

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**DESGARROS OBSTETRICOS
DURANTE EL SEGUNDO
PERIODO DE TRABAJO
DE PARTO**

**ESTUDIO QUE PRESENTA
LILIA MONDRAGON GARCIA
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



MEXICO, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Página

PROLOGO.

INTRODUCCION.

I PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.....	11
II OBJETIVOS.....	12
III HIPOTESIS.....	13
IV TERMINOLOGIA GENERAL.....	14
V MARCO TEORICO.....	21
1 Anatomía.....	21
1.1 Anatomía del útero.....	21
1.2 Anatomía de vagina.....	25
1.3 Anatomía de vulva.....	27
1.4 Anatomía de perine.....	30
2 Mecanismo del segundo período de trabajo de parto.....	32
3 Definición de desgarro obstétrico.....	36
4 Etiología de los desgarros obstétricos.	36
4.1 Desgarros del cérvix.....	37
4.2 Clasificación de los desgarros obstétricos.....	37
4.3 Desgarros vaginales.....	41
4.4 Desgarros vulvoperineales.....	41
4.5 Desgarros perineales.....	41
5 Tratamiento.....	42
6 Prevención de los desgarros.....	43
7 Complicaciones.....	44

8 Actuación de la enfermera con pacientes que presentan estos desgarros obstétricos...	45
VI DELIMITACION DEL CAMPO DE ESTUDIO.....	50
VII COMPROBACION DE HIPOTESIS.....	51
VIII CONCLUSIONES.....	75
IX SUGERENCIAS.....	77
X APENDICE.....	78
XI GLOSARIO DE TERMINOS.....	79
XII BIBLIOGRAFIA.....	81

LISTA DE CUADROS DE RESULTADOS

	Pág
CUADRO 1: Edad de las personas investigadas.	56
CUADRO 2: Edad del embarazo de las personas investigadas	57
CUADRO 3: Personas investigadas que presentaron infección vaginal y/o cervical.	58
CUADRO 4: Tiempo que duró el primer período de trabajo de parto.	59
CUADRO 5: Tiempo que duró el segundo período de trabajo de parto.	60
CUADRO 6: Personas investigadas que tuvieron parto conducido o espontáneo.	61
CUADRO 7: Personas investigadas en quienes se utilizaron forceps.	62
CUADRO 8: Tipo de forceps que se usó en las personas investigadas.	63
CUADRO 9: Indicación del uso de forceps en las personas investigadas.	64
CUADRO 10: Tipo de parto en las personas investigadas.	65
CUADRO 11: Peso de los productos obtenidos en las personas investigadas.	66
CUADRO 12: Mujeres investigadas primíparas que se les realizó episiotomía.	67
CUADRO 13: Comparación en mujeres primíparas desgarro contra episiotomía.	68
CUADRO 14: Personas primíparas que presentaron algún tipo de desgarro.	69
CUADRO 15: Mujeres multíparas que presentaron algún tipo de desgarro.	70
CUADRO 16: Personas investigadas con reincidencia de desgarro.	71

CUADRO 17:	Número de veces que presentaron reincidencia de desgarros, grado y localización de estos.	72
CUADRO 18:	Personas investigadas que presentaron trastornos durante el embarazo.	73
CUADRO 19:	Personas investigadas con atención prenatal.	74

P R O L O G O

En tanto que es imposible a veces preveer la casi inevitable laceración del canal del parto en la primigesta y/o múltipara, existen medidas que son útiles para tratar de evitar al máximo, éstas lesiones.

Se estudiará éste tema de Desgarros Obstétricos en el segundo período de trabajo de parto, debido a que no se les dá la importancia requerida y aunque aparentemente no causan problemas graves, se observa que a consecuencia de un mal tratamiento de éstos desgarros a largo plazo causan muchos problemas como son: la Relajación del Suelo Pélvico, Inflammaciones agudas o crónicas y hasta abortos repetidos por una incompetencia cervical.

La inquietud de conocer las causas del porqué se desgarran un gran número de mujeres primigestas y/o múltiparas, hizo posible que se llevara a cabo ésta investigación que se utilizará como Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

I N T R O D U C C I O N

Los Desgarros Obstétricos o sea los que se producen en vulva, vagina, cuello y perine en el momento del nacimiento, pueden no ser visibles, es decir, no aparecer una lesión burda y sin embargo, por debajo de la mucosa y en los músculos del perine, pueden existir tales lesiones y ser muy importantes, porque se puede producir una hemorragia interna y aún cuando los desgarros pueden ser reparados, en ocasiones no se puede conseguir la restauración adecuada de los tejidos normales de sostén y de ésta manera, años más tarde, la mujer presenta síntomas de relajamiento muscular y de trastornos mecánicos de los órganos Pélvicos.

Considero que de acuerdo a la experiencia vivida durante la investigación de éste tipo de lesiones casi siempre pueden evitarse efectuando una Episiotomía en el momento propicio, así como - llevando a cabo también adecuadamente, una maniobra de Ritgen.

I PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

Decidí hacer la investigación de Desgarros Obstétricos durante el segundo período de trabajo de parto, porque considero muy importante las alteraciones que puede sufrir el canal del parto durante el nacimiento y sus posibles complicaciones, así como la manera de evitarlas al máximo, si es posible.

Durante éste período, se presentan varios accidentes Obstétricos como: Rotura del Utero, Lesiones Traumáticas de la Uretra y la Vejiga, Hematomas y Desgarros Cervicovulvovaginales y Perineales, eligiendo éstos como tema de investigación principal que se ha definido en las siguientes líneas: Desgarros Obstétricos durante el segundo período de trabajo de parto.

II OBJETIVOS GENERALES DE ESTUDIO

- a).- Investigar qué tipo de Desgarros Obstétricos, se pueden -- presentar más comúnmente durante éste período (segundo) y sus complicaciones.
- b).- Conocer las causas más frecuentes que producen los desgarrros y la forma de evitarlos.
- c).- Investigar con que frecuencia se presentan desgarros Cervii covulvoperineales en primigestar y multíparas.
- d).- Elaborar en forma clara y concreta la actuación que debe -- tener la enfermera con pacientes puérperas que presentan -- éste problema.

III HIPOTESIS

A) LA EPISIOTOMIA EN PRIMIGESTAS DISMINUYE
EL RIESGO DE DESGARROS CERVICOVULVOPERI
NEALES.

IV TERMINOLOGIA GENERAL

Episiotomía: Es la incisión que se realiza en el perineo y se emplea durante el segundo período de trabajo de parto, y es útil para prevenir un desgarró y que el nacimiento sea más rápido, --- siendo más común que se realice en primigrávidas (1).

Se debe de realizar con tijeras rectas, cuando en el transcurso de una contracción es visible un diámetro de 3-4 centímetros de cabeza fetal, si no se realiza en éste momento y se hace la incisión demasiado tarde, los músculos del perineo ya se habrán distendido mucho o en el caso contrario si se hace muy pronto, la hemorragia de la incisión puede ser considerable entre el tiempo que se realizó ésta y el nacimiento del producto (2).

Se emplea cuando es necesario la extracción del producto con fórceps y en el nacimiento de niños prematuros con el fin de disminuir la presión que sufren los vasos frágiles del interior, del cráneo fetal (3).

(1) NAE M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, p. 405.

(2) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México - 1980, p. 345.

(3) NAE M. Bookmiller, op. cit., p. 405.

Ventajas de la Episiotomía en General:

- 1.- Es una incisión recta y limpia.
- 2.- La dirección de la episiotomía puede ser controlada.
- 3.- Se evita que los músculos del perineo se estiren demasiado y se rompan.
- 4.- Se evita que la cabeza fetal sirva de mazo, pues puede causar lesión cerebral.
- 5.- Acorta la duración del segundo período de parto (4).

Hay dos formas de hacer la incisión, puede realizarse en la línea media o medio lateral (fig. 1). Cuando se hace la episiotomía en la línea media, la incisión se hace directamente hacia atrás, desde la parte media de la horquilla posterior a través de la mucosa vaginal y el cuerpo perineal hasta poco antes del esfínter anal y el recto (5).

Ventajas y desventajas de ésta: Es fácil de reparar, escasas dificultades de cicatrización, rara vez, dolor en el puerperio, no suele ir seguido de dispareunia, resultados anatómicos excelentes, menos pérdida de sangre, la extensión a través del esfínter anal y rectal es frecuente (6).

(4) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani. JR, Enfermería Materno-Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, 1978 p. 331.

(5) DILTS, Dr. P.V. Jr, Obstetricia y Ginecología, Ed. Interamericana, México, 1981, p. 177.

(6) WILLIAMS Louis Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México --- 1980, p. 345.



Episiotomia en linea media



episiotomia medio lateral



Fig.1 Tipos de episiotomia.

En la episiotomía medio lateral a la derecha o izquierda, la incisión se inicia en la parte media de la horquilla posterior y se extiende a un ángulo de 45° , (7), en ésta se afecta la piel, -- los tejidos subcutáneos, la mucosa vaginal, el tabique urogenital, los músculos transversos perineales y los músculos elevadores del ano. (8)

Las prolongaciones de la episiotomía están clasificadas en cuatro grados que corresponden a la misma de los desgarros y se considera de primer grado cuando incluye la mucosa vaginal y piel, no rasgándose el músculo subyacente.

De segundo grado cuando se rasga el músculo del cuerpo perineal, -- pero no afecta el esfínter anal ni el recto.

De tercer grado incluye, la mucosa vaginal y piel, el músculo -- del cuerpo perineal y el esfínter anal, no afectando el recto.

El de cuarto grado, afecta las estructuras precedentes y el recto (9).

En ocasiones poco frecuentes, se presenta como una complicación, la formación de un hematoma, que es necesario de evacuar y reparar la lesión en quirófano, evacuándose de 500 a 1500 ml. de éste por lo que es necesario hacer una transfusión (10).

(7) DILTS. Dr. P.V. Jr, Obstetricia y Ginecología, Ed. Interamericana, México, 1981, p. 177.

(8) BENSON Ralph, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, - Ed. El Manual Moderno S.A., México 1979, p. 683

(9) WILLIAMS Louis Heflman, Obstetricia, Ed. Salvat. México, 1980 p. 345.

(10) DILTS. Dr. P.V. Jr. op. cit., pp. 177-180.

FORCEPS: Es un instrumento que sirve para extraer al producto cuando hay indicaciones fetales o maternas. Este carece de peligro cuando lo utilizan personas capacitadas, en caso contrario, puede producir a la madre, desgarros extenso, hemorragias y/o infección, en el producto hay riesgo de lesión intracraneal y desfiguración.

Un forceps lo comprenden dos hojas macizas o fenestradas, la derecha y la izquierda, éstas tienen dos curvaturas (11), la curva cefálica que debe ser grande para que se puede asir firmemente a la cabeza del niño, sin compresión, pero a la vez, no tan grande que el instrumento resbale y la curva pélvica que corresponde al canal del parto pero varía entre los distintos tipos de forceps (12), también tiene un eje que puede ser largo o corto un cierre por deslizamiento con tornillo fijo o móvil y los mangos (13).

"La articulación o pivote también varía de acuerdo al tipo de forceps, pero la articulación más frecuente consiste en un hueco localizado en el cuello, en la unión con el mango hacia adentro, que fija el hueco localizado de forma similar en el cuello" Una articulación por resbalamiento, es la que tiene el forceps de Kielland, ésta permite a las ramas, moverse atrás y adelante de manera independiente (14).

(11) MAE M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, pp. 413-414.

(12) MAE M. Bookmiller, op. cit., p. 853.

(13) IDEM. pp. 413-414.

(14) WILLIAMS Louis Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México -- 1980, pp. 853-854.

El forceps se puede utilizar en forma electiva o estar indicado previamente.

Esta indicado usarlo cuando es necesario terminar el parto -- porque haya una condición que amenace la vida de la madre o del feto.

Entre las indicaciones maternas, están que la madre presente eclampsia, cardiopatías, hemorragia, desprendimiento prematuro de placenta, infección intrapartúm, agotamiento, en nulíparas, resistencia del perineo y del introito vaginal, que impida el paso del feto.

En las indicaciones fetales, está prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta, problemas en la frecuencia cardiaca fetal (15).

"Esta indicado usar el forceps, siempre y cuando, se cumplan las siguientes condiciones:

- Conocer la presentación y posición del niño.
- Que no haya desproporción cefalopélvica.
- Que no haya contraindicación para el parto vaginal.
- El cuello debe de estar dilatado y retraído por completo.
- Es necesario que la cabeza esté encajada en la pelvis.
- El forceps debe colocarse en forma apropiada antes de aplicar tracción (16).

(15) WILLIAMS Louis Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México, 1980, pp. 856-857.

(16) DILTS. Dr. P.V. Jr, Obstetricia y Ginecología, ED. Interamericana, México, 1981, pp. 173-174-176.

De acuerdo a la situación de la cabeza fetal, cuando se aplican las hojas del forceps, se denomina el nombre de la aplicación - (17).

Aplicación Baja de Forceps: Esta es usada cuando hay compresión prolongada de la cabeza fetal contra un perineo rígido, -- pues si no se efectúa la extracción con forceps, puede ocasionarle al producto, una lesión cerebral; a éste tipo de aplicación se le denomina Forceps Bajo Electivo o Profiláctico (18).

El Forceps Medio, se usa cuando la cabeza ha alcanzado o pasado las espinas ciáticas, pero no ha llegado al piso de la pelvis - (19).

Esta aplicación se subdivide en forceps medio, medio bajo y aplicaciones altas (20).

El forceps medio se usa cuando la cabeza se encuentra a nivel de las espinas isquiáticas, la cabeza casi llena el hueco del sacro.

El forceps medio bajo, se usa cuando el diámetro biaparietal está a nivel de las espinas isquiáticas o por debajo de él, la cabeza llena el hueco del sacro.

Las aplicaciones altas se hacen cuando aún no se ha encajado la cabeza (21).

(17) WILLIAMS Louis Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México, - 1980, pp. 856-857.

(18) WILLIAMS Louis Hellman, op. cit., pp. 856-857.

(19) DILTS Dr. P.V. Jr, Obstetricia y Ginecología, Ed. Interamericana, México, 1981, p. 176.

(20) WILLIAMS Louis Hellman, op. cit., pp. 853-854.

(21) IDEM. p. 856.

V. ANATOMIA DE UTERO, VAGINA Y PERINEO

UTERO: "El útero o matriz, es un órgano destinado a contener el huevo fecundado, durante su evolución y a expulsarlo cuando éste ha alcanzado su desarrollo completo (22).

Está situado en la excavación pélvica, atrás de la vejiga, adelante del recto, por encima de la vagina y por debajo de las asas intestinales, tiene la forma de un cono truncado y aplanado de delante atrás, debajo de su parte media, tiene una ligera estrangulación y que constituye el istmo, el cuál divide al útero en dos partes, correspondiendo la parte superior al cuerpo y la inferior al cuello (23).

El cuello tiene una porción intravaginal llamada hocico de tenca, éste presenta una abertura, que es el orificio externo del cuello que dá acceso a la cavidad uterina. En la mujer virgen, el orificio externo es redondeado y los bordes son duros y consistentes. En la múltipara el orificio externo, está desgarrado transversalmente (24).

(22) QUIROZ Gutiérrez, Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa, - México, 1972, p. 309.

(23) ALCARAZ del Río, Ignacio, Anatomía Humana, Ed. Librería de Medicina, México, 1974, p. 536.

(24) IDEM, p. 538.

Es único normalmente, pero puede llegar a ser doble o faltar; - en la nulípara, mide aproximadamente siete centímetros de longitud por cuatro de ancho en el cuerpo y dos en su cuello.

En la múltipara, mide ocho centímetros de longitud por cinco de ancho.

En la nulípara pesa de 40-50 gramos y en la múltipara de 60-70 gramos. Normalmente tiene una situación central con ligera anteflexión y ligera anteversión con desviaciones causadas por la repleción de las vísceras y posición que adopte la mujer (25). Está suspendido por seis ligamentos formados por repliegues peritoneales (26), por el tejido celular pelvisubperitoneal, los músculos del peritoneo en particular los elevadores del ano y - las paredes vaginales (27).

Los ligamentos anchos van de los bordes laterales del cuerpo, - hasta las paredes pélvicas, la parte superior del ligamento, -- constituye el mesosalpinx y por debajo de éste, se encuentra el mesometrio (28).

-
- (25) QUIROZ Gutiérrez, Fernando, Anatomía Humana. Ed. Porrúa, - México, 1972, p. 309.
- (26) QUIROZ Gutiérrez, Fernando, op. cit., p. 309.
- (27) L. TESTUT A. Latarjet, Compendio de Anatomía Descriptiva, Ed. Salvat, Barcelona, 1973, pp. 730-731.
- (28) ALCARAZ del Río Ignacio, Anatomía Humana. Ed. Librería de Medicina, México, 1974, pp. 540-542.

Los ligamentos redondos nacen de la parte anterior y lateral -- del útero, por debajo de la trompa, éstos se introducen en el -- orificio interno del conducto inguinal, al llegar a la vulva, -- se dividen en filamentos que terminan en la espina del pubis, -- en la capa célula adiposa del monte de venus y de los grandes -- labios, miden de 12-14 centímetros de longitud (29).

Los ligamentos uterosacros, o repliegues de Douglas van de la -- cara posterior del cuello, a la primera o segunda vértebra sa-- cra; se componen de dos repliegues peritoneales (30). Estos -- también contribuyen a la fijación del útero a la vagina, rodea-- dos ambos, por tejido celular subperitoneal que se adhiere a -- las paredes pélvicas formando el parametrio de Virchow o liga-- mento transverso de Mackenrodt. Así sostenido el útero, éste -- se encuentra sobre el piso del perineo y principalmente sobre -- el elevador del ano que le sirve de sostén (31).

(29) L TESTUT A. Latarjet, Compendio de Anatomía Descriptiva, -- Ed. Salvat, Barcelona, 1973, pp. 729-730.

(30) L TESTUT A. Latarjet, op. cit., pp. 730-731.

(31) QUIROZ Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa, Mé-- xico, 1972, pp. 311-312.

Anatómicamente el útero está formado por tres capas, la serosa externa, la muscular media y la mucosa interna. La capa serosa cubre su base y su cara anterior hasta el istmo, la vejiga formando el fondo de saco véscouterino, la parte posterior de la vagina y las caras anterolaterales del recto, formando el fondo de saco de Douglas. La capa muscular, está formada por fibras musculares lisas dispuestas en tres capas; la capa media, está formada por haces que se entrecruzan en todos sentidos y ésta alberga gran cantidad de canales venosos o senos uterinos. Y la capa interna, está constituida por algunos haces longitudinales que al nivel de la base, se desvían hacia las trompas uterinas.

La capa mucosa interna, cubre la cavidad uterina, presentando en el cuello y en el cuerpo, una estructura diferente. En el cuello, la mucosa es pálida y presenta los pliegues del árbol de la vida, formada ésta, por epitelio cilíndrico ciliado, en su porción inferior o vaginal el epitelio se transforma en pavimentoso o estratificado, éste contiene glándulas en forma de criptas, de tubo o en racimo, cuando se tapa el conducto excretor de éstas, se forman los llamados huevos de Naboth (32).

(32) QUIROZ Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa, - México, 1972, pp. 314-315-316-317.

Está irrigado por la arteria uterina, rama de la hipogástrica - y tiene como arterias accesorias, la ovárica y la arteria del - ligamento redondo. Las venas proceden de las tres capas antes mencionadas y van a los senos uterinos; éstos se dirigen a los bordes del útero en donde forman los plexos venosos uterinos -- (33).

Los linfáticos también proceden de las tres capas y van al te-- jido celular subperitoneal para formar ahí la red periférica -- que se dirige al cuerpo y cuello.

Los nervios proceden de los dos plexos: Uterino y Uteroovárico; unos penetran en el cuello y otros se unen en el mesosalpinx -- (34).

VAGINA: La vagina es un conducto musculomembranoso, que se extiende del cuello uterino a la vulva (35).

Se localiza en la cavidad pelviana, atrás de la vejiga, delante del recto y debajo del útero. Se inserta alrededor del cuello del útero, la extremidad inferior, corresponde a la vulva (36), en su extremidad superior, forma una cúpula que se une al hocico de tenca, formando los fondos de saco. Mide 8 centímetros - de longitud aproximadamente (37).

-
- (33) QUIROZ Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa, Mé- xico, 1972, pp. 734-735.
- (34) L TESTUT A Latarjet, Compendio de Anatomía Descriptiva, Ed. Salvat, Barcelona, 1973, pp. 734-735.
- (35) QUIROZ Gutiérrez Fernando, op. cit., p. 321.
- (36) ALCARAZ del Río Ignacio, Anatomía Humana, Ed. Librería de Medicina, México, 1974, p. 543.
- (37) QUIROZ Gutiérrez Fernando, op. cit., p. 521.

Por delante, se relaciona con la vejiga y más abajo, con la uretra. Está tapizada por arriba, por el peritoneo del fondo de saco de Douglas, por abajo, se relaciona con el recto y la uretra. La extremidad inferior, se abre en el vestíbulo, en forma de una hendidura vertical, que se encuentra estrecha en la mujer virgen, por una membrana mucosa y que se le denomina himen, éste varía en su forma y espesor; se incarta en el orificio inferior de la vagina, es muy susceptible de desgarrarse con facilidad, aunque en ocasiones, no se desgarran aún introduciendo el dedo explorador o el pene mismo, constituyendo el -- himen elástico.

Puede tener una forma semilunar, anular, con lengüeta pendiente, cribiforme, lobulado, con puente y en ojo de cerradura. Durante el primer coito generalmente el himen se desgarran produciendo una leve hemorragia, pero que puede ser también abundante, a los colgajos cicatrizados se llaman lóbulos himeneales. Durante el parto, los desgarros se hacen más profundos -- por lo que a los lóbulos himeneales se les llama carúnculas -- multiformes (38).

Anatómicamente, la pared vaginal está compuesta de tres capas que son: la capa conjuntiva que es delgada y de color blanquecino, la capa muscular que forma el esfínter liso de la vagina y la capa mucosa que es de color grisáceo o ligeramente rosada (en la menstruación y embarazo es roja), es muy resistente y elástica. Esta se compone de un corión y un epitelio pavimentoso estratificado (39).

-
- (38) ALCARAZ del Río Ignacio, Anatomía Humana, Ed. Librería de Medicina, México, 1974, p. 545.
- (39) L TESTUT A Latarjet, Compendio de Anatomía Descriptiva, - Ed. Salvat, Barcelona, 1973, pp. 735-736-737.

Está irrigada en su parte superior por la arteria uterina, la inferior por la arteria vaginal y en la zona vulvar recibe ramas vaginales de la hemorroidal media (40).

Las venas forman el plexo vaginal que ocupa toda la altura de la vagina (41).

Los linfáticos desembocan en los ganglios ilíacos externos y otros a los ganglios hipogástricos. Los nervios proceden del plexo hipogástrico.

VULVA: La vulva se constituye por los órganos genitales externos de la mujer, labios mayores, labios menores, monte de venus espacio interlabial y un aparato eréctil. En su parte media, hay una depresión llamada vestíbulo, en el fondo del cuál se encuentra situada la uretra y la vagina. Se encuentra situada debajo de la vagina (42).

Esta limitada lateralmente por los labios mayores que se pierden en el monte de venus, y por los labios menores que envuelven al clítoris y junto con otras formaciones constituye el aparato eréctil de la vulva (43).

Anatómicamente está formada por cinco capas: a) la piel es muy delgada y fina con abundantes pelos, glándulas sebáceas y sudoríparas, se encuentra muy pigmentada. b) una capa de fibras musculares lisas, éstas fibras se encuentran muy adheridas a la capa de la piel. c) una capa de tejido celuloadiposo. d) una capa fibro-elástica. e) una capa adiposa.

(40) ALCARAZ del Río Ignacio, Anatomía Humana, Ed. Librería de Medicina, México, 1974, pp. 545-547.

(41) L TESTUT A Latarjet, Compendio de Anatomía Descriptiva, Ed. Salvat, Barcelona, 1973, p. 738.

(42) ALCARAZ del Río Ignacio, op. cit., pp. 545-547.

(43) QUIROZ Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa, México, 1972, p. 324.

El monte de venus es una eminencia ancha que se localiza por delante de la vulva, atrás y abajo con los labios mayores y -- por arriba se pierde con la pared abdominal. Está formada por una capa gruesa de tejido adiposo que se encuentra debajo de la piel.

El monte de venus carece de pelos en la niña, pero se cubre en la mujer adulta, con una implantación en forma de triángulo de base superior y vértice hacia la vulva (44).

Está irrigado por las pudendas externas e inervado por las ramas genitales del plexo lumbar.

Los labios mayores son dos repliegues cutáneos que miden 7-8 centímetros de largo, ocupan la parte externa de la vulva, éstos son gruesos, firmes y resistentes en las niñas y en las mujeres vírgenes en la mujer adulta, se hacen delgados y flácidos (45).

Tiene dos caras, su cara externa en la pubertad se cubre de pelos, ésta se encuentra separada del muslo por el surco genitorcral, su cara interna es lisa y de color rosado; ésta se relaciona con el labio menor, formando el surco interlabial (46)

Están irrigados por la arteria pudenda externa y la perineal inferior, por las venas superficiales y las venas profundas. -

Los linfáticos van a los ganglios superficiales de la ingle y los nervios salen de la rama perineal del pudendo interno (47)

(44) ALCARAZ del Río Ignacio, Anatomía Humana, Ed. Librería de Medicina, México, 1974, pp. 547-549.

(45) L. TESTUT A Latarjet, Compendio de Anatomía Descriptiva, - Ed. Salvat, Barcelona, 1973, pp. 738-739.

(46) ALCARAZ del Río Ignacio, op. cit., p. 547.

(47) L. TESTUT A Latarjet, op. cit., pp. 739-740.

Los labios menores o ninfas están formados por un repliegue cutáneo de apariencia mucosa, se encuentran situados dentro de los labios mayores y miden 3 centímetros de longitud. Por su cara externa, se relacionan con la cara interna del labio menor del lado opuesto. La extremidad anterior se divide en dos hojas, la hoja anterior forma un capuchón al clítoris y la posterior forma el frenillo del clítoris.

La extremidad posterior forma la horquilla. El clítoris es un órgano eréctil, homólogo del pene que está formado por los cuerpos cavernosos (48).

El himen es un tabique que se localiza en los límites del conducto vulvar y vaginal, presenta diversos tipos (ya antes mencionado). Separando los labios mayores y los menores, se encuentra el vestíbulo, el meato urinario y el clítoris (49).

Se consideran glándulas anexas del aparato genital femenino, a las glándulas de Bartholino, las uretrales y periuretrales (50)

(48) ALCARAZ del Río Ignacio, Anatomía Humana, Ed. Librería de Medicina, México, 1974, pp. 547-549.

(49) QUIROZ Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa, México, 1972, pp. 326-327.

(50) ALCARAZ del Río Ignacio, op. cit., pp. 549-550.

Las glándulas vulvovaginales o glándulas de Bartholin, se localizan una a cada lado del orificio vulvovaginal, alcanzan su máximo desarrollo en la edad adulta y se atrofian en la vejez. De la cara interna de la glándula, se desprende el conducto excretorio que segrega un líquido incoloro y untoso que sirve de lubricante durante el coito.

PERINE: El perineo en la mujer, tiene como límites los músculos del perine y sus aponeurosis.

El músculo transverso del perineo, se inserta en la cara interna del isquión y en el rafe anovulvar, el que pone en tensión cuando se contrae.

El músculo isquicavernoso, se inserta en la cara superior y lateral del clítoris, al que abate durante su contracción.

El músculo vulvocavernoso, se inserta en el rafe anovulvar, donde se entrecruzan sus fibras con las del esfínter del ano cubre el vulvo vaginal y a la glándula de Bartholin alcanzando el clítoris.

El músculo transverso profundo del perineo se inserta en la rama isquiopúbica y en el rafe anovaginal.

El músculo esfínter externo de la uretra, envuelve al conducto uretral, éste desaparece cuando la uretra se adhiere a la vagina.

El músculo esfínter externo del ano, se encuentra en la porción anal del recto, tiene la forma de un anillo éste es más desarrollado en el hombre que en la mujer.

El músculo rectovaginal se extiende del recto a la cara posterior de la vagina.

El músculo elevador del ano, se pone en contacto con las paredes de la vagina y va a insertarse al rafe anovulvar.

El músculo constrictor profundo del perineo, es poco frecuente en la mujer por lo que no se cita (51).

(51) QUIROZ Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa -- México, 1972, pp. 329-330.

MECANISMO DEL SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

Definición: El mecanismo de trabajo de parto, son las acciones que se producen sobre el feto. "La fuerza de cada contracción, se transmite a través del líquido amniótico y se suman como una fuerza única a lo largo de la columna vertebral fetal hacia el cuello" (52).

Considero importante mencionar que el trabajo de parto, se subdivide en cuatro etapas que son: la primera cuando se inician las contracciones rítmicas que modifican el cuello y termina con su dilatación total en primigrávidas dura de 8-10 horas y en multigrávidas 4-6 horas, siendo la duración máxima de 18 horas. La segunda etapa se inicia con la dilatación completa del cérvix y termina con la expulsión del producto. La tercera se inicia con el nacimiento y termina con la expulsión de la placenta. La cuarta se inicia con las dos primeras del pos parto, después de la expulsión de la placenta (53).

Debido a la forma irregular del conducto pelviano y las dimensiones de la cabeza fetal madura, para el nacimiento del producto se lleva a cabo un proceso de adaptación entre la cabeza fetal y los diversos segmentos de la pelvis, éstos movimientos no ocurren separadamente sino de una combinación de éstos que actúan al mismo tiempo (54).

(52) DILTS, Dr. P.V. Jr., Obstetricia y Ginecología, Ed. Interamericana, México, 1981, pp. 163-164.

(53) DILTS, Dr. P.V. Jr., op. cit., p. 156.

(54) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México, 1980, pp. 315-316.

Cuando el cérvix se ha dilatado totalmente, se pide a la parturienta que haga esfuerzos de expulsión, si ésta es capaz de empujar la parte que se presenta al piso de la pelvis. El descenso y la rotación de la presentación sucederá en 60-90 minutos, siendo preferible que recurrir al uso de forceps.

Esta etapa generalmente es muy corta en multigrávidas, por lo que se traslada a la paciente a la sala de labor, cuando tiene siete u ocho centímetros de dilatación, para aguardar la expulsión en 15-20 minutos (55).

Generalmente, la presentación más común es la O.I.A., por lo que se describirá ésta en éste segundo período (56).

Los movimientos que realiza el feto por orden son:

- 1.- Encajamiento: La cabeza del feto puede encajarse antes que se inicie el parto o al principio de éste, su descenso es facilitado por la flexión adecuada del cuello y enderezamiento del cuerpo fetal. Las contracciones uterinas desempeñan un papel muy importante para el encajamiento, si éste no ha ocurrido antes del parto (57).
- 2.- El descenso es un requisito indispensable para el nacimiento se lleva a cabo el descenso junto con el encajamiento, éste es provocado por la presión del líquido amniótico, --contracción de músculos abdominales y extensión y enderezamiento del cuerpo del feto (58).

-
- (55) DILTS, Dr. P.V. Jr., Obstetricia y Ginecología, Ed. Interamericana, México, 1981, p. 163.
- (56) BECK, M. D. Alfred, Práctica de Obstetricia, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977, pp. 208-209-210-211.
- (57) MAE, M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, pp. 173-174.
- (58) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México, 1980, pp. 315-316.

- 3.- Descenso: Este depende de la configuración pélvica de la madre y cabeza del producto, éste es gradual y progresivo, existiendo factores para que el descenso sea más lento, como por ejemplo, deficiencia de las contracciones, y/o resistencia pélvica (59).
- 4.- Flexión: La flexión ocurre cuando la cabeza que ya descendió, encuentra una resistencia por parte del cuello, de las paredes de la pelvis o del suelo de ésta (60).
- 5.- Rotación Interna: A causa de la resistencia de músculos y aponeurosis del suelo pélvico y de la dirección del conducto hacia abajo y adelante, el occipucio gira hacia adelante adaptando el diámetro mayor de la cabeza fetal al diámetro mayor del estrecho pélvico en éste momento son indispensables las contracciones uterinas.

El occipucio queda debajo del arco pubiano y señala el orificio vulvar. Los hombros y el cuerpo del feto han descendido las contracciones son más fuertes y frecuentes y los músculos abdominales empiezan a trabajar para expulsar el feto y es cuando se produce un gran estiramiento de vagina suelo pélvico, perineo y vulva (61).

-
- (59) BENSON Ralph, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos Ed. El Manual Moderno S.A., México, 1979, pp. 673-674.
 - (60) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México, 1980, pp. 316-317.
 - (61) MAE M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, p. 174.

- 6.- Extensión: Ya que el occipucio es empujado hacia adelante, los músculos elevadores del ano se contraen sobre frente y cara del feto y así ayudan a la extensión de la cabeza que sigue el camino de menor resistencia y así salir el occipucio, la frente, la cara y la barbilla (62).
- 7.- Rotación Externa: La cabeza expulsada tiene una restitución y si el occipucio estaba hacia la izquierda rotará hacia la región isquiática izquierda y en dirección opuesta (63).
- 8.- Expulsión: Posteriormente, aparece por debajo de la sínfisis pubiana el hombro anterior, después el posterior que destiende al perineo e inmediatamente el resto del cuerpo (64).

-
- (62) MAE M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, p. 174.
- (63) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México, 1980, p. 321.
- (64) IDEM., p. 321.

Definición de Desgarro: Solución de continuidad de bordes ordinariamente desiguales y franjeados producido por un estiramiento.

Definición de Obstetricia: Rama de la Medicina que trata del parto, sus antecedentes y sus secuelas.

Definición de Desgarro Obstétrico: Es la disociación de la fascia y estructuras musculares del canal de parto, que suceden durante el nacimiento.

En el curso del parto, pueden ocurrir accidentes que afecten la salud materno-fetal, dentro de los accidentes maternos pueden ocurrir los Desgarros, clasificados en las siguientes líneas: Desgarros Vaginales, Desgarros Vulvoperineales y Desgarros del Cuello del Utero (65).

Etiología: Los desgarros tienen varias causas por las que se producen; mencionaré algunas de éstas causas generales: porque los tejidos estén edematosos a causa de toxemia, por un período expulsivo prolongado, falta de elasticidad, desproporción entre el feto y la vagina, la extracción de nalgas y la extracción con forceps (66).

(65) SCHAWRCZ Ricardo, Obstetricia, Buenos Aires, Ed. Librería El Ateneo, 1974, p. 642.

(66) MAE M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, pp. 398-399.

Desgarros del Cérvix: Estos pueden ser frecuentes en un 93% de las primíparas, y ocasionado por el paso de la cabeza por un -- cuello con dilatación incompleta, o pujos prematuros en los par-- tos espontáneos (67), pero en general, son desgarros no mayores de 2 centímetros, que se consideran como inevitables en el par-- to, éstos cicatrizan con rapidez y no producen síntomas, al ci-- catrizarse se modifica el orificio externo del conducto cervical y afirmar posteriormente si una mujer ha tenido hijos o no (68) Existen también lesiones más serias del cuello, causadas por -- maniobras en las que se ha empleado fuerza y se les denomina -- Desgarros Artificiales, éstos miden más de 2 centímetros de pro-- fundidad y siendo generalmente bilaterales (fig. 2), muy san-- grantes, con hemorragia continúa (69), y profusa después del a-- lumbramiento, se hace una revisión para descartar que no haya -- restos placentarios si descartada ésta posibilidad, continúa la hemorragia, debe exponerse inmediatamente el cuello (70).

Para su estudio se clasifican en cuatro grados de acuerdo a la magnitud que lesionen (71), denominándose los de primero y se-- gundo grado incompletos y de tercero y cuarto grado completos -- (72).

-
- (67) SCHWARCZ Ricardo, Obstetricia, Buenos Aires, Ed. Librería El Ateneo, 1974, p. 642.
- (68) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, Méxi-- co, 1980, pp. 711-712.
- (69) SCHWARCZ Ricardo, op. cit., p. 642.
- (70) BECK. M. D. Alfred, Práctica de Obstetricia, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977, pp. 773-774.
- (71) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani, Jr., Enfermería Materno -- Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, -- 1978, p. 330.
- (72) SCHWARCZ Ricardo, op. cit., p. 644.

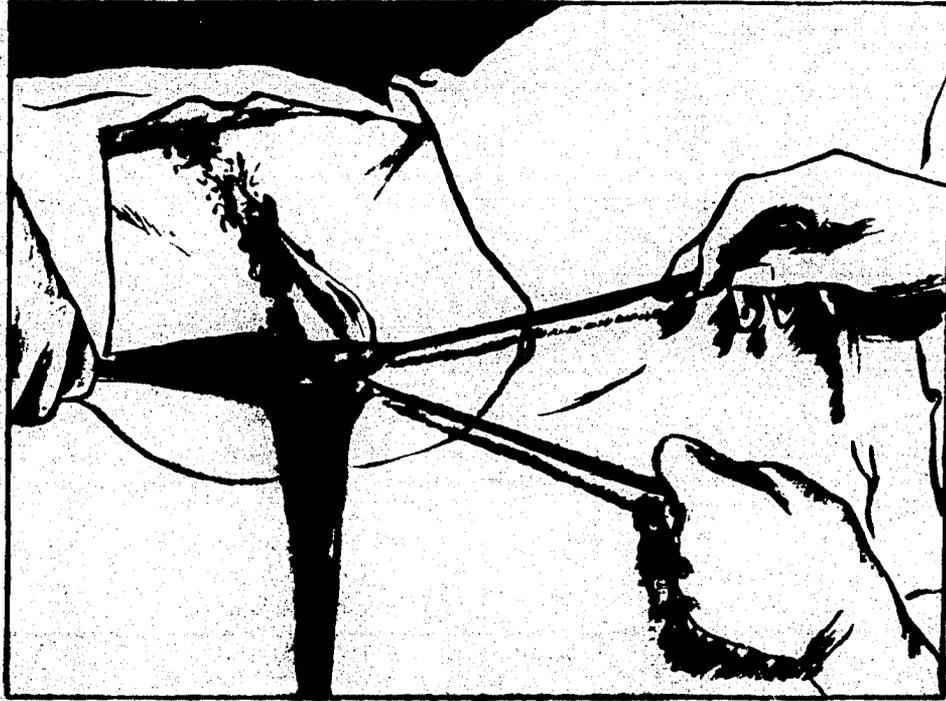


Fig. 2 Desgarro del oculis, expuesto para su reparacion

Se denominan de primer grado (fig. 3), cuando se lacera o desgarrara la mucosa vaginal, la piel del perineo o ambos. Estos se pueden evitar con la extracción lenta del niño espontáneamente y/o realizando la episiotomía (73).

De segundo grado, cuando se lesionan la piel, la mucosa vaginal y músculos del perine, generalmente éstos se prolongan a uno o ambos lados de la vagina (fig. 3-B).

De tercer grado (fig. 3-C), cuando se laceran la piel, la mucosa vaginal, perine y esfínter rectal, por lo que se le llama --desgarro completo (74).

De cuarto grado cuando afecta los mencionados anteriormente pero además, se lesiona la mucosa rectal dejando al descubierto --la luz del recto (75).

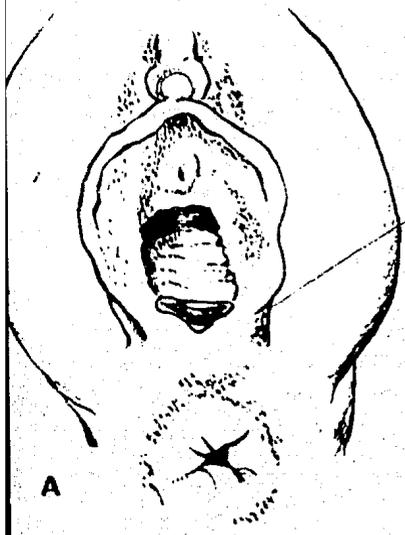
También los desgarros de vagina y perineo se presentan en la mayoría de las pacientes observándose algunos más o menos grandes es decir, la magnitud varía pudiendo ser desde simples separaciones de la piel y/o la mucosa hasta desgarrarse el perineo --(76).

(73) MAE M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, p. 398.

(74) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani Jr., Enfermería Materno-Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, --1978, p. 330.

(75) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México 1980, pp. 343-344.

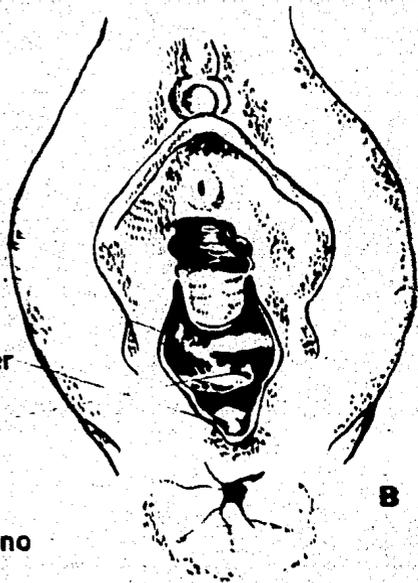
(76) MAE M. Bookmiller, op. cit., p. 398.



Horquilla
 Membrana mucosa
 Fascia subcutanea

Ano

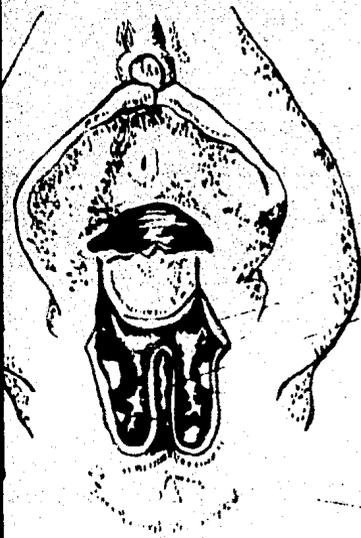
A



Horquilla
 Piel perineal
 Musculo perineal transverso
 Musculo del esfinter anal
 Elevador del ano

Ano

B



Horquilla
 Piel perineal
 Superficie anterior del recto
 Musculo perineal Transverso
 Musculo del esfinter anal

Ano

3 Laceraciones del canal del parto.

A) de primer grado. B) de segundo grado. C) de tercer grado.

Desgarros Vaginales: Estos se definen como una lesión de la pared vaginal lateral que puede abarcar no sólo a la mucosa y pliegos vaginales, sino también a la vejiga y recto, pueden producirse por partos forzados, a rotaciones intravaginales del feto, a dilataciones violentas de vaginas fibrosas mal irrigadas o con cicatrices de partos anteriores o por fetos voluminosos y partos espontáneos.

Se comprueba realizando el tacto, palpándose hendiduras abiertas en las paredes vaginales, exteriormente el perineo no se aprecia si está intacto por lo que se realiza un tacto rectal y sondeo vesical (77).

Los desgarros vulvoperineales, se presentan con una frecuencia del 40% en las primíparas. Estos se clasifican en cuatro grados de acuerdo a la extensión que afecten (78). Siendo ésta clasificación la ya antes mencionada.

Desgarros Perineales: Los desgarros centrales del perineo con conservación anatómica de la vulva y del ano, se presentan en perineos altos y resistentes (79).

Estos se producen por una sobredistensión mecánica del perineo por la presión de la cabeza u hombros fetales, instrumentos o maniobras manuales del obstetra, además, en tejidos fibrosos, en primíparas añosas, edema, hipoplasia, pelvis estrechas, cicatrices anteriores que no dejan distender bien el perineo y en variedades occipitosacras que distienden más el perineo (80).

(77) SCHWARCZ Ricardo, Obstetricia, Buenos Aires, Ed. Librería El Ateneo, 1974, pp. 643-644.

(78) IDEM., p. 644.

(79) IDEM., p. 644.

(80) IDEM., pp. 644-645.

Tratamiento General de los Desgarros Obstétricos:

El tratamiento es quirúrgico, realizando primero, la visualización de éste (desgarro), introduciendo un espejo de Sims dentro de la vagina y sujetando con pinzas de anillos los labios del cuello para poder inspeccionarse bien, si presenta un desgarro (81), se sutura inmediatamente después al alumbramiento, antes de que la herida se contamine y se recomienda hacer una revisión previa de vagina y cuello antes de suturar el perine.

Por lo general, en desgarros de primero y segundo grado se utiliza anestesia local y en los de tercer y cuarto grado, anestesia general (82).

El primer punto debe suturarse arriba del ángulo superior de la herida para cohibir la hemorragia de un vaso retraído, posteriormente, se aproxima los bordes del desgarro con puntos separados con catgut colocados a un centímetro aproximadamente (83)

En la reparación de desgarros incompletos, se expone la herida haciendo tracción sobre dos suturas colocadas en los bordes de la horquilla desgarrada y un pedazo de gasa se aplica contra el cuello, para mantener el campo libre del escurrimiento sanguíneo lento uterino, entonces se aproxima el ángulo superior de la herida con puntos separados con catgut, se hace una tracción suave sobre ésta sutura para exponer los bordes que se van a suturar con una distancia entre cada uno de un centímetro aproximadamente (84).

(81) BECK. M. D. Alfred, Práctica de Obstetricia, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977, pp. 773-774.

(82) SCHWARCZ Ricardo, Obstetricia, Buenos Aires, Ed. Librería El Ateneo, 1974, pp. 644-645.

(83) BECK. M. D. Alfred, op. cit., pp. 773-774.

(84) IDEM., pp. 773-774-779.

En los desgarros completos, se ponen los puntos separados a la pared rectal a medio centímetro, después de cerrar el extremo del esfínter, se coloca un dedo dentro del recto, haciendo tracción para determinar si éstos han sujeto al esfínter. Posteriormente, se refuerza la sutura del recto con puntos separados y se sutura la vagina (85).

En la reparación de desgarros vaginales, se aproximan sus bordes teniendo cuidado de suturar bien los desgarros de la pared anterior, pues de lo contrario, puede ocasionar un cistocele y causar éste, dificultades en partos futuros (86).

Medidas que disminuyen el riesgo de sufrir un Desgarro:

- 1) Evitar que la cabeza fetal descienda muy rápido, tan pronto como el cuero cabelludo aparezca en el anillo vulvovaginal, se observará el descenso de ésta, si es muy rápido, se controlará ésta, colocando la mano en el pericráneo retardando así su avance y la salida súbita del niño con el consiguiente desgarro.
- 2) Favorecer la flexión: se realizará una ligera presión hacia abajo sobre la parte que se presenta, permitiendo así que la nuca se coloque bajo la sínfisis.
- 3) Favorecer la extensión: cuando la nuca llega bajo la sínfisis la mano que está sobre la cabeza controla el progreso.

(85) BECK M. D. Alfred, Práctica de Obstetricia, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977, p. 779.

(86) BECK M. D. Alfred, op. cit., pp. 265-266.

4) Extraer la cabeza entre las contracciones por medio de la maniobra de Ritgen; cuando el plano suboccípitofrontal, está por nacer, se pide a la paciente que deje de pujar, las manos del médico detienen la cabeza hasta que termina la contracción que habrá dado fin al parto y con la otra mano cubierta con una compresa estéril, hace presión a través de las partes blandas maternas por detrás del recto y empujan hacia arriba la cara y la frente.

5) Realizar la perineotomía o episiotomía profiláctica (87).

6) No extraer el feto en las presentaciones pelvianas.

7) No aplicar forceps.

8) No permitirles pujar antes de que el cuello se haya dilatado por completo (88).

COMPLICACIONES: Como consecuencia de éstos desgarros, la eversion del cérvix con exposición de las glándulas endocervicales, productoras de moco, frecuentemente es la causa de la leucorrea persistente (89), se pueden presentar también inflamaciones agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano, fístulas perineales, rectales o vesicales (90) o relajación del suelo pélvico - con rectocele, cistocele o incluso un prolapso uterino (91).

(87) BECK, M. D. Alfred, Práctica de Obstetricia, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977, pp. 265-266.

(88) SCHWARCZ Ricardo, Obstetricia, Buenos Aires, Ed. Librería El Ateneo, 1974, pp. 642-643-644.

(89) WILLIAMS Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México 1980, p. 712.

(90) MAE M. Bookmillier, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, pp. 398-399.

(91) SCHWARCZ Ricardo, op. cit., p. 644.

ACTUACION DE LA ENFERMERA CON PACIENTES QUE PRESENTAN
DESGARROS OBSTETRICOS

El cuidado postoperatorio que se debe tener con pacientes que presentaron un desgarro obstétrico, comprende el evitar la contaminación del sitio de la operación por orina o las heces y el alivio de las molestias, y más tarde el restablecimiento indoloro de las funciones normales del intestino (92). Así pues debe vigilarse estrictamente la temperatura ya que la fiebre es usualmente el primer síntoma de un proceso infeccioso. El pulso puede ayudar a determinar el significado de la temperatura, si pasa de 100, se notificará al médico de inmediato (93). La dieta debe ser de pocos residuos o dieta líquida para reducir el volumen de contenido intestinal y disminuir la necesidad de la defecación en el período postoperatorio inmediato. Para conveniencia de la paciente y el cirujano, puede dejarse a permanencia una sonda vesical después de la operación (94).

(92) MILLER Norman y Hazel Avery, Enfermería Ginecológica, Ed. Interamericana, México, 1966, p. 128.

(93) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani, Jr., Enfermería Materno-Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, 1978, p. 353.

(94) MILLER Norman y Hazel Avery, op. cit., p. 128.

CATETERIZACION: Debido a que los tejidos de los genitales externos han sufrido cierto grado de trauma y están adoloridos, debemos de hacer saber a la madre que estamos conscientes de la situación por lo que se actuará con precauciones especiales para no causar molestias.

Al separar los labios se tendrá cuidado de no tirar de las suturas perineales o vaginales, previo a ésto se contará con una buena iluminación.

El meato urinario y área circundante habrán sido previamente limpiados, con cierto grado de fricción a fin de limpiar el área en forma adecuada. Se tendrá cuidado de que no penetre la solución antiséptica utilizada debido al peligro de contaminación del canal del parto.

ELIMINACION INTESTINAL: Es necesario tomar medidas de prevención a fin de evitar contaminación con las evacuaciones. En este punto queda incluida la dieta antes mencionada (95). Para el restablecimiento de las funciones intestinales puede ordenarse un enema de retención constituido por aceite de capacidad de 200 ml. para resblandecer las heces y hacer el primer movimiento intestinal postoperatorio indoloro y atraumático (96).

(95) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani, Jr., Enfermería Materno Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, 1978, p. 355.

(96) MILLER Norman y Hazel Avery, Enfermería Ginecológica, Ed. Interamericana, México, 1966, p. 128.

CUIDADO DEL PERINEO: El cuidado perineal se utiliza para limpiar la vulva, el perineo y la región anal, para prevenir las infecciones y favorecer la cicatrización del perineo y episiotomía. Este procedimiento es muy importante ya que la enfermera aprovecha para inspeccionar el área y la secreción de loquios. Esta asepsia, se realizará cada vez que la madre orine o evacúe. Para la limpieza se utilizan toallas desechables, torundas y/o gasas, jabón suave, agua, pinza de anillos y guantes.

- La enfermera se lava las manos cuidadosamente.
- Retira la toalla sanitaria y observa las características de loquios (olor, cantidad)
- La limpieza con las torundas y/o gasas, se iniciará del frente hacia atrás, para evitar la contaminación del vestíbulo, por contacto con la región anal.
- Se limpian los labios mayores, yendo del pubis al perineo.
- Se utilizará una torunda y/o gasa sólo una ocasión y se desechará.
- Se secará el área en la misma forma.
- Para limpiar la región anal, se inclina a la madre, en decubito lateral derecho o izquierdo y se separan los glúteos antes de limpiar perineo y región anal.
- Si presentan los muslos y glúteos loquios, pueden lavarse con agua y jabón como es común, ya que no es necesario limpiarlos en la misma forma que la vulva.
- Si se utilizan toallas o torundas mojadas, éstas nunca deberán estar chorreando para evitar que la solución de limpieza penetre en la vagina.

- La toalla sanitaria limpia, se toma por la cara externa a fin de que los dedos de la enfermera no toquen la cara que está en contacto con el perineo, se coloca en la vulva empezando por el frente y extendiéndola hacia atrás.

La enfermera se encarga de realizar éste procedimiento hasta -- que la madre es capaz de hacerlo por sí misma, dándole previa -- instrucción a ésta cuando se le realiza en la cama.

Pero a pesar de esto, la enfermera es la indicada para inspec-- cionar el perineo diariamente de preferencia en la mañana, para asegurarse que los puntos de la episiotomía y/o desgarro obsté-- trico sea éste del tipo y localización que fuere, están cicatri-- zando bien, así como de la cantidad y características de los lo-- quios antes de que la paciente se bañe (97).

Después de que orine, se le explicará como limpiarse de adelan-- te hacia atrás, utilizando el papel higiénico una sola vez.

El desague de limpieza del inodoro, se hará sólo cuando la ma-- dre esté ya de pie, para evitar que el agua salpique la región perineal.

Se aplicará calor seco para favorecer la cicatrización por 20-- -25 minutos dos o tres veces al día (98).

(97) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani, Jr., Enfermería Materno -Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, -- 1978, p. 357.

(98) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani, Jr., op. cit., p. 358.

En un desgarro de tercer grado, es muy molesto mantenerse sentada por lo que es aconsejable, el empleo de un cojín de caucho - inflado, con aire para sentarse (99).

Se suministran analgésicos para disminuir las molestias, éstos indicados por el médico, así como antibióticos para prevenir la infección (100).

(99) MILLER Norman y Hazel Avery, Enfermería Ginecológica, Ed. Interamericana, México, 1966, p. 128.

(100) SHARON R. Reeder Luigi Mastroiani, Jr., Enfermería Materno-Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, 1978, p. 358.

DELIMITACION DEL CAMPO DE ESTUDIO:

El trabajo de investigación, se llevó a cabo en el Centro Materno-Infantil "Maximino Avila Camacho", ubicado en Constituyentes No. 240.

METODO:

UNIVERSO: El universo estuvo representado por 60 mujeres en el segundo período de trabajo de parto y puerperio inmediato.

PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS:

Para lograr los objetivos, se utilizó como instrumento un cuestionario que se resolvió por medio de la observación directa de la paciente en el segundo período de trabajo de parto y datos anteriores de su expediente clínico, por la responsable de la investigación.

(Anexo 1).

COMPROBACION DE HIPOTESIS

Como se observa en éste cuadro (1), la mayoría de las pacientes investigadas son jóvenes, en edad altamente reproductiva, el 36.6%, sin problemas aparentes de vagina y/o perine fibrosos, pues éste problema se presenta generalmente en mujeres añosas primíparas correspondiendo al 5% del total de las mujeres investigadas, por éste motivo, se puede producir algún tipo de desgarrro.

En éste cuadro (2) el 3.3% tenían 30-32 semanas de embarazo y el 28.34% tenían 36-38 semanas, haciendo un total del 31.6%, -- considerándose por el número de semanas de embarazo, un parto prematuro; refirmándose por lo cual, que éste tipo de parto puede ocasionar también una laceración cervicovulvoperineal por la salida súbita del producto por el canal del parto.

Es importante analizar éstos resultados (cuadro 3), ya que un gran porcentaje 53%, de las mujeres investigadas, presentaron cervicitis y en general sumando el otro tipo de infecciones, hacen un total del 70%, éste tipo de leucorrea, puede estar siendo ocasionada por una complicación de un desgarrro, producido en partos anteriores en donde hubo exposición de las glándulas endocervicales, productoras de moco.

Un 76.6% (cuadro 4), o sea la suma de $16.7 + 25.0 + 21.6 + 13.3 = 76.6\%$, tuvieron un tiempo dentro de los límites normales para el 1er. período de trabajo de parto y un 23.4%, tuvo un trabajo de parto prolongado causante de una lesión obstétrica.

En el 2o. período de trabajo de parto, un 81.7% de las mujeres investigadas, duraron un promedio normal de tiempo para éste -- período y un 18.3% presentó un parto espontáneo súbito que duró de 0-5 minutos (las pacientes llegaban en período expulsivo) -- ocasionándose a veces por ésta razón un desgarro (cuadro 5).

La mayoría de los partos, fueron conducidos el 73.4%, evitando que la cabeza descendiera muy rápido, controlando la salida súbita de ésta con la maniobra de Ritgen, el 18.3%, tuvo un parto espontáneo causante de algún tipo de lesión cervicovulvoperineal (cuadro 6).

En el cuadro 7, se observa que en un 20%, se usó forceps y en un 80% no se usaron (cuadro 8); en un 10%, se usó el forceps -- tipo Kielland y en un 8.3%, de Simpson (cuadro 9), indicados -- por período expulsivo prolongado en un 8.3%, por variedad de -- posición en un 6.6% y profilácticos en un 1.7%, considerándose que el uso de éstos, provoca desgarros perineales, cervicales y/o vaginales. Por lo general, los forceps Kielland, producen los desgarros cervicales en mayor porcentaje que los de Simpson pues los de Kielland se usan cuando la altura de la toma -- es media; ésta es usada cuando la cabeza ha alcanzado o pasado las espinas ciáticas, pero no ha llegado al piso de la pelvis. El uso de los forceps causan un desgarro por un mal manejo de éstos, porque no haya una dilatación completa, por sufrimiento fetal etc., (ya mencionado en marco teórico).

El 76.7%, de los partos de las parturientas, no presentaron -- ningún problema, es decir, fueron eutócicos y el 23.3%, fueron partos distócicos ocasionados por una variedad de posición o -- por uso de forceps (cuadro 10).

Un gran porcentaje 48.3% de los productos obtenidos tuvieron un peso de más de 3 kg siendo ésta también una de las principales causas que provocan los desgarros perineales de 1o. ó 2o. - - - (cuadro 11).

Este cuadro es uno de los más importantes de la investigación - pues es donde es donde especifica la comprobación de la hipótesis "La episiotomía en primigestas disminuye el riesgo de desgarros cervicovulvoperineales".

Como se observa a la mayoría de las primíparas en la actualidad se les realiza la episiotomía al 68.42% de las mujeres investigadas, para así tratar de disminuir el riesgo de que tenga un - desgarró, no lográndose eliminar totalmente esta lesión, pues - varias ocasiones, las pacientes llegaban en período expulsivo, por una desproporción cefalopélvica o por la extracción con for - ceps (cuadro 12).

Los resultados reafirman la hipótesis formulada pues de 68.42% de las primíparas que se les realizó la episiotomía, sólo se -- desgarraron el 10.52% y no se desgarraron el 57.90%; a las muje - res que no se les realizó la episiotomía, fué al 31.58%, tenien - do desgarros el 21.06% (cuadro 13). Los tipos y grado de desga - rros sufridos fueron: vaginal de primer grado el 5.27%; vaginal de segundo grado el 0%, perineal de primer grado el 10.52%, pe - rineal de segundo grado el 5.27%, cervical de primer grado el - 10.52% y el cervical de segundo grado el 0% (cuadro 14). Sien - do los más comunes, los perineales y cervicales de primer gra - do. Es de llamar la atención, el gran porcentaje de desgarros en múltiparas, pues fué del 73.18%, originándose por varias cau - sas siendo una de ellas, principalmente, por la confianza de --

que éstas mujeres tienen los tejidos elásticos y no ameritan -- que se les realice una episiotomía comprobándose lo contrario -- el cuadro 15, especifica el porcentaje de los tipos y grados de lesión del canal del parto producidos. Otro dato importante -- que se comprobó durante la investigación es que hay varias pacientes que sufren reincidencia de desgarros, correspondiendo -- al 15% del total de las investigadas (60 mujeres) (cuadro 16). Las mujeres con reincidencia de lesiones en el canal del parto, fueron 9 (15%), éstas se desgarraron 20 veces, es decir, la misma parturienta en ocasiones, se desgarraba no sólo en el primer parto, sino en los subsiguientes o sea que una parturienta presentó desgarró perineal de primer grado dos veces, otra lo presentó en tres ocasiones. Dos mujeres tuvieron desgarró perineal de segundo grado, dos veces, otra más, presentó tres veces desgarros mixtos, es decir, una ocasión vaginal de primer grado otra perineal de primer grado y posteriormente otro vaginal de primer grado. Las otras cuatro mujeres restantes, para sumar las nueve, con reincidencia de desgarros tuvieron desgarros mixtos, es decir, perineal, vaginal y/o cervical; el número total fué de 20 desgarros en las nueve mujeres (cuadro 17).

Las mujeres con trastornos durante el embarazo fué del 31.6% -- del total de las mujeres embarazadas investigadas, algunos de los problemas mencionados fueron una pauta para el uso de forceps, como es en el caso de la cardiópata y la preclamsia severa que ocasionó que se usaran éstos (forceps) y se causaran desgarros perineales de primero y segundo grado (cuadro 18).

El 61.6% de las investigadas, tuvieron afortunadamente atención prenatal ya que, mediante ésta atención se puede valorar el es-

tado de salud de la paciente y el producto para así, en el momento del parto, tener las precauciones correctas y evitar al máximo las complicaciones que pongan en peligro la salud materno fetal (cuadro 19).

C U A D R O N o . 1

AD DE LAS PERSONAS INVESTIGADAS.

No.	Gpos. de Edad.	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	16 - 20	17	28.4
2	21 - 25	22	36.6
3	26 - 30	9	15.0
4	31 - 35	9	15.0
5	36 - 40	3	5.0
T O T A L		60	100.0

FUENTE: : Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o . 2

DAD DEL EMBARAZO DE LAS PERSONAS INVESTIGADAS

No.	Semanas Embarazo	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	30 - 32	2	3.33
2	33 - 35	0	0.00
3	36 - 38	17	28.34
4	39 - 41	39	65.00
5	+ de 41	2	3.33
TOTAL		60	100.00

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o . 3

PERSONAS INVESTIGADAS QUE PRESENTARON INFECCION VAGINAL Y/O CERVICAL

No.	Tipo de Infeccion	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Cervicitis	32	53.3
2	Tricomonas	2	3.4
3	Moniliasis	5	8.3
4	Mixto	3	5.0
5	S/I	18	30.0
T O T A L		60	100.0

FUENTE: : Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o . 4

TIEMPO QUE DURO EL 1er. PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

No.	Tiempo (Hrs)	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	1 - 3	10	16.7
2	4 - 6	15	25.0
3	7 - 9	13	21.6
4	10 - 12	8	13.3
5	13 - 15	9	15.0
6	16 - 18	4	6.7
7	19 - 21	1	1.7
TOTAL		60	100.0

FUENTE: : Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o.5

EMPO QUE DURO EL 2o. PERIODO DE TRABAJO DE PARTO

No.	Tiempo (Mins.)	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	0 - 5	11	18.3
2	6 - 10	6	10.0
3	11 - 15	11	18.3
4	16 - 20	9	15.0
5	21 - 25	6	10.0
6	26 - 30	6	10.0
7	+ de 30	11	18.3
T O T A L		60	100.0

FUENTE: :: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o . 6

PERSONAS INVESTIGADAS QUE TUVIERON PARTO CONDUcido O ESPONTANEO

No.	Tipo de Parto	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Conducido	11	18.3
2	Espontaneo	44	73.4
3	S / D	5	8.3
T O T A L		60	100.0

FUENTE: :: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o . 7

PERSONAS INVESTIGADAS EN QUIENES SE UTILIZARON FORCEPS

No.	Uso de Forceps	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	SI	12	20.0
2	NO	48	80.0
T O T A L		60	100.0

FUENTE:: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o. 8

TIPO DE FORCEPS QUE SE USO EN LAS PERSONAS INVESTIGADAS

No.	Tipo de Forceps	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Simpson	5	8.3
2	Kielland	6	10.0
3	Neugele	1	1.7
4	S/U	48	80.0
T O T A L		60	100.0

FUENTE: : Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O No. 9

INDICACION DEL USO DE FORCEPS EN PERSONAS INVESTIGADAS

No.	Indicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	P. E. P.	5	8.3
2	Variedad de poscn. y P. E. P.	4	6.6
3	Profilactico	1	1.7
4	Prod. Inmaduro	1	1.7
5	Variedad de poscn.	1	1.7
6	S / U	48	80.0
T O T A L		60	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Gamacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

P E P

C U A D R O N o . 1 0

T I P O D E P A R T O E N L A S P E R S O N A S I N V E S T I G A D A S

No.	Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Eutocico	46	76.7
2	Distocico	14	23.3
T O T A L		60	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O No.II

PESO Y No. DE PRODUCTOS OBTENIDOS DE LAS PERSONAS INVESTIGADAS

No.	P e s o (en Kg.)	F r e c u e n c i a	P o r c e n t a j e (%)
I	2.0 - 2.5	4	6.7
I	2.5 - 3.0	27	45.0
I	+ de 3.0	29	48.3
T O T A L		60	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O No.12

MUJERES INVESTIGADAS PRIMIPARAS QUE SE LES REALIZO EPISIOTOMIA.

No.	Primiparas	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	c/episiotomia	13	68.42
2	s/episiotomia	6	31.58
T O T A L		19	100.00

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o. 13

COMPARACION EN MUJERES PRIMIPARAS DESGARRO CONTRA EPISIOTOMIA

No.	Relación	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Desgarro C/Episiotomia	2	10.52
2	Desgarro S/Episiotomia	4	21.06
3	S/Desgarro C/Episiotomia	11	57.90
4	S/Desgarro S/Episiotomia	2	10.52
T O T A L		60	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O No. 14

PERSONAS PRIMIPARAS QUE PRESENTARON ALGUN TIPO DE DESGARRO

No.	Tipo de Desgarro	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Vaginal 1°	1	5.27
2	Vaginal 2°	0	0.00
3	Perineal 1°	2	10.52
4	Perineal 2°	1	5.27
5	Cervical 1°	2	10.52
6	Cervical 2°	0	0.00
7	S Desgarro	13	68.42
T O T A L		19	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O No.15

MUJERES MULTIPARAS QUE PRESENTARON ALGUN TIPO DE DESGARRO

No.	Tipo de Desgarro	grado	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Vaginal	1o.	5	12.20
2	Vaginal	2o.	3	7.32
3	Perineal	1o.	14	34.14
4	Perineal	2o.	6	14.64
5	Cervical	1o.	2	4.88
6	Cervical	2o.	0	0.00
7	S / D	--	11	26.82
T O T A L			41	100.00

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o . 16

PERSONAS INVESTIGADAS CON REINCIDENCIA DE DESGARROS

No.	Reincidencia de Desgarros	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	SI	9	15.0
2	No	51	85.0
TOTAL		60	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O N o . 1 7

No. DE VECES QUE PRESENTARON REINCIDENCIA DE DESGARROS, GRADO Y LOCALIZACION DE ESTOS

No.	Grado y localización	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Vaginal 1°	4	20.0
2	Vaginal 2°	1	5.0
3	Perineal 1°	9	45.0
4	Perineal 2°	5	25.0
5	Cervical 1°	1	5.0
T O T A L (*)		20	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O No. 18

PERSONAS INVESTIGADAS QUE PRESENTARON TRASTORNOS DURANTE EL EMBARAZO

No.	Tipo de Trastorno	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Cardiopatias	1	1.7
2	Preclamsia leve	5	8.3
3	Preclamsia Severa	2	3.3
4	Varices de labios	2	3.3
5	A. Hipocromica	5	8.3
6	Otros	4	6.7
7	S/Trastorno	41	68.4
T O T A L		60	100.0

FUENTE: Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avila Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C U A D R O No. 19

PERSONAS INVESTIGADAS CON ATENCION PRENATAL

No.	Atención Prenatal	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Si	37	61.6
2	No	23	38.4
TOTAL		60	100.0

FUENTE:

Datos de la investigación realizada en el Centro Materno-Infantil, Maximino Avifa Camacho, ubicado en Constituyentes No. 240. A 60 mujeres en el Segundo Periodo de Trabajo de Parto y Puerperio Inmediato.

C O N C L U S I O N E S

Aún cuando en la actualidad hay mayor número de personas más -- capacitadas para atender un parto, hasta el más hábil de los mé dicos o enfermeras parteras pueden verse impedidos para evitar daños al organismo materno, como en éste caso, un desgarro cervicovulvoperineal.

Algunos de éstos desgarros se llegan a considerar como inevitables en el parto, como el desgarro de primero y segundo grado, en la primípara y aún en la múltipara.

En ocasiones, éstos no son superficiales por lo que no se les - reconoce inmediatamente, su importancia depende de la extensión del desgarro.

Los desgarros inevitables en el parto, no producen problemas y cicatrizan con rapidez, pero otras ocasiones es necesario reali- zar una revisión cuidadosa del canal de parto para detectarlos y corregirlos inmediatamente, pues de lo contrario puede ocu- rrir una hemorragia intra o extraperitoneal, cuando el desgarro se extiende hacia el interior del útero y provocar así un cho- que hipovolémico, una incompetencia cervical que provoque abor- tos repetidos, por una laceración mal reparada a través del ori- ficio interno o una cicatriz fibrosa que ocasione una infec- ción.

En la actualidad, las mujeres se concientizan más de la respon- sabilidad de ser madre y se atienden oportunamente, cuando sa- ben que están embarazadas acudiendo al médico para su atención prenatal y les detecten problemas que pongan hasta en peligro de muerte la vida de la madre o el producto.

La hipótesis formulada de que "La episiotomía en primigestas disminuye el riesgo de desgarras cervicovulvoperineales", se cumplió, ya que un gran porcentaje de las mujeres primíparas, se les realizó la episiotomía o perineotomía evitando así que se provoque un desgarro. Los resultados de la investigación -- que afirma ésta comprobación de la hipótesis, es que de un total de 60 mujeres investigadas en el segundo período de trabajo de parto, 19 eran primíparas y 41 mujeres eran multíparas.

El 10.52% de las primíparas se desgarraron y el 73.18% de las multíparas también se desgarraron, pero en mayor proporción que las primeras, por diversos factores, éstos ya mencionados en el marco teórico, especificando que uno de los más importantes es, que no se les realizará una episiotomía profiláctica, para evitar un desgarro obstétrico.

SUGERENCIAS

Es conveniente concientizar a médicos y enfermeras de la importancia de hacer una exploración cuidadosa del canal del parto, después del nacimiento y alumbramiento, ya que con ésto, se tendría una seguridad de que no hay ninguna lesión obstétrica y así evitar problemas futuros a las mujeres investigadas de tener una relajación del suelo pélvico.

Cuando se repara un desgarro, en los partos futuros es necesario realizar una episiotomía profiláctica para evitar de nuevo otro desgarro producido por una cicatriz anterior fibrosa.

Además de que se valore con detenimiento a las mujeres multíparas, la elasticidad de sus tejidos vulvo perineales, ya que muchas ocasiones por saber el antecedente de que son multíparas ya no se les realiza la perineotomía o episiotomía y como se observó en los resultados de la investigación hay un mayor porcentaje de desgarros en éstas, por éste descuido y confianza de médicos y enfermeras.

Se debe presionar a las parturientas para que acudan al médico y se valore el estado de la episiotomía que se realizó, pues son dadas de alta a su domicilio y ya no regresan, ignorándose si cicatrizó sin ningún problema o no.

Se debe seguir divulgando la importancia de la atención prenatal, pues de acuerdo a los resultados observados, se ve que las mujeres hacen más conciencia de ésto acudiendo a tiempo a su atención y evitando así, problemas para ella y el producto.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PACIENTE No. _____ REGISTRO _____
NOMBRE _____ EDAD _____
EDAD DEL EMBARAZO _____
INFECCION O FLUJO VAGINAL ANORMAL DURANTE EL EMBARAZO _____
G _____ P _____ A _____ C _____
INICIO DEL TRABAJO DE PARTO _____
TIEMPO DEL PRIMER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO _____
TIEMPO DEL SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO _____
PARTO EXPONTANEO _____ CONDUCTIDO _____
APLICACION DE FORCEPS _____ TIPO _____
INDICACION _____
TIPO DE PARTO _____ PROD. OBTENIDO _____ SEXO _____
PESO _____ EPISIOTOMIA M.L.D. _____ MEDIA _____
DESGARROS VULVARES _____
DESGARROS VAGINALES _____
DESGARROS PERINEALES I _____ II _____ III _____ IV _____
DESGARROS VULVOPERINEALES _____
DESGARROS DEL CERVIX _____
DATOS DE INFECCION _____ TEMP. _____ DOLOR _____ CAMBIO DE COLORACION _____
TRANSTORNOS DURANTE EL EMBARAZO _____
ATENCION PRENATAL _____
REINCIDENCIA DE DESGARROS EN MULTIPARAS DE:
1o. _____ 2o. _____ 3o. _____ 4o. _____

ANEXO 1.

GLOSARIO DE TERMINOS

- ALUMBRAMIENTO:** Expulsión de la placenta y membrana, después del parto.
- ANTISEPTICO:** Que impide la infección o putrefacción.
- CATETERIZACION:** Paso de una sonda desde el extremo vesical de la uretra.
- CISTOCELE:** Protrusión de la vejiga en la vagina.
- CONJUNTIVO:** Que une.
- CONTRACCION:** Dolor expulsivo.
- ECLAMPCIA:** Afección caracterizada por una serie de accesos convulsivos semejantes a los epilépticos, que ocurren en algunas embarazadas a término o poco después del parto afectas de toxicosis gravídica.
- FASCIA:** Membrana gruesa.
- FECUNDAR:** Impregnación del óvulo maduro por el espermatozoide.
- FENESTRADAS:** Agujereado con una o más aberturas o hendiduras.
- FISTULAS:** Porción vaginal del cuello uterino, entre el conducto de éste y la vagina.
- FORCEPS:** Instrumento en forma de pinzas destinado especialmente a la presión y extracción de la cabeza del feto en los partos distócicos.
- HUEVO:** Masa formada en los ovarios, de composición compleja.
- INTROITO:** Abertura superior de la pelvis.
- LEUCORREA:** Derrame por la vulva de un líquido espeso, blanquecino, viscoso secretado por la vagina o el útero.
- LICUO:** Derrame sanguíneo, serosanguíneo y seroso sucesivamente por la vagina en las primeras semanas después del parto.
- MISOMETRIO:** Capa muscular media del útero.

MESOSALPINX:	Repliegue peritoneal que sostiene la trompa de falopio.
MULTIPARA:	Que ha parido varias veces.
NULIPARA:	Que no ha parido nunca.
PARAMETRIO:	Conjunto de tejidos que rodean al útero.
PERINEO:	Anatómicamente es la región, de forma romboidal, que se extiende en longitud desde el supúbis, a la punta del cóccix.
PRIMIPARA:	Mujer que ha parido o pare por primera vez.
PROFILACTICO:	Prevenir, precavar.
PROLAPSO:	Descenso del útero o la vagina, hasta salir a veces, fuera de la vulva.
RAFE:	Tabique fibroso extendido del ano al cóccix.
RECTOCELE:	Prolapso del recto.
SINFISIS:	Articulación de los huesos iliacos entre sí y con sacro respectivamente.
VESTIBULO:	Espacio en la vulva y debajo del clítoris y -

B I B L I O G R A F I A

- Beck. M. D. Alfred, Prácticas de Obstetricia, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977, pp. 847.
- Benson Ralph, Diagnóstico y Tratamientos Ginecoobstétricos, Ed. El Manual Moderno, S.A., México, 1979, pp. 1080.
- Dilts. Dr. P.V. Jr., Obstetricia y Ginecología, Ed. Interamericana, México, 1981, pp. 320.
- E. Bailey Rosemary, Manual de Enfermería Obstetricia y Ginecología, Ed. CECSA, México, 1979, pp. 348.
- Fort J.A., Compendio de Anatomía Descriptiva, Ed. Gustavo Gill, Barcelona, 1979, pp. 546
- Garza Mercado Ario, Manual de Técnicas de Investigación para Estudiantes de Ciencias Sociales, Ed. El Colegio de México, México, 1974, pp. 187.
- J.P. Greenhill y Emanuel A., Obstetricia, Ed. Interamericana, -- México, 1977, pp. 818.
- Kimber Diana Clifford, Manual de Anatomía y Fisiología, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1971, pp. 778.
- Mae M. Bookmiller, Enfermería Obstetricia, Ed. Interamericana, México, 1968, pp. 547.
- Mainland Donald, Estadística Médica, Ed. Interamericana, México, 1966, pp. 379.
- Miller Norman y Hazel Avery, Enfermería Ginecológica, Ed. Interamericana, México, 1966, pp. 374.
- Pardinas Felipe, Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales, Ed. Siglo Veintiuno Editores, México, 1981, pp. -- 212.
- Quiroz Gutiérrez Fernando, Anatomía Humana, Ed. Porrúa S.A., México, 1972, Vol. III, pp. 513.
- Schwarcz Ricardo, Obstetricia, Ed. Librería El Ateneo, Buenos -- Aires, 1974, pp. 944.
- Sharon R. Reeder Luigi Mastroiani, Jr., Enfermería Materno-Infantil, Oficina Sanitaria Panamericana, Ed. Inglesa, 1978, pp. 667.
- L. Testut. A. Latarjet, Compendio de Anatomía Descriptiva, Ed. - Salvat, Barcelona, 1973, pp. 766.
- Williams Louis M. Hellman, Obstetricia, Ed. Salvat, México, 1980 pp. 967.