



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

DESGARRO PERINEAL GRADO IV.

TRABAJO DE TITULACIÓN
TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentando para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR

EVELYN JULIANA VERA PULGARIN

Riobamba – Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

DESGARRO PERINEAL GRADO IV.

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentando para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR: EVELYN JULIANA VERA PULGARIN

TUTOR: DRA. SARA ALICIA COLLAGUASO RODRIGUEZ

Riobamba – Ecuador

2019

2019, Evelyn Juliana Vera Pulgarin

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Los juicios expuestos en el seguimiento del caso clínico con el tema: DESGARRO PERINEAL GRADO IV , como también contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autor del presente trabajo.

Riobamba, 2019

Evelyn Juliana Vera Pulgarin

CI: 1716144363

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE: El **Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos**, titulado DESGARRO PERINEAL GRADO IV, de responsabilidad de la señorita estudiante Evelyn Juliana Vera Pulgarin ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Iván Enrique Naranjo Logroño
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

FIRMA

FECHA

Dra. Sara Alicia Collaguaso
Rodríguez

DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN

FIRMA

FECHA

Dr. Diego Rodrigo Arévalo Villa
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

FECHA

Riobamba 2019

DEDICATORIA

Llena de amor y regocijo dedico este trabajo a mi hija, por tener la paciencia de esperarme, por esas lagrimas que derramó en cada viaje de despedida al verme partir, por esos te amo en cada llamada, por su amor incondicional, además de que a pesar de ser tan pequeña me ha brindado su comprensión sin reproches, ella es mi fuente de inspiración para levantarme cada día y luchar por nuestros objetivos.

Gracias por creer en mí.

Evelyn Vera

AGRADECIMIENTO

A mis padres, que han sido parte de esta lucha constante, con ellos el camino ha sido más ligero, Gracias por su apoyo, amor, entrega y confianza.

A mi hija que ha sido el motor que me da las fuerzas para seguir adelante y no desmayar.

A mis amigas, compañeras de estudio que han sido parte de la lucha, cómplices de noches de desvelos, de lágrima y de arduo trabajo.

A más miembros de mi familia y personas que llevo en mi corazón que no puedo dejar de agradecer por que han sido quienes me han apoyado de una u otra manera siempre con un consejo, voz de aliento y han sido parte en la culminación de este trabajo.

A mis docentes que durante toda la carrera han compartido de la mejor manera sus conocimientos además de siempre incentivar la dedicación, compromiso y afecto a mi paciente.

A la Dra. Sarita Collaguaso por ser parte de este trabajo que con dedicación y esfuerzo tuvo sus frutos.

Evelyn Vera

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPITULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Definición	2
1.2. Epidemiología	3
1.3. Etiología	4
1.4. Factores de riesgo.....	5
1.5. Manejo del parto	5
1.6. Clasificación.....	6
1.7. Clínica	7
1.8. Diagnóstico.....	7
1.9. Tratamiento	7
1.9.1. Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado	9
1.9.2. Consecuencias de los desgarros perineales	11
1.10. Complicaciones.....	11
CAPITULO II	14
2. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	14
2.1. Datos de filiación	14

2.2. Motivo de consulta	14
2.3. Antecedentes personales	14
2.4. Antecedentes familiares	15
2.5. Enfermedad actual	16
2.6. Revisión de aparatos y sistemas	16
2.7. Examen físico	16
2.8. Exámenes complementarios	17
2.9. Diagnóstico de ingreso	18
2.10. Plan de Tratamiento	18
2.10.1. Evolución del paciente en hospitalización	18
2.11. Diagnóstico definitivo.....	20
2.12. Tratamiento	20
2.13. Seguimiento.....	20
CAPITULO III.....	22
3. DISCUSIÓN	22
PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	23
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES.....	25
CONSENTIMIENTO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS	31

INDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Clasificación de los desgarros perineales	6
Tabla 2-1: Recomendaciones antibióticas	9
Tabla 3-1: Biometría Hemática	17
Tabla 3-2: Química Sanguínea	18
Tabla 3-3: Serología	18

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-1: Representación esquemática de la anatomía del periné.	4
Ilustración 2-1: Procedimiento de protección perineal	6
Ilustración 3-1: Técnica de OVERLAP	11

INDICE DE ANEXOS

Anexo A: Fotos de ingreso de paciente a quirófano en Hospital Básico IESS Latacunga

Anexo B: Paciente a su ingreso a Hospital IESS Ambato

Anexo C: Reporte de ecografía pélvica

Anexo D: Nota Postquirúrgica Hospital IESS Ambato 12 de febrero del 2019

Anexo E: Primer control por consulta externa en Coloproctología

Anexo F: Fotos de herida postreconstrucción perineal

Anexo G: Colostomía de paciente

Anexo H: Fotos de cicatriz quirúrgica a nivel perineal

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

IV: Intravenoso

IM: Intramuscular

VO: Vía oral

RN: Recién nacido

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se realizó el estudio de un caso de una paciente de 24 años con puerperio mediato de 4 días de evolución, la misma que presentaba dolor a nivel perineal de gran intensidad posterior a parto distócico atendido en el Centro de salud de Pujilí, por lo antes mencionado acude nuevamente, es examinada y en el sitio de episiorrafia hay eliminación de líquido purulento de muy mal olor con zonas necróticas y edema vulvar, por la severidad del cuadro se transfiere al Hospital IESS Latacunga, los cuales luego de revalorarla deciden realizar una limpieza quirúrgica que no se puede culminar por la eliminación de material fecaloide y se evidenció un desgarro perineal que compromete toda la mucosa rectal, esfínter anal externo e interno; se comunica del caso a coloproctología y se tramita su referencia a centro de mayor complejidad Hospital IESS Ambato para la resolución del caso. Se concluye que aproximadamente del 1 al 8% de mujeres sufren desgarro perineal grave durante el parto como ocurrió en nuestra paciente. La indicación precisa para la realización de la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal. La prevención del mismo se origina desde la consejería preparto, la atención adecuada de un parto e identificación precoz de factores de riesgo y signos de infección y el objetivo de tratamiento en estas pacientes es el control del sangrado y la identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para poder realizar una correcta reparación.

Palabras Clave: <PARTO DISTÓSICO> <DESGARRO PERINEAL> <EPISIOTOMÍA>
<TRAUMA PERINEAL> <FÍSTULA RECTOGAGINAL>

SUMMARY

In the present research work, a case study was carried out of a 24-year-old patient with a mid-day puerperium of 4 days of evolution, which presented pain at the perineal level of great intensity after complicated birth attended at the Health Centre of Pujilí, for the aforementioned, she comes again, is examined and in the episiorrhaphy site there is the elimination of purulent liquid of very bad smell with necrotic areas and vulvar oedema, due to the severity of the picture is transferred to the IESS Latacunga Hospital, which, after reevaluate her, decide to perform a surgical cleaning that cannot be culminated by the elimination of faecaloid material and a perineal tear that involves the entire rectal mucosa, external and internal anal sphincter was evidenced; The case is communicated to coloproctology and its reference to the centre of the greater complexity of the IESS Ambato Hospital is processed for the resolution of the case. It is concluded that approximately 1 to 8% of women suffer severe perineal tear during childbirth as occurred in our patient. The precise indication for performing the episiotomy is to prevent the risk of perineal tear. The prevention of it originates from ante-natal counselling, adequate care of delivery and early identification of risk factors and signs of infection and the goal of treatment in these patients is the control of bleeding and the identification of type and injury grade is essential to make a correct repair.

Key words: <DISTASTIC PART <PERINEAL DISEASE> <EPISIOTOMY> <PERINEAL TRAUMA> <RECTOGAGINAL FISTULA>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El proceso del parto hasta el nacimiento comprende un conjunto de experiencias profundas y únicas para la madre y, al mismo tiempo constituye un proceso fisiológico complejo. (Gasteiz 2010, 22)

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto, son procesos fisiológicos y, como tales, deben considerarse normales en la mayoría de las mujeres. Al iniciar el trabajo de parto, la posición del feto en relación al eje vertical de la madre es fundamental para el tipo de nacimiento; por ello, aquello debe estudiarse desde la etapa inicial del trabajo de parto la cuales consisten en:

- Primera etapa del trabajo o período de dilatación
- Segunda etapa o período expulsivo
- Tercera etapa o período de alumbramiento.

La estática fetal dentro de la cavidad uterina comprende: situación, presentación, altura y posición del feto. (Cunningham, y otros 2011)

Existen distintas anomalías del trabajo de parto que pueden interponerse con el avance del mismo y se las conoce como distocias, se caracterizan por un avance lento anormal del trabajo de parto: Su origen se determina por una de las siguientes cuatro alteraciones aisladas o las mismas que pueden ser combinadas: fuerzas de expulsión anormal, por ejemplo, las contracciones uterinas pueden estar desprovistas de la intensidad idónea o coordinación como para lograr el borramiento y dilatación del cuello uterino (disfunción uterina); o bien los esfuerzos de los músculos voluntarios maternos se encuentran alterados durante la segunda fase del trabajo de parto; en segundo lugar, puede haber anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que provoquen que se pierda la velocidad del trabajo de parto. Además las anomalías que hubiese en la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha y por último la cuarta alteración consiste en la formación de tejidos blandos del aparato reproductor que obstaculizan el descenso fetal. De manera más sencilla, estas anomalías también se clasifican desde el punto de vista mecánico en tres categorías que comprenden anomalías de la fuerza (contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno); del objeto de parto (feto) y del conducto (pelvis). (Cunningham, y otros 2011)

La episiotomía deberá realizarse si hubiese necesidad clínica, como un parto instrumental o sospecha de compromiso fetal, usar una analgesia eficaz y la técnica aconsejada es mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de los labios menores y orientados habitualmente hacia el lado derecho. No debe ser practicada de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores. (Gasteiz 2010, 27)

Debe considerarse la posibilidad de un desgarro cuando se haya presentado un parto dificultoso, utilización de fórceps o ante la realización de una episiotomía media. Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados como se puede observar en la tabla 1.1: (INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL 2013, 3)

En caso que sea necesaria la reparación quirúrgica la realización de la misma puede conllevar a resultados adversos como: dolor, malestar e interferencia en las actividades normales durante el puerperio y posiblemente la lactancia, también repercute sobre el volumen de trabajo clínico y los recursos humanos y económicos. La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. La exploración perineal debe ser precisa, sistemática, y debe realizarse un tacto rectal. El trauma perineal es una causa de hemorragia obstétrica razón por la cual se debe verificar la existencia de sangrado por desgarros o laceraciones perineales para el manejo oportuno de la hemorragia y reparación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015, 30)

El trauma perineal sucede en un 65% de las mujeres que se prestó atención por parto vaginal y estos a su vez se deben a desgarros espontáneos o como consecuencia de una episiotomía. En un estudio realizado en la ciudad de México se estimó en la población general que de todos los partos vía vaginal los desgarros de tercer y cuarto grado suceden en el 0.8% de los casos; en Ecuador se realizó un estudio similar en donde los resultados fueron de aproximadamente un 10% de desgarros vaginales (Sumba Jaguaco 2016, 14)

Con este caso clínico se pretende brindar información de los desgarros perineales y los factores de riesgo que se vinculan a los de tercer y cuarto grado.

1.1. Definición

El suelo pélvico es un entramado de músculos que, junto con las fascias y ligamentos, forman el diafragma pélvico, cuya función básica es el sostén de los órganos pélvicos, facilitar la micción, el coito, el parto y la defecación; durante el proceso del parto, esta musculatura se distiende al máximo de su capacidad, y estadísticamente en un 85% de los partos vaginales se produce una

lesión perineal, ya sea espontánea (desgarro) o como consecuencia de la realización de una episiotomía. (Manresa, y otros 2018, 55)

El desgarro perineal se define como la pérdida de continuidad en la piel o partes blandas del canal del parto. Los desgarros perineales se pueden dividir en centrales o laterales. (TORRES MONTOYA 2019, 19)

La episiotomía consiste en la realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que compromete desde la piel hasta la mucosa vaginal y tiene como finalidad ampliar en las zonas blandas el canal vaginal para facilitar el parto, se debe realizar de forma electiva. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015, 35).

Existe una clasificación descrita por Sultán y aceptado por la Royal Collage de Obstetricia y Ginecología clasificando los desgarros perineales en cuatro grados como se describe la Tabla.1.1

1.2. Epidemiología

El trauma perineal ocurre en el 65% de los partos vaginales y se produce como resultado de un desgarro espontáneo o secundario a una episiotomía. (García Núñez y Soto González 2017, 2)

El no hacer una episiotomía el riesgo de desgarro es del 0,3 al 2.4%; y en caso de que se realice es según el lugar del corte por ejemplo una medio lateral del 0,2 al 9%, y la de mayor riesgo se observa en la media que puede llegar hasta el 24% (Cruz Carrasco 2016, 14)

Se estima que del 1 a 8% de las mujeres sufren desgarro perineal grave de tercer o cuarto grado luego de un parto vaginal. (Cruz Carrasco 2016, 14)

En un estudio retrospectivo se analizaron a 150 púérperas obteniendo como resultados que el 64% de pacientes presentaron un desgarro grado 1, el 31,3% grado 2, 4% grado 3 y solo un 0,7% grado 4. (Nima Valverde 2016, 60)

Otro estudio analizó a 144 púérperas, el cual se dividió en 10 un grupo de caso (72 pacientes) y uno de control (72 pacientes); se especifican con claridad que los factores asociados al desgarro perineal son talla materna, período intergenésico, infección del tracto urinario, siendo estos datos obtenidos de las historias clínicas y así determina en forma clara y concreta que los factores biológicos, gineco obstétricos e infecciosos pueden y están estrechamente relacionado al desgarro perineal. (CRUZ CARRASCO 2016, 42)

En un estudio nacional se concluye que una de las complicaciones obstétricas con más frecuencia en el momento del parto fueron los desgarros perineales en un 16,7% llegando a alcanzar más del 65% y causar laceraciones en el canal de parto, lo que coincide con estadísticas internacionales ya descritas. (ABAD 2019, 20)

En estadísticas del Reino Unido se estimó que aproximadamente el 85% de las mujeres presento trauma perineal durante el parto y alrededor de 350.000 mujeres requirieron reparación de la solución de continuidad. (Narváez B, y otros 2018, 26)

La morbilidad asociada a los desgarros perineales es un problema de salud ya que más de 91% de las mujeres reporta al menos un síntoma persistente hasta 8 semanas después del parto. (Cruz Carrasco 2016, 17)

1.3. Etiología

Anatómicamente el periné es una región en forma de rombo que está conformada por tejido blando que, inferiormente, obtura la salida de la cavidad pélvica. En una ilustración esquemática sus límites de indican en la ilustración 1 y queda dividido en dos segmentos el triángulo urogenital por delante y en triángulo anal por detrás, (Petrone, y otros 2016, 314)

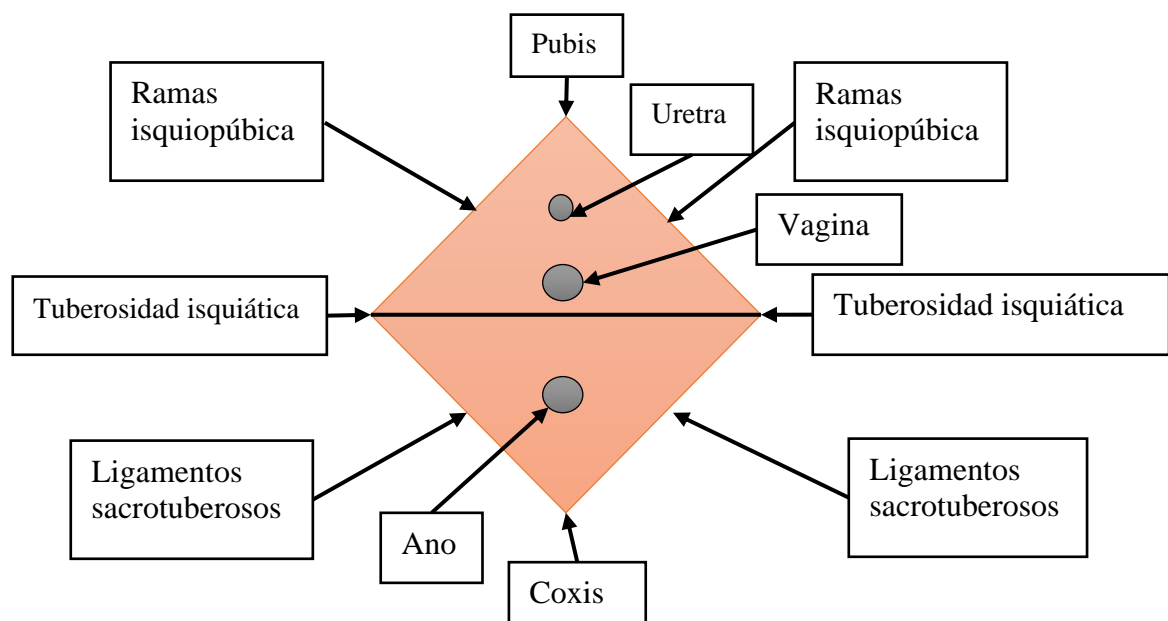


Ilustración 1-1: Representación esquemática de la anatomía del periné.

Fuente: Damkjær Maimburga, Rikke, y Raymond De Vriesc. 2019

Elaborado por: Vera, 2019

Las lesiones que se puedan producir en el periné se darán como resultado de fuerzas internas o

externas con diversos mecanismos, como traumas contusos, heridas penetrantes, en el presente trabajo nos centramos en el trauma perineal al momento el parto, cuya fuerza de distensión puede lesionar en menor o mayor gravedad diferentes estructuras del periné.

1.4. Factores de riesgo

Existen muchos factores a los que se atribuyen los desgarros perineales estos pueden clasificarse en factores maternos, fetales y otros (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015, 1-62):.

Factores maternos: edad, hemoglobina, paridad, periodo intergenésico. (Magoga, y otros 2019, 96)

Factores obstétricos: tiempo expulsivo, inductoconducción, episiotomía, maniobra de ritgen, parto instrumentado. (Ma, y otros 2019, 4)

Factores fetales: peso fetal, perímetro cefálico.

1.5. Manejo del parto

Según la guía de práctica clínica de nuestro país cabe recalcar los siguientes puntos para evitar el trauma perineal. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015, 1-62):

- La atención del parto se debe llevar a cabo por personal capacitado
- No permitir el ingreso temprano de pacientes a centro obstétrico.
- Para la prevención de trauma perineal se recomienda:
 - Colocación de compresas caliente durante la segunda etapa del embarazo
 - No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo y en caso que se necesite debe ser un corte medio lateral.
 - No utilizar la maniobra de Kristeller.
 - Se aconseja protección activa del periné aplicando la técnica de deflexión controlada de la cabeza del producto.

En el estudio de (Damkjær Maimburga y De Vriesc 2019, 39) se evidencia la descripción de la técnica de atención en la segunda etapa del parto para la protección perineal y aunque la técnica varía entre distintas publicaciones sin embargo en enfoque general es el mismo.

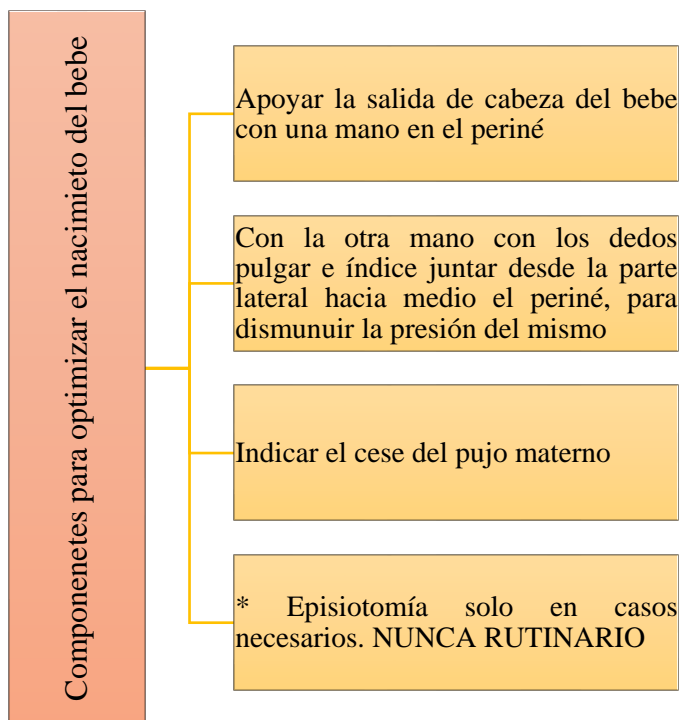


Ilustración 2-1: Procedimiento de protección perineal

Fuente: Petrone, Patrizio, Wilson Rodriguez Velandia, Jana Dziakova, y Marini Corrado. 2016

Elaborado por: Vera, 2019

1.6. Clasificación

Tabla 1-1: Clasificación de los desgarros perineales

GRADO	CARACTERÍSTICA
Primer grado	Lesión de la piel y/o mucosa vaginal
Segundo grado	Lesión que involucra músculos perineales pero no el esfínter anal.
Tercer grado	Lesión que involucra el perineo y el esfínter anal este se subdivide en tres categorías: <ul style="list-style-type: none"> • a: Menos del 50% del esfínter anal externo desgarrado • b: Más del 50% del espesor del esfínter anal externo desgarrado • c: Esfínter anal interno desgarrado
Cuarto grado	Lesión del esfínter anal y mucosa

Fuente: García Núñez, L, y M Soto González. 2017

Elaborado por: Vera, 2019

1.7. Clínica

El principal síntoma es el dolor y la intensidad puede variar en relación directa con la magnitud del trauma perineal ocurrido durante el parto.

Otros síntomas que podemos observar son presencia de secreción purulenta, signos de infección como fiebre, edema, calor en la zona, hematomas. (Medina-Piedrahita, y otros 2016, 557)

1.8. Diagnóstico

El trauma perineal presenta una amplia variedad de patrones de lesión, lo que demanda una adecuada revisión para llegar a un diagnóstico preciso. (Petrone, y otros 2016, 314)

Los desgarros perineales suelen ser infra diagnosticados por lo cual se requiere de una exploración minuciosa, poniendo a la paciente en posición de litotomía, una adecuada fuente de luz, junto a una asepsia correcta con el fin de prevenir infecciones, esta debe ser acompañada de una buena analgesia para así realizar una adecuada exploración. (INSTITUTO DEL SEGURO SOCIAL 2013)

Para que la exploración perineal sea completa, se debe realizar un tacto rectal con el dedo índice y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y pulgar que explora el periné. Para mejorar la exposición desplazamos el dedo índice hacia el cuerpo del periné, con la cual se puede explorar adecuadamente la zona lesionada. El desgarró del esfínter externo es fácil de manejar excepto cuando este es completo, ya que este se retrae.

En caso de un desgarró del esfínter anal la ecografía endoanal permite una identificación hasta un 33% de alteraciones esfintereanas, este no es un procedimiento de rutina pero puede ser considerado una herramienta de ayuda para el diagnóstico. (Lacoma, y otros 2016, 15)

Sin embargo el diagnóstico de las complicaciones puede ser un gran desafío, en el que se necesitarán exámenes complementarios. (Jansson, Nilsson y Franzén 2019, 2)

1.9. Tratamiento

El manejo principal como objetivo de tratamiento en estas pacientes es el control del sangrado. (Petrone, y otros 2016, 315)

Dependiendo del tipo de desgarró la mayor parte de desgarró son manejables con una sutura

simple, sin embargo, los desgarros pequeños de primer grado también pueden cicatrizar bien sin interferencia quirúrgica. (TORRES MONTOYA 2019, 8).

Se procederá a suturar los desgarros con técnica continua o discontinua con sutura sintética reabsorbible. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015, 26)

Reparación de Lesiones Perineales

Primer y Segundo Grado

Sutura de mucosa vaginal:

- a. Material de sutura: Vicryl
- b. Identificación del ángulo del desgarro por el punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo.
- c. Realizar una sutura continua desde el ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia. (Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. 2018, 2)

Sutura de músculos perineales:

- a. Reconocer los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos.
- b. Identificar una posible lesión del músculo bulbo cavernoso y suturarlo con un punto suelto de Vicryl.
- c. Diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano.

Sutura de piel:

- a. La piel debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Por este motivo se aceptan 2 opciones:
 - a. Sutura continua subcutánea/intradérmica.
 - b. Puntos sueltos en piel evitando la tensión de los mismos

1.9.1. Reparación de desgarros de tercer y cuarto grado

- b. La adecuada identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. Para que la exploración perineal sea correcta se debe realizar, de forma sistemática, un tacto rectal con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. (Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. 2018, 2-3)
- c. El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento agudo. Estas fibras son responsables del 75% del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno. (Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. 2018, 2-3)

Preparación

- d. Se consideran lesiones contaminadas, por lo que antes de iniciar su reparación, debe asegurarse de realizar una adecuada asepsia y campos quirúrgicos limpios.
- e. Lograr una **buena relajación y analgesia** de la zona lesionada.
- f. Administrar una **profilaxis antibiótica**.

Tabla 2-1: Recomendaciones antibióticas

		PRIMERA ELECCIÓN	ALERGIA A LA PENICILINA
TERCER GRADO	3 ^a	CEFALOSPORINA de 2 ^a o 3 ^a gen iv o im Dosis única	GENTAMICINA* 240mg iv + METRONIDAZOL 500mg ev Dosis única
	3B	CEFUROXIMA 250mg/12h + METRONIDAZOL 500mg/8h durante 5 días	GENTAMICINA* 240mg/24h iv + METRONIDAZOL 500mg/8h durante 5 días Al alta: CIPROFLOXACINO 500mg/12h vo + METRONIDAZOL 500mg/8h vo hasta completar 5 días
	3C		
CUARTO GRADO		CEFUROXIMA 250mg/12h +	GENTAMICINA* 240mg/24h iv +

	METRONIDAZOL 500mg/8h durante 10 días	METRONIDAZOL 500mg/8h durante 10 días Al alta: CIPROFLOXACINO 500mg/12h vo + METRONIDAZOL 500mg/8h vo hasta completar 10 días
--	--	--

Fuente: CENTRO MÉDICO FETAL NEONATAL DE BARCELONA.2014

Elaborado por: Vera, 2019

- g. Para la sutura de lesiones de esfínter se lo deberá realizar en sala de partos con todos los materiales necesarios.

Sutura de la mucosa rectal

La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

Sutura de esfínter:

Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras para conseguir los extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción. Al culminar la sutura se confirmará por medio de un tacto rectal que no se hayan realizado suturas inadvertidas en la mucosa anal. La técnica para su reparación es la de **OVERLAP**. La sutura de mucosa vaginal, músculos perineales, y piel se realizará según las indicaciones anteriormente descritas. (Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. 2018, 5-6)

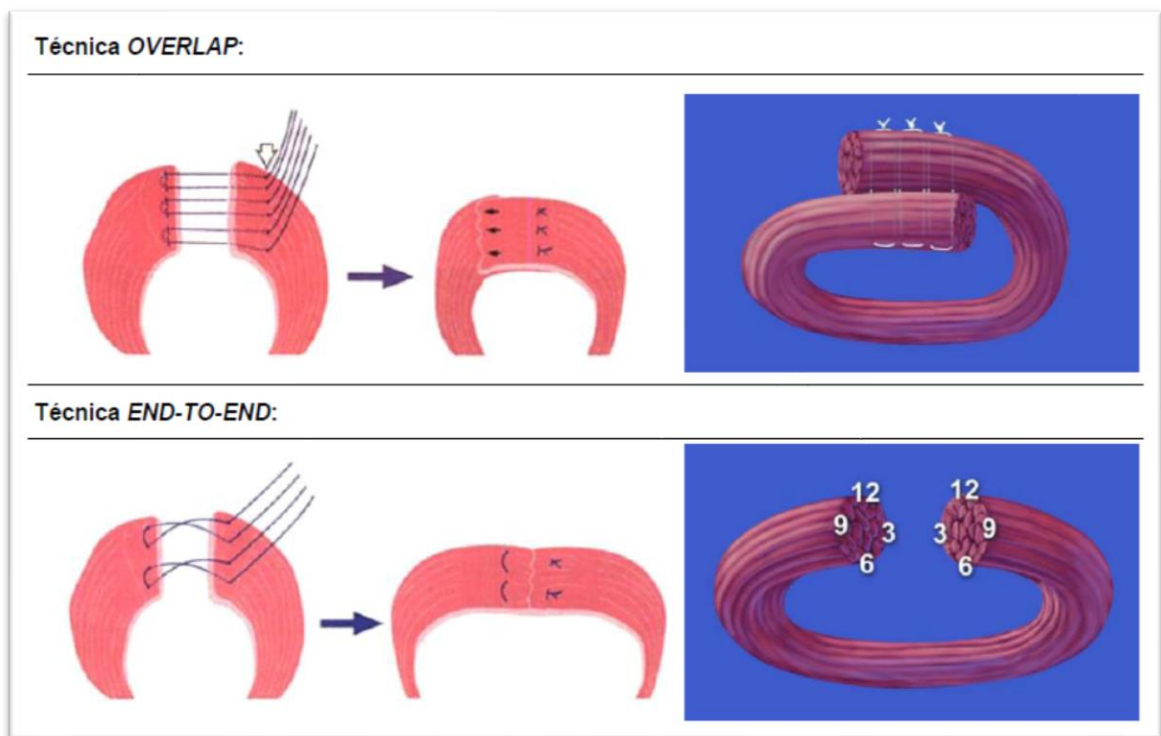


Ilustración 3-1: Técnica de OVERLAP

Fuente: Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. 2018

1.9.2. Consecuencias de los desgarros perineales

Constituyen un problema de salud ya que presentan un efecto negativo a nivel psicológico de la mujer. Estas consecuencias están relacionadas directamente con la reparación de las mismas. Los síntomas persisten en un 95% de las mujeres hasta 8 semanas posparto. Los siguientes síntomas ocurren por eventos adversos: a corto plazo, a mediano plazo y a largo plazo. (Tanay 2014, 4)

1.10. Complicaciones

En caso de trauma perineal ya sea por la salida del producto por el canal vaginal o secundario a la realización de una episiotomía o mala sutura del desgarro, nos conlleva a consecuencias a corto, mediano o largo plazo entre las que destacan la infección, dehiscencia, fistulas, dispareunia, prolapso, e incontinencia fecal principalmente. (TORRES MONTOYA 2019, 19)

La queja más frecuente de 6-12 meses posterior al parto en pacientes con trauma perineal son el dolor a nivel de vulva, el dolor perineal y la dispareunia y afectan al 7-27% de mujeres. (Kimmich, y otros 2019, 4)

En cronología de presentación las complicaciones se pueden describir como:

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

Complicaciones a mediano plazo como: la formación de fístulas

Complicaciones a largo plazo como: Incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital, disfunción sexual y dispareunia. (Tanay 2014)

Y según la complejidad las complicaciones las podemos clasificar como:

Complicaciones de menor complejidad:

- Dispareunia que se define como el dolor durante la penetración vagina, las pacientes con trauma perineal presentan generalmente dispareunia a la fricción, este dolor puede deberse a la inflamación de la vulva y vaginal, trastornos de la piel y adherencias. (Alona, y otros 2019, 31)
- Dehiscencia de sutura perineal varía del 4-20%. Se define a la dehiscencia de sutura al espacio mayor de 0,5 cm entre los bordes de la herida. (Gommesen, y otros 2019, 3)
- La infección es otra complicación frecuente en el trauma perineal

Complicaciones de mayor complejidad:

- La complicación frecuente de un trauma perineal es la incontinencia fecal que se define como la imposibilidad de retener gases y materia fecal de un modo socialmente aceptado. La incidencia de esta complicación varía de 0.5 a 5% y entre 24 y 39% de las pacientes sufrirán síntomas de incontinencia a pesar de someterse a una corrección quirúrgica adecuada. (Chinelli, Costa y Rodríguez 2018, 13) (Pato-Mosquera, García-Lavandeira y Liñayo-Chouza 2017, 14). La incontinencia fecal es más probable que ocurra después de un desgarro grado IV (31%) que después de un tercer grado (15%). (Anglim, Kelly y Fitzpatrick 2019, 1)
- Los desgarros perineales además pueden llevarnos a complicaciones graves con compromiso vital de la paciente. tales como hemorragia postparto, shock hipovolémico, infecciones, hematomas, dispareunia, etc. (Díaz Silva 2017, 22)

- La reparación quirúrgica puede presentar complicaciones como: dolor, malestar e interferencia en las actividades normales durante el puerperio. (Benítez González y Verdecia Ramírez 2017, 585)

CAPITULO II

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 24 años de edad primípara con puerperio fisiológico mediato es transferida del Hospital de Pujilí al Hospital IESS Latacunga específicamente al servicio de Ginecología y Obstetricia; por un desgarro perineal, con antecedente de un parto distócico instrumentado, periodo expulsivo prolongado más realización de maniobra de Kristeler.

2.1. Datos de filiación

Paciente NN de 24 años de edad que nace y reside en Pujilí, cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi, se auto identifica como indígena, instrucción secundaria completa, estado civil unión de hecho, ocupación floricultora, religión evangélica, grupo sanguíneo ORH +, lateralidad diestra.

2.2. Motivo de consulta

Dolor en región genital

2.3. Antecedentes personales

2.3.1 *Clínicos*

No refiere

2.3.2 *Quirúrgicos*

Apendicectomía hace 8 años

2.3.3 *Alergias*

No refiere

2.3.4 *Hábitos*

Alimentación: 3 veces al día

Micción: 3 veces al día
Defecación: 1 vez cada día
Hábitos:
Tabaco: no refiere
Alcohol: no refiere
Drogas: no refiere

2.3.5 Gineco-Obstétricos

- Menarquia: 15 años
- Telarquia: 14 años
- Pubarquia: 16 años
- Ciclos irregulares, 28-50 por 4 días, flujo abundante
- Dismenorrea: Si
- Planificación: Ninguna
- Inicio vida sexual: 21 años
- Vida sexual: Activa
- Parejas: 2
- Paptest: Hace 1 año con reporte normal
- Enfermedades de transmisión sexual: No
- Examen Mamario: Ninguno
- Colposcopia: Ninguno
- Gestas: 1
- Partos: 1
- Abortos: 0
- Cesáreas: 0
- Hijos vivos: 1
 - Datos del neonato: Sexo masculino, peso 2700 g, perímetro cefálico 33cm, longitud 48 cm, edad gestacional 39 semanas por FUM, apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos.
- Hijos muertos: 0

2.4. Antecedentes familiares

No refiere

2.5. Enfermedad actual

Paciente con puerperio fisiológico mediato de 4 días de evolución acude a Centro de salud de Pujilí refiriendo que posterior a su parto presenta dolor de gran intensidad, continuo a nivel de región genital que dificulta su deambulaci3n, refiere eliminaci3n de secreci3n purulenta de mal olor en poca cantidad; es valorada en emergencia y en el momento de realizar el examen f3sico a nivel de regi3n genital en regi3n perineal se constata que en episiorrafia hay salida de l3quido purulento de mal olor, edema de vulva y bordes necr3ticos; motivo por el cual la paciente es transferida al Hospital IESS Latacunga para el servicio de Ginecolog3a y Obstetricia para su valoraci3n y resoluci3n del caso.

2.6. Revisi3n de aparatos y sistemas

- Neurol3gico: Sin Patolog3a
- 3rganos de los sentidos: Sin patolog3a
- Sistema respiratorio: Sin patolog3a
- Sistema cardiovascular: Sin patolog3a
- Sistema digestivo: Sin patolog3a
- Sistema genital: Lo referido en la enfermedad actual
- Sistema urinario: Sin patolog3a
- Sistema musculo-esquel3tico: Sin patolog3a
- Sistema end3crino: Sin patolog3a
- Sistema hemo-linf3tico: Sin patolog3a

2.7. Examen f3sico

Medidas Antropom3tricas:

Peso: 61Kg

Talla: 150 cm

IMC: 27 kg/m²

Paciente llega a emergencia con los siguientes signos vitales: Presi3n arterial 120/80 mmHG, frecuencia card3aca 75 latidos por minuto, respiratoria 20 por minuto, saturaci3n de ox3geno 95% a aire ambiente, temperatura axilar 36,0 grados cent3grados, tirilla de proteinuria en orina

negativo.

Score mama: 0

Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, afebril.

Cabeza normocefálica, cabello de implantación acorde a edad y sexo, ojos pupilas reactivas a la luz, nariz fosas nasales permeables, boca mucosas orales húmedas, piezas dentales en regular estado general, orofaringe eritematosa y congestiva.

Cuello móvil, no se palpan adenopatías.

Tórax simétrico, expansibilidad conservada, corazón rítmico, no soplos, pulmones murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen suave, depresible, doloroso a nivel de hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes, útero contraído en O-3.

Región inguinogenital: se observa a nivel de región perineal presencia de líquido puruleno de mal olor, verdoso, edema de vulva y bordes necróticos de las episiorrafia (**ANEXO A**).

Tacto vaginal: no se puede realizar por el dolor que presentaba a nivel de lesión perineal.

Extremidades tono, fuerza y movilidad conservadas, no edemas.

Examen neurológico: Glasgow 15/15

2.8. Exámenes complementarios

Tabla 3-1: Biometría Hemática

PARAMETRO	09/02/2019 Latacunga	10/02/2019 Ambato	REFERENCIA
GLOBULOS BLANCOS	7,30	6,40	4.5-10
BASOFILOS%	1,9		0.2-1
EOSINOFILOS%	0,1		0,9-2,9
NEUTROFILOS %	73,3	72,3	40.0-65-00
LINFOCITOS%	17,1	18,9	40.5-45,5
HEMATOCRITO	37,3	33,8	42.0-52-0
HEMOGLOBINA	11,4	11,5	14.0-18.0
G. ROJOS	3,77	3,71	4.7-6.1
MCH	30,3	31,0	27-31.2

MCHC	33,3	34,0	32,0-36.0
MCV	91	91	80,0-94.0
CONTAJE DE PLAQUETAS	299	288	130-400
MPV			7,4-10.4
TTP	30.7		25.0-39,0
TP	13.3		9-13
INR	1,21		

Fuente: (Laboratorio Clínico Hospital Básico IESS Latacunga/ Hospital IESS Ambato.)

Elaborado por: Vera,2019

Tabla 3-2: Química Sanguínea

PARAMETRO	09/02/2019	REFERENCIA
GLUCOSA	100,70	70-110
CREATININA	0,4	0,7-1.20
AC. URICO	19,8	3,4-7,0
BUN	20,7	10-50-0
FOSFATASA ALCALINA	160,0	0-270,0
PCR CUANTITATIVO	41,76	0-5
PROCALCITONINA	0.10	<0,046

Fuente: (Laboratorio Clínico Hospital Básico IESS Latacunga/ Hospital IESS Ambato.)

Elaborado por: Vera,2019

Tabla 3-3: Serología

PARAMETROS	09/02/2019
VIH	NO REACTIVO
VDRL	NO REACTIVO

Fuente: (Laboratorio Clínico Hospital Básico IESS Latacunga)

Elaborado por: Vera,2019

2.9. Diagnóstico de ingreso

- Puerperio fisiológico mediato
- Desgarro perineal

2.10. Plan de Tratamiento

- Hospitalización
- Limpieza Quirúrgica de herida
- Antibioticoterapia
- Analgesia

2.10.1. Evolución del paciente en hospitalización

09/02/2019

Paciente es recibida en el área de emergencia del Hospital Básico IESS Latacunga a las 16 horas referida desde el Hospital de Pujilí, la misma que es valorada inmediatamente encontrándose a nivel perineal dehiscencia de sutura de episiotomía, además de herida infectada con secreción mucopurulenta y tejido con bordes necróticos (**ANEXO A**). Por lo que deciden pasar inmediatamente a paciente a centro quirúrgico, se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona y clindamicina. Paciente ingresa a quirófano para procedimiento a las 19 horas donde se realiza limpieza y retiro de material necrótico e hilos de sutura, encontrándose fístula recto-vaginal que desgarrar vagina y esfínter anal, con presencia aparentemente de materia fecal a nivel de canal vaginal se coloca puntos de aproximación, y solicitan interconsulta a servicio de cirugía, quienes posterior valoración deciden transferir a paciente a casa de salud de mayor nivel para resolución por coloproctología. Se comunican inmediatamente al Hospital del IESS Ambato los cuales aceptan a paciente y es referida a esta casa de salud aproximadamente a las 21 horas donde es ingresada al servicio de coloproctología. (**ANEXO B**).

10/02/2019 al 11/02/2019

Paciente en condiciones regulares, no presenta picos febriles, refiere dolor intenso a nivel de periné, a nivel de vulva se evidencia salida de material serosanguinolento de mal olor en moderada cantidad, acompañado de edema de herida en región medio lateral con bordes irregulares y eritematosos. Se continúa con antibioticoterapia a base de ceftriaxona 2gr intravenoso cada 12 horas y clindamicina 600mg intravenoso cada 6 horas. Además, es valorada por el servicio de ginecología quienes indican ecografía pélvica. (**ANEXO C**). Se comunica a paciente y familiar que al momento no se ha contado con disponibilidad de espacio en quirófano, por lo que se encuentra en espera hasta disponibilidad del mismo el día 12 de febrero.

12/02/2019

Paciente ingresa a quirófano aproximadamente a las 10 horas, en donde se realiza colostomía en asa más rafia por planos de desgarrar perineal y anal grado IV (**ANEXO D**). Paciente evoluciona favorablemente durante su transquirúrgico y en sala de recuperación, posteriormente es llevada a piso

13/02/2019

Paciente en su cuarto día de hospitalización y primer día postquirúrgico, refiere dolor a nivel de región anal, al examen físico se evidencia bolsa de colostomía permeable, con escasa producción, a nivel inguinogenital salido de líquido hemático en escasa cantidad de mal olor.

14/02/2019 al 16/02/2019

Paciente al momento consciente, orientada, afebril, hidratada, refiere leve dolor a nivel perineal. El examen físico a nivel abdominal RHA presentes, bolsa de colostomía permeable, a nivel inguinogenital se observa herida en buenas condiciones sin signos de inflamación o infección.

17/02/2019

Paciente consciente, orientada, afebril, que ha evolucionado favorablemente, con buena tolerancia oral, en su quinto día postquirúrgico, se solicita valoración por ginecología previa a alta de paciente, quienes envían medicación, bolsas de colostomía, y control por consulta externa en siete días para coloproctología y ginecología.

2.11. Diagnóstico definitivo

- Desgarro perineal Grado IV cie10: O70.3

2.12. Tratamiento

- Ceftriaxona 2g intravenoso cada 12 horas
- Clindamicina 600mg intravenoso cada 6 horas
- Metronidazol 500mg intravenoso cada 8 horas
- Tramadol 300mg mas 250ml de Cloruro de sodio intravenoso a 15ml/hora
- Ketorolaco 30mg intravenoso cada 8 horas
- Metoclopramida 10mg intravenoso cada 8 horas
- Colostomía en asa
- Rafia perineal por planos

2.13. Seguimiento

22/02/2019

Paciente acude a control por consulta externa de coloproctología, observando colostomía funcional, región perineal sin signos inflamatorios, herida perineal en buenas condiciones. Paciente no refiere molestias. **(ANEXO E)**

12/03/2019

Paciente acude a nuevo control por consulta externa a coloproctología. Refiere prurito ocasional a nivel de colostomía, colostomía funcional, herida a nivel perineal se evidencia buena cicatrización **(ANEXO F)**

14/05/2019

Paciente se presenta a nuevo control por coloproctología, al momento consciente, orientado, bolsa de colostomía permeable, herida quirúrgica anal en buen estado con leve deposición diarreica

09/07/2019

Se realiza nuevo control por consulta externa, paciente no refiere molestias, bolsa de colostomía se encuentra en adecuadas condiciones **(ANEXO G)**, a nivel de región perineal se observa cicatriz quirúrgica en buen estado **(ANEXO H)**.

CAPITULO III

3. DISCUSIÓN

El parto es un proceso fisiológico en las mujeres y tanto las políticas públicas como los trabajadores de la salud deben garantizar los mejores resultados en esta etapa de la vida de gran impacto para la mujer (Chavez Salazar 2019, 22). En nuestro caso observamos a una paciente joven primípara que se relaciona a factor de riesgo por el periné poco elástico, mayor frecuencia de partos instrumentados y fase expulsiva prolongada. (Pato-Mosquera, García-Lavandeira y Liñayo-Chouza 2017, 17), en esta paciente fue necesario el uso de episiotomía por esta razón, este procedimiento es la realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, que compromete desde la piel hasta la mucosa vaginal y tiene como finalidad ampliar en las zonas blandas el canal vaginal para facilitar el parto, se debe realizar de forma electiva. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015, 35), la realización de la maniobra de Kristeller no está indicada sin embargo se realizó la misma siendo contraindicada porque aumenta la comorbilidad materna y fetal, el traumatismo perineal en el momento del parto vaginal es común, y cuando la lesión llega a afectar el esfínter anal, nos lleva a múltiples comorbilidades. (Pierce-Williams, Saccone y Berghella 2019, 6), nuestra paciente clínicamente presentó dolor y ella lo asoció al proceso normal del parto, en puerperas el dolor se presenta hasta en el 75% en el primer día y va disminuyendo a medida que transcurren los días (Medina-Piedrahita, y otros 2016, 557); en la paciente sin embargo el dolor fue en aumento por lo que acude nuevamente al Hospital de Salud de Pujilí para la revisión y se observa secreción purulenta y dehiscencia de sutura por lo que se traslada a un centro de mayor complejidad, se realiza limpieza quirúrgica y se observa compromiso del esfínter anal que constituye un conjunto de traumas complejos y como primera medida de tratamiento se tomará la derivación fecal y, en una segunda instancia, la realización de la evaluación para una probable reconstrucción. (Petroni, y otros 2016, 316). Se trasladó a la paciente a especialidad de coloproctología donde se realizó la colostomía en asa y la reparación de la lesión por planos. En el seguimiento paciente no refiere molestias sin embargo se deberá hacer controles estrictos debido a que según la bibliografía después de 6-12 meses postparto se pueden presentar molestias como el dolor vulvar, el dolor perineal, dispareunia que afectan al 7-27% de mujeres, incontinencia fecal con una incidencia de 0.5-5%. (Kimmich, y otros 2019, 4), y se indica que entre 24 y 39% de las pacientes sufrirán síntomas de incontinencia a pesar de someterse a una corrección quirúrgica adecuada. (Chinelli, Costa y Rodríguez 2018, 13). El médico debe estar sensibilizado, capacitado y sensibilizado con el parto para dar la mejor atención durante el embarazo, el parto y el posparto debido a la afectación física y psicológica que va a ocupar está en la madre.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Paciente refiere secuelas psicológicas posteriores a su cuadro clínico, refiere que no puede realizar un manejo adecuado de su hijo por bolsa de colostomía, por lo cual desea colaborar en la presentación de este trabajo para así dar a conocer su situación y en lo posible evitar que a otras mujeres les suceda lo mismo.

CONCLUSIONES

- El parto es un proceso fisiológico trascendental en la vida de la mujer en el cual se debe minimizar la intervención siempre y cuando no se comprometa la vida de la madre y el recién nacido.
- El uso de episiotomía no está considerada como una práctica de uso rutinario y a pesar que se deberían emplear en menos del 20% de los partos, las estadísticas sobre la realización de episiotomía son alarmantes.
- Los desgarros de tercer y cuarto grado tienen una alta morbilidad, en vista que no solo involucra implicaciones físicas para la madre sino también psicológicas en todas las pacientes que fueron sometidas a este procedimiento.
- Si hay compromiso de la mucosa rectal siempre se deberá usar la derivación fecal para evitar infecciones a nivel anal o vaginal y disminuir el tiempo de recuperación de las pacientes con posibles complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Minimizar las intervenciones en un parto eutócico
- Realizar capacitaciones sobre las indicaciones y procedimiento adecuado de una episiotomía y tratar de minimizar al objetivo internacional de menos del 20% a nivel nacional.
- Utilizar medidas probadas de minimización de trauma perineal, como la ralentización de la salida del bebé del canal de parto o la colocación de compresas calientes durante la segunda etapa del parto.

BIBLIOGRAFÍA

ALEXANDER, J.W., KARANTANIS, E., TURNER, R.M., FAASSE, K. y WATT, C., 2019. Patient attitude and acceptance towards episiotomy during pregnancy before and after information provision: a questionnaire. *International Urogynecology Journal*, ISSN 1433-3023. DOI 10.1007/s00192-019-04003-x.

ALON, R., SHIMONOVITZ, T., BRECHER, S., SHICK-NAVE, L. y LEV-SAGIE, A., 2019. Delivery in patients with dyspareunia-A prospective study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 237, pp. 131-136. ISSN 1872-7654. DOI 10.1016/j.ejogrb.2019.04.027.

ANGLIM, B., KELLY, L. y FITZPATRICK, M., 2019. Risk factors and outcome of repair of obstetric anal sphincter injuries as followed up in a dedicated perineal clinic. *International Urogynecology Journal*, ISSN 1433-3023. DOI 10.1007/s00192-019-03960-7.

BENÍTEZ GONZÁLEZ, Y. y VERDECIA RAMÍREZ, M., 2017. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. *Correo Científico Médico*, vol. 21, no. 2, pp. 583-590. ISSN 1560-4381.

CÁRDENAS, A. y ELIZABETH, K., 2019. *PROPUESTA DE UNA GUÍA DE MANEJO DE TÉCNICAS DE EPISIOTOMIA, EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA UTILIZANDO EL SIMULADOR GINECO-OBSTÉTRICO, DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO AMERICAN COLLEGE 2019*. [en línea]. Thesis. S.l.: s.n. [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/81>.

CARRASCO, C. y BREZZETTE, A., 2016. Factores biológicos, gineco-obstétricos e infecciosos asociados a desgarros perineales de III y IV grado en puérperas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino, enero-diciembre 2014. *Universidad de San Martín de Porres – USMP* [en línea], [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2048>.

CENTRO MÉDICO FETAL NEONATAL DE BARCELONA., 2018. Lesiones perineales de origen obstétrico. [en línea]. [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones-perineales-de-origen-obstetrico.html>.

CHINELLI, J., COSTA, J.M. y RODRÍGUEZ, G., 2018. Esfinteroplastia anal en el tratamiento

de la incontinencia fecal por trauma obstétrico. *Revista Cirugía del Uruguay*, vol. 2, no. 2, pp. 12-25. ISSN 1688-1281. DOI 10.31837/cir.urug/2.2.2.

CLINICA BARCELONA, 2016. PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. - PDF. [en línea]. [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/6723378-Protocolo-lesiones-perineales-de-origen-obstetrico-diagnostico-tratamiento-y-seguimiento.html>.

CRUZ CARRASCO, A.B., 2016. Factores biológicos, gineco-obstétricos e infecciosos asociados a desgarros perineales de III y IV grado en púerperas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino, enero-diciembre 2014. .

CUNNINGHAM, F.G., DASHE, J.S., LEVENO, K.J., HOFFMAN, B.L., BLOOM, K.J., CASEY, B.M., SPONG, C.Y. y SHEFFIELD, J.S., 2015. *Williams Obstetricia*. 24a. ed. México D.F. - México: McGraw-Hill. ISBN 978-607-15-1277-2. 618.2/.7

DIEB, A.S., SHOAB, A.Y., NABIL, H., GABR, A., ABDALLAH, A.A., SHABAN, M.M. y ATTIA, A.H., 2019. Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*, ISSN 1433-3023. DOI 10.1007/s00192-019-03937-6.

EGÜEZ, J.E.V., NAVARRO, M.I.H., COTTO, J.J.R., ARIAS, A.J.R., ALVARADO, H.J. y VELASTEGUI, A.J.H., [sin fecha]. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. , pp. 8.

ESCLAPEZ-VALERO, J.P. y GARCÍA-BOTELLO, S., 2005. Valor actual de la ecografía endoanal en el diagnóstico de la enfermedad proctológica benigna. *Cirugía Española*, vol. 78, pp. 8-14. ISSN 0009-739X.

FERREIRA-COUTO, C.M., FERNANDES-CARNEIRO, M. do N., FERREIRA-COUTO, C.M. y FERNANDES-CARNEIRO, M. do N., 2017. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, vol. 16, no. 47, pp. 539-575. ISSN 1695-6141. DOI 10.6018/eglobal.16.3.252131.

FRENETTE, P., CRAWFORD, S., SCHULZ, J. y OSPINA, M.B., 2019. Impact of Episiotomy During Operative Vaginal Delivery on Obstetrical Anal Sphincter Injuries. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, ISSN 1701-2163. DOI 10.1016/j.jogc.2019.02.016.

GARCÍA NÚÑEZ, L. y SOTO GONZÁLEZ, M., 2018. Efectos de la episiotomía sobre las

lesiones obstétricas del esfínter anal. Una revisión bibliográfica. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, vol. 45, no. 4, pp. 171-180. ISSN 0210-573X. DOI 10.1016/j.gine.2017.10.002.

GASTEIZ, V., 2016. FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España. [en línea]. [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/informacion-interes-profesionales/documentos/profesionales/guia-de-practica-clinica-sobre-la-atencion-al-parto-normal-completa/>.

GOMMESEN, D., NOHR, E.A., DRUE, H.C., QVIST, N. y RASCH, V., 2019. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 300, no. 1, pp. 67-77. ISSN 1432-0711. DOI 10.1007/s00404-019-05165-1.

JAGUACO, S. y ELIZABETH, S., 2016. Trauma perineal en mujeres atendidas por parto vertical en el Centro de Salud Augusto Egas de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo de Octubre del 2014 a Octubre del 2015. [en línea], [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11763>.

JANSSON, M., NILSSON, K. y FRANZÉN, K., 2019. Development and validation of a protocol for documentation of obstetric perineal lacerations. *International Urogynecology Journal*, pp. 1-8. DOI 10.1007/s00192-019-03915-y.

KIMMICH, N., GRAUWILER, V., RICHTER, A., ZIMMERMANN, R. y KREFT, M., 2019. Birth Lacerations in Different Genital Compartments and their Effect on Maternal Subjective Outcome: A Prospective Observational Study. *Zeitschrift Fur Geburtshilfe Und Neonatologie*, ISSN 1439-1651. DOI 10.1055/a-0858-0138.

LASTRA, M. y ROSARIO, A., 2016. Dolor perineal que afecta las actividades diarias de mujeres sometidas a trauma obstétrico episiotomía o desgarros perineales, después de su parto céfalo vaginal en el Centro de Salud tipo C Augusto Egas en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el periodo septiembre 2015 a febrero 2016. [en línea], [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11822>.

MA, D.-M., HU, W., WANG, Y.-H. y LUO, Q., 2019. A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, pp. 1-5. ISSN 1364-6893. DOI 10.1080/01443615.2019.1587605.

MAGOGA, G., SACCONI, G., AL-KOUATLY, H.B., DAHLEN G, H., THORNTON, C.,

AKBARZADEH, M., OZCAN, T. y BERGHELLA, V., 2019. Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 240, pp. 93-98. ISSN 1872-7654. DOI 10.1016/j.ejogrb.2019.06.011.

MAIMBURG, R.D. y DE VRIES, R., 2019. Coaching a slow birth with the woman in an empowered position may be less harmful than routine hands-on practice to protect against severe tears in birth – A discussion paper. *Sexual & Reproductive Healthcare*, vol. 20, pp. 38-41. ISSN 1877-5756. DOI 10.1016/j.srhc.2019.02.007.

MEDINA-PIEDRAHITA, P.A., BORRERO-CORTÉS, C., HERRERA-GÓMEZ, P.J. y OSPINA-DIAZ, J.M., 2016. Caracterización del dolor perineal postparto en puérperas. *Universidad y Salud*, vol. 18, no. 3, pp. 556-565. ISSN 0124-7107. DOI 10.22267/rus.161803.61.

MONTOYA, T. y VICTOR, O., 2019. Indicadores epidemiológicos asociados a desgarros perineales en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa durante el periodo Junio 2017 - Junio 2018. *Universidad Ricardo Palma* [en línea], [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1891>.

MSP, 2019. Atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Guía de Práctica Clínica (Ecuador) | El Parto es Nuestro. [en línea]. [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/atencion-del-trabajo-de-parto-parto-y-postparto-inmediato-guia-de-practica-clinica-ecuador>.

NIMA VALVERDE, N., 2016. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014. *Universidad Arzobispo Loayza* [en línea], [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/29>.

PATO-MOSQUERA, M., GARCÍA-LAVANDEIRA, S., LIÑAYO-CHOUZA, J., PATO-MOSQUERA, M., GARCÍA-LAVANDEIRA, S. y LIÑAYO-CHOUZA, J., 2017. El desgarro intraparto del esfínter anal ¿Puede prevenirse? *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 85, no. 1, pp. 13-20. ISSN 0300-9041.

PETRONE, P., RODRÍGUEZ VELANDIA, W., DZIAKOVÁ, J. y MARINI, C.P., 2016. Tratamiento del trauma perineal complejo. Revisión de la literatura. *Cirugía Española*, vol. 94, no. 6, pp. 313-322. ISSN 0009-739X. DOI 10.1016/j.ciresp.2015.11.010.

PIERCE-WILLIAMS, R.A.M., SACCONI, G. y BERGHELLA, V., 2019. Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal &*

Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, pp. 1-9. ISSN 1476-4954. DOI 10.1080/14767058.2019.1619686.

RODRIGUES, S., SILVA, P., AGIUS, A., ROCHA, F., CASTANHEIRA, R., GROSS, M. y CALLEJA-AGIUS, J., 2019. Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? *Materia Socio-Medica*, vol. 31, no. 1, pp. 25-30. ISSN 1512-7680. DOI 10.5455/msm.2019.31.25-30.

RUSAVY, Z., FRANCOVA, E., PAYMOVA, L., ISMAIL, K.M. y KALIS, V., 2019. Timing of cesarean and its impact on labor duration and genital tract trauma at the first subsequent vaginal birth: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 19, no. 1, pp. 207. ISSN 1471-2393. DOI 10.1186/s12884-019-2359-7.

SALAZAR, C. y JUAN, J., 2019. Psicoprofilaxis obstétrica asociado a problemas maternos en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de Octubre del 2017 a Octubre del 2018. *Universidad Ricardo Palma* [en línea], [Consulta: 17 septiembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1784>.

WOOLNER, A.M., AYANSINA, D., BLACK, M. y BHATTACHARYA, S., 2019. The impact of third- or fourth-degree perineal tears on the second pregnancy: A cohort study of 182,445 Scottish women. *PloS One*, vol. 14, no. 4, pp. e0215180. ISSN 1932-6203. DOI 10.1371/journal.pone.0215180.

ANEXOS

Anexo A: Fotos de ingreso de paciente a quirófano en Hospital Básico IESS Latacunga



Anexo B: Paciente a su ingreso a Hospital. IESS Ambato



Anexo C: Reporte de ecografía pélvica

EXAMEN: ULTRASONIDO
ECOGRAFIA PELVICA(NO OBSTE) RASTREO B, TIEMP REAL; COMPLETA
Muestra No. 1 Asignada: 2019/02/10 10:11
Informada : 2019/02/11 16:09 BARRETO TERAN EDGAR ENRIQUE
Resultados:
10/02/19
INFORME
UTERO CENTRAL, EN ANTEVERSO FLEXION DE CONTORNO REGULAR,
ASPECTO HOMOGENEO, TAMAÑO NORMAL, MIDE:
LONGITUD.....157 MM. AP.....53 MM.
TRANSVERSO.....87 MM. LINEA ENDOMETRIAL MIDE 12 MM.
OVARIOS PARAUTERINOS DE MORFOLOGIA Y ECOGENICIDAD CONSERVADAS.
MIDE OD 37 X 23 MM OI 35 X 22 MM
I.DG.- ESTUDIO NORMAL

Anexo D: Nota Postquirúrgica Hospital IESS Ambato 12 de febrero del 2019

Anexo E: Primer control por consulta externa en Coloproctología

011 PROTOCOLO OPERATORIO (HO)
PACIENTE : [REDACTED] H.C. :
580309
PROTOCOLO OPERATORIO
DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO: DESGARRO ANAL Y PERINEAL GRADO IV
DIAGNOSTICO POSTQUIRURGICO: DESGARRO ANAL Y PERINEAL GRADO IV
PROCEDIMIENTO PLANIFICADO : COLOSTOMIA EN ASA
PROCEDIMIENTO REALIZADO: COLOSTOMIA EN ASA MAS RAFIA PERINEAL
ANESTESIA: GENERAL
CIRUJANO 1 : DR SANTIAGO ARGUELLO
CIRUJANO2: DR. IVAN LOAIZA
CIRURAJO 3: DRA JOVA GRANDA ARGUELLO GUANOTASIG SANTIJA F.
AYUDANTE 1 : MD JOHANA SALGUERO
AYUDANTE 2: MD NATHALY RAMOS
ANESTESIOLOGO: DRA. JENNY GUACHO
INSTRUMENTISTA: LCDA. SARA CHIMBOLEMA
CIRCULANTE: LCDA. MARITZA GALINDO
ANESTESIA: GENERAL
DIERESIS:
CIRULA DE MAS O MENOS 4 CM DE DIAMETRO FOSA ILIACA IZQUIERDA
HALLAZGOS:
1. COLON DESCENDENTE NORMAL
2. DESGARROS PERINEAL GRADO IV
3. DESGARRO ANAL GRADO IV
4. FISTULA RECTO VAGINAL
5. HIPOTONIA ESFINTERIANA
PROCEDIMIENTO:
1. ASEPSIA Y ANTISEPSIA
2. COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS
3. DIERESIS DESCRITA
4. APERTURA DE CAVIDAD
5. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS
6. CONFECCION DE COLOSTOMIA EN ASA MAS COLOCACION DE TUTOR
7. MADURACION DE COLOSTOMIA CON SUTURA REABSORBIBLE TIPO POLIGLACTINA 2/0
8. CONTAJE DE MATERIAL BLANCO COMPLETO REPORTADO POR PERSONAL DE ENFERMERIA
9. CONTROL DE HEMOSTASIA
10. COLOCACION DE FUNDA DE COLOSTOMIA
SEGUNDO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
Médico...: MT1804156 5021821 ARGUELLO GUANOTASIG SANTIJA F: 2019/02/12 11:32
CIRUJANO2: DR. IVAN LOAIZA
CIRURAJO 3: DRA JOVA GRANDA
AYUDANTE 1 : MD JOHANA SALGUERO
AYUDANTE 2: MD NATHALY RAMOS
ANESTESIOLOGO: DRA. JENNY GUACHO
INSTRUMENTISTA: LCDA. SARA CHIMBOLEMA
CIRCULANTE: LCDA. MARITZA GALINDO
ANESTESIA: GENERAL
DIERESIS:
CIRULA DE MAS O MENOS 4 CM DE DIAMETRO FOSA ILIACA IZQUIERDA
HALLAZGOS:
6. COLON DESCENDENTE NORMAL
7. DESGARROS PERINEAL GRADO IV
8. DESGARRO ANAL GRADO IV
Hs...
Dependenc: 2440400000 1537 H.GENERAL AMBATO
Médico...: MT1804156 5021821 ARGUELLO GUANOTASIG SANTIJA F: 2019/02/12 11:35
11. COLOCACION EN POSICION GINECOLOGIA
12. LAVADO CON ABUNDANTE CLORURO DE SODIO EN REGION ANAL
13. RAFIA POR PLANOS DE PERINE CON SUTURA REABSORBIBLE TIPO POLIGLACTINA 1/0
14. CONTROL DE HEMOSTASIA
15. COLOCACION DE DOS TAPONES VAGINALES
16. APOSITO COMPRESIVO
9. KETOROLACO 30 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 8 HORAS
10. RANITIDINA 50MG INTRAVENOSO CADA 12 HORAS

Dependenc: 2440400000 533 H.GENERAL AMBATO - COLOPROCTOLOGIA (CE)
Médico...: MT1804156 5021821 ARGUELLO GUANOTASIG SANTIA F: 2019/02/22 13:22
MOTIVO DE CONSULTA

2000 EXAMEN MEDICO GENERAL
Descripción (Motivo de Consulta)
CONTROL POSQX

Formularios Historia Clínica

001 ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO CE
001 EXAMEN FISICO REGIONAL
COLOSTOMIA FUNCIONAL
REGION PERINE NO SIGNOS INFLAMATORIOS HERIA PERIANEAL EN BUENAS CONDICIONES
002 EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES CE
002 EVOLUCION
PTE OPERADA DE COLOSTOMIA POR DESGARRO PERINEAL G IV QUE SE LE REALIZO RRAFIA D
E PERINE POR GINECOLOGIA LA CUAL REFIERE QUE SE SIENTE BIEN COLOSTOMIA FUNCIONA
NO REFIERE SECRECIONES VAGINALES NI PERINEALES

Anexo F: Fotos de Herida post reconstrucción perineal



Anexo G: Colostomía de paciente



Anexo H: Fotos de cicatriz quirúrgica a nivel perineal

