

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**FUNCIONALIDAD DEL ESFINTER ANAL EXTERNO, POST
REPARACION DE RASGADURA PERINEAL GRADOS**

III - IV.

Estudio descriptivo retrospectivo realizado con 41 pacientes, que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en un período comprendido entre el mes de Mayo de 1966 al mes de Mayo de 1993. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

OSCAR AUGUSTO FIGUEROA ROCHE

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1994.

D2
05
+(6906)

HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 - 713387

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sírvase
hacer referencia al

No. _____

Guatemala, 3 de marzo de 1984.

Universidad de "San Carlos de Guatemala"
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación docente-Admo., de Tesis.

Distinguidos Catedráticos:

Por medio de la presente hago constar que yo: JULIAN MONTENEGRO PEREZ, Jefe del Departamento de Ginecología de este Hospital, autorizo al Bachiller: OSCAR AUGUSTO FIGUEROA ROCHE, Carnet No. 8411453, a que efectuó el trabajo de Tesis el cual lleva el nombre: de FUNCIONALIDAD DEL ESFINTER ANAL EXTERNO- POST REPARACION DE RASGATURAS PERINEAL GRADO III, IV, EN PACIENTES QUE FUERON TRATADAS QUIRURGICAMENTE EN ESTE DEPARTAMENTO.

Respetuosamente,

DR. JULIAN MONTENEGRO PEREZ
Jefe del Depto. de Ginecología
del Hospital Roosevelt.





FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA CENTRO AMERICA

Guatemala, 22 de abril
DIF-013-94

de 199 4

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS OSCAR AUGUSTO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
FIGUEROA ROCHE Carnet No. 84-11453
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"FUNCIONALIDAD DEL ESFINTER ANAL EXTERNO, POST REPARACION DE RASGADU-
RA PERINEAL GRADOS III - IV"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Dr. Alfredo Martínez
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3322

Martínez
Asesor
Firma y sello personal

Dr. Alfredo Martínez
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3322

[Handwritten signature]
Firma del estudiante

[Handwritten signature]
Revisor
Firma y sello
Registro Personal 10141

Dr. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA
Médico y Cirujano
Col. No. 2306

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: OSCAR AUGUSTO FIGUEROA ROCHE


Carnet Universitario No. 84-11453

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"FUNCIONALIDAD DEL ESFINTER ANAL EXTERNO, POST REPARACION DE RASGADURA PERINEAL GRADOS III - IV"


Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 22 de abril de 199

Dr. Edgar R. De León Barillas,
Por Unidad de Tesis.


Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Rafael Ernesto Cabrera Franco



INDICE.

	PAG.
I. Introducción.	1
II. Definición del problema.	2
III. Justificación.	3
IV. Objetivos.	4
V. Revisión Bibliográfica.	5
VI. Metodología.	17
a. Selección del tema.	17
b. Tipo de estudio.	17
c. Selección del objeto de estudio.	17
d. Criterios de inclusión.	17
e. Variables.	18
f. Ejecución de la investigación.	20
g. Recursos.	20
h. Alcances de la investigación.	20
i. Instrumentos de medida de las variables.	21
j. Gráfica de Gantt.	22
VII. Análisis y Presentación de resultados.	23
VIII. Conclusiones.	47
IX. Recomendaciones.	48
X. Resumen.	49
XI. Referencias Bibliográficas.	50
XII. Anexos.	53

I. INTRODUCCION.

Los desgarros perineales son una complicación frecuente durante el parto. De dichos desgarros, clasificados en cuatro grados; los de grado I y II, no presentan mayores problemas para la paciente. Por otro lado, los de grado III en donde existe ruptura del esfínter externo del ano y los de grado IV, en donde además del esfínter externo del ano, hay ruptura también de la pared anterior del recto, lo cual implica complicaciones especiales.

La complicación mas seria y molesta para la paciente, es sin lugar a duda, la incontinencia líquida, de gases y de materias fecales, puesto que afecta individual, familiar y socialmente a la mujer.

Mediante ésta investigación, se pretendió mostrar los resultados terapéuticos logrados al reparar quirúrgicamente este tipo de desgarros, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en un período comprendido entre el mes de Mayo de 1,966 al mes de Mayo de 1,993. Siendo este estudio de tipo descriptivo retrospectivo.

Se llegó a determinar, que el 99.00 % de las pacientes estudiadas, recuperaron satisfactoriamente la funcionalidad del esfínter anal externo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA.

El presente estudio trata sobre accidentes del parto, principalmente, desgarros perineales grados III - IV, los cuales afectan al correcto funcionamiento del esfínter anal. Dicho estudio, fué realizado en 41 pacientes, que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt durante el período comprendido entre el mes de Mayo de 1,966 al mes de Mayo de 1,994.

La frecuencia de los desgarros perineales varia mucho según diversos autores. Son raros los desgarros extensos, cuando se realiza la episiotomía medio lateral, no así la mediana. Una de las causas más comunes es la desproporción entre el feto y los tejidos blandos, ya sea porque la cabeza es demasiado grande o el canal demasiado estrecho: o bien la cabeza presenta diámetros desfavorables para el tránsito, como lo son las posiciones occipitoposteriores y las presentaciones de nalgas.

La mayor incidencia de rasgadura perineal grados III - IV, se encuentra en las extracciones en presentación de nalgas, uso de forceps, o partos atendidos con inadecuada preparación obstétrica y en menor frecuencia, las ocasionadas por violación sexual, accidentes por caídas a horcajadas, etc.

Dado que la incontinencia líquida, de gases y de materias fecales es una de las consecuencias de estos desgarros y que afectan Físico, Psicológico y Socialmente a la paciente, es de suma importancia efectuar la reparación quirúrgica de los mismos, con el objeto de suprimir esta molesta complicación. Este estudio en particular pretende evaluar los resultados de la reparación de desgarros perineales grados III - IV, efectuados en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

III. JUSTIFICACION.

Los desgarros perineales grados III - IV, tienen muchas implicaciones para la paciente, puesto que afecta en varias esferas. El tratamiento quirúrgico pretende corregir este problema y consideramos muy importante, determinar si dicho tratamiento logró su objetivo.

Para esto nos planteamos este estudio, con el fin de determinar los resultados terapéuticos de la cirugía en estos casos y debido a que nunca se ha hecho este análisis, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, consideramos que la revisión y análisis de estos casos, darán una perspectiva de la situación de las pacientes allí tratadas.

IV. OBJETIVOS.

GENERAL.

1. Determinar la eficacia de la reparación quirúrgica de los desgarros perineales grados III - IV, en relación con la funcionalidad del esfínter anal externo en los casos tratados en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

ESPECIFICOS.

1. Determinar los resultados de la reparación quirúrgica sobre la incontinencia líquida, fecal, de gases o total.

2. Determinar la frecuencia de desgarros perineales grados III - IV, de las pacientes que consultaron al Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

3. Identificar el agente causal que se relaciona con los desgarros perineales grados III - IV.

4. Determinar las complicaciones quirúrgicas asociadas a la reparación de los desgarros perineales grados III - IV, en las pacientes tratadas en dicho Departamento.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

ANATOMIA DEL PERINEO.

El perineo, o piso pélvico, es un conjunto que cierra hacia abajo la excavación pélvica. (24), (28).

Tiene por límites un marco osteo fibroso romboidal, constituido por:

- Por delante el borde inferior de la sínfisis del púbis y las ramas isquiopúbicas.
- Por detrás el vértice del coxis y los ligamentos sacrociáticos mayores. (22), (24).

El perinéo los podemos dividir en dos segmentos triangulares, siendo:

- Perinéo anterior o urogenital y el perinéo posterior o anal. (24).

Los músculos del perinéo, los podemos dividir en tres planos:

A. PLANO PROFUNDO.

ELEVADOR DEL ANO.

Tiene las mismas inserciones en la mujer que en el hombre, solo difieren en sus relaciones: sus haces internos se ponen en contacto con las paredes de la vagina, por medio de un tejido conjuntivo bastante denso, que a su contracción, se produce un estrangulamiento del conducto vaginal.

ISQUICOCIGEO.

Tiene las mismas inserciones en la mujer que en el hombre, sus inserciones van del ísquion al coxis y sirve de piso al perinéo.

B. PLANO MEDIO.

TRANSVERSO PROFUNDO.

En la mujer, es más ancho que en el hombre, insertándose por dentro en el centro tendinoso del periné; el cual está situado en el espacio triangular rectovaginal comprendido entre la parte perineal del recto y de la vagina.

ESFINTER EXTERNO DE LA URETRA O ESFINTER ESTRIADO.

Se extiende del cuello de la vejiga al meato urinario.

Tiene forma circular en su parte superior y semilunar en la inferior; Sus fibras envuelven totalmente al conducto uretral por debajo del esfinter liso, el cual desaparece cuando la uretra se adhiere a la vagina.

C. PLANO SUPERFICIAL.

Comprende cinco músculos de los cuales uno se encuentra situado en el triángulo rectal y los cuatro restantes en el triángulo urogenital.

ESFINTER EXTERNO DEL AÑO.

Se sitúa en el triángulo rectal del periné, tiene la forma de un anillo, es menos desarrollado en la mujer que en el hombre y la disposición de sus fibras es igual en ambos sexos.

TRANSVERSO SUPERFICIAL.

Se sitúa en el triángulo urogenital. Se inserta en la cara interna del ísquion y en el rafé anovulvar, al que pone en tensión cuando se contrae.

ISQUIOCAVERNOSO.

Se inserta por atrás en la tuberosidad isquiática; se dirige

hacia adelante, rodeando el borde inferior de la rama isquiopúbica. Va a insertarse a la cara superior y laterales del clítoris, al que abate durante su contracción.

BULBOCAVERNOSO.

Insertado por atrás en el rafé anovulvar, donde entrecruza sus fibras con las del esfínter del ano, cubre al bulbo vaginal y la cara externa de la glándula de Bartholín y alcanza al clítoris, donde se divide en dos haces; insertándose uno en la cara dorsal del clítoris y el otro se fija en el ligamento suspensor del mismo.

Por la disposición de sus fibras musculares, vienen a formar a la vagina un anillo que abarca su extremidad inferior.

CONSTRUCTOR PROFUNDO DEL PERINEO.

Está situado dentro del bulbo y de la glándula de Bartholín. Este músculo inserta por detrás en el centro tendinoso del perineo y termina por delante en la pared anterior de la vagina y en el tejido denso del tabique uretrovaginal.

La contracción de éste músculo produce el vaginismo inferior.

(10), (14), (24), (28).

APONEUROSIS DEL PERINEO

Las aponeurosis perineales de la mujer serían en todo semejantes a las del hombre si no estuvieran atravesadas por la hancha endidura media que da paso a la uretra y a la vagina.

APONEUROSIS PERINEAL SUPERIOR.

Es delgada y se inserta en el labio anterior de las ramas isquiopúbicas. Se pierde por dentro con el tejido conjuntivo de la base de los labios menores, mientras que por delante se continúa con la aponeurosis superficial con la fascia clitoridea.

APONEUROSIS MEDIA.

Comprende dos hojas: la hoja inferior, se extiende transversalmente desde la rama isquiopubiana hasta el bulbo del vestíbulo. La hoja superior, termina por dentro en la pared lateral de la uretra y de la vagina.

APONEUROSIS PELVICA.

Por dentro, ésta lámina aponeurótica está en relación de atrás hacia adelante, con la uretra, la vagina y el recto. (14), (17), (22), (24).

PATOLOGIA.

El desgarro perineal, está en relación directa con la sobredistensión mecánica del periné sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra. (7).

Todos los desgarros perineales, a excepción de los mas superficiales, van acompañados de lesiones de diferente grado en la porción inferior de la vagina. Tales desgarros pueden alcanzar una profundidad suficiente como para afectar al esfínter rectal y son capaces de extenderse a profundidades variables en las paredes de la vagina. (8), (28).

La hemorragia, cuando el útero está firmemente contraído, es un signo seguro de laceración del tramo genital. (6),(12).

Las laceraciones de la pared anterior de la vagina en estrecho contacto con la uretra son relativamente frecuentes.

Las lesiones que afectan al elevador del ano como resultado de una excesiva distensión del canal del parto, pueden provocar la separación de las fibras musculares o una disminución de su tonicidad suficiente para interferir con la función del diafragma pélvico. (28).

Los desgarros mas profundos del suelo pélvico son los de dentro hacia afuera; primero se desgarra el músculo, luego la vagina, que primero se estira visiblemente transversal, y por último la piel, que algunas veces queda íntegra, pero se desgarran y apartan todos los tejidos profundos hasta dejar al descubierto al recto. (7),(11).

CLASIFICACION.

Se distinguen cuatro tipos de desgarros del periné de acuerdo con el grado de extensión.

DE PRIMER GRADO.

Cuando afectan unicamente el frenillo o la comisura posterior en un trecho no mayor de dos centímetros hacia el ano. En otras palabras solo abarca mucosa, piel y tejido celular subcutaneo.

DE SEGUNDO GRADO.

Consecutivo a heridas mas profundas, afectando la musculatura perineal superficial.

La cicatriz resultante, amplía el introito mucho mas que en los desgarros de primer grado y si el elevador del ano está lesionado determinará una insuficiencia del piso pélvico.

El perinéo está muy acortado y el rectocele bajo es constante por la lesión de la cuña perineal y la porción mas inferior de la fascia rectovaginal.

DE TERCER GRADO.

Cuando existe rotura del esfinter externo del ano, lo cual determina un síntoma como lo es la incontinencia de gases y materias fecales. [Sólidas o Líquidas].

DE CUARTO GRADO O COMPLICADO.

Está caracterizado, porque al desgarrar del esfinter externo del ano, se suma la rotura de la pared anterior del recto en una extensión variable.

Los desgarros de primero y segundo grado, son denominados incompletos, mientras que los de tercero y cuarto grado, se denominan completos. (5), (7), (25), (28).

Además distinguimos los desgarros centrales del perinéo, que

ocasionan su rotura con la conservación anatómica de la vulva y del ano. Se los observa en perinéos altos y resistentes. (25).

CAUSAS DE LOS DESGARROS VULVOPERINEALES.

Una de las principales causas de los desgarros perineales, es la desproporción entre el feto y los tejidos blandos. (7), (11).

La expulsión o la extracción demasiado rápida, es causa de muchos desgarros, puesto que no da tiempo para que se dilaten los tejidos; en consecuencia los mayores traumatismos son los ocasionados por las extracciones en presentación de nalgas o con forceps. Algunas veces, el propio instrumento aplasta el perinéo o bien se desgarra éste al introducir el médico la mano al lado del tronco fetal en extracciones de nalgas; siendo estos errores de técnica. (5), (7).

Otras causas de desgarro, son el edema de resultas del parto prolongado, la rigidez excesiva de los tejidos en primigestas entradas en años, cicatrices de traumatismos anteriores que no se dejan distender, Kristeller, aplicación de ventosa, hipoplasia, violaciones, traumas directos (caídas a horcajadas), perinéo alto de la pélvis en retroversión o pélvis estrechas con ángulo púbico muy agudo, variedades occipitosacras que se desprenden en su orientación posterior con mayor distensión del perineo.

Algunas veces sin causa manifiesta, se desgarra el perineo como si fuese un papel secante mojado. Esta anomalía puede ser a consecuencia de la toxemia, ya que de ordinario se acompaña de propensión a la hemorragia. (15), (18), (20), (25).

CONSECUENCIAS / COMPLICACIONES DE LOS DESGARROS PERINEALES.

HEMORRAGIA.

Suele ser indolora, pudiendo ser roja, negruzca, líquida o formar hematómas, lo cual si es doloroso.

Otras características de la hemorragia son: externa, interna y mixta (lo mas frecuente). En ocasiones es súbita o masiva, de intensidad media, por brotes o persistente, uniforme como un hilo. (6), (9).

PROLAPSO GENITAL.

Las malposiciones genitales que se evidencian por desplazamiento de órganos hacia abajo, se designan descensos o prolapsos, de los cuál - les podemos mencionar los siguientes:

PROLAPSO UTERINO.

La patogenia es mucho mas compleja que la etiología, pues para que tengan lugar los prolapsos, se requiere una serie de alteraciones que en última instancia actúan en conjunto.

Podemos mencionar dos causas principales:

1. INSUFICIENCIA DEL PISO PELVIANO.

Es seguramente la causa primitiva mas frecuente e importante de prolapsos y en la mayoría de los casos es ocasionada por desgarros o hiperdistensiones durante el parto.

Un piso pelviano insuficiente, altera sustancialmente la está - tica visceral abdominopelviana, puesto que es incapáz de oponerse al peso de esos órganos, tanto en reposo como en los aumentos de la pre - sión abdominal.

2. ALTERACION DE LA PARED ABDOMINAL.

La insuficiencia de los músculos de la pared abdominal, tiene como consecuencia un descenso de las visceras abdominales, sobre todo enteroptosis. Entonces el intestino adquiere peso y gravita en forma permanente sobre el piso pelviano. (5), (6), (19).

CISTOCELE.

Es la protusión por el introito vaginal de una porción de cara posterior de la vejiga urinaria.

En las mujeres con relajación de las paredes abdominales y útero retrodesviado, las vísceras abdominales hacen presión sobre el fondo de saco vesicouterino, transformándolo en una cavidad real.

La consecuencia de un descenso vesical que empuja a la pared vaginal anterior, con lo que tiene lugar el colpocele anterior con cistoccele. (5), (19).

RECTOCELE.

El rectoccele tiene una etiopatogenia diversa del cistoccele; no tienen ninguna participación la presión de las vísceras abdominales, ni la posición uterina.

Su causa solo es una, siendo ésta un defecto en la fascia rectovaginal, en donde limita en esa zona la resistencia de aquella.

Sobre ella hace presión la pared anterior del recto, durante el esfuerzo de la defecación, llevando hacia adelante la pared posterior de la vagina y luego la pared anterior del recto, produciendo una herniación a través del tabique rectovaginal lesionado. Puesto que el tabique vaginal se desgarran habitualmente durante el parto, se explica su frecuente asociación con cistocceles e histerocceles, que respondiendo a patogenias distintas reconocen por lo general la misma etiología.

En ésta variedad de rectoccele, la protusión rectal, está siempre por debajo del elevador del ano y por encima de la cuña perineal; debiéndosele diferenciar del rectoccele bajo, consecutivo a desgarros de la cuña perineal. (5), (19), (26).

PROFILAXIS DE LAS RASGADURAS.

Cuidadosa atención obstétrica con episiotomía operatoria, como procedimiento auxiliar en el parto normal. Consiste en realizar una incisión perineal, para ampliar el orificio vulvar y permitir una salida fácil del feto. (3), (16), (27).

La conveniencia del uso de la misma, radica en las siguientes ventajas:

Previene laceraciones perineales, disminuye la compresión en la cabeza del feto y acorta el segundo período del trabajo de parto, al decrecer la resistencia de la musculatura perineal.

En la episiotomía se inciden los siguientes tejidos:

1. Piel y tejido celular subcutáneo.
2. Mucosa vaginal.
3. Tabique urogenital (incluyendo aponeurosis), también los músculos transversos perineales.
4. Aponeurosis intercolumnar o superior del diafragma pélvico.
5. Las fibras más inferiores de la porción puborectal de los músculos elevadores del ano. (2), (4), (28).

TIPOS DE EPISIOTOMIA.

1. Mediana.
2. Medialateral.
3. Lateral.
4. Schuchardt.

MOMENTO DE LA EPISIOTOMIA.

La episiotomía debe realizarse en el momento en que la cabeza del feto principia a distender el perineo, precediendo de inmediato a la aplicación del forceps y precisamente antes de la extracción podálica o de la versión interna. (3), (13).

CIRUGIA GINECOLOGICA RECONSTRUCTIVA.

El tratamiento se limitará a los desgarros de segundo, tercero y cuarto grados; los de primer grado, carecen de jerarquía clínica y no requieren tratamiento específico, a menos de que sangren.

Con el progreso en el manejo obstétrico, aparece una reducción de la frecuencia de los desgarros de III y IV grados.

La terapéutica es exclusivamente quirúrgica y consiste en la colpoperineoplastia con miorrafia de los haces puborectales del elevador del ano.

Se agregará la reconstrucción del esfínter externo del ano, si este estuviera desgarrado y la sutura de la pared rectal.

Las figuras 1 y 2, nos dan un acercamiento general de la apariencia de la vulva y por inspección se puede tener una idea de la extensión de la lesión y de si el esfínter externo se ha desgarrado.

TECNICA.

Los casos para tratamiento quirúrgico, son preparados por medio de esterilizaciones de la lesión, con Sulfatiazole 4 G, por lo menos tres o cuatro veces al día, durante los cuatro días preoperatorios.

Es recomendable ordenar dieta líquida o blanda, que contenga abundante fibra, por lo menos en las 48 horas antes de la intervención.

Al momento de la cirugía, se procederá a realizar una insición en la piel, la cuál permitira una exposición clara de la lesión anterior ano - rectal, indicada por la línea punteada que se observa en la figura (3). Esto consiste, en incidir en forma de " V " invertida, para exponer en una forma clara el canal vaginal (1). La expansión corre transversalmente a un lado del esfínter externo del ano (2).

En la (Fig # 4), se observa que el arco mucoso, está invertido

mediante el recto y lo suturado, se extiende hacia el area anal.

A continuación, se identifican y exponen los muñones del esfínter externo del ano y el músculo elevador del ano, como se observa en la (Fig # 5), procediendo a la sutura de los mismos, con Dexón 2 ceros.

En la (Fig # 6), podemos observar la reparación del esfínter externo del ano, la cual se realiza por medio de puntos colocados en diferentes planos, para dar una mayor fuerza al músculo y que así este no se desgarre.

Luego, se procede a reseca vagina redundante y así suturar vagina con Dexón 3 ceros, como se observa en la (Fig # 7).

Para finalizar el procedimiento, se sutura la piel perineal, con Dexón 3 ceros (Fig # 8). (6), (13), (23), (27).

VI. METODOLOGIA.

A. SELECCION DEL TEMA:

El tema de la presente investigación, se seleccionó, a raíz de la duda planteada, de si el tratamiento quirúrgico de los desgarros perineales grados III - IV, logra su objetivo en la supresión de la incontinencia producida por los mismos y también por la importancia que tiene para la paciente la resolución de dicho problema.

B. TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio, es de tipo DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO; se eligió esta metodología, en vista de que el número de casos de esta complicación, no es muy alto y una buena forma de detectar los casos y evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico, es la revisión de los mismos en un periodo largo, que en este caso, será del mes de Mayo de 1,966 al mes de Mayo de 1,993.

C. SELECCION DEL OBJETO DE ESTUDIO:

Para la realización del presente trabajo, se seleccionaron a todas las pacientes, que ingresaron al Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, con el Diagnóstico de Rasgadura Perineal grados III - IV, durante el periodo mencionado anteriormente y a quienes se les efectuó tratamiento quirúrgico de los mismos.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes del Hospital Roosevelt.
- Sexo femenino.
- Cualquier edad.
- Que hayan ingresado al Departamento de Ginecología, con el Diagnóstico de:
 - a. Desgarro Perineal grado III.
 - b. Desgarro Perineal grado IV.

- Que hayan sido tratadas quirúrgicamente (PERINEOPLASTIA)
independientemente de su Edad, Paridad y causa asociada
al desgarro.

E. VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	UNIDAD DE MEDICION
1. Edad.	Cantidad de tiempo que se ha vivido.	Cuanti - ficable.	7 - 14, 15 - 22, 23 - 30, 31 - 38, 39 - 46, 47 - 54, 55 o más.
2. Paridad.	Número de veces que ha estado embarazada.	Cuanti - ficable.	1 - 2, 3 - 4, 5 o más.
3. Agente.	Objeto que causó la lesión.	Cuali - ficable.	Trauma. Violación. Parto. Forceps.
4. Tipo de Parto.	Grado de complejidad del parto.	Cuali - ficable.	Eutócico. Distócico.
5. Atención del parto.	Persona que asistió en el momento del parto.	Cuali - ficable.	Médico Especialista. Médico Residente. Estudiante. Comadrona. Otro.
6. Episiotomía.	Incisión perineal, para ampliar el orificio vulvar y permitir una salida fácil del feto.	Cuali - ficable.	E.M.L.D. E.M.L.I. E. MEDIANA. No hubo.
7. Grado de la lesión.	Extensión abarcada por la lesión.	Cuali - ficable.	Grado III. Grado IV.
8. Signos principales.	Sensación subjetiva de la paciente, a consecuencia de la lesión.	Cuali - ficable.	Hemorragia. Metrorragia. Incont. Líquida. Incont. Heces. Incont. Gases. Incont. Total.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	UNIDAD DE MEDICION
9. Frecuencia de eventos.	Número de lesiones perineales que se han tenido.	Cuanti- ficable.	1 - 2, 3 o más.
10. Operaciones efectuadas.	Número de tratamientos quirúrgicos que se le efectuaron.	Cuanti- ficable.	1 - 2, 3 o más.

F. EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

En Guatemala, el Hospital Roosevelt es uno de los centros de referencia asistencial más concurridos, en donde diariamente se realizan procedimientos Gineco - Obstétricos especiales en cierta población atendida, tanto en el servicio de Emergencia, como en las distintas áreas de encamamiento.

El estudio fué realizado, en 41 pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente, durante el período comprendido entre el mes de Mayo de 1,966 al mes de Mayo de 1,993 y quienes reunieron los criterios de inclusión descritos anteriormente.

G. RECURSOS:

a. Físicos:

- Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- Departamento de Registro y Archivo del Hospital Roosevelt.

b. Materiales:

- Libros de ingreso al Departamento de Ginecología.
- Papeleta de Registro Clínico de las pacientes.
- Boleta de recolección de datos.

c. Humanos:

- Ayuda del personal encargado del Departamento de Registro y Archivo.

H. ALCANCES DE LA INVESTIGACION:

En la realización del presente estudio, se logró alcanzar el 100 % de la población estimada, por medio de la recopilación de todos los expedientes clínicos de las pacientes, que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Departamento de Ginecología, logrando así el adecuado desarrollo del mismo.

I. INSTRUMENTOS DE MEDIDAS DE LAS VARIABLES:

a. Hoja de recopilación de datos.

Por cada expediente clínico de la paciente a quien se le intervino quirúrgicamente, se llenó una hoja de recolección de datos, teniendo ésta un número correlativo para su identificación.

Dicha boleta contempló lo siguiente: Número de registro clínico, nombre, edad, profesión u oficio, fecha de ingreso, causa de la lesión, tipo de parto, atención del parto, si se le efectuó o no episiotomía y tipo de la misma, grado de la lesión, signos principales, antecedente de lesiones perineales, número de tratamientos quirúrgicos, función post operatoria, partos post operatorios.

J. GRAFICA DE GANTT.

ACTIVIDADES.	SEMANAS.															
	FEBRERO.				MARZO.				ABRIL.				MAYO.			
MESES.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Selección del tema a investigar.	■															
2. Elección de asesor y revisor.																
3. Recopilación bibliográfica.																
4. Elaboración del proyecto.																
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.																
6. Diseño del instrumento para la recolección de la información.																
7. Ejecución del trabajo de campo.																
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.																
9. Análisis y discusión de resultados.																
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.																
11. Presentación de informe final.																
12. Correcciones al informe final.																
13. Aprobación del informe final.																
14. Exámen público.																
SEMANAS.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
MESES.	FEBRERO.				MARZO.				ABRIL.				MAYO.			

VII. ANALISIS Y PRESENTACION
DE RESULTADOS.

Para la presentación y análisis de los datos obtenidos en el estudio, se elaboraron una serie de cuadros con los distintos elementos investigados. Se describen los resultados según la hoja de recolección de datos (ver anexos), del estudio realizado durante los meses de Marzo y Abril de 1,994, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

Las pacientes que formaron parte del presente estudio, se encuentran distribuidas de la siguiente manera:

Se encontró al grupo comprendido entre los 17 - 26 años, con un 29.26%, seguido del grupo entre los 27 - 36 años, con un 19.51%, siendo ésta nuestra población económicamente activa la mas afectada y la que cuenta con muchos factores de riesgo, que la predisponen a este tipo de accidentes, puesto que además son mujeres que se encuentran en edad fértil y que llevan una vida sexual activa. Cuadro 1.

En cuanto a la causa de la lesión de la población en estudio, se determinó que el 73.17%, fue debido a la atención del parto, los cuales fueron atendidos en su mayoría por comadronas; un 12.19% correspondió a violaciones sexuales; un 9.75% ocasionado por traumas y un 4.87% por parto distócico simple (uso de forceps). Cuadro 2.

De los partos atendidos, el 93.75% correspondió a P.E.S. (parto eutócico simple), sin maniobras obstétricas, observandose que los mismos, en su mayoría, no fueron atendidos en centro hospitalario. Cuadro 3.

En relación a la persona que atendió el parto, podemos observar como se mencionó anteriormente, que un 68.75%, correspondió a la atención por comadrona, debido a que la mayoría de la población en estudio es de bajos recursos y por consiguiente se les dificulta acudir a centros hospitalarios. Cuadro 4.

En cuanto a la realización de episiotomía, se determinó que un 75.00% de las pacientes a quienes se les atendió su parto, no se les efectuó la misma, ya que las comadronas no efectúan dicho procedimiento quirúrgico, mientras que al 25.00% restante, si se le efectuó dicho procedimiento. Cuadro 5.

De los accidentes (desgarros perineales) que se repararon en el Departamento de Ginecología, un 43.90% correspondió a desgarros perineales grado III y 56.09% a desgarros perineales grado IV, siendo estos los de mayor extensión y complejidad. Cuadro 6.

Entre los signos principales que presentaron las pacientes estudiadas, podemos observar que la incontinencia líquida, presenta un porcentaje de 39.02 %, lo cual nos indica que es bastante elevado en relación a la incontinencia total, la cual se presentó en un 7.31 %. En este caso el porcentaje se hizo en base al número de pacientes estudiadas (41), ya que cada una presentó más de un sintoma. Cuadro 7.

Del siguiente grupo en estudio el 14.62 %, había sufrido anteriormente de uno a dos accidentes de éste tipo, mientras que el 85.36 %, sufría por primera vez este tipo de lesión. Cuadro 8.

De igual forma podemos observar que a un 85.36 % de la población se le efectuó únicamente un tratamiento quirúrgico y el 14.62 % restante recibió de dos a tres tratamientos quirúrgicos para el funcionamiento normal del esfínter anal externo. Cuadro 9.

Tomando en consideración los factores que influyeron en el manejo y seguimiento de los pacientes a quienes se les intervino quirúrgicamente, se llegó a la conclusión que dicho tratamiento es efectivo, ya que en un 97.56 % se logró la adecuada funcionalidad del esfínter anal externo. Cuadro 10.

En lo que respecta a la posibilidad de un parto posterior a la reparación, encontramos que en un 87.80 % de las pacientes no se dio, mientras que en un 7.31 % tuvo un solo parto, 2.43 % tuvo tres y 2.43 % tuvo cuatro partos. Cuadro 11.

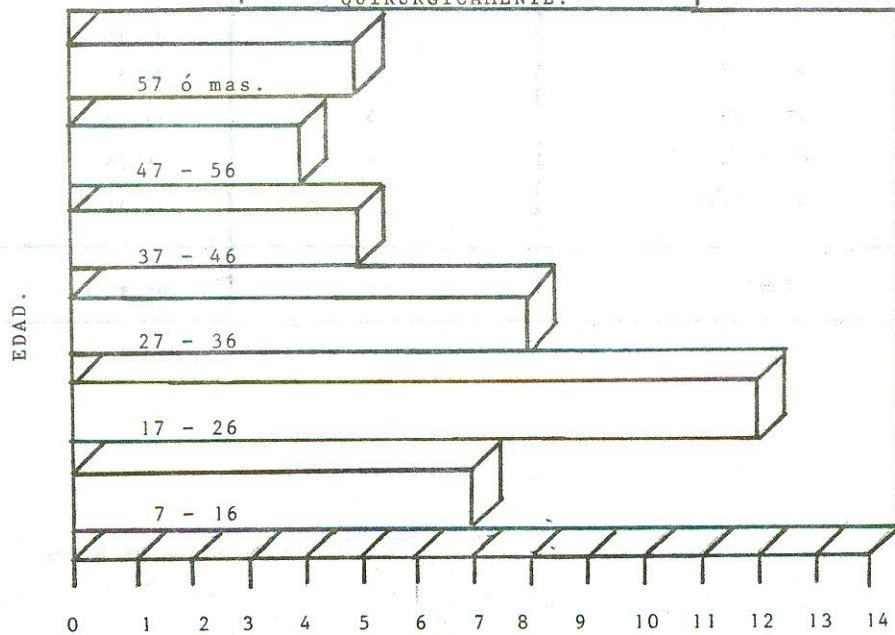
cuadro # 1

DISTRUBUCION POR EDAD DE LAS 41 PACIENTES INTERVENIDAS QUIRURGICA-
 MENTE PARA REPARACION DE RASGADURA PERINEAL.

EDAD AÑOS	TOTAL	
	No.	%
7 - 16	7	17.07
17 - 26	12	29.26
27 - 36	8	19.51
37 - 46	5	12.19
47 - 56	4	9.75
57 o MAS	5	12.19
TOTAL	41	100 %

FUENTE:
 BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NUMERO 1.
DISTRIBUCION POR EDAD,
DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS
QUIRURGICAMENTE.



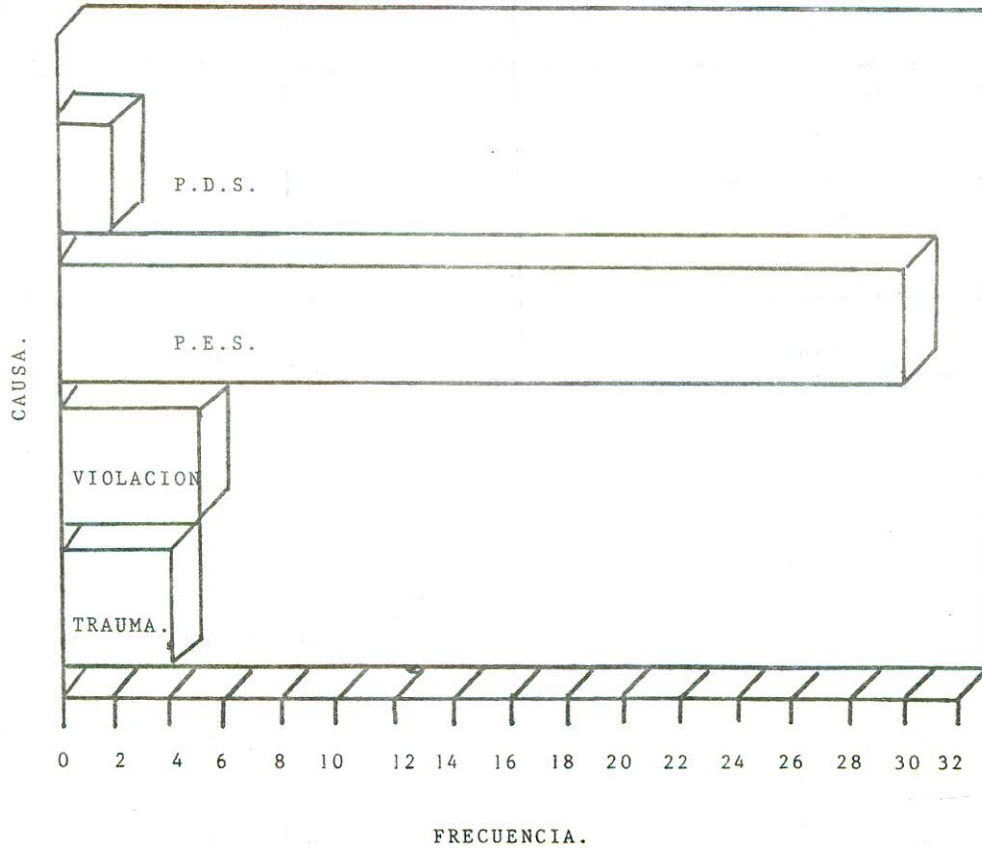
FRECUENCIA.

<u>CUADRO # 2.</u>		
DISTRIBUCION SEGUN CAUSA DE LA LESION DE LAS PACIENTES.		
CAUSA	TOTAL.	
	No.	%
TRAUMA.	4	9.75
VIOLACION.	5	12.19
PARTO EUTOCICO SIMPLE	30	73.17
PARTO DISTOCICO SIMPLE (USO DE FORCEPS)	2	4.87
TOTAL	41	100 %

FUENTE:

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NUMERO 2.
DISTRIBUCION, SEGUN CAUSA
DE LA LESION.



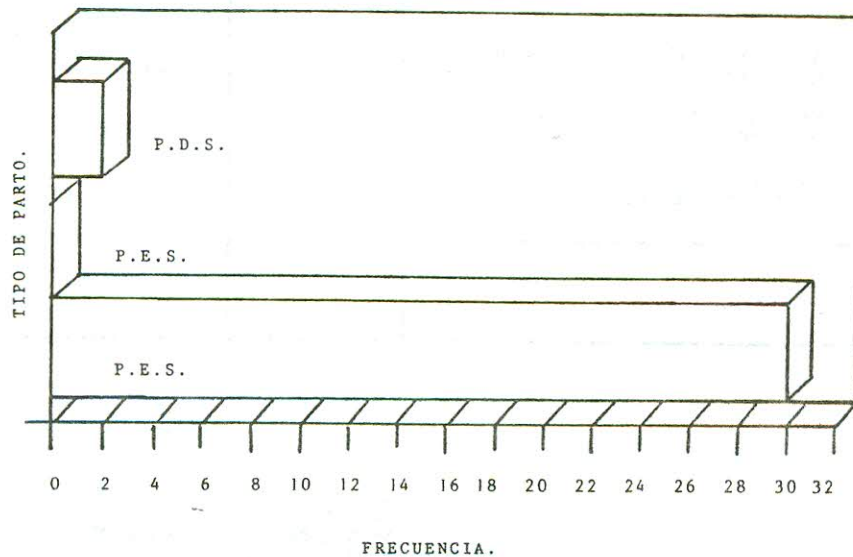
CUADRO # 3.

DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE PARTO.

TIPO DE PARTO.	TOTAL	
	No.	%
EUTOCICO SIMPLE, SIN MANIOBRAS OBSTETRICAS.	30	93.75
EUTOCICO SIMPLE, CON MANIOBRAS OBSTETRICAS.	0	00.00
DISTOCICO SIMPLE (USO DE FORCEPS)	2	6.25
TOTAL.	32	100 %

FUENTE:
BOLETA DE RECOLECCION DE
DATOS.

CUADRO NUMERO 3.
DISTRIBUCION, SEGUN
TIPO DE PARTO.



P.D.S.(Parto Distócico Simple.)

P.E.S.(Parto Eutócico Simple, con maniobras obstétricas.)

P.E.S.(Parto Eutócico Simple, sin maniobras obstétricas.)

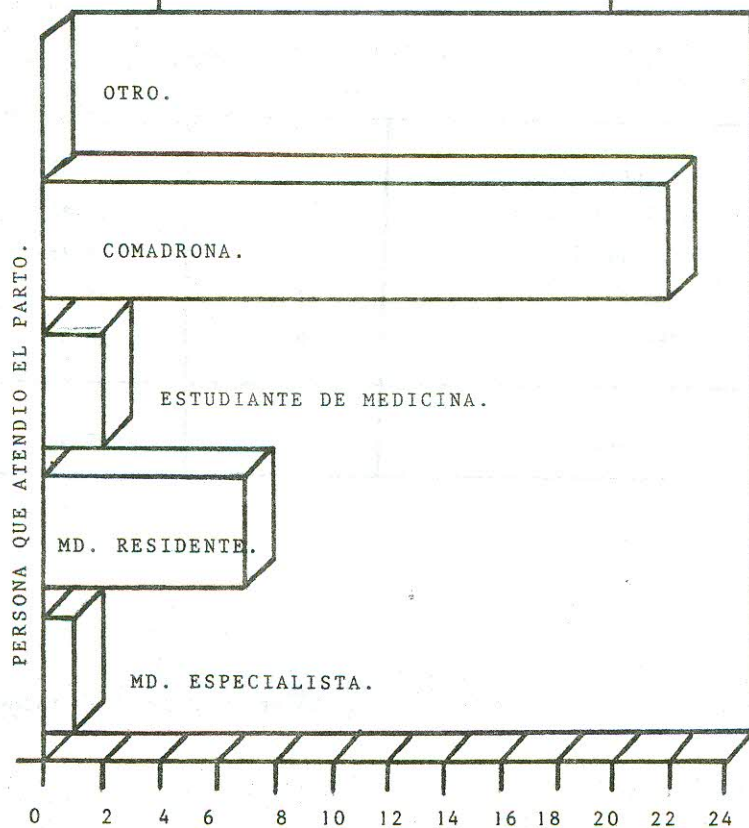
CUADRO # 4.

DISTRIBUCION SEGUN PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO.

PERSONA.	TOTAL.	
	No.	%
MEDICO ESPECIALISTA.	1	3.12
MEDICO RESIDENTE.	7	21.87
ESTUDIANTE.	2	6.25
COMADRONA.	22	68.75
OTRO.	0	00.00
TOTAL.	32	100 %

FUENTE:
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NUMERO 4.
DISTRIBUCION, SEGUN PERSONA
QUE ATENDIO EL PARTO.

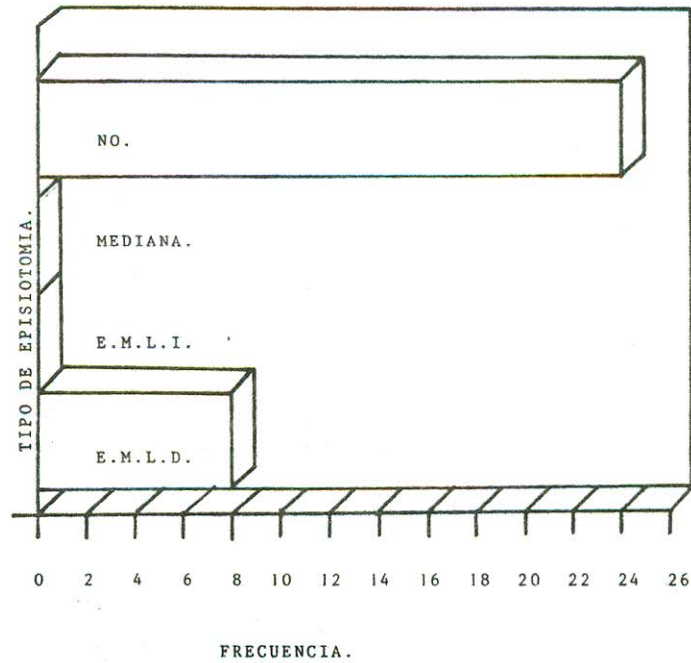


FRECUENCIA.

CUADRO # 5.		
DISTRIBUCION SEGUN USO O NO DE EPISIOTOMIA.		
TIPO	TOTAL	
	No.	%
EPISIOTOMIA MEDIO-LATERAL DERECHA.	8	25.00
EPISIOTOMIA MEDIO-LATERAL IZQUIERDA.	0	00.00
MEDIANA.	0	00.00
NO.	24	75.00
TOTAL.	32	100 %

FUENTE:
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NUMERO 5.
DISTRIBUCION, SEGUN USO O NO
DE EPISIOTOMIA.

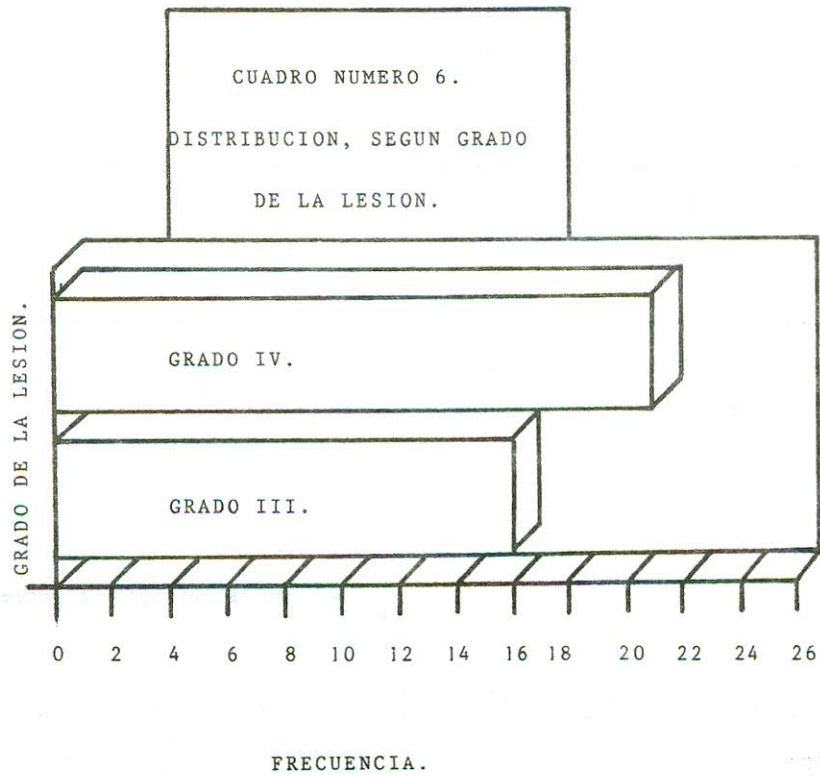


E.M.L.I. (Episiotomía Medio Lateral Izquierda.)

E.M.L.D. (Episiotomía Medio Lateral Derecha.)

<u>CUADRO # 5 .</u>		
DISTRIBUCION SEGUN GRADO DE LA LESION.		
GRADO.	TOTAL.	
	No.	%
GRADO III	18	43.90
GRADO IV	23	56.09
TOTAL.	41	100 %

FUENTE:
BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



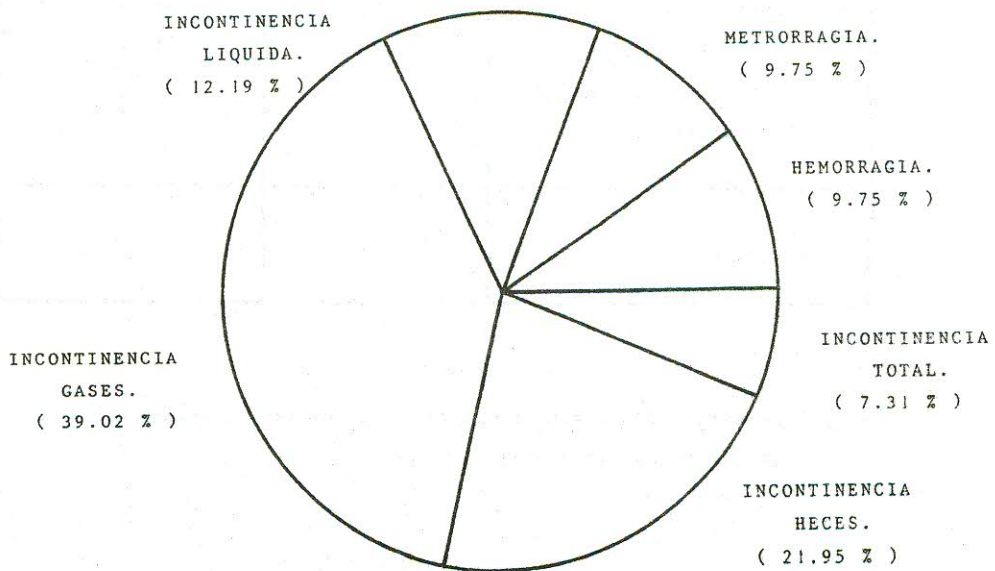
CUADRO # 7.		
DISTRIBUCION SEGUN SIGNOS PRINCIPALES.		
SIGNOS PRINCIPALES.	TOTAL.	
	No.	%
HEMORRAGIA	4	9.75
METRORRAGIA.	4	9.75
INCONTINENCIA LIQUIDA.	5	12.19
INCONTINENCIA A GASES.	16	39.02
INCONTINENCIA A HECES.	9	21.95
INCONTINENCIA TOTAL.	3	7.31
TOTAL.		100 %

NOTA: EN ESTE CASO EL PORCENTAJE SE HIZO EN BASE AL NUMERO DE PACIENTES ESTUDIADAS. (41)

FUENTE:

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NUMERO 7.
DISTRIBUCION, SEGUN
SIGNOS PRINCIPALES.



CUADRO # 8

DISTRIBUCION SEGUN ANTECEDENTES DE DESGARROS PERINEALES.

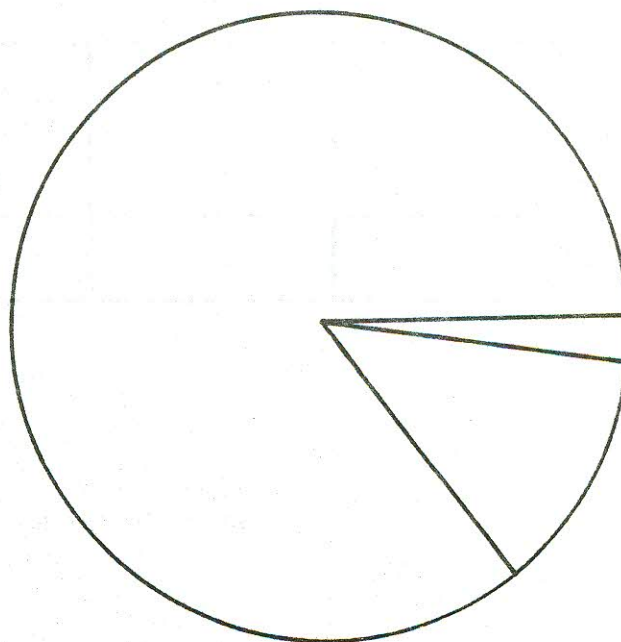
No. DE LESIONES.	TOTAL.	
	NO.	%
NINGUNA.	35	85.36
UNA.	5	12.19
DOS.	1	2.43
TOTAL.	41	100 %

FUENTE.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NUMERO 8.
DISTRIBUCION, SEGUN ANTECEDENTE DE
DESGARROS PERINEALES.

NINGUNO.
(85.36 %)



DOS.
(2.43 %)

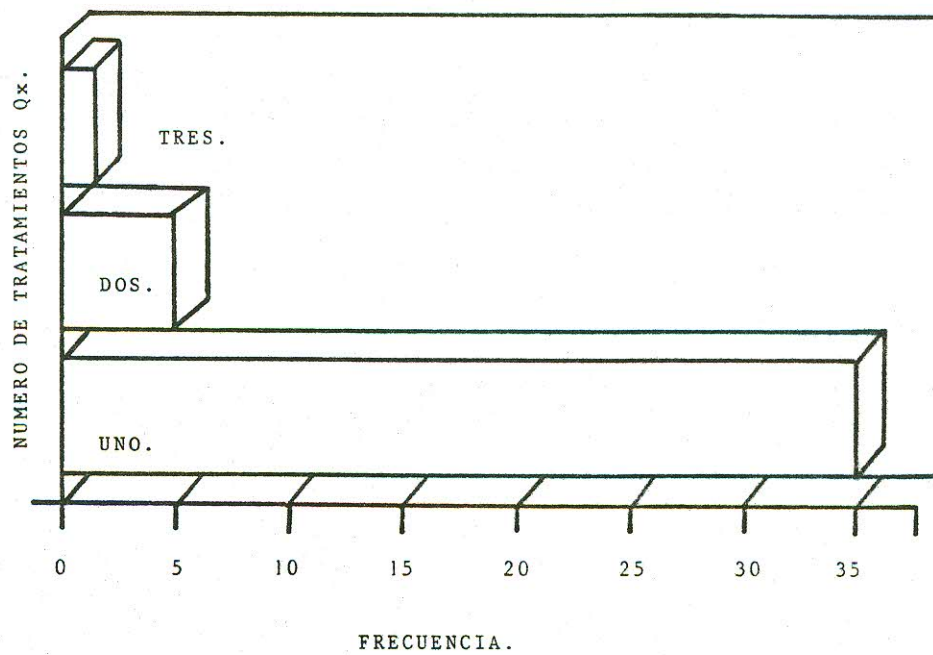
UNA.
(12.19 %)

<u>CUADRO # 9</u>		
DISTRIBUCION SEGUN # DE TRTAMIENTOS QUIRURGICOS RECIBIDOS.		
No. DE TRATAMIENTOS QUIRURGICOS.	No.	TOTAL. %
UNO.	35	85.36
DOS.	05	12.19
TRES.	01	2.43
TOTAL.	41	100 %

FUENTE.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

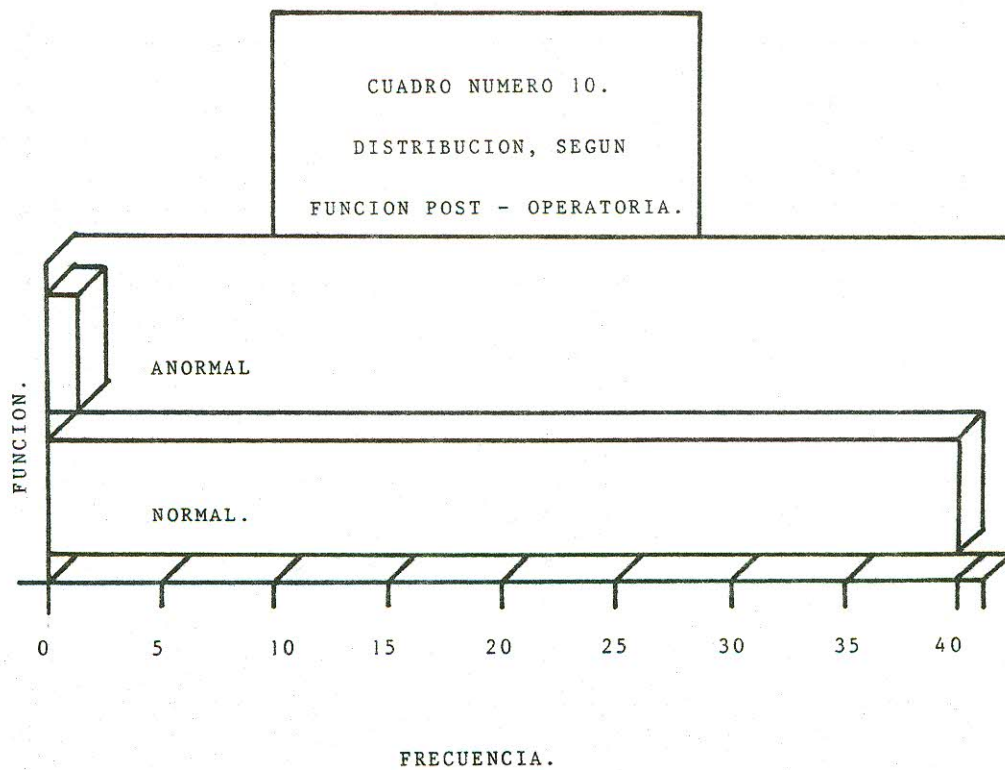
CUADRO NUMERO 9.
DISTRIBUCION, SEGUN NUMERO DE
TRATAMIENTOS QUIRURGICOS RECIBIDOS.



CUADRO # 10 .		
DISTRIBUCION SEGUN FUNCION POST-OPERATORIA.		
FUNCIONALIDAD.	TOTAL	
	No.	%
NORMAL.	40	97.56
ANORMAL.	01	2.43
TOTAL	41	100 %

FUENTE .

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.



CUADRO # 11.

DISTRIBUCION SEGUN PARTOS POSTERIORES A LA LESION.

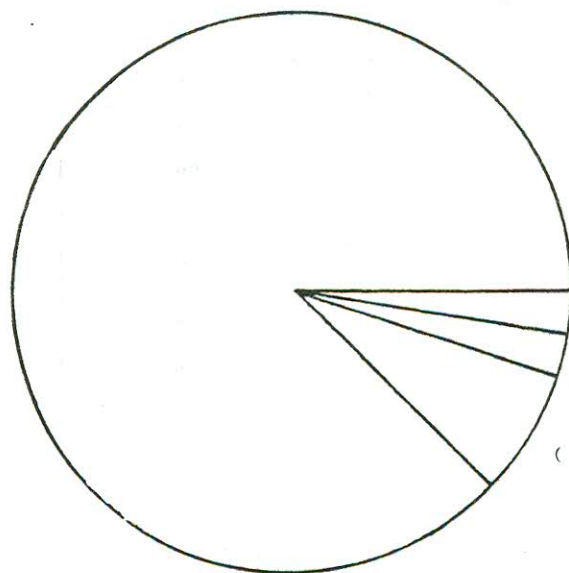
No. DE PARTOS.	TOTAL	
	No.	%
NINGUNO	36	87.80
UNO.	03	7.31
DOS.	00	0.00
TRES.	01	2.43
CUATRO.	01	2.43
TOTAL.	41	100 %

FUENTE.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

CUADRO NUMERO 11.
DISTRIBUCION, SEGUN PARTOS
POSTERIORES A LA LESION.

NINGUNO.
(87.80 %)



CUATRO.
(2.43 %)

TRES.
(2.43 %)

UNO.
(7.31 %)

VIII. CONCLUSIONES.

1. La incidencia de las lesiones perineales, grados III-IV, en las 41 pacientes del estudio, fue de 43.90 % para las de grado III y de 56.09 % para las de grado IV.
2. El rango de edad mas afectado, está comprendido entre las edades de 17 a 26 años, seguido del grupo entre 27 a 36 años, debido a que presentan mayor riesgo a este tipo de lesión, puesto que se encuentran en edad fértil.
3. Se determinó, que la causa que se presentó con mayor índice de desgarros perineales, fue la debida a Parto Eutócico Simple, ya que en su mayoría estos fueron atendidos por comadronas, quienes no realizan Episiotomía en la atención del parto.
4. Entre las complicaciones mas frecuentes que se encontraron, podemos mencionar a la incontinencia de gases, de líquidos y de heces; siendo las de menor incidencia hemorragia y metrorragia.
5. Se estableció, que el tratamiento quirúrgico de los desgarros perineales grados III-IV, si es efectivo para lograr el normal funcionamiento del esfinter anal externo, ya que el 99 % de las pacientes del estudio, recuperaron satisfactoriamente la funcionalidad del esfinter anal externo.

IX . RECOMENDACIONES.

1. Organizar cursos educativos, por parte del personal médico dirigido al grupo de comadronas, haciendo énfasis en el adecuado manejo de la realización de Episiotomía en la atención del parto.
2. Concientizar al personal médico y estudiantes sobre la importancia del adecuado manejo en la atención del parto, para prevenir accidentes durante el mismo.
3. Hacer énfasis en los factores de riesgo, que predisponen a éste tipo de accidentes, con el propósito de evitar serias complicaciones.

X. RESUMEN.

El periné o piso pélvico, es un conjunto que cierra hacia abajo la excavación pélvica; teniendo por límites un marco osteo fibroso, constituido por:

- Por delante el borde inferior de la sínfisis del púbis y las ramas isquiopubianas.
- Por detrás, el vértice del coccix y los ligamentos sacrociáticos mayores.

Así mismo, lo podemos dividir en periné anterior o urogenital y en periné posterior o anal.

El desgarro perineal, está en relación directa con la sobredistensión del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos, manos del obstetra. Así también se puede desgarrar debido a traumatismos y por abuso sexual.

Dichos desgarros, a excepción de los mas superficiales, se acompañan de lesiones de diferente grado, alcanzando profundidades suficientes como para afectar al esfinter anal.

Se distinguen cuatro grados de desgarros del periné, de acuerdo con el grado de extensión, siendo éstos:

- De primer grado, cuando abarcan mucosa, piel y T.C.S.C.
- De segundo grado, cuando se lesiona la musculatura superficial.
- De tercer grado, cuando hay rotura del esfinter externo del ano.
- De cuarto grado, cuando además del esfinter externo del ano, se suma la rotura de la pared anterior del recto.

Entre sus complicaciones principales, podemos mencionar a: hemorragia, prolapso genital y/o uterino, incontinencia líquida, de gases, de heces y total.

la profilaxis, se logra con una cuidadosa atención obstétrica ayudandose con la episiotomía, que consiste en realizar una insición perineal, la cual amplía el orificio vulvar, permitiendo una salida mas fácil del feto, ya que disminuye la compresión en la cabeza fetal y acorta el segundo período del trabajo de parto.

El tratamiento de los desgarros, es exclusivamente quirúrgico, limitandose a los desgarros de segundo tercero, y cuarto grados. Este consiste en la colpoperineoplastia, con miorrafia de los haces puborectales del elevador del ano y la reconstrucción del esfinter anal externo, cuando este ha sido lesionado.

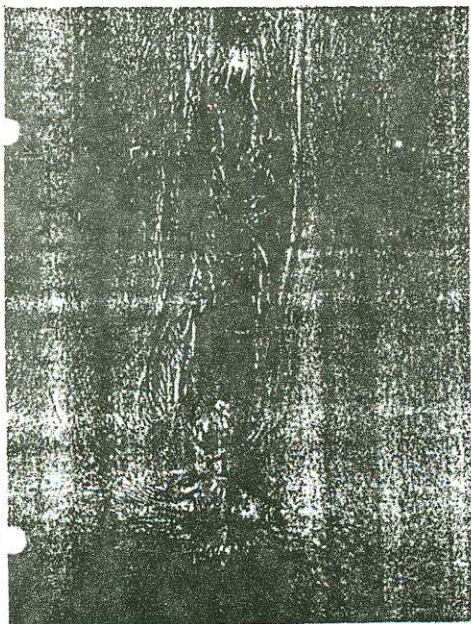
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Barros Paulo, Atlas de operaciones ginecológicas. (1,989). Segunda edición, Editorial El Manual Moderno S.A. México. págs: 140-150.
2. Benson Rlph, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. (1,987). Novena edición, Editorial El Manual Moderno S.A. México. págs: 338-342.
3. Benson Ralph, Manual de Ginecología y Obstetricia. (1,986). Octava edición, Editorial El Manual Moderno S.A. México. págs: 373-375.
4. Benson Ralph, Manual de Ginecología y Obstetricia. (1,985). Séptima edición, Editorial El Manual Moderno S.A. México. págs: 150-155.
5. Calatroni Carlos, Ginecología. (1,984). Segunda edición, Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. págs: 243-251.
6. Ciencia Médica. (1,993). #4, Vol # 2. Alpe Editores S.A. Madrid (España). págs: 15-22.
7. Delee, Principios y Práctica de Obstetricia. (1,955). J.P. Green Hill. Undécima edición, Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. México. págs: 897-898, 901-917.
8. Dexeus, Tratado de Obstetricia. (1,982). Vol # 1. Salvat Editores S.A. Barcelona. págs: 27-30, 330-332, 448-449.
9. Fehrman h, Tratamiento Quirúrgico De Las Hemorragias Obstétricas y Ginecológicas. (1,990). #1, Vol #2. Editorial Española. España. págs: 60-63.
10. Gardner, Anatomía. (1,989). Quinta edición, Editorial Interamericana S.A. México. págs: 568-572.

11. González Merlo, Avances en Obstetricia y Ginecología. (1,983). Salvat Editores S.A. Barcelona. págs: 159-165.
12. Greenhills, Office Gynecology. (1,983). Decima edición, Year Book Médical Publishers, Inc. Chicago (London). págs: 24, 44.
13. Kasser Otto, Atlas de Operaciones Ginecológicas. (1,964). Segunda edición, Ediciones Toray S.A. Barcelona. págs: 180-186.
14. Kegel A H, Progressive Resistance Exercise In The Functional Restoration Of The Perineal Muscles. (1,991). págs: 238-248.
15. Klee Vidaurre Hannia, Perfil de la paciente menor de trece años sujeta a abuso sexual. (1,991). Guatemala. págs: 9-14.
16. Manso Regalado Victor, Uncommon Surgycal Accident in the Epi - siotomy. (1,989). Vol # 15. División Panamericana S.A. págs: 107-112.
17. M. Yussof Dawood, Gynecology. (1,981). Williams & Wilkins. Baltimore (London). págs: 1-7.
18. Nichols D H, Randall C L, Massive eversion of the vagina. (1,983). Vaginal Surgery. Segunda edición, Williams & Wilkins. Baltimore. pág: 284.
19. Novak, Tratado de Ginecología. (1,991). Undécima edición, Nueva Editorial Interamericana S.A. México. págs: 403-423.
20. Pambou O, Revista de Ginecología y Obstetricia. (1,991). División Panamericana S.A. págs: 123-126.
21. Parsons & Wefelder, Atlas de Operaciones Pélvicas. (1,970). Editorial ELICIEN. España. págs: 568-572.
22. Quiroz, Tratado de Anatomia Humana. (1,988). Vigésima Octá - va edición, Editorial Porrua S.A. México. págs: 335-338.

23. Richardson A C, Treatment Of Urinary Stress Incontinence To Paravaginal Fascia Defect. Obstet Gynecol. (1,981). págs: 357-363.
24. Rouviere, Anatomie Humaine. (1,987). Novena edición, Masson S.A. Barcelona. págs: 650, 655-659, 666-667.
25. Schwarcz Ricardo, Obstetricia. (1,988). Cuarta edición, " El Ateneo " Pedro Garcia S.A. Buenos Aires. págs: 456-457, 461-462.
26. Staskin Dr. Zimmern PE. Hadley HR, Patophysiology of Stress Incontinence. Urol Clin North American. (1,992). págs: 12, 279, 284.
27. Unter Beruck Sigtigung, Atlas de Operaciones Ginecológicas. (1,975). Ediciones Toray S.A. Barcelona. págs: 565-572.
28. Williams, Obstetricia. (1,990). Tercera edición, Promotora Editorial S.A. México. págs: 675-684.

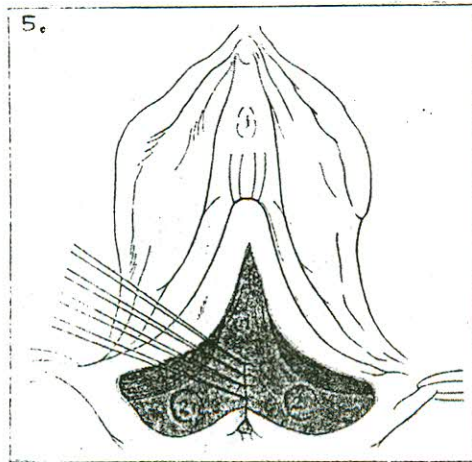
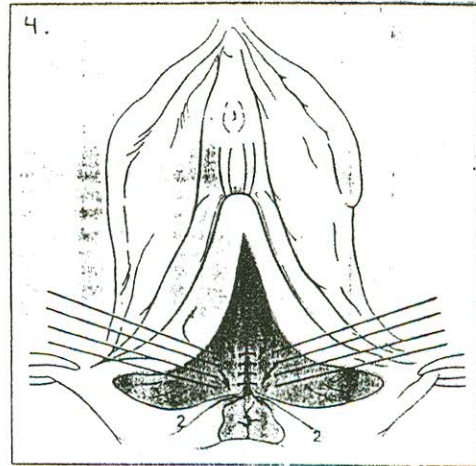
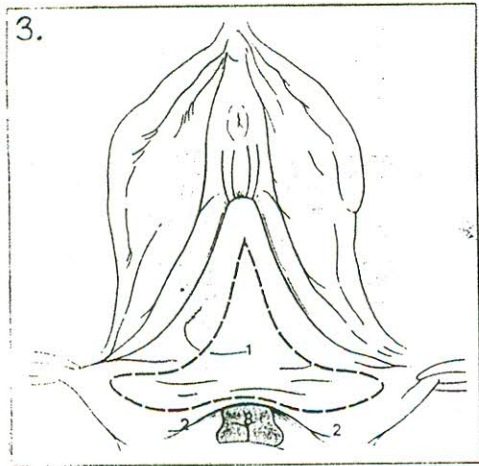
XIII. ANEXOS.

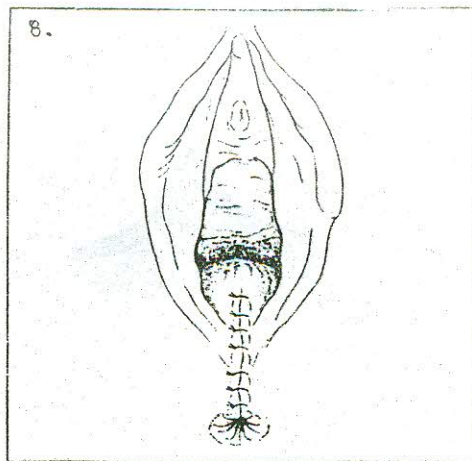
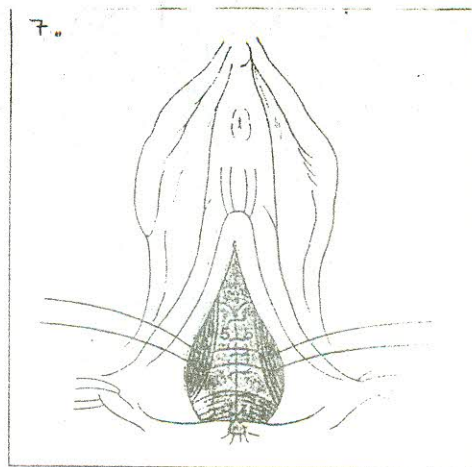
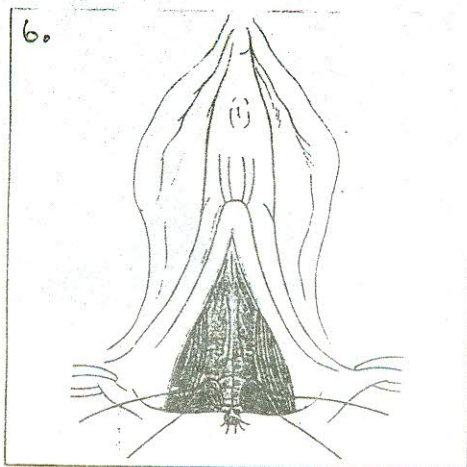


1 Clinical appearance of long standing complete perineal tear



2 Closer view of complete perineal tear





REG. MEDICO. _____

#. _____
FECHA . _____

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____
 EDAD: _____ PROFESION U OFICIO: _____
 FECHA DE INGRESO: _____ DEPARTAMENTO: _____
 DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____ PARIDAD: _____

1. CAUSA DEL DESGARRO?

- a. Trauma. _____
- b. Violación. _____
- c. P.E.S. (Parto Eutócico Simple.) _____
- d. P.D.S. (Parto Distócico Simple.) _____

2. TIPO DE PARTO?

- a. Eutócico.
 - Con maniobras obstétricas. _____
 - Sin maniobras obstétricas. _____
- b. Distócico.
 - Utilización de forceps. _____

3. ATENCION DEL PARTO?

- a. Médico Especialista. _____
- b. Médico Residente. _____
- c. Estudiante de Medicina. _____
- d. Comadrona. _____
- e. Otro. _____

4. SE LE EFECTUO EPISIOTOMIA?

Sí. _____ No. _____

5. TIPO DE EPISIOTOMIA EFECTUADO?

- a. E.M.L.D. _____
- b. E.M.L.I. _____
- c. MEDIANA. _____

6. GRADO DEL DESGARRO?

- a. Grado III. _____
- b. Grado IV. _____

7. SIGNOS PRINCIPALES?

- a. Hemorragia. _____
- b. Metrorragia. _____
- c. Incont. Líquida. _____
- d. Incont. Gases. _____
- e. Incont. Heces. _____
- f. Incont. Total. _____

8. NUMERO DE LESIONES PERINEALES ANTERIORES?

- a. Ninguna. _____
- b. Una. _____
- c. Dos. _____

9. NUMERO DE TRATAMIENTOS QUIRURGICOS RECIBIDOS?

- a. Uno. _____
- b. Dos. _____
- c. Tres. _____

10. FUNCION POST OPERATORIA?

- a. Normal. _____
- b. Anormal. _____

11. NUMERO DE PARTOS EN UN FUTURO?

- a. Uno. _____
- b. Dos. _____
- c. Tres. _____