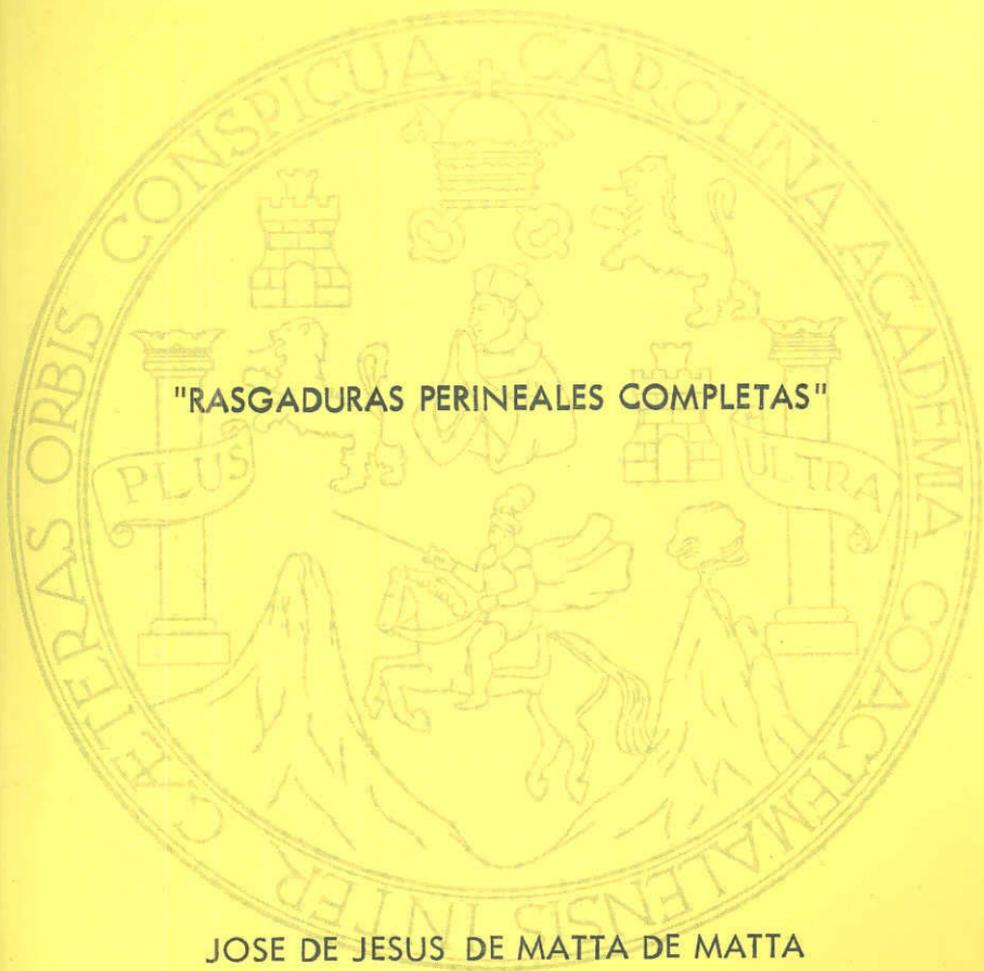


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a sword. Above the knight is a seated figure, possibly a saint or a historical figure. The seal is surrounded by a Latin inscription: "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER PLUS ULTRA".

"RASGADURAS PERINEALES COMPLETAS"

JOSE DE JESUS DE MATTA DE MATTA

GUATEMALA, 1980

INDICE

- I INTRODUCCION
- II REVISION DE LITERATURA
- III OBJETIVOS
- IV HIPOTESIS
- V MATERIAL Y METODOS
- VI ANALISIS ESTADISTICO
- VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- VIII BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las rasgaduras perineales completas son complicaciones que suceden con mayor frecuencia en el segundo período del parto, las cuales pueden ser secundarias a mala atención del mismo. Este tipo de rasgaduras son sumamente raras, que se observen fuera del parto; es decir en traumatismos perineales de causa no obstétrica.

En nuestro medio las rasgaduras perineales completas se suceden generalmente por partos distócicos o bien por mala atención del mismo. Actualmente en el Hospital Roosevelt no se ha hecho ningún estudio referente a esta complicación; razón por la cual y basándonos en el hecho de que las secuelas causadas por la misma son severas, decidimos realizar esta investigación para conocer no solo su frecuencia sino también las complicaciones que esta surjan.

El presente trabajo se realizó en el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt y fue asesorado y revisado por médicos obstétricos del citado centro; consistiendo en una revisión retrospectiva de 5 años (1,975 - 1,979).

Esperamos que el presente estudio sea de utilidad y sirva de una fuente de consulta para el futuro.

REVISION DE LITERATURA

Las rasgaduras perineales completas son una complicación que en nuestro medio y al decir, nuestro medio nos estamos refiriendo, a los hospitales nacionales y privados, no se les ha dado la importancia que merecen ya que al momento no se ha realizado ningún estudio al respecto y lo que sabemos de tal complicación es unicamente lo encontrado en la literatura extranjera. Las rasgaduras perineales completas según algunos autores las clasifican como desgarros o laceraciones de III y IV grado (1) * habiendo algunos que mencionan únicamente un grado III (3) *.

Se ha reportado que únicamente un 2 por ciento de las rasgaduras completas se complican con fístulas recto vaginales las cuales generalmente curan espontáneamente y únicamente un 1/3 de las fístulas necesitan intervención quirúrgica (3) (2).*

Las rasgaduras grado III se dice que suceden cuando se lesiona piel, mucosa, músculo (bulbo cavernoso y trasverso perineal superficial) y esfínter externo del ano; cuando la laceración se prolonga a la pared anterior del intestino recto se considera como grado IV.

Es de hacer notar que en la literatura revisada no se reporta el porcentaje en que se presenta esta complicación, mencionándose únicamente el porcentaje de curación (3).*

Las rasgaduras perineales completas son desgarros perineales, que al sucederse incluyen esfínter externo del ano y cara anterior del intestino recto; dependiendo del área anatómica afectada se dividen en, Grado III - IV (1-3).*

Esta complicación, como es sabido se sucede en el segundo período del parto debido generalmente, a partos distócicos y a la mala atención del mismo.

Su técnica de reparación la referimos a continuación:

Su sutura la mucosa rectal sin atravesar la misma con puntos separados de catgut 3/0 dejando el nudo de cada punto por fuera de la luz intestinal.

A continuación se localizan los cabos del esfínter anal los cuales se afrontan con dos o tres puntos interrumpidos en "U" de catgut crómico 3/0. La herida se repara luego como si fuera una laceración de segundo grado o episiotomía. Algo de mucha importancia para un buen post operatorio, es la hemostasia en los diferentes planos.

Referente al uso de antibióticos es discutible; en el post operatorio no deben prescribirse enemas ni laxantes y la dieta debe ser rica en residuos para evitar con esto, estenosis del esfínter. El calor local está indicado para una mejor cicatrización; la estancia hospitalaria generalmente oscila entre 3 y 4 días.

* Referencia bibliográfica correspondiente.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer el daño anatómico que se produce en las rasgaduras perineales completas.
- 2.- Conocer las secuelas que se pueden presentar en las rasgaduras perineales completas.
- 3.- Determinar la incidencia con que se presenta esta complicación en nuestro medio.
- 4.- Analizar los materiales de sutura y la técnica quirúrgica utilizada en la reparación de las mismas.

HIPOTESIS

Las rasgaduras perineales completas, no dejan ninguna secuela después de una reparación adecuada.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

En el desarrollo del presente trabajo utilizamos los siguientes materiales.

Recursos Humanos:

Autor, Asesor, Revisor, Encargado de registros médicos.

Recursos Físicos:

Equipo de oficina, Depto. de Maternidad, Depto. de Archivo, libro de operaciones, libro de nacimientos y papeletas.

METODOS:

El método utilizado fue la revisión retrospectiva de 5 años; para dicha actividad se revisó el libro de nacimientos, operaciones y ficha clínica.

Se tomaron los siguientes parámetros;

- a) Edad de la paciente
- b) Grupo étnico
- c) Paridad de la paciente
- d) Edad de embarazo

- e) Tipo de parto
- f) Duración del trabajo de parto
- g) Episiotomía
- h) Técnica de reparación de la rasgadura y material de su tura
- i) Estado de la reparación al egreso
- j) Complicaciones
- k) Grado de rasgadura
- l) Antibióticos usados

ANALISIS ESTADISTICO

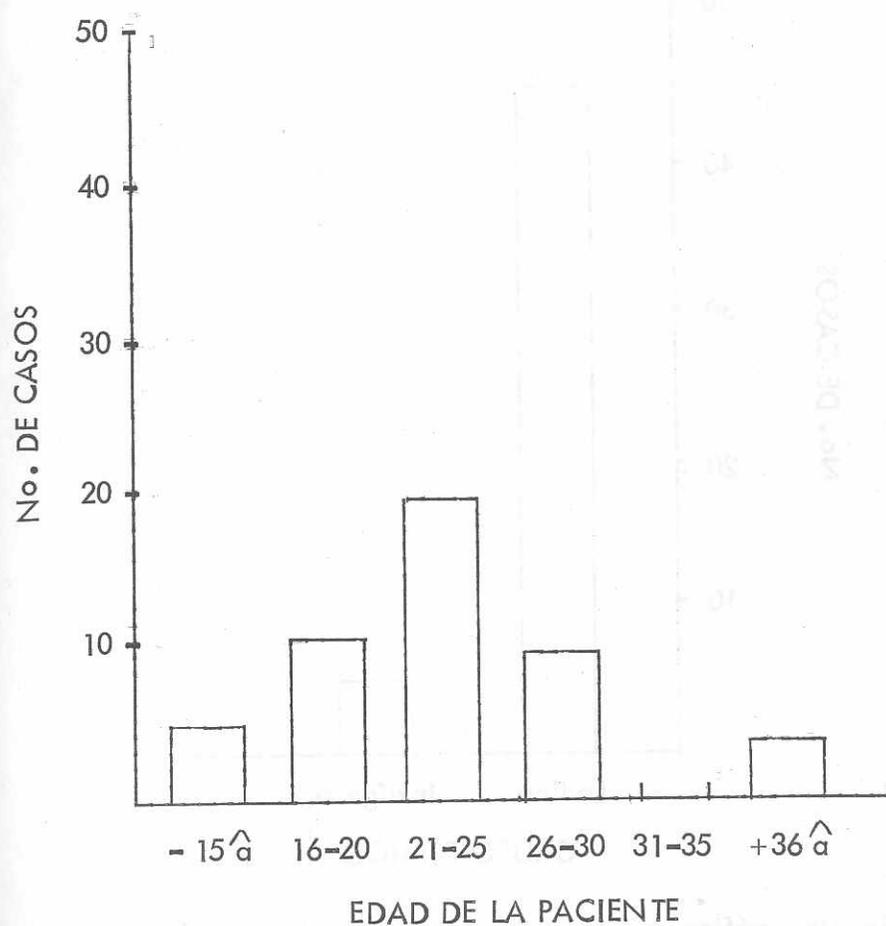
La presente investigación consistió en la revisión retrospectiva de rasgaduras perineales completas, durante los años de 1975 a 1979. En este período de tiempo se atendieron en el Hospital Roosevelt un total de 75,917 partos.

Su incidencia encontrada fué de 0.06%, es decir que se presentó una rasgadura por cada 1,615 partos atendidos.

Su mayor incidencia se observó en pacientes primigestas; no se observó ninguna relación entre el tiempo del trabajo de parto y las rasgaduras, ya que en todos los casos el trabajo de parto estuvo dentro de límites normales. Es importante la descripción de la técnica de reparación de la rasgadura perineal completa, la cual debe ser realizada por personal capacitado (residentes).

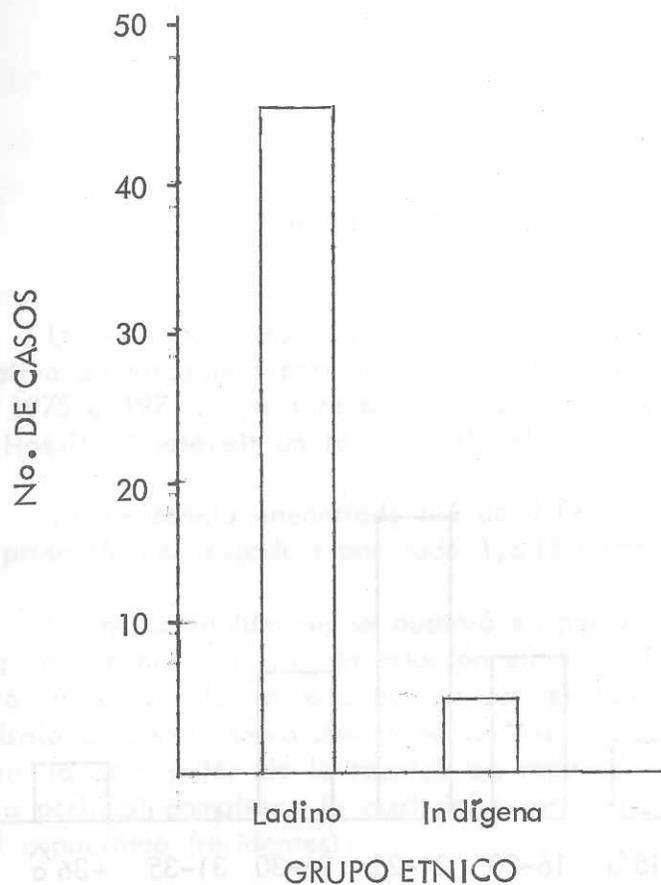
A continuación entraremos a considerar el análisis gráfico del presente estudio.

GRAFICA No. 1



En la presente gráfica se analiza que las rasgaduras perineales completas se sucedieron más frecuentemente en el grupo etario comprendido entre 21 años y 25 años con 19 casos que hacen un 40.4%; en el grupo etario de 31 años a 35 no se sucedió ningún caso.

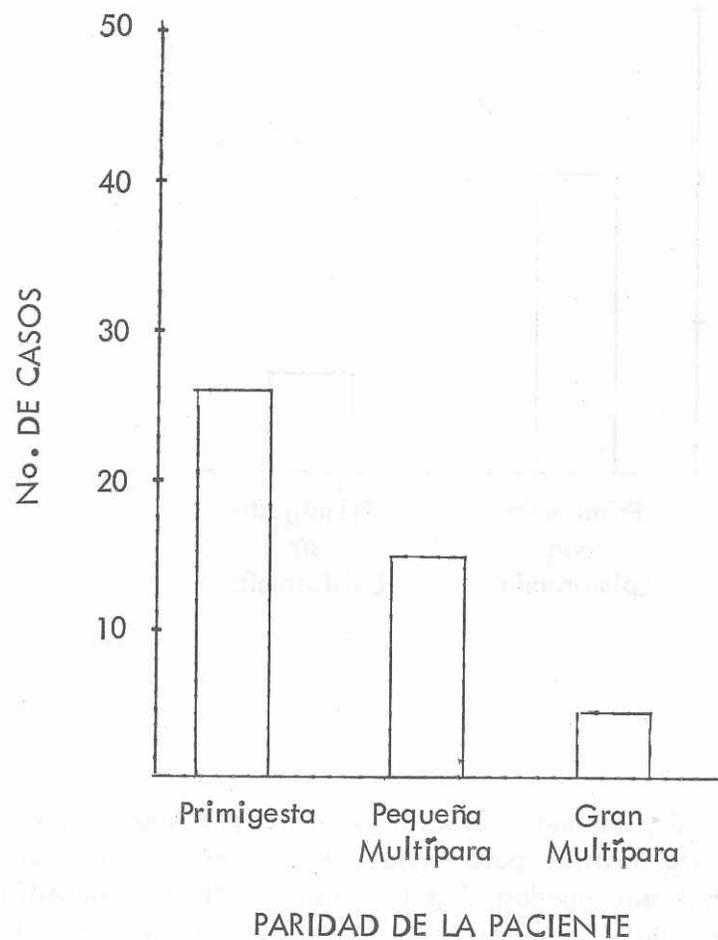
GRAFICA No. 2



En esta gráfica se analiza que las rasgaduras perineales completas se dieron con mayor frecuencia en pacientes ladinas - con 44 casos que hacen un 93.6%.

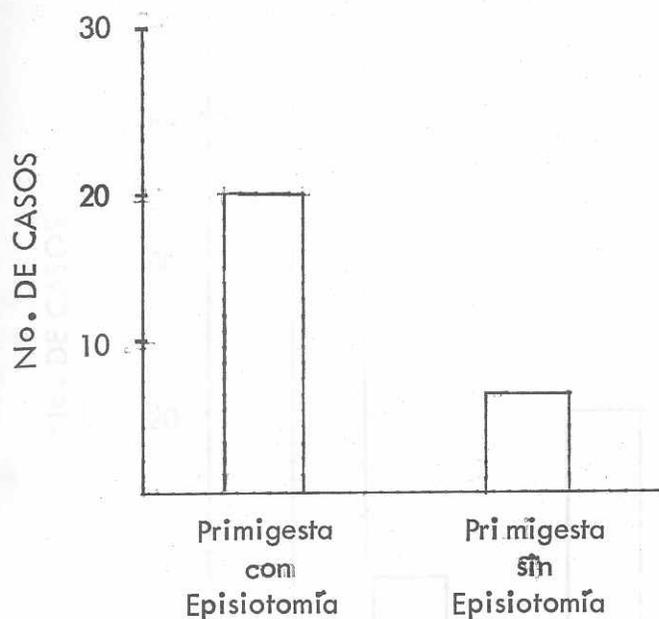
Este dato es muy subjetivo, ya que el gran porcentaje de pacientes que nos consultan son ladinas, por lo que creemos además que este dato no es fidedigno.

GRAFICA No. 3



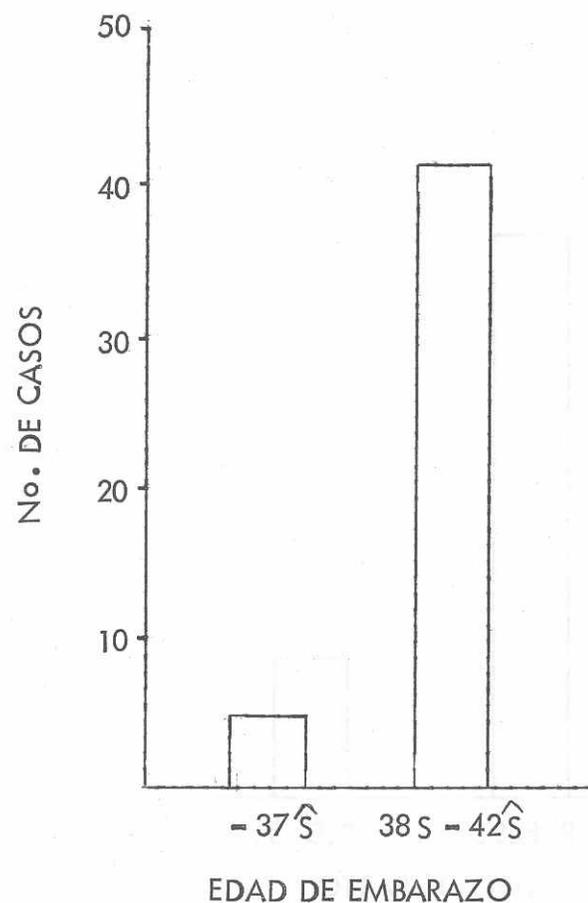
En esta gráfica se analiza que las rasgaduras perineales completas son más frecuentes en pacientes primigestas. En nuestro estudio hubo 27 casos, que hacen un 57.44%.

GRAFICA No. 4



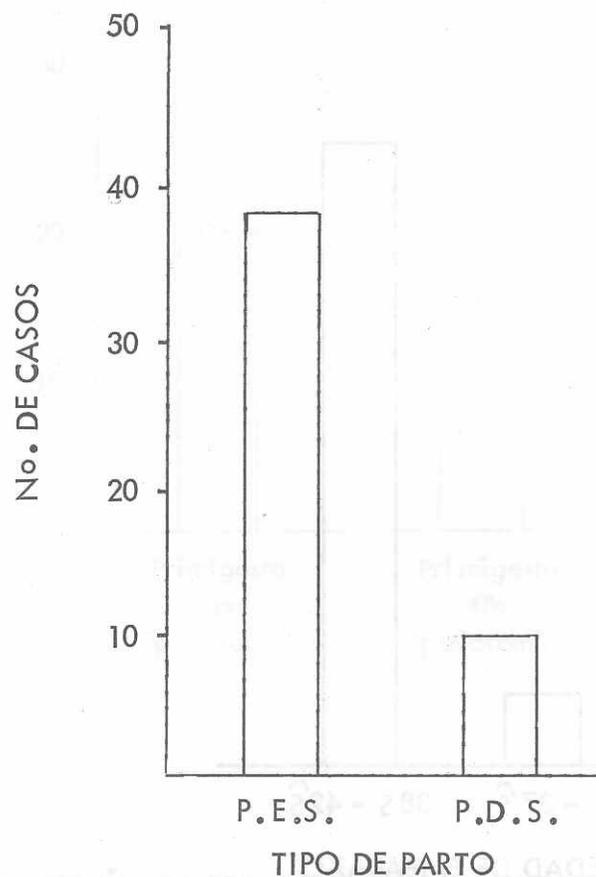
La episiotomía, es una operación que siempre que se hace debe de hacerse amplia, para evitar prolongaciones traumáticas de la misma, que puedan llegar a lesionar el músculo esfínter externo del ano y la mucosa intestinal. En la gráfica presente analizamos que a 20 pacientes primigestas se les hizo episiotomía la cual se complicó con rasgadura perineal completa. La episiotomía más frecuentemente utilizada fue la Media Lateral Derecha, con 18 casos.

GRAFICA No. 5



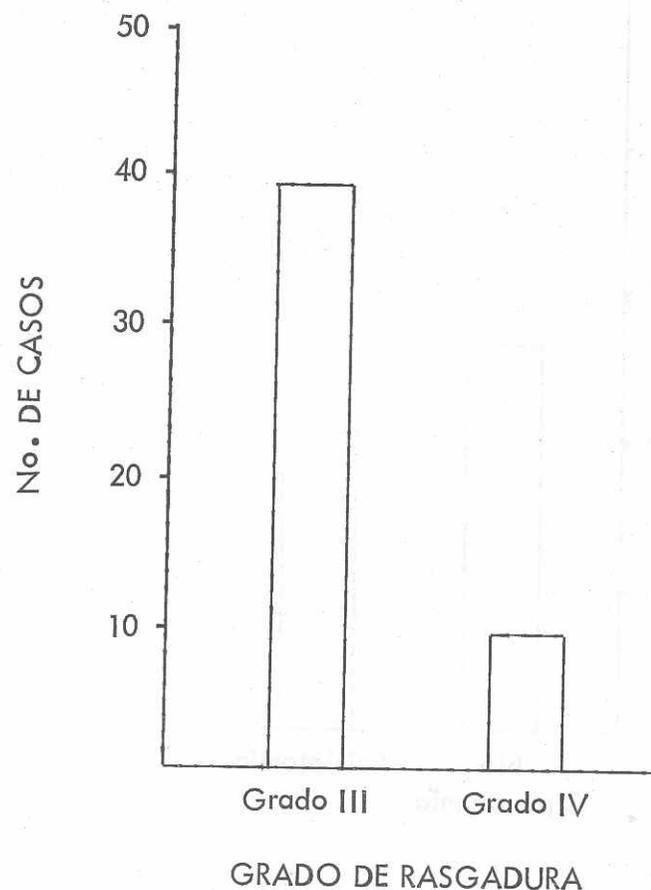
Analizamos en esta gráfica que las rasgaduras perineales completas se presentaron en pacientes con edad gestacional a término con 42 casos que hacen el 89.3%. Notamos con esto que las rasgaduras perineales completas no se presentan con frecuencia en partos prematuros.

GRAFICA No. 6



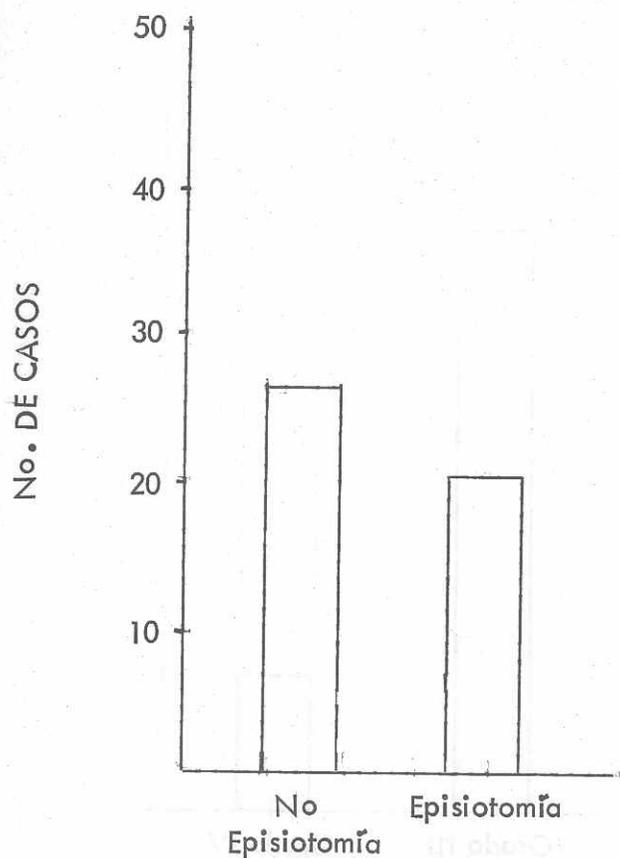
En esta gráfica analizamos que las rasgaduras perineales completas se sucedieron con mayor frecuencia en partos eutócicos simples con 37 casos que hacen un 78.7% la distocia que se presentó en un 21.28% fue por uso de forceps medio, por paro en transversa, (variedad de posición de vértice).

GRAFICA No. 7



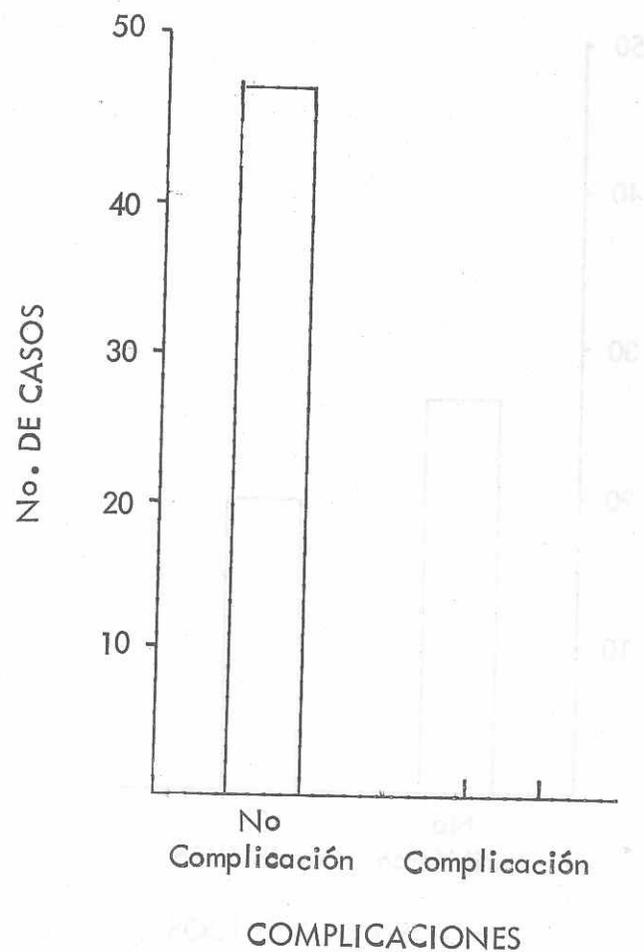
En la gráfica presenta se puede analizar que 39 casos de rasgaduras perineales completas correspondieron al grado III y 8 casos al grado IV, o sea que el 82.9% fueron grado III y - 17.10% fueron grado IV.

GRAFICA No. 8



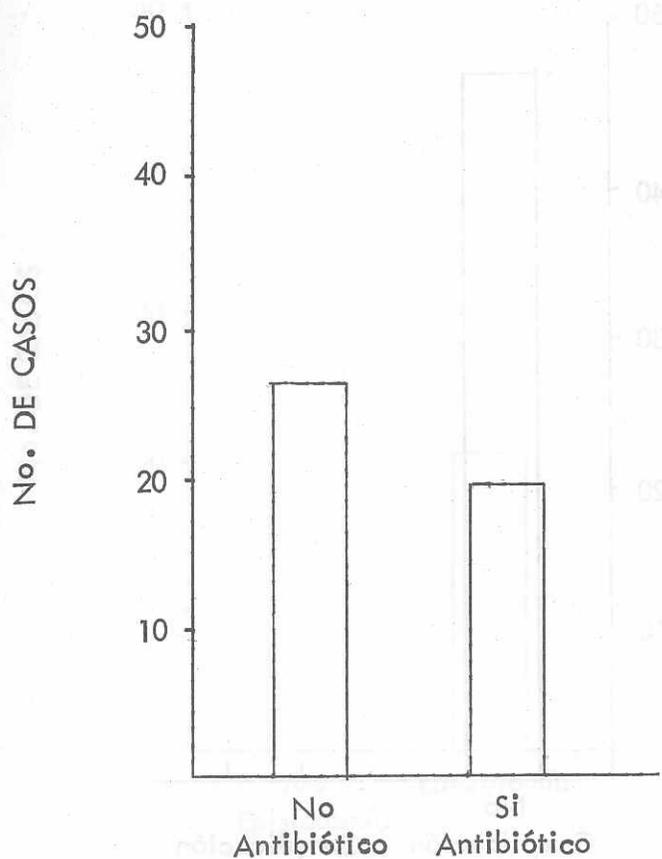
En esta gráfica analizamos que las rasgadas perineales completas se sucedieron en pacientes que no se les realizó episiotomía en numero de 27 casos que hacen el 57.44%. De los 20 casos a los que se hizo episiotomía, 18 fueron Media Lateral derecha y 2 Medianas.

GRADO No. 9



Analizamos en la gráfica anterior que el 100% de las pacientes que sufrieron rasadura perineal completa no presentaron ninguna complicación durante su estancia hospitalaria.

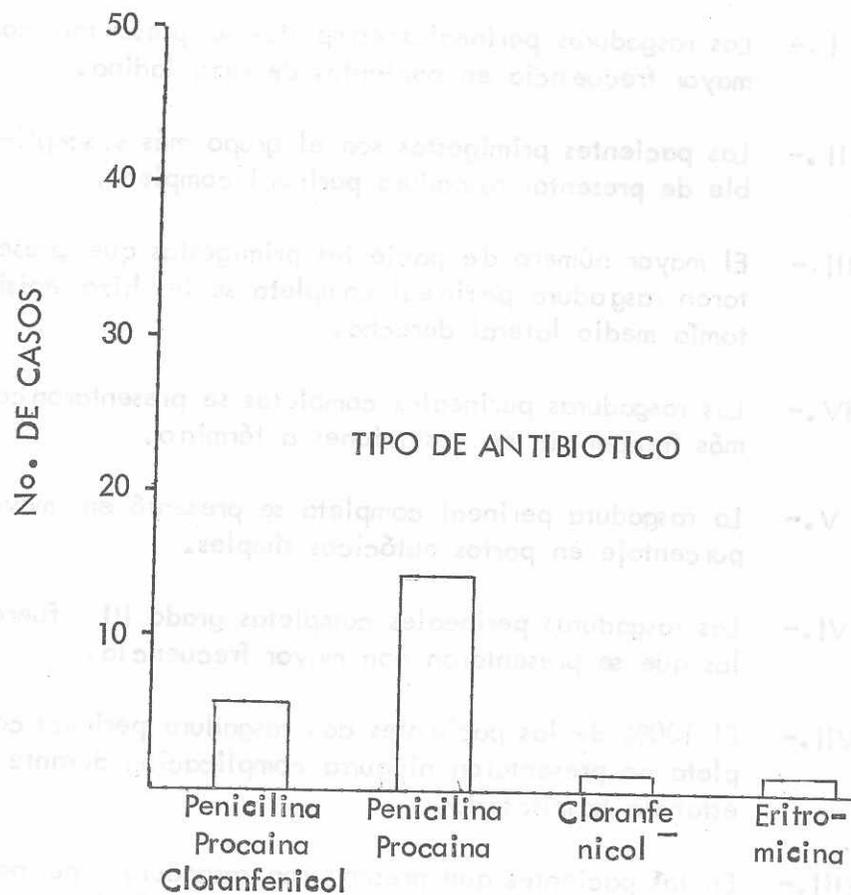
GRAFICA No. 10



USO DE ANTIBIOTICOS

En la presente gráfica analizamos que 26 pacientes con rasga dura perineal completa no recibieron tratamiento con antibióticos siendo el 55.3%.

GRAFICA No. 11



En la gráfica presente se puede analizar que el antibiótico más usado fue la penicilina procaína con 13 casos que hacen 61.9%. Es de hacer notar que no se utilizó ningún antibiótico específico para la flora bacteriana entérica, por lo que consideramos que en las rasgaduras perineales completas no es necesario el uso de antibióticos.

CONCLUSIONES

- I.- Las rasgaduras perineales completas se presentan con mayor frecuencia en pacientes de raza ladina.
- II.- Las pacientes primigestas son el grupo más susceptible de presentar rasgadura perineal completa.
- III.- El mayor número de pacientes primigestas que presentaron rasgadura perineal completa se les hizo episiotomía medio lateral derecha.
- IV.- Las rasgaduras perineales completas se presentaron con más frecuencia en gestaciones a término.
- V.- La rasgadura perineal completa se presentó en mayor porcentaje en partos eutócicos simples.
- VI.- Las rasgaduras perineales completas grado III fueron las que se presentaron con mayor frecuencia.
- VII.- El 100% de las pacientes con rasgadura perineal completa no presentaron ninguna complicación durante su estancia hospitalaria.
- VIII.- En las pacientes que presentaron rasgadura perineal completa, no es necesario el uso de antibióticos.
- IX.- Las rasgaduras perineales completas en el 100% fueron reparadas por personal capacitado.
- X.- En las rasgaduras perineales completas la distocia que se presentó fue el paro en variedad de posición transversa, resuelto por forceps.

RECOMENDACIONES

- I.- Tratar de describir la técnica quirúrgica de reparación de la rasgadura perineal completa, para mejor orientación en la evolución del caso.
- II.- Si fuera necesario el uso de antibióticos en las rasgaduras perineales completas, utilizar el específico para flora bacteriana entérica.
- III.- Especificar con claridad si la rasgadura perineal completa se debió a una episiotomía que presentó prolongación.
- IV.- Que cuando se realice una episiotomía, esta sea amplia para evitar prolongaciones de la misma.
- V.- Que se tome como norma, que a toda paciente primigesta se le realice episiotomía durante la atención del parto.
- VI.- Cuando la región perineal se encuentre tensa, no importando la paridad de la paciente, se recomienda realizar episiotomía.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CHWALM HORST
Clínica Obstétrica - Ginecología
Alemania: Alhambra, 1966. Tomo I, pp 645-647.
- 2) HARRIS RE An Evolution of the mediana Episiotomía
aner obster y Gynec pp 106-660 1970.
- 3) HELLMAN LOUIS M. y JACKA PRITCHARD
Obstetricia Williams, Salvat.
México: 1973. pp 371-372.
- 4) SCHWARCZ RICARDO, SILVESTRE SALA y CARLOS
DUVERGES
Obstetricia; 3a. edición, El Ateneo.
Buenos Aires: pp 644-646.
- 5) STEWART TAYLOR E.
Obstetricia de Beck. 3a. edición, Interamericana.
México: 1973. pp 564-565.

Br. J. de Jesús de Matta M.
Br. José de Jesús de Matta DE Matta.

Zambrano J.
Asejor.
Elias Joel Zambrano.

Hector Nuila
ector de Fase III
Hector Nuila

Adrian Valdez
Dr. Revisor.
Dr. Adrian Valdez.

Raul Castillo
Dr. Secretario
Dr. Raul Castillo

Castillo Montalvo
Dr. Decano.
Dr. Castillo Montalvo