevador del ano que recubre el ligamento sacroespinoso. El músculo elevador del ano se compone de dos porciones distintas: el músculo pubovisceral y el ileococcígeo; el primero tiene forma de herradura y está compuesto por el musculo pubococcígeo (porción anterior del musculo), el puborectal del elevador del ano que es la porción más profunda y medial del músculo pubococcígeo, el cual es considerado como el principal elemento dinámico de sostén. Por otra parte, el músculo ileococcígeo que ocupa la porción diafragmática (o posterior) se caracteriza por ser un músculo muy resistente a pesar de tener un espesor de 3 – 4 mm. Su función es de elevación y dilatación del conducto anal.

Dentro de las funciones del diafragma pelviano se encuentran: mantener el piso pélvico cerrado, esto sucederá siempre y cuando se mantenga el tono basal del musculo elevador del ano.

En concreto la función del diafragma pélvico es la contención de las vísceras pelvianas y ejercer sobre el recto una acción elevadora y dilatadora que ayuda a controlar la defecación.

Periné.

El piso pélvico es un conjunto de estructuras que mantienen a los órganos genitales en su localización intrapelvica.

Se pueden agrupar estas estructuras en tres sistemas: sistema de sostén, sistema de suspensión y sistema de orientación, siendo el periné parte del sistema de sostén del piso pélvico.¹²

Definición.

El periné es la zona que se extiende desde la sínfisis del pubis hasta el ano. Contiene los órganos sexuales externos y el ano. Está formado por partes blandas (ligamentos y músculos).^{3,4}

Topografía.

Anatómicamente está constituido por un conjunto de formaciones musculo-faciales situados por debajo del diafragma pélvico.

Desde el punto de vista obstétrico el periné abarca el espacio situado entre la horquilla vulvar y el ano.

Al colocar a la paciente en posición ginecológica adquiere forma romboidal y su eje mayor se encuentra en sentido anteroposterior.

Sus límites óseos son:

- Hacia adelante: la sínfisis del pubis
- Lateralmente: las ramas isquíplicas y tuberosidades isquiáticas.
- Hacia atrás: el vértice del cóccix bajo la fosita coccígea.

Se prolonga hacia atrás por el pliegue intergluteo y hacia adelante a través de la región púbica.

La línea imaginaria que une las dos tuberosidades divide el rombo en dos regiones:

- El periné urogenital o anterior.
- El periné anal o posterior.

Entre ambas regiones en la línea media y a nivel subcutáneo se encuentra el centro tendinoso del perine.^{7,13}

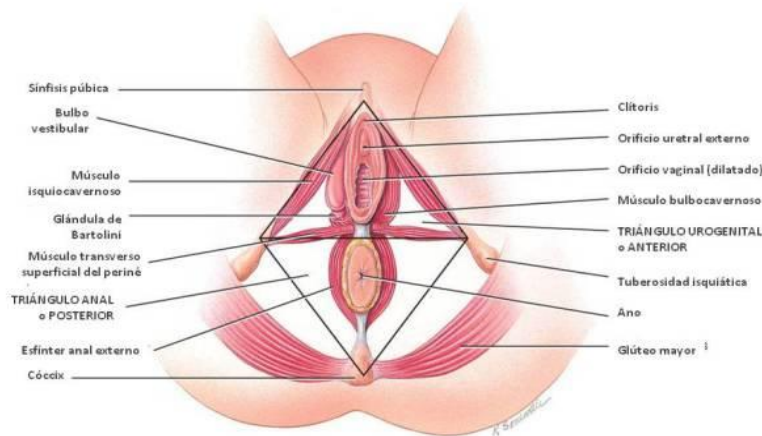


Ilustración 3

Fuente: <https://www.ensuelofirme.com/wp-content/uploads/2014/07/musculos-suelo-pelvico.jpg>.
[Consulta 14 de junio, 2018]

Periné urogenital o anterior.

En la mujer se encuentra atravesado por la uretra y la vagina.¹⁴

Plano cutáneo: se encuentra limitado lateralmente por los surcos génito crurales, y se prolonga hacia atrás con los planos de la cubierta del periné anal. Éste plano está constituido por una cubierta de piel fina, elástica, pigmentada y cubierta de vello, la cual se encuentra interrumpida en la línea media por la hendidura vulvar bordeada por las salientes de los labios mayores.

El plano subcutáneo: se caracteriza por ser abundante a nivel de las formaciones labiales, y por el transcurren la arteria perineal superficial, rama de la arteria pudenda interna, las venas perineales superficiales, colectores linfáticos y filetes nerviosos.

La fascia perineal superficial: se ubica por encima del plano subcutáneo y se fija lateralmente en el borde inferior de la rama isquio-pubiana, perdiéndose hacia atrás en el centro tendinoso del periné; anteriormente se continúa con la fascia superficial del abdomen.

En el periné uro-genital las formaciones se disponen en dos espacios:

- 1- Espacio superficial.
- 2- Espacio profundo.

Espacio superficial.

Contiene los órganos eréctiles, sus músculos, elementos vasculo nerviosos y glándulas anexas.

Los bulbos vestibulares se ubican a cada lado de la hendidura vulvar, uniéndose hacia delante por debajo del clítoris, el borde medial limita con el introito vaginal y meato uretral, su extremidad posterior se relaciona con la glándula de Bartholino.

Los cuerpos cavernosos se insertan en las ramas isquio pubianas para unirse hacia adelante, arriba y adentro, convergiendo por delante de la uretra junto a los bulbos vestibulares para conformar el clítoris.

Músculos que conforman el espacio perineal superficial:

- Músculos constantes.
- Músculos inconstantes.

Músculos constantes constituidos por:

- a) músculo bulbo cavernoso: es un músculo par insertado por detrás del rafe ano vulvar y centro tendinoso del periné que recubre la cara lateral externa de la glándula vestibular mayor (Bartholino) y del vulvovestibular, fijándose sobre el ligamento suspensorio y cara dorsal del clítoris.
- b) por el músculo isquio cavernoso: musculo par que recubre la superficie libre de la raíz del cuerpo cavernoso, implantándose por detrás, sobre la rama ascendente del isquion para finalizar por delante en la albugínea de esta formación eréctil y en el clítoris;

Músculos inconstantes constituidos por:

- a) Transverso superficial que transcurre transversalmente desde la rama isquio-pubiana al centro tendinoso del periné.
- b) el musculo constrictor de la vulva que se sitúa por dentro del bulbo vestibular y la glándula vestibular mayor.

Glándulas vestibulares mayores (Bartholino): ubicadas a cada lado del orificio vaginal, en la porción media posterior entre la base del labio menor y la cara medial de la extremidad posterior del bulbovestibular correspondiente; su conducto excretor desemboca a nivel del surco labio himenal.

Espacio profundo.

Está comprendido entre las dos hojas de la fascia del diafragma uro genital englobando entre sus hojas a los músculos transversos profundos y esfínter externo de la uretra, a la vez que cierra por debajo el hiato uro genital del diafragma pelviano.

Entre las hojas de la fascia quedan contenidos a) los músculos del diafragma uro genial: esfínter externo de la uretra y transversos profundos, b) fascículos inconstantes: músculos transversos de la vagina y transverso de la uretra.¹²

Centro tendinoso del periné.

Es una formación fibromuscular piramidal de límites imprecisos.

Se localiza por detrás a nivel subcutáneo entre el conducto anal, y el periné urogenital por delante.

Sirve de inserción a los músculos elevadores del ano, transversos del periné y bulboesponjoso.

Desempeña un papel esencial en la estática pélvica y puede lesionarse con facilidad durante el parto.

En la mujer su vértice se prolonga con el tabique urorectal.

Funcionalmente une el periné anterior con el posterior.⁶

Periné anal o posterior

Se encuentra atravesado por el conducto anal.⁷

En su parte inferior está rodeado por el esfínter externo del ano, lateralmente se ubican las fosas isquio anales. El conducto anal constituye el principal elemento del periné posterior, y es el centro dinámico que está en íntima conexión con el diafragma pelviano a través de los músculos elevadores del ano, con el periné urogenital por intermedio del centro tendinoso del periné y con el coxis por el rafe ano coxígeo.

El esfínter externo (estriado del ano): está constituido por tres asas musculares que envuelven al conducto anal en una altura de 25 a 30 mm y corresponden a los fascículos subcutáneos, superficiales y profundos del esfínter.

Las fosas isquianales se sitúan a cada lado de la línea media de forma triangular

Presentan tres paredes:

- 1- Pared lateral formada por el músculo obturador interno con su fascia.
- 2- Pared supero medial constituida por el musculo elevador del ano y esfínter externo del ano.
- 3- Pared inferior cutánea.

Cada fosa presenta dos prolongaciones:

- a) Una anterior situada por encima de la hoja superior de la fascia uro genital y por debajo del diafragma pelviano.
- b) Una posterior que se extiende hacia la escotadura isquiática menor, por donde penetra el pedículo interno a la región.

Ambas fosas se comunican entre sí a través del espacio retro esfinteriano.

Ocupadas por, tejido adiposo, el paquete vásculo nervioso pudendo interno que transcurre contra la pared lateral en un desdoblamiento de las fascias del musculo obturador interno. Es a este nivel tomando como reper la espina ciática donde se infiltra el nervio pudendo para la anestesia troncular en el parto.

En la fosa isquianal, la arteria pudenda interna se divide en arteria rectal inferior que se distribuye por el conducto anal y arteria perineal que irriga el periné urogenital. El nervio pudendo interno da a este nivel los nervios esfinterianos anteriores direccionados hacia el esfínter externo del ano.^{13,15}

Disposición anatómica general de las vísceras

Continuando en la pelvis menor pasaremos a detallar las vísceras que la componen estas son: la vejiga, útero y recto. Cada uno de estos pertenece en orden de mención al sistema urinario, reproductor y digestivo.

La vejiga y el útero se encuentran situados en el periné anterior. La vejiga se ubica hacia delante de la pelvis menor, prolongándose a través de la uretra finalizando en el meato urinario.

El útero se prolonga por la vagina y termina en el orificio vaginal.

Hacia el periné posterior el recto se prolonga por el ano y termina en el esfínter anal.

Estas vísceras están replegadas unas sobre las otras, el recto se apoya en el coxis y sobre la parte posterior del musculo elevador del ano, la vagina se apoya en el recto, el útero se apoya en la vejiga, y la vejiga en la vagina; esta disposición de encastre contribuye a la estabilidad de las vísceras.

Las vísceras están suspendidas, hacia arriba por la parte inferior del peritoneo a la que están fuertemente adheridas recubriéndolas y adaptándose a su relieve y formando el fondo de saco vésico uterino y el útero rectal.

Lateralmente las vísceras se encuentran tabicadas a ambos lados del útero, la capa peritoneal forma un vasto repliegue que mantiene en alto las trompas uterinas (ligamento ancho); en el tabicado antero posterior las tres vísceras están bordeadas por dos bandas fibrosas que van desde el sacro al pubis, (vainas sacro recto génito vésico púbica), y el vaina útero sacro que se caracteriza por ser más gruesa (ubicada entre útero y sacro).

Las vísceras se encuentran sostenidas por debajo por los músculos de suelo pélvico, sistema activo ya que puede contraerse y estirarse con elasticidad.^{13,15}

CAPITULO V

Anatomía del aparato genital femenino.

Está compuesto por genitales externos e internos.

Los genitales externos: vulva y estructuras externamente visibles.

La vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios forman parte de los genitales internos.¹⁶

Genitales internos.

Vagina.

Órgano músculo membranoso con forma de tubo que se ubica detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto.

En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. Desemboca en el vestíbulo de la vagina entre los labios menores por el orificio de la vagina. La vagina se comunica con la cavidad uterina por su extremo superior quedando el cuello del útero proyectado en su interior, rodeado por los fondos de saco vaginal.¹⁶

Microscópicamente la pared vaginal está constituida por tres capas:

- la externa fibrosa, formada por la fascia vaginal a través de la cual la vagina se relaciona por delante con la uretra y por la porción inferior de la vejiga, por detrás con el recto y el peritoneo que recubre la porción más inferior de la cavidad pelviana;
- la capa media que posee dos planos musculares: una interna con haces en dirección circular y una longitudinal externa de fibras liso longitudinales.
- capa interna mucosa, que consta de un epitelio plano pavimentoso estratificado. La mucosa de la vagina tiene grandes reservas de glucógeno que da lugar a ácidos

orgánicos originando un ambiente ácido que dificulta el crecimiento de las bacterias y resulta agresivo para los espermatozoides.^{12,16}

Útero.

Aspecto macroscópico.

El útero es un órgano muscular y hueco. Clásicamente su forma se compara con una pera aplanada de delante hacia atrás y con su extremidad superior más voluminosa. Sus dimensiones varían con la edad y con la paridad de la mujer; su longitud oscila entre 6 y 9 cm, su ancho entre 3 y 4 cm y su profundidad antero posterior entre 2 y 3 cm.

El peso del útero varía entre 70 y 100 grs., ocupa el centro de la pelvis menor entre la vejiga y el recto.

El útero se compone de dos porciones anatómicas que son funcionalmente distintas entre ellas: el cuerpo y el cuello, las cuales están unidas por una zona denominada istmo.

- Cuerpo uterino: cavidad aplanada de adelante hacia atrás de límites triangulares que se comunica en su extremidad superior con las trompas de Falopio, y en su extremidad inferior, a través del istmo con el cuello uterino. Ocupa la porción superior del útero y constituye los dos tercios del volumen total siendo un órgano enteramente muscular.
- Cuello uterino: tiene forma cilíndrica y su longitud varía entre 2,5 y 3 cm. En su extremidad superior se continúa con el istmo, y en la inferior es cónica y termina protruyendo hacia la porción superior de la vagina.

La extremidad superior de la cavidad cervical se denomina orificio cervical interno, y la inferior, orificio cervical externo.

La extremidad superior de la pared de la vagina se inserta a 2-3 cm aproximadamente del orificio cervical externo. Esta disposición entre el cuello y la vagina hace que el cuello uterino quede dividido en dos porciones: el segmento supra vaginal y el segmento intra vaginal.

El istmo es una pequeña zona mal delimitada, situada entre el cuello y el cuerpo.

El eje del cuerpo uterino forma con el eje del cuello un ángulo abierto hacia delante de aproximadamente 160° (ante flexión). A su vez, el eje del cuello uterino forma con el eje de la vagina un ángulo abierto hacia delante de alrededor de 90° (ante versión).

Aspecto microscópico.

La estructura histológica del cuerpo uterino es diferente de la del cuello.

Histología del cuerpo del útero.

El cuerpo del útero está formado por tres capas bien diferenciadas: perimetrio (peritoneo visceral), miometrio (capa de musculo liso) y endometrio (capa muscular interna).

El porcentaje de fibras musculares va disminuyendo gradualmente desde el fondo hacia el istmo. Las zonas más internas de la pared uterina del cuerpo contienen más fibras musculares que las zonas externas, y a su vez la región anterior y posterior de la pared del cuerpo contiene más fibras musculares que las regiones laterales. Estos hechos se explican por la superposición de las fibras musculares al fusionarse los conductos de Müller para constituir el útero.¹²

Histología del cuello.

El cuello uterino está constituido fundamentalmente por tejido conjuntivo fibroso. Contiene una proporción de fibras musculares lisas muy inferior en comparación con las que se encuentran en el cuerpo uterino. Estos haces musculares se localizan sobre todo en las zonas más periféricas del cuello.

En su superficie el cuello uterino está revestido por dos tipos de epitelios totalmente distintos. La zona del cuello uterino que se pone en contacto con la vagina se denominada ectocervix y está revestida de un epitelio escamoso estratificado, mientras que la cavidad endocervical o endocervix, está revestida por un epitelio cilíndrico con glándulas.

Trompas de Falopio.

Estas comunican la cavidad uterina con la abdominal e indirectamente con el ovario. En cuanto al aspecto macroscópico las trompas tienen una forma más o menos cilíndrica, se divide anatómicamente en tres partes:

- Intramural: se encuentra en el espesor de la pared muscular del útero, constituye el segmento más angosto del oviducto (1mm de diámetro de luz y 10mm de longitud).
- Porción ístmica: continuación de la porción intramural, mide alrededor de 20 a 40mm de longitud y 3 a 4mm de calibre.
- Porción ampular: continuación de la ístmica, tiene menor espesor en sus paredes, es más blanda y flexuosa. Se extiende en forma de embudo hacia la cavidad abdominal para formar el pabellón, termina en pequeños repliegues de la mucosa. Estas rodean al orificio abdominal de la trompa y su calibre es de 2mm.¹²

Ovarios.

Órgano bilateral compuesto por 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, sus funciones son el desarrollo y expulsión de los óvulos como también la síntesis y secreción de hormonas esteroides. Sus dimensiones son de aproximadamente 2,5 a 5 cm. de longitud, 1,5 a 3 cm. de ancho y 0,6 a 1,5 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos como ser el ligamento ancho del útero que forma parte del peritoneo parietal y que se une a los ovarios por un pliegue llamado meso ovario, formado por una capa doble de peritoneo.^{12,16}



Ilustración 4

Fuente: <http://www.geosalud.com/ginecologia/comunes.htm>
[Consulta: 4 de mayo, 2018].

Genitales externos.

Monte de Venus.

Prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis recubierta de piel con vello pubiano.

Vulva.

Constituye el revestimiento cutáneo mucoso que representa el conjunto de los genitales externos femeninos.

Se puede dividir en dos regiones:

- Región labial: constituida por labios mayores, labios menores, el clítoris y el capuchón del clítoris.
- Región vestibular: situada entre la sínfisis y el himen.¹²

Labios mayores.

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte de Venus. Después de la pubertad, sus superficies externas quedan revestidas de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas y recubiertas por vello. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar.¹⁶

Labios menores.

Los labios menores se hallan situados por dentro de los mayores, de los que están separados por el surco interlabial. Rodean al vestíbulo de la vagina y al orificio uretral. Contiene numerosas glándulas sebáceas. En la cara interna del tercio posterior a ambos lados se sitúan los orificios excretores de las glándulas de Bartholin. Son glándulas acinosas cuyos cuerpos están situados en las paredes profundas de los labios mayores y menores.¹²

Clítoris.

Pequeño órgano eréctil homólogo del pene. Mide aproximadamente 2cm. de longitud y 0,5 de diámetro. Está localizado entre los extremos anteriores de los labios menores. Consiste en dos cuerpos cavernosos y un glande. El glande del clítoris es la parte expuesta del mismo. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris.^{12,16}

Vestíbulo de la vagina.

Espacio situado entre los labios menores. En él se localizan los orificios de la uretra, de la vagina y de los conductos de salida de las glándulas vestibulares mayores (de Bartholino). El orificio uretral externo se localiza 2-3 cm. por detrás del clítoris, e inmediatamente por delante del orificio vaginal. A cada lado del orificio uretral se encuentran los orificios de desembocadura de las glándulas para uretrales.

Bulbos del vestíbulo.

Son dos masas alargadas de tejido eréctil de unos 3 cm. de longitud que se encuentran a ambos lados del orificio vaginal. Están conectados con el glande del clítoris por venas.

Himen.

Es un repliegue membranoso de la mucosa vaginal. Generalmente presenta una perforación en el centro (himen anular), abertura que tiene como objetivo permitir la salida de la sangre menstrual.

El himen se desgarrar en el primer coito, y a esto se le llama desfloración.

En el parto, el mismo se destruye por completo, quedando solo restos cicatrízales llamados carúnculas mirtiformes.

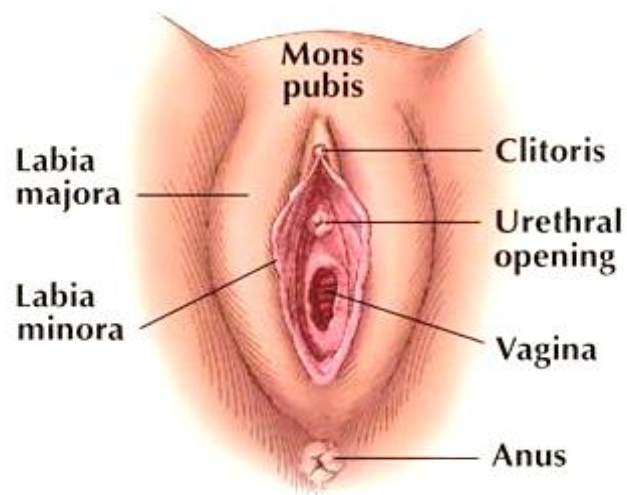


Ilustración 5

Fuente: http://media.tumblr.com/tumblr_llz2qc2ILD1qdakpk.jpg.
[Consulta 14 de junio,2018]

CAPITULO VI

Desgarros perineales.

Introducción.

Cuando hacemos mención a los desgarros obstétricos estamos haciendo referencia no solo a los desgarros perineales sino también a los desgarros vulvares, vaginales y cervicales, que en su conjunto se estiman entre 20 – 60 % de los partos vaginales.⁷

Definición.

El desgarro perineal de causa obstétrica es una lesión del tejido perineal durante el parto vaginal que puede ocurrir de manera espontánea o intencional como en el caso de la episiotomía.³

Etiología.

Durante el período expulsivo del parto el periné se ve obligado a distenderse aún más debido a que el diámetro cefálico es mayor que el del canal; lo empuja y elonga forzosamente constituyendo este el momento de mayor riesgo de traumatismo perineal. En una primera etapa el feto desciende en dirección sacro oblicua hacia atrás. Una vez que llega al coxis realiza una retropulsión del mismo, ampliando así el periné posterior y continuando una segunda etapa de dilatación del periné anterior. Tanto el desprendimiento cefálico y/o el desprendimiento de los hombros son dos momentos del período expulsivo en los cuales se pueden producir lesiones perineales. Lo mencionado anteriormente constituyen las causas espontáneas de lesiones perineales, no obstante, también existen otras causas como lo son las instrumentales.^{6,17}

Factores de riesgo.

El parto vaginal es el principal factor de riesgo para las lesiones pelvi perineales.⁶ Sin embargo, existen múltiples factores obstétricos y conductas asociadas a estos traumatismos.

En cuanto a la clasificación se encuentran factores de riesgo materno, fetal, vinculados al parto y relacionado al profesional que asiste.

Factores de riesgos maternos:

- Primiparidad: considerado un factor de riesgo ya que en las mujeres primíparas el periné no ha experimentado la distensión producida por el polo cefálico. En las primíparas añosas (consideradas aquellas embarazadas con más de 35 años que no han tenido parto vaginal) se presenta mayor dificultad en la distensión perineal debido a la presencia de tejido fibroso.
- Infecciones cervico vaginales: las infecciones genitales debilitan la mucosa vaginal quedando el tejido friable, generando un tejido más propenso a lesiones.
- Distancia ano vulvar corta: representa un factor de riesgo para los desgarros de III y IV grado.
- Cicatrices previas: el tejido cicatrizal impide la distensión normal del tejido, especialmente en mujeres donde se les practicó una episiotomía en partos anteriores.
- Posición materna durante el período expulsivo: la posición adoptada durante el periodo expulsivo incide en el tipo de desgarro. Estudios demuestran en la posición horizontal hay una menor incidencia de desgarros en relación con posiciones en vertical.
- Obesidad materna: en la mujer obesa la musculatura del piso pélvico se encuentra debilitada y edematosa, esto puede agudizarse más con el incremento de peso durante el embarazo.
- Pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo.
- Hipoplasia perineal.
- Raza/Etnia: las mujeres asiáticas tienen mayor riesgo de laceraciones seguida por las caucásicas y raza negra.^{1,7,14}

Factores de riesgo fetales:

- Macrosomía fetal: existe una relación lineal entre el peso del recién nacido y el riesgo de desgarro perineal grave. Entendiéndose por macrosomía fetal a un recién nacido con peso superior a los 4000grs
- Distocia de hombros: la episiotomía y las maniobras obstétricas que ayudan a su desprendimiento son causa de lesiones perineales.
- Presentaciones fetales anómalas: Las presentaciones cefálicas de vértice y el desprendimiento en occipito púbica tienen menor incidencia de desgarros perineales en comparación con los desprendimientos en occipito sacro dado que existe mayor distensión del periné.⁷

Factores vinculados al parto:

- Parto precipitado: la falta de tiempo para que los tejidos maternos se adapten a las fuerzas del parto conlleva a un desprendimiento brusco de la presentación, provocándose lesiones.
- Período expulsivo prolongado: existe una relación lineal entre la duración de la segunda fase del parto y el riesgo de desgarro perineal.^{1,7,14}

Factores de riesgos relacionados con el profesional que asiste el parto:

- Manejo técnico del período expulsivo: uso inadecuado de maniobras de protección de periné. Tactos vaginales repetitivos o innecesarios y depresión continua de periné debilitan la mucosa vaginal y el periné con el consecuente riesgo de edema, el cual se define como la acumulación de líquido en el espacio intercelular generando sobre distensión en el tejido perineal. El mismo se vuelve más fino y débil y por lo tanto aumenta el riesgo de lesión durante la expulsión fetal. Cuando los pujos en el periodo expulsivo se dan en apnea y está mal dirigido deteriora el periné provocando una contracción brusca en vez de relajación.^{1,7,14}
- Episiotomía media: aumenta el riesgo de desgarro perineal de tercer y cuarto grado en el que se daña el esfínter anal y la mucosa rectal.^{1,7,14}
- Extracciones instrumentales: se ha descrito que las espátulas causan lesiones perineales. La tasa de desgarro perineal siempre es mayor en el grupo de ventosas,

pero la tasa de episiotomía es mayor en el grupo de espátulas. El uso secuencial de dos instrumentos que implica una extracción difícil, triplica los riesgos de desgarro perineal grave, respecto a la vía vaginal espontánea. Cuando la extracción se efectúa en la parte alta de la excavación pélvica el riesgo de lesiones esfinteriana aumenta.^{1,7,14}

Clasificación de los desgarros.

Formas anatomoclínicas:

- Desgarros perineales cerrados: se entiende como aquellas lesiones perineales que no presentan desgarro cutáneo mucoso visible. Su diagnóstico es difícil, sin embargo, en ciertas ocasiones se puede observar el carácter esquemático y flácido de la piel perineal que refleja las lesiones subyacentes
- Desgarros perineales abiertos: Estos a diferencia de los anteriores, se pueden visualizar ya que existe lesión de la piel, la mucosa y/o del músculo.⁷

De acuerdo con su extensión se los puede clasificar en cuatro grados:

- Desgarro de primer grado: desgarro que afecta la horquilla vulvar, la mucosa vaginal y la piel perineal.
- Desgarro de segundo grado: además de afectar las estructuras anteriores, se daña la fascia y el músculo del cuerpo perineal, excepto el musculo del esfínter anal.
- Desgarro de tercer grado: se afectan las zonas mencionadas anteriormente, y se suma la afectación del esfínter anal
 - I. Lesión del esfínter externo < 50%.
 - II. Lesión del esfínter externo > 50%.
 - III. Lesión del esfínter externo e interno.
- Desgarro de cuarto grado: se suma la afectación de la mucosa rectal exponiendo la luz del recto.

Laceraciones labiales y vaginales: se dan con mucha frecuencia en los partos vaginales, puede darse de forma espontánea, aunque en general son causadas por los partos instrumentales, por otra parte, es posible que cuando no se realizan episiotomías se produzcan este tipo de lesiones. Se caracterizan por ser lesiones superficiales, longitudinales.

Desgarros vulvares: compuestos por los desgarros de los labios mayores, menores y del clítoris; los desgarros de los labios suelen ser superficiales y la hemorragia es escasa. Por el contrario, en el clítoris, la misma es de gran intensidad. Cuando la vulva presenta varices la hemorragia es aún más intensa.

Las causas más frecuentes de los traumatismos vulvares suelen ser los partos instrumentales, partos precipitados y la protección perineal continua y forzada.

Además, se sabe que la expulsión mal controlada de la presentación y peso fetal elevado, constituyen factores de riesgo para los desgarros vulvares.

Desgarros vaginales: pueden ser longitudinales o transversales. Los desgarros vaginales presentan múltiples etiologías. Pueden desarrollarse como consecuencia de la sobre distensión de las paredes vaginales ocasionada por la presentación fetal. También se pueden producir por un descenso rápido de la presentación, o como consecuencia de un parto instrumental. Las extracciones instrumentales constituyen uno de los factores de riesgo más importantes para estas lesiones. Las lesiones de la zona alta de la vagina se ven favorecidas por una colocación alta del instrumento (sobre todo espátulas) o tras la rotación con fórceps.

Desgarros cervicales: se refiere a una lesión continua que parte del orificio cervical externo (OCE), y se extiende hasta la zona ístmica. La mayoría de los desgarros de cuello se producen por un traumatismo, solo una minoría (15%) se originan espontáneamente. Las principales causas de desgarros cervicales son: la dificultad mecánica por macrosomía fetal, el descenso rápido de la presentación fetal, la rigidez de las partes blandas, el tejido cicatricial, las sinequias, el uso incorrecto de la instrumentación tocúrgica, la excesiva dosificación de oxitocina, la maniobra de Kristeller, placenta previa, la endometriosis, malformaciones y tumoraciones vagino cervicales³

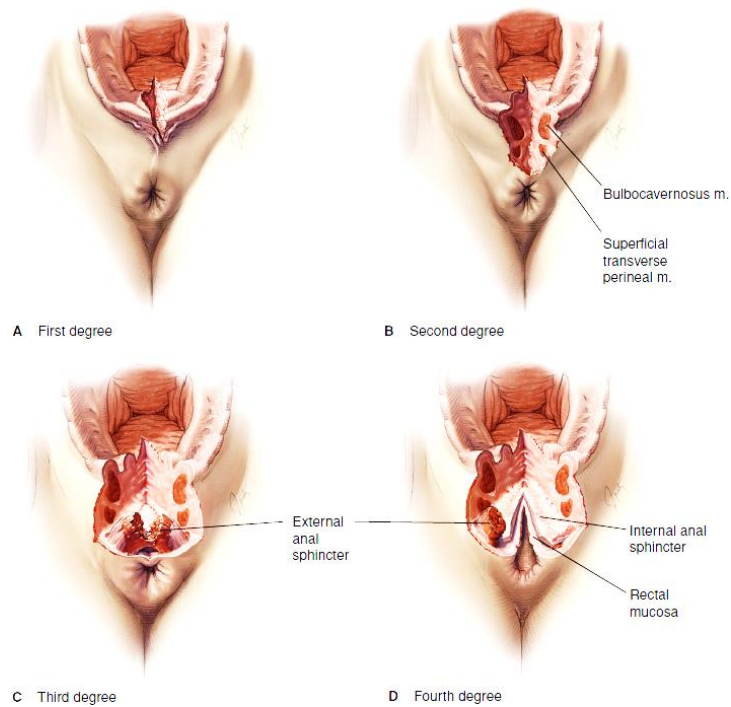


Ilustración 6

Fuente: http://accessmedicine.mhmedical.com/data/books/1057/p9780071798938-ch027_f015.png
 [Consulta: 3 de mayo 2018].

Inspección del canal blando de parto.

La inspección del canal blando de parto es un examen de rutina fundamental para determinar precozmente la existencia de lesiones perineales. Debe de ser realizado de manera completa y minuciosa, valorando su integridad, pero también es una oportunidad en la que se debe evaluar la presencia de otras lesiones como: vulvares, vaginales y cervicales por parte del técnico actuante.¹⁸

Episiotomía.

Definición.

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné que se realiza durante el parto con el fin de incrementar el orificio vulvar y de protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales. Equivale a un desgarro de grado II, constituyendo un trauma perineal de causa provocada.

Clasificación.

Se clasifica de acuerdo a su posición en relación con la línea media puede ser: lateral mediana y oblicua o medio lateral.

- Lateral: esta incisión se hace lateral al orificio vulvar formando un ángulo recto con la línea media, generalmente se hace bilateral y en la actualidad se encuentra en desuso.
- Mediana: esta se efectúa sobre la línea media, desde la horquilla vulvar hasta el esfínter anal.
- Oblicua o media lateral: es cuando la incisión se extiende desde la horquilla vulvar y penetra dentro del periné hacia abajo y afuera formando un ángulo de 45° con la línea media en dirección de la tuberosidad isquiática.¹⁹

Complicaciones de las lesiones perineales.

Las lesiones traumáticas ocurridas durante el parto vaginal son un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras del suelo pélvico pueden dañarse: por los desgarros, por la distensión del músculo y por lesión distal de los nervios.

Las complicaciones de los desgarros perineales las podemos dividir en tres grupos, a corto, mediano y largo plazo.

A corto plazo.

- Hemorragia: se define para este caso particular como la pérdida hemática mayor a 500 ml post parto, siendo producto de un traumatismo de genitales internos o externos el cual no se debe confundir con el sangrado producido por la salida de los anexos ovulares. El sangrado es el primer signo de evidencia (no siempre visible) de algún traumatismo, consecuencia de la rotura de los vasos sanguíneos.⁶

- Dolor: puede presentarse al momento de reparación de la herida ya sea por la aplicación de analgésicos en una dosis incorrecta, no esperar el tiempo prudente para el efecto anestésico, o lugar de aplicación incorrecto.⁶
- Hematoma vulvogenital: se definen como acumulación de sangre producida en el espesor del tejido conectivo durante el parto. Pudiendo aparecer inmediatamente de partos eutócicos o distócicos, o luego de cierto tiempo. El tamaño y la velocidad de crecimiento dependen del vaso implicado, pudiendo pasar desapercibidos durante las primeras horas después del parto. Dependiendo de su localización pueden presentarse con manifestaciones clínicas variables, desde un edema vulvar hasta un colapso con shock hipovolémico que debe ser manejado como una emergencia obstétrica. Cuando causan dolor intenso, generalmente es debido a la disección del plano recto-vaginal o paravesical, causando tenesmo rectal y dificultad en la micción respectivamente. ^{6,20}

A mediano plazo.

- Infecciones: pueden manifestarse en función de una mala técnica aséptica de quien realiza la reparación o por una incorrecta higiene materna de la zona genital. Podemos sospechar la presencia de una infección si se presentan algunos de los siguientes signos y síntomas: temperatura superior a 37,5°C, dolor intenso en la zona genital que no calma, sangrado mayor al habitual o con mal olor, secreciones y enrojecimiento de la herida.^{6,7}
- Dehiscencias: se define como la separación o abertura de una herida, pueden ser ocasionadas por infecciones, la falla en la reparación, o un esfuerzo excesivo.^{6,7}

A largo plazo.

- Prolapso de los órganos pélvicos: los traumatismos obstétricos se consideran uno de los factores obstétricos más importantes para la aparición de prolapso de órganos pélvicos.^{6,7}
- Disfunciones sexuales: la dispareunia es una de las complicaciones frecuentes de un traumatismo obstétrico. Se sabe que una episiotomía o desgarrado mal suturado tiene secuelas. Esto produce un efecto negativo afectando la salud sexual de la mujer.^{4,29}

- Incontinencia de orina, heces y gases: pueden presentarse a base de desgarros complejos (grado III y IV) que fueron reparados deficientemente o que han cicatrizado por segunda intención. La incidencia de incontinencia anal en partos con desgarros de tercer y cuarto grado es del 67%.³ La reparación correcta de estos traumatismos no garantiza la recuperación funcional del esfínter. La incontinencia de heces puede manifestarse con un rango de síntomas variables que incluyen: incontinencia de gases, manchado pasivo involuntario, incontinencia de heces sólidas o líquidas y urgencia defecatoria.^{6,7,26}

CAPITULO VII

Reparación de las lesiones perineales.

Preparación para la reparación de las lesiones perineales.

Los desgarros se consideran lesiones contaminadas por lo cual antes de iniciar cualquier medida quirúrgica de reparación se deberá contar con todo el material necesario en condiciones asépticas, para evitar así complicaciones de tipo infeccioso.

- Desgarro de I grado: en general no requieren reparación quirúrgica, si es fundamental una minuciosa inspección del canal blando de parto y del recto para descartar la existencia de lesiones de mayor grado. En cuanto a la reparación se realizará con sutura continua con material reabsorbible de rápida absorción.

El taponamiento compresivo de la vagina durante 24 hs es otra técnica utilizada en caso que el sangrado no se pueda controlar debido a las múltiples laceraciones.

- Desgarros de II grado: inicialmente se debe de identificar el ángulo del desgarro vaginal (punto de reper) y se anuda una sutura de material reabsorbible 1 cm por encima del mismo.

Se cierra la mucosa vaginal y la fascia recto vaginal desgarrada con una sutura continua, desde el ápex hasta el anillo himenal donde se vuelve a anudar.

Puede hacerse una sutura continúa entrecruzada si se desea más hemostasia en los tejidos. La sutura debe incluir la fascia recto vaginal porque aporta soporte a la pared posterior de la vagina. Un abordaje alternativo en la reparación del cuerpo perineal es hacer una técnica de sutura continua, de forma que, tras reparar la mucosa vaginal se introduce la sutura en la profundidad del plano muscular y después de aproximar la musculatura perineal se anuda por debajo del anillo himenal.

- Desgarros de tercer grado: para la reparación de éstos es necesario aproximar por separado el complejo del esfínter anal (esfínter externo e interno), así como la mucosa rectal en los desgarros de cuarto grado. Los músculos perineales, la vagina y la piel del periné se suturan de manera idéntica a la descrita para los desgarros de segundo grado.
- Desgarros de IV grado: en los desgarros de cuarto grado hay que suturar además la mucosa rectal. Para ello, se identifica el ápex de la mucosa rectal y se aproximan los bordes con una sutura muy fina reabsorbible continua o interrumpida; los puntos se anudan en la luz anal y se darán muy próximos entre sí.

Se realiza una sutura submucosa procurando no atravesar el grosor completo de la mucosa para evitar la formación de fístulas y se continúa hasta el borde anal (hasta el periné).

El riesgo más importante en la sutura de la mucosa anal es el eventual desarrollo de una fístula ano vaginal o recto vaginal.²¹

CAPITULO VIII

Posición en el período expulsivo.

El cuerpo humano puede adoptar una multitud de posiciones que pueden dividirse en dos subconjuntos, en función del ángulo que forma la línea que conecta los centros de la tercera y quinta vértebras lumbares con la horizontal. Cuando este ángulo es superior a 45° la posición se considera como vertical y cuando es inferior, se trata de una posición horizontal.¹⁰

Horizontalidad.

Definición.

Se refiere a la posición donde la paciente se encuentra acostada con el respaldo a no más de 45º.¹⁰

Variantes de posición horizontal.

- Decúbito supino: la espina dorsal se encuentra apoyada completamente en horizontal o con alguna inclinación sobre dicho horizontal.
- Litotomía: la más frecuente en nuestro medio, es una variación del decúbito supino con las piernas separadas, más o menos flexionadas, a veces colocadas sobre abrazaderas, estribos o apoyo plantar y la cabeza algo incorporada.
- Decúbito lateral: tiene el apoyo sobre el flanco, puede ser sobre el lado izquierdo o derecho.²²



Litotomía o Decúbito



SIMS o Decúbito lateral

Ilustración 7

https://www.evafertilityclinics.es/wpcontent/uploads/2015/02/posturas_en_el_parto_clinicasev_a_feb2015.jpg

Ventajas.

En lo que respecta a las ventajas para la posición horizontal, esta disminuye el riesgo de pérdida sanguínea, pero principalmente las ventajas son para el técnico actuante ya que esta posición favorece la revisión médica y la cómoda asistencia al parto sobre todo en pacientes con sobrepeso.²³

Asistencia técnica.

- Favorece la comodidad del profesional en la atención del parto, además de la revisión médica.^{14,23,24}

Hemorragias.

- Disminuye el riesgo de pérdida hemática.^{23,24,25}

Pelvis ósea y canal blando.

- Las posiciones laterales, comparadas con supina o litotomía, se asocian a tasas menores de episiotomías.^{25,28}

Bienestar fetal.

- La posición en decúbito lateral izquierda evita la compresión de la aorta y vena cava inferior por parte del útero, lo cual favorece el flujo sanguíneo materno-fetal.¹⁴

Desventajas.

Bienestar fetal.

- Efecto Poseiro e hipotensor supino: se ve originado por la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos contra la columna vertebral. El peso acumulado del feto, útero, placenta, líquido amniótico y flujo sanguíneo útero placentario, produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se disminuye el gasto cardíaco y se repleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial.

La paciente clínicamente presenta palidez, sudoración, náuseas, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia. Estos síntomas se pueden suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la paciente a de decúbito lateral izquierdo para favorecer el flujo útero placentario.

Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta por ende reducción del aporte de oxígeno que recibe el feto, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Como consecuencia se perciben cambios significativos en los latidos fetales, pudiendo llegar inclusive al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga.^{1,14,24}

Disposición de miembros inferiores.

- Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados dificultan que la mujer realice los esfuerzos de pujo correctamente, así como también los movimientos pélvicos de acomodación de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos, dificultando la expulsión final.¹

Diámetros intrapélvicos.

- Los diámetros intrapélvicos maternos alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen, por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores.
- En la posición horizontal, el peso de la madre sobre el sacro dirige el coxis hacia delante y reduce el espacio pélvico.^{1,23}

Actividad uterina y pujos.

- La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal, la necesidad de pujar se torna más dificultosa debido a que se requiere un mayor esfuerzo que no es favorecido por la fuerza de gravedad.²⁴

Polo cefálico fetal.

- La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.²⁴

Preferencia y satisfacción materna.

- La posición horizontal no permite que la mujer participe activamente en el nacimiento de su hijo, lo que genera incertidumbre en un acontecimiento vital para ella.¹⁴

Verticalidad.

Definición.

La posición vertical es aquella en la cual el dorso de la mujer y su canal pélvico oscilan dentro de un ángulo de 45° a 90° con el plano horizontal.¹

El ángulo ideal puede obtenerse arrodillada, en cuclillas o sentada en un sillón de partos.¹⁰ Por otra parte, esta posición favorece que los vectores finales resultantes de las fuerzas del expulsivo se orienten principalmente al canal del parto y de esta manera facilitar el nacimiento, disminuyendo los traumatismos del recién nacido.

Las posiciones verticales en el periodo expulsivo del parto suelen ir acompañadas de algún tipo de apoyo, (dispositivos de diversos tipos: sillas, banquetas, cojines, barras, etc.), si bien puede ser también apoyo por personas.

Variantes de posición vertical.

- Cuclillas: se diferencia de la posición sentada por la ausencia de apoyo glúteo. El peso del cuerpo descansa sobre los pies, con las rodillas muy flexionadas (miembros inferiores en hiperflexión).
- De pie: esta posición se encuentra de pie con las piernas levemente flexionadas.
- Sentada: está definida por el apoyo glúteo y la posición vertical de la espalda con las rodillas dobladas.
- Cuadrúpeda o manos rodillas: se produce cuando además de apoyar las rodillas en el suelo también se apoyan las manos.

- Rodillas-pies: tiene el apoyo en las rodillas y los pies, usando a veces cojines o similares. En esta posición la distribución del peso del cuerpo puede variar según la posición del tronco.²²

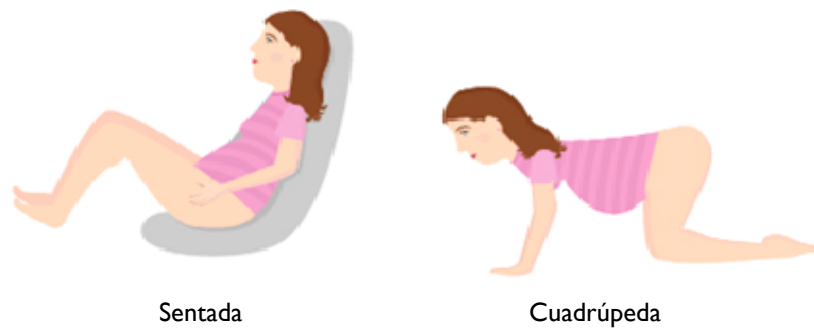
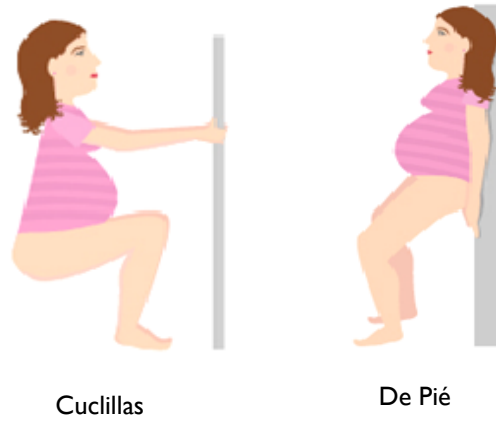


Ilustración 8

https://www.evafertilityclinics.es/wpcontent/uploads/2015/02/posturas_en_el_parto_clinicaseva_feb2015.jpg

Ventajas.

Pelvis ósea y canal blando.

- Aumenta los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1cm en sentido transversal y moldeamiento de la articulación coxofemoral.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo o sea más abierto favoreciendo el encaje y la progresión del feto por el canal de parto en menor tiempo y con menos uso de Oxitocina.^{1,24}
- Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxofemoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal.^{1,14}

Actividad uterina y duración del expulsivo.

- En la posición vertical la dinámica uterina resulta ser más efectiva, contracciones de mayor intensidad, igual frecuencia y mayor tono, que favorecen la dilatación del cérvix en comparación a la posición horizontal.^{23,25}
- Disminuye la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.^{11,23,28}

Pujos maternos.

- La posición más fisiológica para conseguir el mayor beneficio con los esfuerzos de pujo durante el expulsivo es la vertical, sobre todo la variedad sentada por la mejor disposición de la musculatura abdominal para contraerse.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo o sea más abierto favoreciendo el encaje y la progresión del feto por el canal de parto en menor tiempo y con menor uso de Oxitocina.^{1,24}

Integridad del suelo pélvico.

- Hay disminución de la frecuencia de episiotomías y desgarros.^{1,23,27}

Bienestar fetal.

- Las posiciones verticales o laterales, comparadas con la supina o litotomía, se asocian a menores patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal.^{1,14,25}

Preferencia y satisfacción materna.

- Proporciona beneficios psico-afectiva importantes a la madre, como la reducción del dolor, sensación de libertad, control, participación y mayor satisfacción durante y después del parto.
- Permite a la mujer una participación más activa en el nacimiento de su hijo.
- Cuando el cuerpo se encuentra en posición vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas naturales.^{14,25}

Desventajas.

Asistencia técnica.

- La verticalidad se considera una posición incómoda para el profesional que asiste el parto. A pesar de que existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico se pueden encontrar cómodos.^{1,24}

Integridad del periné.

- Mayor incidencia de desgarros de II grado.^{1,27}

Fatiga muscular.

- Cuando se da en periodos de tiempos prolongados puede producir cansancio, agotamiento en la mujer.¹

Hemorragias.

- Aumenta el riesgo de pérdida hemática post parto mayor a 500 ml.^{1,24}

CAPITULO IX

“Lesiones del periné postparto según posición de la parturienta; horizontal vs vertical.”

Objetivos.

Objetivo general:

- Determinar la relación e incidencia de la posición adoptada por la mujer durante el periodo expulsivo (horizontal-vertical) con la aparición de traumatismos perineales en el post parto.

Objetivos específicos:

- Analizar tipo de desgarro, grado y topografía en relación a la posición durante el periodo expulsivo.
- Identificar el tipo de protección perineal realizado durante el periodo expulsivo del parto según lo registrado en la historia clínica.
- Identificar en la muestra la posición adoptada por cada mujer en el período expulsivo
- Relevar los casos en los que se presentó desgarro perineal
- Clasificar tipo de desgarro
- Analizar posición adoptada con presencia o no de desgarro

Preguntas que el trabajo pretende responder.

- ¿Influye la posición en el periodo expulsivo en el tipo de desgarro, su topografía e incidencia?
- De las posiciones adoptadas durante el periodo expulsivo. ¿Cuál es la más protectora para el periné?

Antecedentes.

Con el presente trabajo se pretende analizar la relación existente entre las lesiones del periné postparto y la posición de la parturienta en el Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el año 2015. Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias de la salud como: Medline, Embase, Cochrane, Scielo y PubMed.

Durante la búsqueda se encontró que no hay publicaciones uruguayas sobre trabajos relacionados a lesiones del periné postparto según la posición de la parturienta.

En cambio, sí existen múltiples estudios internacionales relacionados a desgarros perineales de origen obstétrico según la posición en el periodo expulsivo. A continuación, se describen algunos.

Durante el año 2015 se realizó en Ecuador un estudio comparativo que incluyó 222 pacientes atendidas en la maternidad de Corta Estancia del Distrito 17D07 Guamani. Se analizó la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal.

Luego de analizar e interpretar los resultados Amparito E. concluyó que dicho estudio no logró comprobar la existencia de un menor número de desgarros en los partos atendidos en posición vertical, comparado con los partos en posición horizontal, dado que los valores no fueron estadísticamente significativos.

Por lo tanto, aconseja que las mujeres deban ser alentadas a elegir la posición de parto más cómoda para ellas.¹

Ana María Buitrón Vera y María José del Pozo Zúñiga realizaron un estudio para determinar las ventajas del parto vertical con el horizontal y su asociación con la aparición de los desgarros perineales en el Hospital Raúl Maldonado Mejía en Cayambé, Ecuador, se estudiaron a 281 pacientes de las cuales 137 eligieron parto vertical y 144 parto horizontal. Concluyeron que los factores de riesgo para presentar desgarro perineal son: el peso del recién nacido de 2500 gramos o más, el perímetro cefálico de 34 cm o más, la edad menor de 25 años y parto vertical; mientras que el ser multipara constituye un factor de protección. Por otra parte, concluyen que en pacientes que por elección prefieren un parto horizontal tienen un mayor porcentaje de desgarros de grado I y II, mientras que las que optaron por el parto vertical presentan mayor incidencia de desgarros de grado III y IV.¹⁴

En España en el año 2015 se realizó un meta-análisis con el objetivo de determinar la evidencia científica sobre los efectos preventivos de las diferentes posturas maternas, que pueden adoptarse durante el período expulsivo del parto para mejorar los resultados perineales.

Luego de efectuar la búsqueda bibliográfica y de analizar los estudios encontrados por Santiago M. et al. recomiendan utilizar posturas alternativas verticales y horizontales, para reducir la tasa de episiotomías, y tomar medidas oportunas para prevenir los posibles desgarros que pueden aparecer durante la expulsión fetal.²⁷

Un estudio prospectivo realizado en el 2011 en las comunidades indígenas de las lagunas de Gunudel, Tuncarta, Tambopamba, y Ñamarin en el Cantón Saraguro en la provincia de Loja – Ecuador, reveló que el 62 % de la población indígena prefieren el parto vertical durante el período expulsivo, mientras que el 24 % restante prefiere la posición horizontal, 13% le es indiferente, y el 1% restante no deseó informar su forma de parir. En cuanto a la posición horizontal: el estudio reveló que hay mayor índice de lesiones perineales, siendo un 7% mayor tanto para la proyección posterior como para la anterior cuando se las compara con el parto en vertical, en donde la proyección posterior es del 16 % de los casos y el índice de episiotomías es del 17% en relación al parto vertical.²⁰

Una tesis de grado realizada en la universidad pública de Navarra en el año 2014, en donde se realizó una revisión de artículos relacionados con los beneficios de la postura de las parturientas, en la segunda etapa del parto para prevenir patologías del suelo pélvico concluyó: que la posición de rodillas en comparación con la posición sentada o semi sentada, tenía una incidencia de lesiones perineales considerablemente más baja; por otra parte en la posición cuclillas se vieron disminuidos los desgarros perineales, así como también la extensión de las episiotomías; y al realizar una comparación entre la posición lateral con la de litotomía se observó una disminución de desgarros perineales, siendo la posición lateral probablemente más beneficiosa que la posición sentada.²⁸

En base a los resultados por Rodríguez V., et al. concluyeron que los ejercicios del suelo pélvico pueden constituir un factor preventivo de la incontinencia urinaria en mujeres embarazadas.

Además, refieren que la rehabilitación del periné en el postparto es una buena estrategia para prevenir y rehabilitar las disfunciones urogenitales.

Según los autores las matronas de Atención Primaria quienes mantienen contacto con las gestantes a lo largo de su embarazo, deberían añadir al programa de educación prenatal el aprendizaje de los ejercicios de reeducación perineal, para reforzar el suelo pélvico de las mismas y como consecuencia prevenir la incontinencia urinaria.⁸

Un meta análisis realizado por Gupta JK, Hofmeyr GJ con el objetivo de evaluar los beneficios y riesgos del uso de diferentes posiciones durante el período expulsivo del trabajo de parto. Utilizó una muestra de 19 ensayos incluidos (5764 participantes). Concluyó que el uso de cualquier tipo de posición lateral o vertical, en comparación con las posiciones supina o de litotomía, se asoció con: disminución en la duración del

período expulsivo del trabajo de parto, una pequeña reducción en los partos asistidos, una reducción en las episiotomía, un aumento en los desgarros perineales de segundo grado, un aumento en la pérdida sanguínea estimada mayor de 500 ml, se redujo el informe de dolor intenso durante el período expulsivo del trabajo de parto, menos patrones de frecuencia cardiaca fetal anormal.²

Metodología.

Se realizó una investigación retrospectiva, cuantitativa y descriptiva, de las historias clínicas de los nacimientos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Constituye un estudio transversal en el tiempo. Periodo de tiempo del 1/1/2015 al 31/12/2015.

Se trabajó con una muestra de 1106 historias clínicas (553 nacimientos ocurridos en posición horizontal y 553 nacimientos ocurridos en posición vertical), de mujeres que tuvieron un embarazo de término, de feto único, en presentación cefálica.

Los datos brindados por la oficina del Sistema Informático Perinatal del CHPR mostraron que los partos verticales constituían entre el 7,62 % de los nacimientos, siendo de 553 en el periodo seleccionado; por lo cual se trabajó con el universo de partos verticales del mencionado período y una muestra de igual cantidad de partos horizontales, la cual se seleccionó siendo el nacimiento siguiente a cada parto en posición vertical teniendo en cuenta los criterios de inclusión / exclusión (Muestreo no probabilístico por comodidad).

Criterios de inclusión:

- Embarazos de término
- Feto único
- Presentación cefálica.

Criterio de exclusión:

- Inconsistencias en la información de la historia clínica.
- Parto con episiotomía.
- Parto instrumental
- Peso neonatal > 4000gr.
- Perímetro Cefálico > 37cm.
- Analgesia

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Paridad
- Posición en el periodo expulsivo
- Presencia de desgarros perineales (grado, topografía: anterior, posterior y lateral)
- Etnia
- Peso recién nacido
- Perímetro cefálico
- Desprendimiento de polo fetal
- IGB (infección genital baja)

Utilizamos programa estadístico para análisis de datos EPIINFO.

Para el análisis de datos se elaboró una planilla incluyendo las variables a ser estudiadas, al finalizar la recolección se procesó la información la cual se ilustró mediante tablas y gráficos.

CAPITULO X

Análisis descriptivo de variables.

Variables cualitativas.

Etnia.

Raza	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
Afroamericana	21	2,75%	2,75%
Blanca	628	82,09%	84,84%
Indígena	5	0,65%	85,49%
Mestiza	83	10,85%	96,34%
S/D etnia	28	3,66%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 1: Etnia

Wilson 95% Conf Limits

Afroamericana	1,80%	4,16%
Blanca	79,22%	84,65%
Indígena	0,28%	1,52%
Mestiza	8,84%	13,25%
S/D etnia	2,54%	5,24%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo 2015.

Gráfico:

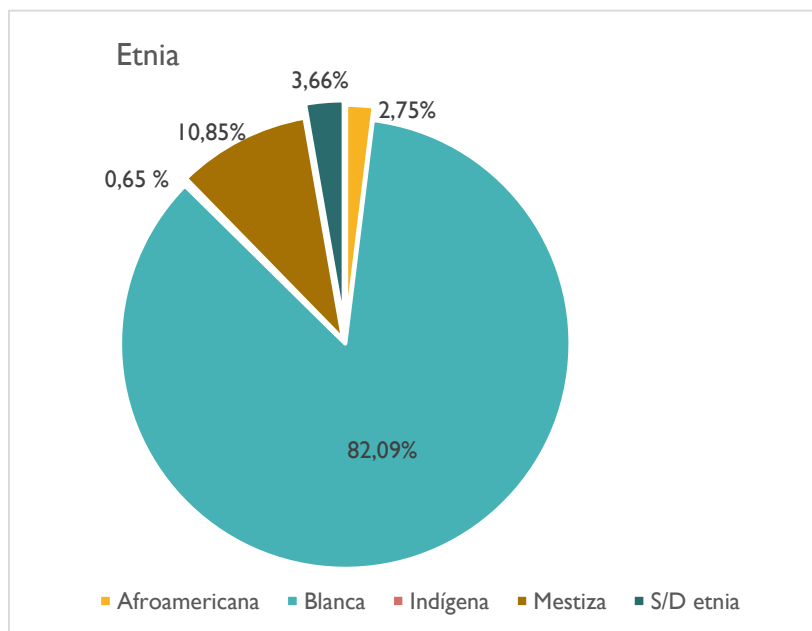


Tabla N°1: Se puede observar que 628 casos son de etnia blanca, lo cual corresponde 82,09% de la población estudiada, mientras que 0.65 % son indígenas lo cual corresponde a 5 casos de la muestra total.

Nivel educativo.

Estudios	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
Ninguna	3	0,39%	0,39%
Primaria	314	40,97%	41,36%
Secundaria	416	54,45%	95,81%
Sin datos	27	3,53%	99,35%
Terciaria	5	0,65%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 2: Nivel educativo

Wilson 95% Conf Limits

Ninguna	0,13%	1,15%
Primaria	37,54%	44,49%
Secundaria	50,91%	57,95%
Sin datos	2,44%	5,09%
Terciaria	0,28%	1,52%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo 2015.

Gráfica:

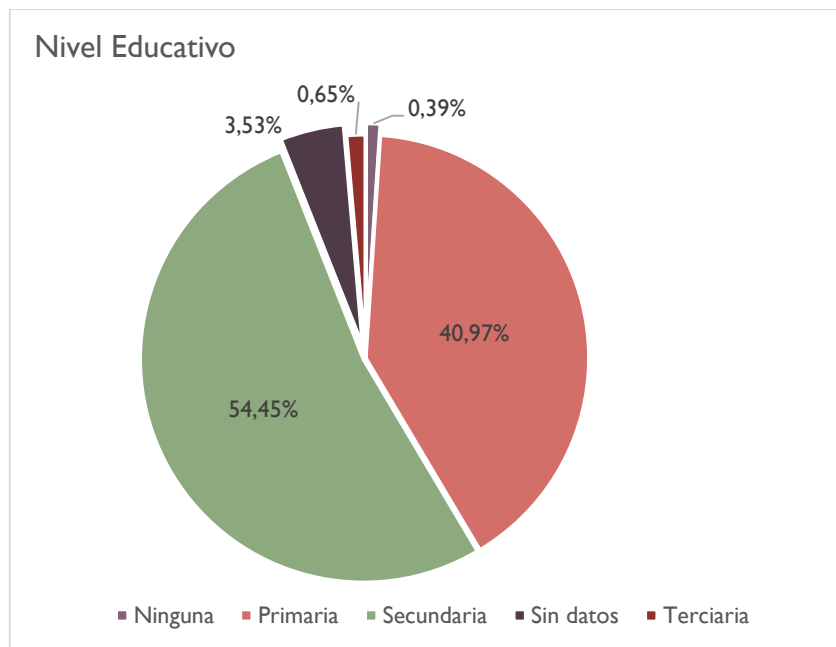


Tabla N°2: Se puede observar que 416 casos cursaron años en nivel de educación secundaria, correspondiendo al 54,45%, mientras 3 casos no presentan nivel de instrucción educativa, ello corresponde al 0,39% de la población total.

Estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
Casada	45	5,88%	5,88%
Otro	5	0,65%	6,54%
Sin datos	57	7,45%	13,99%
Soltera	209	27,32%	41,31%
Unión Estable	449	58,69%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 3 Estado Civil

Wilson 95% Conf Limits

Casada	4,43%	7,78%
Otro	0,28%	1,52%
Sin datos	5,80%	9,53%
Soltera	24,28%	30,59%
Unión Estable	55,17%	62,13%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Montevideo 2015.

Gráfica:

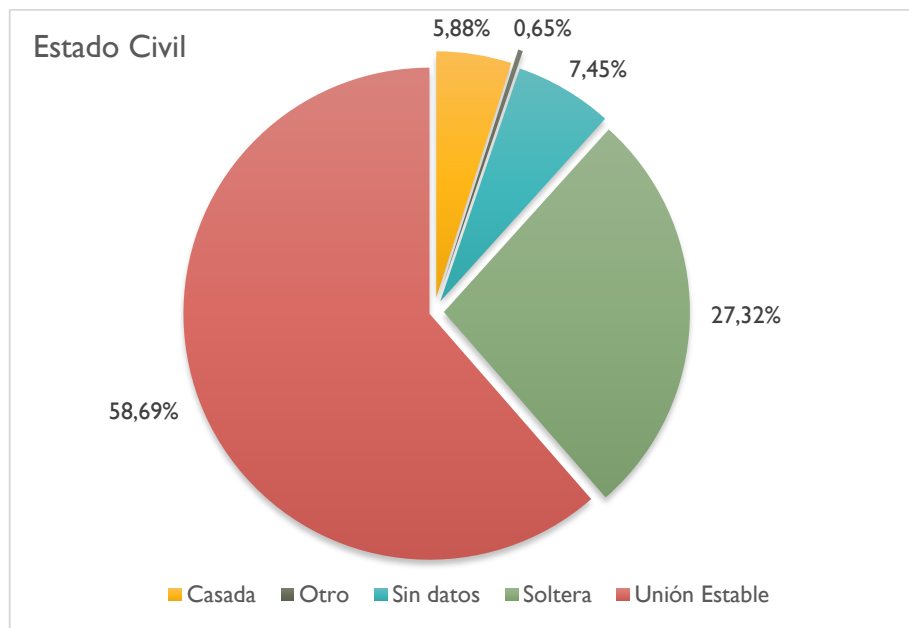


Tabla N°3: Se observa que 449 casos están en unión estable lo cual corresponde al 58,69% y 209 casos de la muestra son solteras, corresponde al 27,32%.

IGB (Infección Genital Baja).

IGB	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	601	78,66%	78,66%
Si	79	10,34%	89,01%
Sin Datos IGB	86	10,99%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 4 Infecciones genitales bajas (IGB)

Wilson 95% Conf Limits

No	75,62%	81,42%
Si	8,38%	12,70%
Sin Datos IGB	8,97%	13,41%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo 2015.

Gráfica:

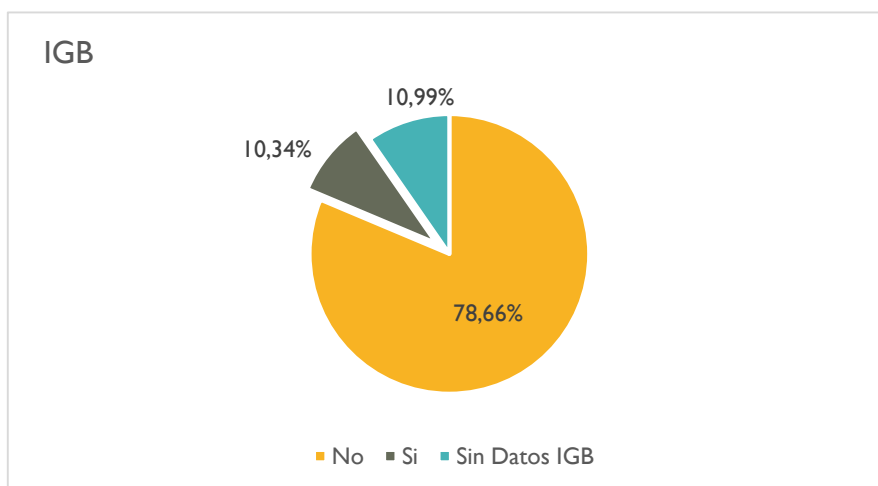


Tabla N° 4: Se observa que 601 casos no presentaron IGB durante la gestación, lo cual corresponde a un 78,66%, mientras que un 10,34% si cursaron una IGB.

Tratamiento de la IGB.

Tratamientos	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
Sin datos Tratamiento	12	15,19%	15,19%
Sin Tratamiento	3	3,80%	18,99%
Tto. Completo	56	70,89%	89,87%
Tto. Incompleto	8	10,13%	100,00%
Total	79	100,00%	100,00%

Tabla 5 Tratamiento de IGB

Exact 95% Conf Limits

Sin datos Tratamiento	8,10%	25,03%
Sin Tratamiento	0,79%	10,70%
Tto. Completo	59,58%	80,57%
Tto. Incompleto	4,47%	18,98%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo 2015.

Gráfica:

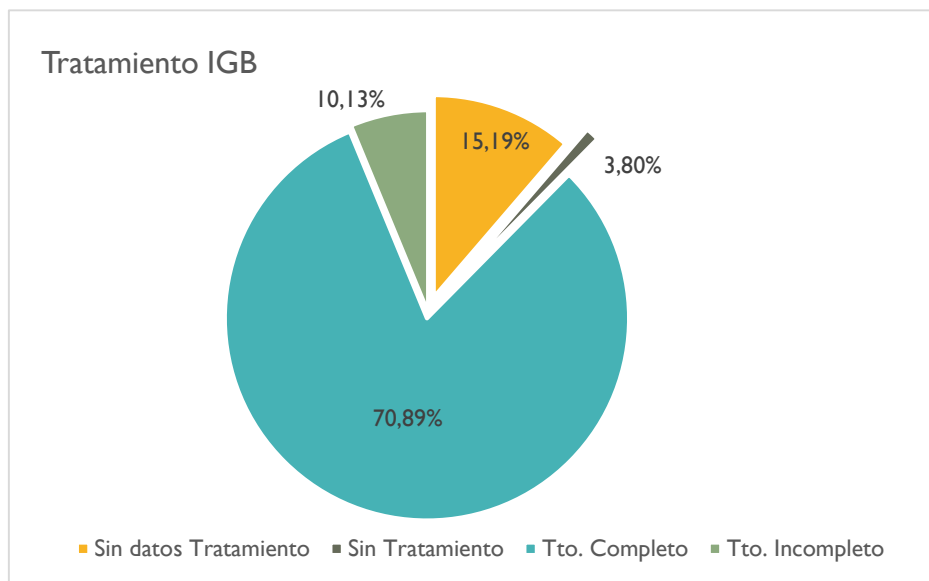


Tabla N°5: En relación a las IGB se observa que 56 casos recibieron tratamiento completo correspondiendo al 70,89%, mientras que 8 casos no completaron el tratamiento.

Frecuencia de la IGB durante el embarazo.

	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
En una Ocasión	74	93,67%	93,67%
Más de una Ocasión	5	6,33%	100,00%
Total	79	100,00%	100,00%

Tabla 6 Frecuencia de IGB

Exact 95% Conf Limits

En una Ocasión	85,84%	97,91%
Más de una Ocasión	2,09%	14,16%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo 2015.

Gráfica:

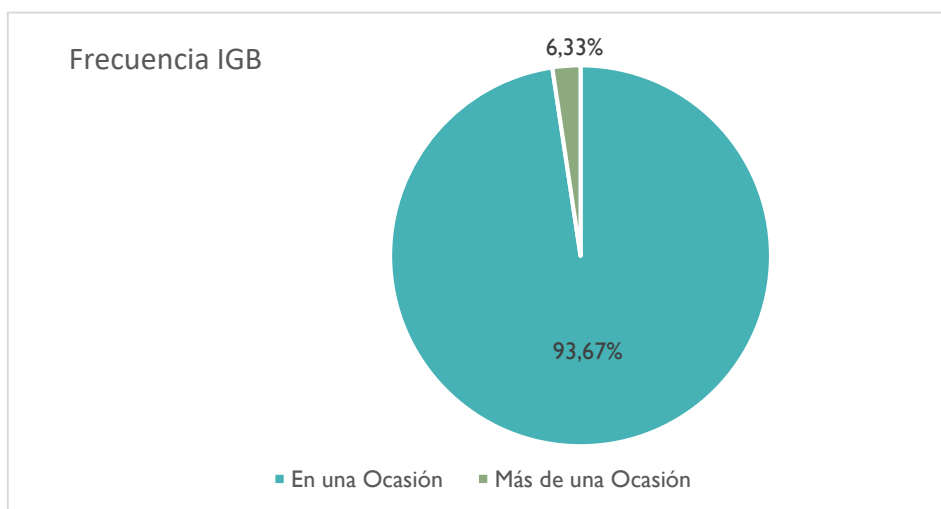


Tabla N°6: Se observa que 74 mujeres, el 93,67% presentaron IGB en una ocasión y solo el 6,33% de los casos curso una IGB en más de una ocasión durante la gestación.

Posición en el periodo expulsivo.

Posición en expulsivo	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
Cuclillas	33	4,31%	4,31%
Ginecológica	383	50,07%	54,38%
Sentada	349	45,62%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 7 Posición en el período expulsivo

Wilson 95% Conf Limits

Cuclillas	3,09%	6,00%
Ginecológica	46,53%	53,60%
Sentada	42,12%	49,16%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo 2015.

Gráfica:

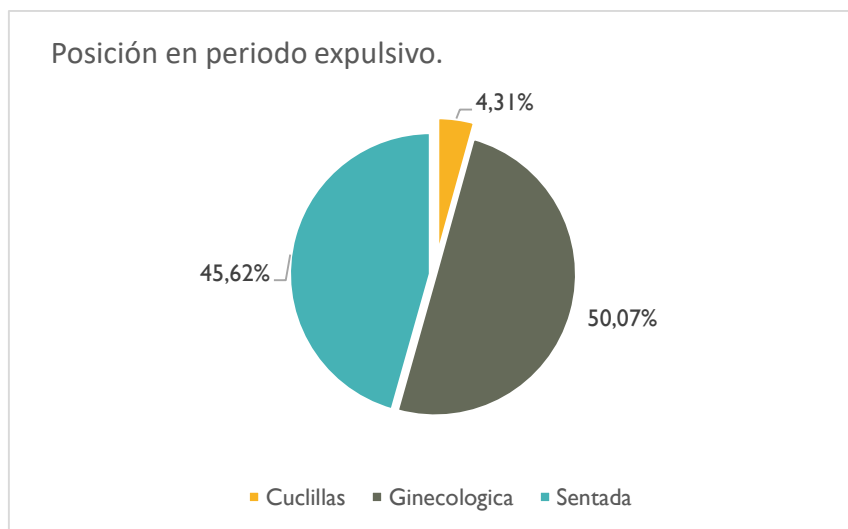


Tabla N°7: Debido a la metodología que se utilizó para la selección de las historias clínicas a analizar en esta investigación, el 50% de los casos parieron en posición horizontal y el 50% en posición vertical, de este último, el 4,3% parieron en posición en cuclillas (33 casos).

Desprendimiento del polo cefálico.

Desprendimiento	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
OP	422	55,16%	55,16%
OS	9	1,18%	56,34%
Sin Dato	334	43,66%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 8 Desprendimiento del polo cefálico

Wilson 95% Conf Limits

OP	51,62%	58,65%
OS	0,62%	2,22%
S/D desprendimiento	40,19%	47,20%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo 2015.

Gráfica:

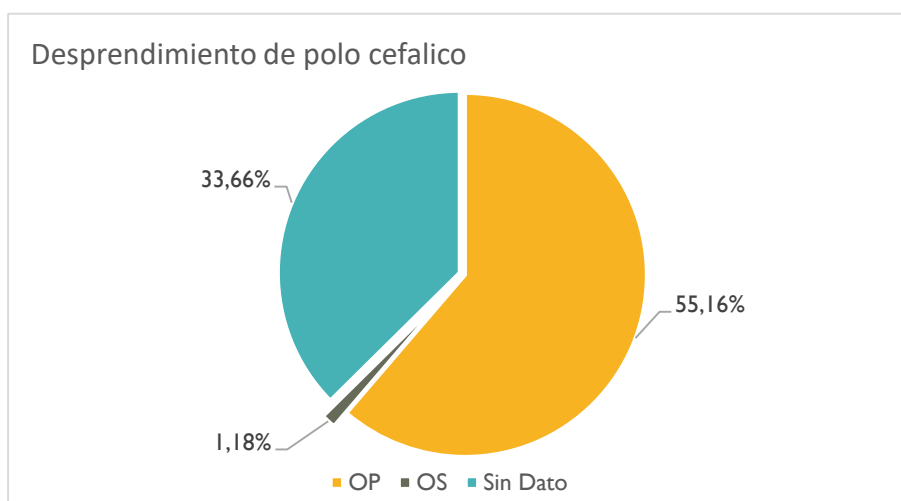


Tabla N°8: Se observa que, en el total de las historias clínicas analizadas, 334 historias (43,66%) no presentan registro del dato de cómo se produce el desprendimiento del polo cefálico.

Presencia de desgarros perineales.

Desgarros perineales	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	412	53,86%	53,86%
Si	353	46,14%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 9 Presencia de desgarros perineales

Wilson 95% Conf Limits

No	50,31%	57,36%
Yes	42,64%	49,69%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo 2015.

Gráfica:

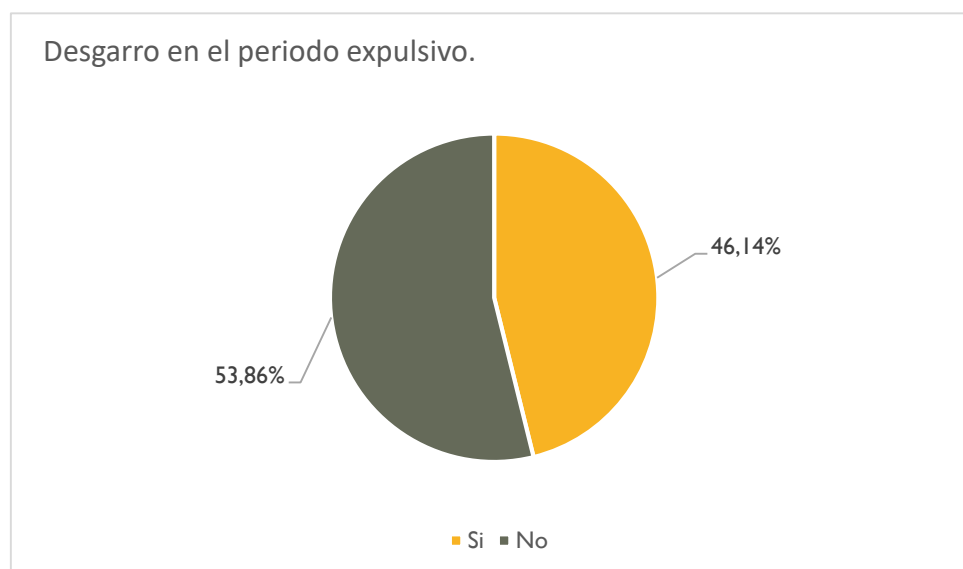


Tabla N°9: Se observa que en 412 casos (53,86%) no se presentaron desgarros de periné mientras que 353 casos (46,14%) si presentaron.

Grado de desgarro.

Grado I	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	477	62,35%	62,35%
Si	288	37,65%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 10A Desgarro G I

Wilson 95% Conf Limits

No	58,87%	65,72%
Yes	34,28%	41,13%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo 2015.

Grado II	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	681	89,02%	89,02%
Si	84	10,98%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla 10B Desgarro G II

Wilson 95% Conf Limits

No	86,61%	91,04%
Yes	8,96%	13,39%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo 2015.

Grado III	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	757	98,95%	98,95%
Si	8	1,05%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla I0C Desgarro G III

Wilson 95% Conf Limits

No	97,95%	99,47%
Yes	0,53%	2,05%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo 2015.

Grado IV	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	764	99,87%	99,87%
Si	1	0,13%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla I0D Desgarro G IV

Wilson 95% Conf Limits

No	99,26%	99,98%
Si	0,02%	0,74%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo 2015.

Sin Dato de Grado Desgarros	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	761	99,48%	99,48%
Si	4	0,52%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

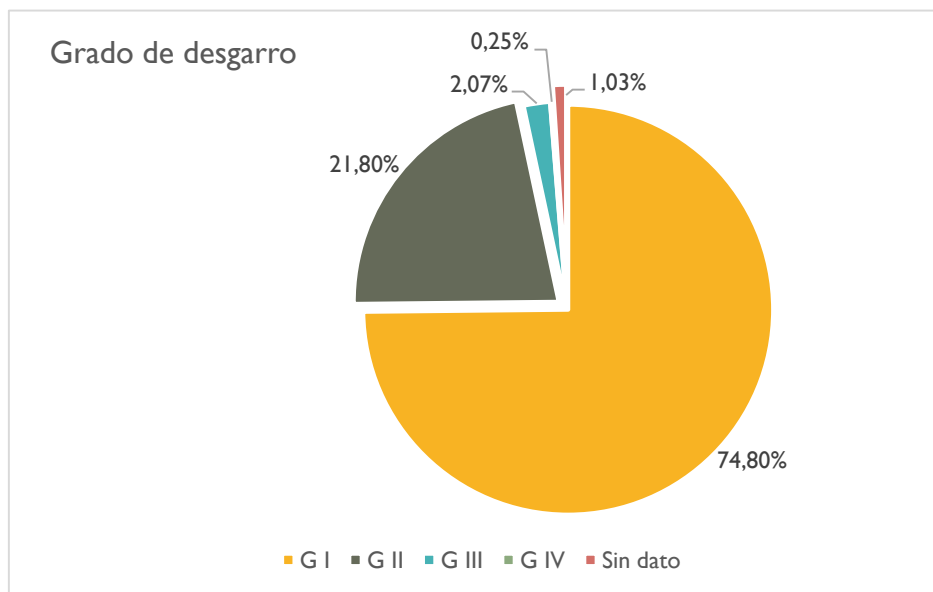
Tabla 10E Sin datos de desgarro

Wilson 95% Conf Limits

No	98,66%	99,80%
Yes	0,20%	1,34%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo 2015.

Gráfica.



En las tablas N° 10A, 10B, 10C y 10D: Se observa que 74,80% de los casos presento desgarro de GI, 21,84% de los casos presento desgarro de GII, 2,07% de GIII y de GIV se presentó en el 0,2% de los casos totales registrados. De 765 casos 353 presento desgarro, se considera importante aclarar que se encontró la presencia de desgarro simultaneo quedando en un total de 385 desgarros.

Topografía del desgarro.

Sin Topografía	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	637	83,27%	83,27%
Si	128	16,73%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla IIA Topografía de desgarro

Wilson 95% Conf Limits

No	80,46%	85,75%
Yes	14,25%	19,54%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell. Montevideo 2015.

Posterior	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	570	74,51%	74,51%
Si	195	25,49%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla IIB Topografía de Desgarro

Wilson 95% Conf Limits

No	71,30%	77,47%
Yes	22,53%	28,70%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell. Montevideo 2015.

Parauretral	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	722	94,38%	94,38%
Si	43	5,62%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla IIC Topografía desgarro

Wilson 95% Conf Limits

No	92,51%	95,80%
Yes	4,20%	7,49%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

Lateral	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	736	96,21%	96,21%
Si	29	3,79%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

Tabla IID Topografía desgarro

Wilson 95% Conf Limits

No	94,61%	97,35%
Yes	2,65%	5,39%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

Anterior	Frecuencia	Porcentaje	Cum. Porcentaje
No	762	99,61%	99,61%
Si	3	0,39%	100,00%
Total	765	100,00%	100,00%

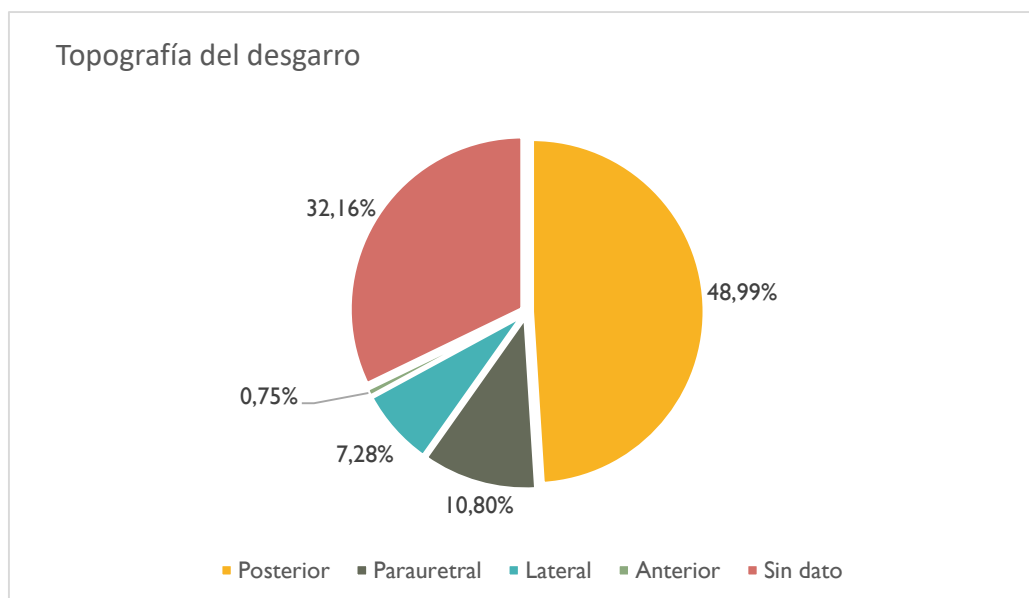
Tabla 11E Topografía desgarro

Wilson 95% Conf Limits

No	98,85%	99,87%
Yes	0,13%	1,15%

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell. Montevideo 2015.

Gráfica:



En las tablas N° 11A, 11B, 11D, 11C y 11E: Se observa que el 48,99% de los desgarros de periné son posteriores, el 10,80% parauretral, el 7,28% lateral y 0,75% anterior. Se aclara que al presentarse desgarros simultáneos aumenta el total de topografías registradas, siendo 398 el total de topografías.

VARIABLES CUANTITATIVAS.

Edad.

Obs		Total	Mean	Variance	Std Dev
765		18759	24,5537	39,7048	6,3012
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
13,000	20,000	23,000	29,000	45,000	19,000

Tabla 12 Edad media

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell. Montevideo 2015.

Tabla N°12: Se observa que la media en edad de la muestra estudiada es de 23 años, con una mínima de 13 y una máxima de 45 años. Un desvío estándar de 6,3012.

Partos previos.

Obs		Total	Mean	Variance	Std Dev
765		1955	2,5556	6,7211	2,5925
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
0	1	2	3	4	2

Tabla 13 Media de partos previos

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell. Montevideo 2015.

Tabla N°13: Se observa que la media de partos previos en la muestra utilizada es de 2 partos. El desvío estándar es 2,5925.

Peso del recién nacido.

Obs		Total	Mean	Variance	Std Dev
765		2476247	3236,9242	160532,16	400,6647
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
1660	2990	3250	3530	3990	3080

Tabla 14 Media de peso del recién nacido

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell. Montevideo 2015.

Tabla N°14: Se observa que la media de peso del recién nacido es de 3250grs, con un mínimo de 1660grs y un máximo de 3990grs. El desvío estándar es 400,6647. Perímetro cefálico del recién nacido.

Obs		Total	Mean	Variance	Std Dev
765		15953	20,8809	287,2663	16,9489
Minimum	25%	Median	75%	Maximum	Mode
< 34 cms	< 34 cms	34	35	37	< 34 cms

Tabla 15 Media perímetro cefálico

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell. Montevideo 2015.

Tabla N°15: Se observa que la media del perímetro cefálico es de 34 cm, y con un desvío estándar de 16,9489.

Cruce de variables.

Posición en el periodo expulsivo y presencia de desgarros perineales.

DESGARROS PERINEALES			
Posición en expulsivo	No	Yes	Total
Cuclillas	8	25	33
Row%	24,24%	75,76%	100,00%
Col%	1,94%	7,08%	4,31%
Ginecológica	221	162	383
Row%	57,70%	42,30%	100,00%
Col%	53,64%	45,89%	50,07%
Sentada	183	166	349
Row%	52,44%	47,56%	100,00%
Col%	44,42%	47,03%	45,62%
TOTAL	412	353	765
Row%	53,86%	46,14%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 16 Desgarros perineales en función de la posición en expulsivo

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
14,2086	2	0,0008

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

Gráfica:

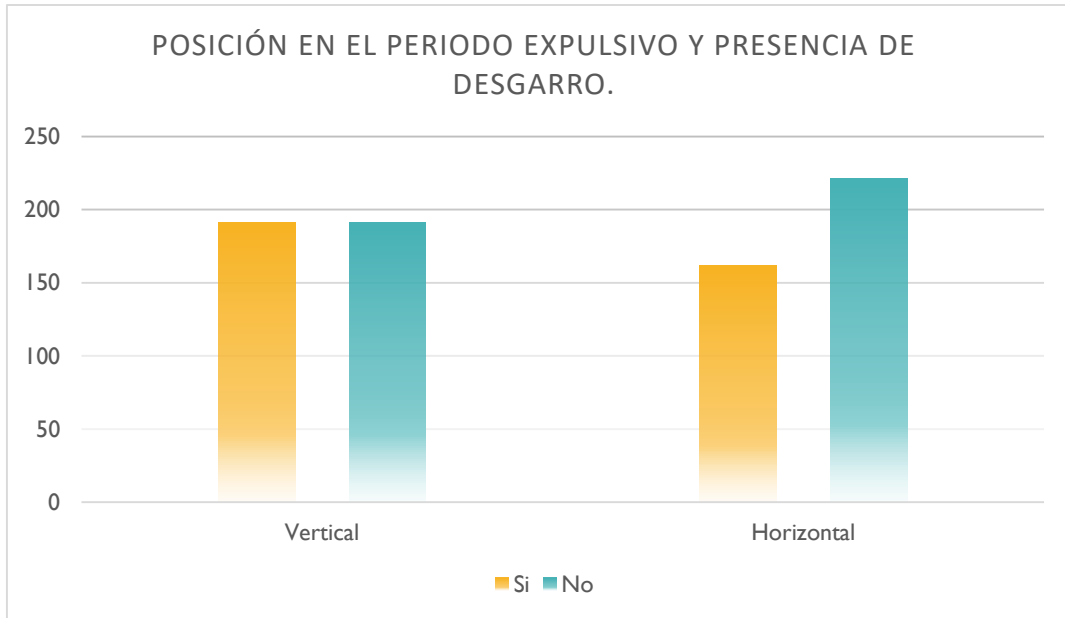


Tabla N°16: Se observa que los casos que adoptaron la posición horizontal durante el periodo expulsivo presentaron menor cantidad de desgarro de periné en relación a aquellas que adoptaron una posición vertical. Se encontró un valor significativo ($p=0,0008$) entre la posición en el periodo expulsivo y los desgarros perineales.

Del total de los casos que adoptaron la posición horizontal (383) un 42,3% presento desgarro de periné. El 50% del total que adoptaron la posición vertical (382) presento desgarro de periné.

Posición en el periodo expulsivo y topografía del desgarro perineal.

POSICION EN EXPULSIVO

Sin Topografía	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	25	324	288	637
Row%	3,92%	50,86%	45,21%	100,00%
Col%	75,76%	84,60%	82,52%	83,27%
Yes	8	59	61	128
Row%	6,25%	46,09%	47,66%	100,00%
Col%	24,24%	15,40%	17,48%	16,73%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 17A Expulsivo en función del desgarro perineal (sin topografía)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
1,9599	2	0,3753

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

Posterior	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	20	290	260	570
Row%	3,51%	50,88%	45,61%	100,00%
Col%	60,61%	75,72%	74,50%	74,51%
Yes	13	93	89	195
Row%	6,67%	47,69%	45,64%	100,00%
Col%	39,39%	24,28%	25,50%	25,49%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 18B Expulsivo en función del desgarro perineal (posterior)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
3,6532	2	0,161

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

Parauretral	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	29	362	331	722
Row%	4,02%	50,14%	45,84%	100,00%
Col%	87,88%	94,52%	94,84%	94,38%
Yes	4	21	18	43
Row%	9,30%	48,84%	41,86%	100,00%
Col%	12,12%	5,48%	5,16%	5,62%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla I9C Expulsivo en función del desgarro perineal (parauretral)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
2,7834	2	0,2487

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

Lateral	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	31	371	334	736
Row%	4,21%	50,41%	45,38%	100,00%
Col%	93,94%	96,87%	95,70%	96,21%
Yes	2	12	15	29
Row%	6,90%	41,38%	51,72%	100,00%
Col%	6,06%	3,13%	4,30%	3,79%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 20D Expulsivo en función del desgarro perineal (lateral)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
1,1665	2	0,5581

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

Anterior	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	33	381	348	762
Row%	4,33%	50,00%	45,67%	100,00%
Col%	100,00%	99,48%	99,71%	99,61%
Yes	0	2	1	3
Row%	0,00%	66,67%	33,33%	100,00%
Col%	0,00%	0,52%	0,29%	0,39%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

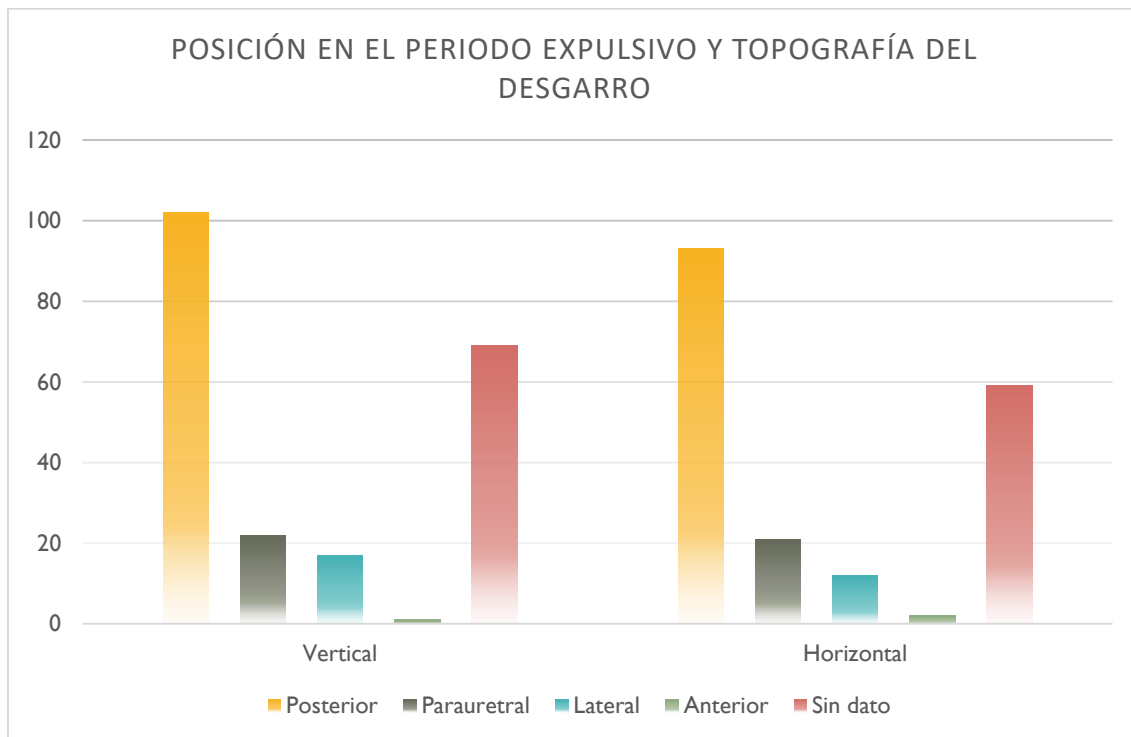
Tabla 21E Expulsivo en función del desgarró perineal (anterior)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
0,3954	2	0,8206

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

Gráfica:



Tablas 17A, 17B, 17C, 17D y 17E. Se puede observar que, de los casos analizados, 128 historias clínicas no tenían dato de la topografía del desgarro perineal sobre un total de 398 desgarros. De éstos, 142 correspondieron a nacimientos en posición vertical y 128 a nacimientos ocurridos en posición horizontal.

De los desgarros ocurridos en posición vertical, el 71,8% correspondió a un desgarro posterior, 15,5% a un desgarro para uretral, 12% a un desgarro lateral y 0,7% a un desgarro anterior.

De los desgarros ocurridos en posición horizontal, el 72,6% correspondió a un desgarro posterior, 16,4% a un desgarro para uretral, 9,4% a un desgarro lateral y 1,6% a un desgarro anterior.

No se encontró relación significativa entre la posición en el periodo expulsivo y la topografía del desgarro.

Grado de desgarro y posición en el periodo expulsivo.

POSICION EN EXPULSIVO

Grado I	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	15	249	213	477
Row%	3,14%	52,20%	44,65%	100,00%
Col%	45,45%	65,01%	61,03%	62,35%
Yes	18	134	136	288
Row%	6,25%	46,53%	47,22%	100,00%
Col%	54,55%	34,99%	38,97%	37,65%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla 18A Desgarro en función de posición en el período expulsivo (G I)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
5,4285	2	0,0663

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

Grado II	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	26	345	310	681
Row%	3,82%	50,66%	45,52%	100,00%
Col%	78,79%	90,08%	88,83%	89,02%
Yes	7	38	39	84
Row%	8,33%	45,24%	46,43%	100,00%
Col%	21,21%	9,92%	11,17%	10,98%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla I8B Desgarro en función de posición en el período expulsivo (G II)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
3,987	2	0,1362

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

Grado III	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	32	379	346	757
Row%	4,23%	50,07%	45,71%	100,00%
Col%	96,97%	98,96%	99,14%	98,95%
Yes	1	4	3	8
Row%	12,50%	50,00%	37,50%	100,00%
Col%	3,03%	1,04%	0,86%	1,05%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla I8C Desgarro en función de posición en el período expulsivo (G III)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
1,3728	2	0,5034

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

Grado IV	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	33	383	348	764
Row%	4,32%	50,13%	45,55%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	99,71%	99,87%
Yes	0	0	1	1
Row%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Col%	0,00%	0,00%	0,29%	0,13%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla I8D Desgarro en función de posición en el período expulsivo (G IV)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
1,1935	2	0,5506

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

POSICION EN EXPULSIVO

S/D Grado Desgarros	Cuclillas	Ginecológica	Sentada	Total
No	33	382	346	761
Row%	4,34%	50,20%	45,47%	100,00%
Col%	100,00%	99,74%	99,14%	99,48%
Yes	0	1	3	4
Row%	0,00%	25,00%	75,00%	100,00%
Col%	0,00%	0,26%	0,86%	0,52%
TOTAL	33	383	349	765
Row%	4,31%	50,07%	45,62%	100,00%
Col%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

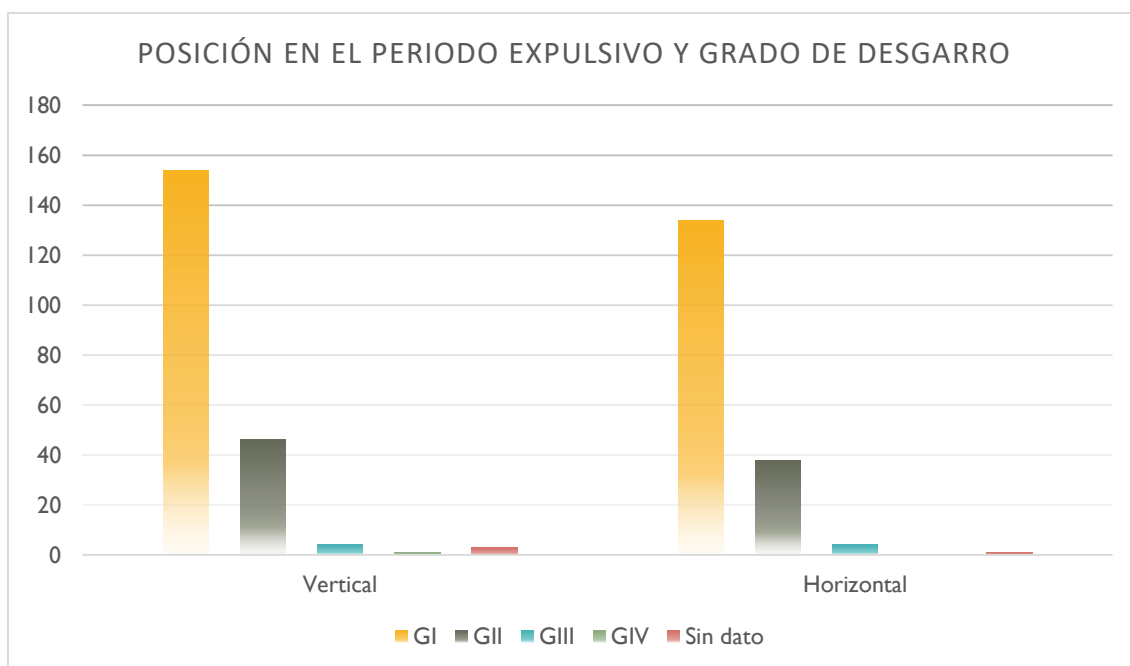
Tabla I8E Desgarro en función de posición en el período expulsivo (sin grado de desgarro)

Single Table Analysis

Chi-Squared	df	Probability
1,4388	2	0,487

Fuente: SIP (Sistema Informático Perinatal) del Centro Hospitalario Pereira Rosell.
Montevideo 2015.

Gráfica:



En las tablas 18A, 18B, 18C, 18D y 18E. Se puede observar que, de los casos analizados, 4 historias clínicas no tenían dato en relación al grado del desgarro perineal ocurrido en el nacimiento. De 381 desgarros analizados, 205 correspondieron a nacimientos en posición vertical y 176 a nacimientos ocurridos en posición horizontal.

De los desgarros ocurridos en posición vertical, el 75,1% correspondió a un desgarro de grado I, 22,4% a un desgarro de grado II, 1,9% a un desgarro de grado III y 0,6% a un desgarro de grado IV.

De los desgarros ocurridos en posición horizontal, el 76,1% correspondió a un desgarro de grado I, 21,6% a un desgarro de grado II, 2,3% a un desgarro de grado III y 0% a un desgarro de grado IV.

Para grado I el $P=0,0663$ existe relación estadísticamente significativa, para grado II el $P=0,1362$, para el grado III el $P=0,5034$ y para el grado IV el $P=0,5506$, no se encuentra relación significativa entre la posición en el periodo expulsivo y el grado de desgarro para estos últimos.

CAPITULO XI

Discusión.

Desde el primero de enero del 2015 al treinta y uno de diciembre del mismo año en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell se asistieron un total de 6913 partos. Nuestra muestra inicial de partos es de 1106, siendo 553 en posición vertical y 553 en horizontal.

Al solicitar al equipo de sistema informático perinatal el listado de todos los partos asistidos teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión, la muestra final obtenida fue de 784 historias clínicas, de las cuales 19 no fueron encontradas en la institución.

De la muestra analizada la media para la edad es de 23 años. La media para partos previos es de 2 partos. El 82,09% de los casos son de etnia blanca, en cuanto a nivel de instrucción el 54,45 % ingreso a secundaria y en relación al estado civil el 58,69% se encuentra en unión estable y el 27,32% de los casos corresponden al estado civil soltero.

Dentro de las variables estudiadas se observó que el 78.66% no presentó infecciones genitales bajas durante la gestación. En el 10.99% de los casos analizados no se encontró registro de la ocurrencia o no de la patología en la historia clínica. De los casos que presentaron infección genital baja se observa que el 93.67% lo presentó en una sola ocasión.

Con respecto al tratamiento de la infección genital baja, se observó que el 70.89% lo completó, mientras que el 10.13% no completo el mismo.

En lo que refiere a las medidas antropométricas neonatales se observa que la media del peso del recién nacido es de 3250grs y la del perímetro cefálico es de 34cms.

Si bien las variables descriptas anteriormente no son contributivas para para los objetivos planteados en esta investigación, consideramos que su análisis aporta información valiosa en relación a las características de la población que se asiste en el centro hospitalario donde se realizó el trabajo.

Los datos recogidos durante el presente trabajo nos permiten observar una mínima diferencia en porcentaje de aquellas mujeres que presentaron lesiones del periné posparto en relación con las que no presentaron: el 46,14% de las mujeres tuvieron

desgarro del periné (353 casos), mientras que el 53,86% no presentó (412 casos).

Al cruzar las variables posición en el parto, comparando posición horizontal (ginecológica) con posición vertical (sentada + cuclillas) y presencia de desgarro perineal se observó que las parturientas que adoptaron la posición horizontal presentaron menos desgarros del periné que las que lo hicieron en vertical.

Se encontró relación significativa $p=0,0008$ entre la posición en el expulsivo y la presencia de desgarros perineales.

Del total de los casos que adoptaron la posición horizontal (383) un 42,3% presentó desgarro de periné, mientras que el 48,72% del total que adoptaron la posición vertical (382) presentó desgarro de periné.

Como se observa el 48,72% de los desgarros perineales se dieron en las parturientas que parieron en posición vertical, por lo cual la frecuencia de desgarros perineales fue mayor en comparación con las mujeres que parieron en posición horizontal.

En relación a los distintos grados de los desgarros perineales se observó que 288 casos presentaron lesión del periné de Grado I (74,80% del total de los desgarros), 84 casos presentaron desgarro de Grado II (21,84% del total de los desgarros), 8 casos presentó desgarro de Grado III (2,07% del total de los desgarros) y únicamente se encontró 1 caso con lesión del periné de Grado IV (0,2% del total de los desgarros). Cabe destacar que el casi 75% del total de desgarros en el periodo expulsivo, corresponden a desgarros de Grado I, siendo laceraciones superficiales que no llegan a comprometer las capas musculares profundas y que muchas veces no requieren de sutura.

De 765 casos analizados, 353 presentaron desgarros durante el expulsivo, de los cuales 32 casos presentaban la presencia de desgarros simultáneos quedando en un total de 385 desgarros. Se puede observar que, de los casos analizados, 4 historias clínicas no tenían dato en relación al grado del desgarro perineal ocurrido en el nacimiento. De 381 desgarros analizados, 205 correspondieron a nacimientos en posición vertical y 176 a nacimientos ocurridos en posición horizontal.

Al cruzar las variables posición en el parto, comparando posición horizontal (ginecológica) con posición vertical (sentada + cuclillas) y grado de desgarro perineal se observó que entre las parturientas que adoptaron la posición horizontal hubo 134 casos de desgarro Grado I (35% del total de partos en horizontal), 38 casos de desgarros Grado II (9,9% del total de partos en horizontal), 4 casos de desgarros Grado III (1% del total de partos horizontal), no existiendo desgarros de Grado IV en la muestra estudiada. A su

vez entre las parturientas que adoptaron una posición vertical en el periodo expulsivo hubo 154 casos de desgarro Grado I (40% del total de partos en vertical), 46 casos de desgarros Grado II (12,1% del total de partos en vertical), 4 casos de desgarro Grado III (1% del total de partos en vertical), y un caso de desgarro Grado IV (0,3% del total de partos en vertical).

Se encontró relación estadísticamente significativa solamente vinculada a la aparición de desgarros de Grado I, donde el $p=0,0663$, en relación a la posición vertical durante el periodo expulsivo. En relación a los desgarros de Grado II, $p=0,1362$, Grado III $p=0,5034$ y grado IV $p=0,5506$ no se encuentra relación significativa entre la posición en el periodo expulsivo y estos grados de desgarro.

Esto evidencia que las posiciones verticales durante el periodo expulsivo del parto, tienen una mayor tasa de lesiones perineales de grado I.

Nuestro trabajo obtiene resultados parecidos al meta análisis realizado por Gupta et al pues evidencia una relación significativa entre las posiciones verticales en el expulsivo y la aparición de desgarros perineales. En dicho meta análisis, los desgarros de segundo grado fueron significativamente vinculados a la posición vertical, mientras que en nuestro estudio solamente se encuentra relación significativa con la aparición de desgarros de Grado I y la posición vertical en el periodo expulsivo.²⁰

En relación a la topografía de los desgarros perineales se observó que 128 casos no contaban con registro de la topografía del desgarro en la historia clínica. Se analizó un total de 270 desgarros perineales cuya topografía estaba documentada en la historia clínica.

Los desgarros a nivel del periné posterior fueron los de mayor frecuencia correspondiendo a 195 casos (72,2% del total de desgarros topografiados). En relación a los desgarros para uretrales se evidenciaron 43 casos (15,9% del total de desgarros topografiados), 29 casos de desgarros laterales (10,7% del total de desgarros topografiados), y 3 casos de desgarros anteriores (1,1% del total de desgarros topografiados).

Al cruzar las variables posición en el parto, comparando posición horizontal (ginecológica) con posición vertical (sentada + cuclillas) y topografía del desgarro perineal se observó que de los 270 desgarros perineales topografiados, 128 correspondieron a nacimientos en posición horizontal y 142 a nacimientos en posición vertical.

Entre las parturientas que adoptaron la posición horizontal el 72,6% correspondió a un desgarro posterior (93 casos), 16,4% a un desgarro para uretral (21 casos), 9,4% a un

desgarro lateral (12 casos) y 1,6% a un desgarro anterior (2 casos).

De los desgarros ocurridos en posición vertical, el 71,8% correspondió a un desgarro posterior (102 casos), 15,5% a un desgarro para uretral (22 casos), 12% a un desgarro lateral (17 casos) y 0,7% a un desgarro anterior (1 caso).

En nuestro estudio no se encontró relación significativa entre la posición adoptada durante el periodo expulsivo y la topografía de la lesión perineal.

CAPITULO XII

Conclusión.

Se cumplió con el objetivo general de este trabajo dado que la revisión de historias clínicas ha permitido determinar la relación e incidencia de la posición adoptada por la mujer durante el periodo expulsivo con la aparición de desgarros del periné post parto.

Nuestro estudio determinó que existe en nuestra muestra una relación significativa entre la posición en el periodo expulsivo del parto y la presencia de desgarros perineales, siendo las posiciones verticales favorecedoras de la aparición de lesiones del periné.

En lo que concierne al grado y topografía del desgarro perineal se evidenció una relación significativa entre la posición vertical en el periodo expulsivo y la aparición de desgarros de Grado I, no existiendo relación entre los otros grados de desgarros y/o la topografía de los mismos en relación a la posición materna durante el nacimiento. Si bien hay un aumento de desgarros Grado I, nos parece relevante destacar que los mismos habitualmente constituyen laceraciones superficiales que muchas veces no requieren de sutura, y que en general no producen complicaciones a mediano ni largo plazo.

Lograr Prevenir desgarros del periné requiere de conocer los distintos factores que contribuyen a la aparición de los mismos. Luego de estudiar y analizar los factores de riesgo vinculados a la para la aparición de desgarros perineales, se pudo observar que mucho de ellos son modificables. Con el objetivo de prevenir y/o eliminar dichos factores de riesgo, es necesaria la participación de la embarazada junto con un equipo multidisciplinario integrado por Obstetra Partera, Ginecólogo/a, Nutricionista, Psicólogo que permita implementar estrategias para lograr mejores resultados durante el proceso de parto y post parto.

Los cambios de posturas y las posiciones verticales durante el periodo expulsivo del nacimiento han demostrado muchos beneficios con respecto a la posición horizontal, tanto para el feto como para la madre. Si bien nuestro trabajo evidenció un aumento de las lesiones perineales cuando se adopta la posición vertical en el periodo expulsivo, estas lesiones son mayoritariamente laceraciones superficiales (desgarros Grado I), no aumentando las complicaciones a mediano o largo plazo.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo se encuentran alineados con las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, en cuanto a que se debe alentar a la mujer a que elija libremente la posición que prefiere adoptar durante el

periodo expulsivo del nacimiento. Si bien las posiciones verticales aumentan la aparición de lesiones perineales, las mismas constituyen laceraciones superficiales (desgarros de Grado I), no comprometiendo estructuras musculares profundas, por lo cual los beneficios de la verticalidad para la madre y el feto, son mayores que las complicaciones a mediano y largo plazo que dichas laceraciones pueden llegar a producir.

La implementación de la posición horizontal en el periodo expulsivo ha tenido lugar de forma relativamente reciente en la historia de la humanidad mientras que la postura vertical forma parte de la cultura universal a través de los siglos. Ya se han demostrado las múltiples ventajas y desventajas de las posiciones mediante evidencia científica, quizás es necesario plantearnos cambiar nuestra praxis profesional con respecto a la libertad de movimientos, posturas y manejo terapéutico en función de la posición elegida por la mujer al momento de su parto.

Recomendaciones.

- Incluir en la formación académica el conocimiento sobre la asistencia del parto en las distintas posiciones verticales, así como las maniobras de protección perineal que pueden ser utilizadas en las mismas.
- Fomentar un adecuado y exhaustivo registro en la historia clínica con el fin de facilitar la obtención de datos para las investigaciones de medicina basada en las evidencias.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, así como del Ministerio de Salud Pública de nuestro país, incluyen alentar a que cada mujer elija libremente la posición que prefiere adoptar durante el periodo expulsivo del nacimiento, planteando un enorme desafío. Para poder afrontar éste desafío es necesario:

- Brindarle a las embarazadas y sus acompañantes, información concisa y clara en relación a las distintas posturas posibles durante el periodo expulsivo de manera que puedan elegir libremente, así como también información en relación a las ventajas y desventajas de cada posición.
- Generar protocolos de atención dirigidos al personal de salud, que promuevan, permitan y respeten la posibilidad de elegir distintas posiciones durante el proceso del nacimiento.
- Implementar cursos de capacitación continua que contribuyan a la formación de los técnicos en modalidades diferentes de asistencia en el nacimiento.
- Adecuar las salas de parto o salas de nacer de las maternidades para que cuenten con elementos de apoyo necesarios para adoptar posiciones verticales durante el periodo expulsivo.
- Generando herramientas adecuadas para que las mujeres vuelvan a sentir propio el acto de parir.

CAPITULO XIII

Bibliografía.

1. Amparito E. (2015). *Estudio comparativo de la frecuencia de desgarro perineal en el parto vertical, comparado con el parto horizontal en pacientes atendidas en la Maternidad de corta estancia del distrito 17D07 Guamaní, entre octubre del 2012 a marzo*. [Internet]. Quito Consulta: 27 febrero 2017.
Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4750/1/T-UCE-0006-42.pdf>
2. Gupta, JK.; Hofmeyr, GJ. (2008). Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto. Revisión Cochrane Plus Library. [Internet]. Consulta 10 de mayo, 2018.
Disponible en:
<https://www.uv.es/jjsanton/Parto/10Cochrane%20posicionenelexpulsivo.pdf>
3. Creus MD, Martínez C, Olivera G, Vela E. (2013). *El masaje perineal*. [Folleto en Internet]. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Consulta 15 diciembre 2017.
Disponible en:
<http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/foleto-matronas-14-esp-masaje-perineal.pdf>
4. Rodríguez, A. (2015). *El masaje perineal como prevención del trauma perineal*. [Internet]. Jaén. Consulta: 15 diciembre, 2017.
Disponible en:
http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1576/1/TFG_Alfredo_Rodrguez_Millan.pdf
5. OMS. (1996). Cuidados en el Parto Normal: Guía Práctica. [Internet]. Consulta 10 diciembre 2017.
Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/oms-cuidados-en-el-parto-normal-guia-practica>.

6. Verdón D., et al. *Episiotomía y desgarros obstétricos recientes*. EMC-Ginecología-Obstetricia. Vol. 50, Nº2. El Sevier Masson SAS; 2014, p. 1-14.
7. García, M. (2017) *Prevención de los desgarros perineales que ocurren durante el parto*. Montevideo.
8. Rodríguez V., et al. (2015). "*Disfunción del suelo pélvico. Asesoramiento de la Matrona en la reeducación perineal*". *TRANCES: Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*. [Internet]. Consulta: 1 de marzo, 2017. ISSN: 1989-6247.
Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS%2007_2_9.pdf
9. El País. (2016). *Dos mundos en el Pereira Rosell un CTI modelo en la región y ausentismo del 25%*. [Internet]. Montevideo. Recuperado: 1 de junio, 2018.
Disponible en:
<https://www.elpais.com.uy/informacion/mundos-pereira-rossell-cti-modelo-region-ausentismo.html>
10. Calderón, J.; Bravo, J.; Albinagorta, R.; Rafael, P.; Laura, A.; Flores, C. (2008). "*Parto vertical: Retornando a una Costumbre Ancestral*". [Internet]. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 54, núm. 1, pp. 49-57. San Isidro, Perú. ISSN: 2304-5124.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>
11. Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. [Internet]. Eusko: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián. Recuperado el 12/12/17 desde:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
12. Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. (2005). *Obstetricia 6ª edición*. Buenos Aires. El Ateneo.
13. Castillo, EA.; Malfatto, JL.; Pons, JE. (2017). *Uroginecología y disfunciones del piso pélvico*. Montevideo. Oficina del Libro FEFMUR.
14. Buiton, AM.; Del Pozo, MJ. (2013). *Ventajas del parto vertical comparado con el parto horizontal y su asociación con desgarros perineales en pacientes atendidas en el hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe-Ecuador entre setiembre a noviembre 2012*. [Internet]. Quito. Consulta: 20 de noviembre, 2017.

Disponible en: [file:///C:/Users/pc/Downloads/T-PUCE-5740%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/T-PUCE-5740%20(1).pdf)

15. Briozzo, L.; Regules, E. y Colaboradores. (2001). *Prolapso genital*. Montevideo. Oficina del Libro FEFMUR; 2001
16. Williams. (1997). *Williams obstetricia 20ª edición*. Buenos Aires: Panamericana SA.
17. Rodríguez, A. (2014). *Eficacia del masaje perineal como prevención de lesiones durante el parto y posteriores disfunciones. Revisión bibliografía*. [Internet]. Soria. Consulta: 2 diciembre 2017.
Disponible en:
<http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14248/1/TFG-O%20623.pdf>
18. Pagen, G.; Martell, A. *Intervenciones menores*. [Internet]. Recuperado: 1 de junio, 2018. Disponible: http://fertilab.net/om/om_41.pdf
19. Bajo, JM.; Melchor, JL.; Mercé, LT. (2007). *Fundamento de Obstetricia SEGO*. Madrid. Gráfico Martes S.L.
20. Cartuche, ML. (2011). *Ventajas y desventajas del parto vertical versus parto horizontal atendidos por parteras y médicos en el área de salud N.º 10, en las comunidades indígenas de las Lagunas, Gunudel, Tuncarta, Tambopamba, Ñamarin. Cantón Saraguro Provincia de Loja. Período marzo a setiembre del 2011*. [Internet]. Loja-Ecuador. Consulta: 13 de octubre, 2017.
Disponible en:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4210/1/CARTUCHE%20VACACELA%20MARTHA%20LUCIA%20.pdf>
21. Ferrer, P.; Alfaro, C.; Herro, C. (2012). Taller de suturas. [Internet]. Asociación de Matronas Castilla de León Ascalema. Recuperado el 1 de junio, 2018.
Disponible en:
<https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/TALLER-SUTURAS.-Sutura-cont%C3%ADnua-vs-puntos-sueltos-en-heridas-perineales.pdf>
22. Martínez, JM. (2013). *Manual De Asistencia al Parto*. España. El Sevier España S.L.
23. Baquerizo, NC.; Molina, EA. (2015). Comparación de resultante materno-fetal

- entre parto vertical y parto en posición de litotomía. [Internet]. Guayaquil, Ecuador. Recuperado el 20 de noviembre, 2017.
Disponible en:
file:///C:/Users/pc/Downloads/Comparación%20de%20resultante%20materno-fetal%20entre%20parto%20vertical%20y%20parto%20en%20posición%20de%20litotomía.%20(1).pdf
24. MSP (2014). Guía en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 27/12/17 desde:
<http://www.mysu.org.uy/wpcontent/uploads/2014/11/2014Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
25. Benito, E.; Rocha, M. (2005). "*Posiciones materna durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica*". *Revista de la Facultad de Ciencia de la Salud*, vol. 3. Villa nueva de la Cañada. ISSN:1696-8077.
Disponible en: file:///C:/Users/pc/Downloads/posturas_parto%
26. Chávez, V.; Hernández, RC.; Rodríguez, S.; Velázquez, MP.; Kunhardt, J. (2011). "*Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria y anal posterior a evento obstétrico*". "*Perinatología y Reproducción Humana*". Mexico. Vol. 25, N.º 1, p. 23-28. Consulta: 28 noviembre, 2017.
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip111e.pdf>
27. Santiago M., et al. (2015). *Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales*. *Matronas Prof.*[Internet]. España, vol.16, Nº3, p. 90-95. Consulta: 19 diciembre 2016.
Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/original-metaanálisis-posturas-paternas%20(2).pdf
28. Alberro, ML. (2014). *Beneficios de diferentes posturas de la segunda etapa del parto para prevenir patologías de suelo pélvico*. [Internet]. Navarra. Consulta: 2 de diciembre, 2017.
Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/11992>
29. Ríos, GU. (2016). *Factores de riesgo que contribuyen al desgarró perineal en gestantes durante el parto en el Hospital Regional de Loreto enero a diciembre 2015*. [Internet]. Peru.Consulta:13 de noviembre2017.

Disponible en:

file:///C:/Users/pc/Desktop/Factores%20de%20riesgos%20que%20contribuyen%20al%20desgarro%20perineal%20en%20gestantes%20DURANTE%20EL%20PARTO%20(1).pdf

CAPITULO XIV

APENDICES

1- Planilla de recolección de datos

Lesiones del periné postparto según posición de la parturienta; horizontal vs vertical

A- DATOS BIOLÓGICOS Y SOCIALES

EDAD

DOCUMENTO

RAZA

- Blanca
- Afroamericana
- Asiática
- Mestiza
- Indígena
- S/D etnia

ESTUDIOS

- Primaria
- Secundaria
- Terciaria
- Ninguna
- Sin datos

ESTADO CIVIL

- Casada
- Unión Estable
- Soltera
- Otro

B- DATOS OBSTÉTRICOS

PARTOS VAGINALES PREVIOS

C- TOLERANCIA EMBARAZO

INFECCIONES GENITALES BAJAS

IGB

- SI
- NO
- Sin datos IGB

FRECUENCIA IGB

- 1 Ocasión
- mas de 1 Ocasión

Tratamiento IGB

- Completo
- Incompleto
- Sin tratamiento
- Sin datos tratamiento

D- DATOS ULTIMO PARTO

POSICION EN EL EXPULSIVO

- Ginecológica
- Sentada
- Cucullas
- S/D P. expulsivo

DESPRENDIMIENTO

- OS
- OP
- S/D desp

DESGARROS

- SI
- NO

DESGARROS PERINEALES

- Grado I
- Grado II
- Grado III
- Grado IV
- Sin Desgarro
- S/D Desgarros

TOPOGRAFÍA

- Anterior
- Lateral
- Parauretral
- Posterior
- No Corresponde
- S/D topografía

COMPLICACIONES

- Dist. Hombros
- Laterocidencia
- Ninguna
- S/D complicaciones

E- DATOS NEONATALES

PESO RECIEN NACIDO

PERIMETRO CEFALICO

- < 34 cms
- 34
- 35
- 36
- 37
- S/D pc

2- Planilla de ingreso de datos a EpiInfo

LESIONES DEL PERINÉ POSTPARTO SEGÚN POSICION DE LA PARTURIENTA; HORIZONTAL VS VERTICAL

A- DATOS BIOLÓGICOS y SOCIALES

EDAD

ID.

Raza

- Blanca
- Afroamericana
- Asiática
- Mestiza
- Indígena
- S/D etnia

Estudios

- Primaria
- Secundaria
- Terciaria
- Ninguna
- Sin datos

Estado Civil

- Casada
- Unión Estable
- Soltera
- Otro
- Sin datos

B- DATOS OBSTÉTRICOS

PARTOS VAGINALES PREVIOS

C- TOLERANCIA del EMBARAZO

Infecciones G. Bajas

IGB

FRECUENCIA

TRATAMIENTO

D- DATOS ULTIMO PARTO

POSICION EN EXPULSIVO

- Ginecológica
- Sentada
- Cucullas
- S/D P. Expulsivo

DESGARROS PERINEALES

Desprendimiento

- OS
- OP
- S/D desp

GRADO DESGARRO

- Grado I
- Grado II
- Grado III
- Grado IV
- S/D Grado Desgarros

TOPOGRAFIA

- Anterior
- Lateral
- Parauretral
- Posterior
- Sin Topografía

E- DATOS NEONATALES

PESO RECIEN NACIDO

Perimetro Cefálico

- < 34 cms
- 34
- 35
- 36
- 37
- S/D PC