



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A
DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA EN PUÉRPERAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: KETTI EVAELA HERRERA MONDRAGÓN

ASESOR: Mg. SUSANA ALIAGA DIAZ

LIMA, PERÚ

JUNIO, 2018

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	i
PÁGINAS PRELIMINARES	ii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Delimitación de la investigación	3
1.3 Formulación del problema	3
1.3.1 Problema principal	3
1.3.2 Problemas secundarios	3
1.4 Objetivos de la investigación	4
1.4.1 Objetivo general	4
1.4.2 Objetivos específicos	4
1.5 Hipótesis	4
1.5.1 Hipótesis general	4
1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores	4
1.6 Diseño de la investigación	6
1.6.1 Tipo de investigación	6
1.6.2 Nivel de la investigación	6
1.6.3 Método	6
1.7 Población y muestra	6
1.7.1 Población	6
1.7.2 Muestra	6
1.8 Técnicas e instrumentos	7
1.8.1 Técnicas	7
1.8.2 Instrumentos	8
1.9 Justificación	10

CAPÍTULO II	MARCO TEÓRICO	12
2.1	Fundamentos teóricos de la investigación	12
2.1.1	Antecedentes del estudio	12
2.1.2	Bases teóricas	16
2.1.3	Definición de términos	23
CAPÍTULO III.	PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	24
3.1	Presentación de resultados	24
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	30
CAPÍTULO IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
4.1	Conclusiones	33
4.2	Recomendaciones	34
	FUENTES DE INFORMACIÓN	35
	ANEXOS	40
	Matriz de consistencia	40
	Instrumento de recolección de datos	41
	Valoración de evaluación de Juicio de Expertos	43

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme guiado a lo largo de mi vida.

A mis padres, porque creyeron en mí y por su apoyo incondicional.

Y en especial mi agradecimiento a la Obstetra Luisa Parra Silva y a mi asesora Mg. Susana Aliaga Diaz, quienes me brindaron su tiempo, dedicación y orientación constante para la realización de este trabajo.

DEDICATORIA:

A familia en especial mis Padres Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor incondicional.

RESUMEN

El **objetivo** principal del estudio es determinar las características obstétricas asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016. **Material y método:** Estudio no experimental; correlacional-causal, retrospectivo y de corte transversal. Se analizaron a 196 puérperas distribuidas en grupo caso: 98 puérperas con dehiscencia de episiorrafia y grupo comparativo: 98 puérperas sin dehiscencia de episiorrafia. **Resultados:** En las características obstétricas durante el embarazo, el parto y el puerperio, se observó que las puérperas con dehiscencia de episiorrafia principalmente fueron primíparas (67.3%), el 49% presentaron infecciones de episiorrafia, 22.4% presentaron hipertensión inducida por el embarazo, 30.6% anemia gestacional, 30.6% tuvieron inducción de trabajo de parto, 38.8% presentó periodo expulsivo prolongado, 95.9% presentaron anemia puerperal. Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes patológicos ($p=0.047$), paridad ($p=0.004$), inducción de trabajo de parto ($p=0.002$), personal en formación que atiende el parto ($p<0.001$), infección de episiorrafia ($p<0.001$) y anemia puerperal ($p<0.001$) con la dehiscencia de episiorrafia. Se **concluyó** que los antecedentes patológicos, paridad, inducción de trabajo de parto, atención de parto por profesional de salud en formación, infección de episiorrafia y anemia puerperal son factores asociados a la dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

PALABRAS CLAVES: Características obstétricas, dehiscencia de episiorrafia, puérperas.

ABSTRACT

The main **objective** of the study is to determine obstetric characteristics associated with episiorrhaphy dehiscence in puerperal women treated at the María Auxiliadora Hospital, 2016. **Material and method:** Non-experimental study, correlational-causal, retrospective and transversal. We analyzed 196 puerperal women distributed in a case group: 98 puerperal women with episiorrhaphy dehiscence and a comparative group: 98 puerperal women without episiorrhaphy dehiscence. **Results:** Regarding the obstetric characteristics in pregnancy, delivery and the puerperium, it was observed that the puerperal women with episiorrhaphy dehiscence were mainly primiparous (67.3%), 49% had episiorrhaphy infections, 22.4% had hypertension induced by pregnancy, 30.6% anemia gestational, 30.6% had induction of labor, 38.8% presented prolonged expulsive period, 95.9% had puerperal anemia. There was a statistically significant association between pathological antecedents ($p=0.047$), parity ($p=0.004$), induction of labor ($p=0.002$), delivery care by health personnel in training ($p <0.001$), episiorrhaphy infection ($p<0.001$) and puerperal anemia ($p<0.001$) with episiorrhaphy dehiscence. It was concluded that pathological antecedents, parity, induction of labor, delivery care by health personnel in training, episiorrhaphy infection and puerperal anemia are factors associated with the dehiscence of episiorrhaphy in puerperal women treated at the María Auxiliadora Hospital, 2016.

KEY WORDS: Obstetric characteristics, Dehiscence of the episiorrhaphy, puerperal women.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es el procedimiento obstétrico utilizado frecuentemente en las salas de parto, incluso como práctica rutinaria. ⁽¹⁾ La episiotomía como procedimiento quirúrgico está asociada a la necesidad de sutura, por lo cual tiene un consecuente riesgo de complicaciones derivadas del proceso de curación, como el caso de la dehiscencia de episiorrafia, la cual está asociada a su vez con la infección de herida. ⁽²⁾

Actualmente, la prevalencia de episiotomía varía de 3.7% a 79.2% a nivel mundial. ^(3,4) Estudios en el Perú, como el de Guevara M. ⁽⁵⁾ realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" identificó que la dehiscencia de episiorrafia ocurre en el 7.6% de púerperas, mientras que Flores E. ⁽⁶⁾ manifestó que en el Hospital Vista Alegre de Trujillo la dehiscencia ocurre en el 6.7% de púerperas con episiotomía. Ambos autores señalaron que la dehiscencia está asociada a un proceso infeccioso, anemia y primiparidad. ^(5,6) Aun así, existen pocos datos sobre las características asociadas a la dehiscencia de episiorrafia, tanto a nivel internacional como nacional.

La dehiscencia de episiorrafia es una morbilidad obstétrica significativa que implica costos médicos importantes tanto para la madre como para la institución sanitaria, ya que requiere de una estadía hospitalaria prolongada, readmisión hospitalaria, una nueva intervención quirúrgica para su corrección, etc. Todo lo cual está asociado a un período prolongado de discapacidad que puede afectar la relación entre el binomio madre y recién nacido, en cuanto se ve alterada la lactancia materna. ⁽⁷⁾

Debido a los pocos estudios e información publicada y actualizada sobre las características obstétricas asociadas a la dehiscencia de episiorrafia en púerperas, se lleva a cabo la presente investigación no experimental, correlacional-causal, retrospectivo y transversal, con el objetivo de determinar las características obstétricas asociadas a la dehiscencia de episiorrafia entre las púerperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2017.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La episiotomía es una incisión quirúrgica a nivel perineal que se realiza con el propósito de aumentar el diámetro de la porción final del canal del parto y así facilitar la expulsión de la cabeza fetal durante el periodo expulsivo. ⁽⁸⁾ Puede ser mediana o medio-lateral, siendo en sus inicios empleada como medida profiláctica para prevenir desgarros perineales severos, en primíparas principalmente, ya que se asumía que en esta etapa existía una menor distensibilidad del periné y la vagina. ⁽⁹⁾ Su uso también ha sido considerado en la prevención de trastornos de estática pélvica, expulsión fetal o para facilitar las maniobras obstétricas. Este procedimiento no constituye un acto menor y exige una reparación cuidadosa, a fin de no convertirse en una práctica nociva. ⁽¹⁰⁾

Actualmente, la episiotomía es el procedimiento obstétrico más utilizado en las salas de parto a nivel mundial. ⁽¹⁾ Las tasas de episiotomía reportadas en diferentes centros del mundo varían ostensiblemente desde un 3.7% en Dinamarca a un 79.2% en Irán. ^(3,4) En muchos países su práctica es rutinaria, incluso no protocolizada. ⁽¹¹⁾ Recientemente, se ha sugerido que la episiotomía solo debe limitarse a indicaciones clínicas específicas y no emplearse de forma rutinaria, debido a que los riesgos de daño materno superan a los posibles beneficios. ⁽¹²⁾ Se ha demostrado que la episiotomía rutinaria se asocia a una mayor tasa de complicaciones, en relación al sangrado vaginal, infección, dehiscencia de sutura, dolor, entre otros. ⁽¹³⁾

Es discutible si la realización de episiotomía es beneficiosa o no, Borruto F y Comparetto C, ⁽¹⁴⁾ ponen en relevancia que hay poca evidencia de las ventajas de la episiotomía y señalan que esta práctica se asocia a una mayor incidencia de desgarros perineales de tercer y cuarto grado. Asimismo, su papel como factor protector frente a lesiones del suelo pélvico es cada vez más cuestionado. Vardon D et al., ⁽¹⁵⁾ mencionan que ninguna publicación ha permitido medir su impacto o efecto preventivo en los trastornos de la estática pélvica, ya sea a corto o largo plazo, siendo demostrado que en las mujeres sometidas a una episiotomía ocurre una reducción de la fuerza muscular perineal a los tres meses del posparto.

La episiotomía se asocia a la necesidad de sutura y por consiguiente a complicaciones del proceso de curación, como la dehiscencia de herida a las 48 horas después del parto. ⁽²⁾ Cabe resaltar que la episiorrafia es el procedimiento quirúrgico que consiste en la sutura de la episiotomía. Existen pocos datos sobre la prevalencia de la dehiscencia de episiorrafia, pero se han informado cifras de 0.1% a 4.6%. ⁽¹⁶⁾ Las características asociadas a la dehiscencia de episiorrafia son asepsia insuficiente, hematoma, punto penetrante en el recto o higiene defectuosa en el posparto, todo lo cual se asocia con la infección de la herida. ⁽¹⁵⁾ En nuestro país, la incidencia reportada sobre esta complicación es de 6.7% a 7.6%, en instituciones hospitalarias representativas de Trujillo y Lima, respectivamente, en la mayoría de casos se asocia a procesos infecciosos, anemia y primiparidad. ^(5,6)

Si no se trata, la dehiscencia de episiorrafia puede generar problemas físicos, psicológicos y sociales graves. Puede verse afectada la lactancia materna debido al dolor persistente e incomodidad y la madre se siente frustrada debido a la poca vinculación con su recién nacido, afecta también a su relación con otros miembros de la familia. Esta complicación conlleva a un aumento de los gastos financieros en relación a la necesidad de un mayor número de visitas al hospital, el transporte y el retraso en el regreso al empleo. Además, tiene un impacto en los recursos de atención médica, debido a la necesidad de cirugía correctiva, remodelación perineal, extirpación de tejido cicatricial excesivo u otro procedimiento asociado con el tratamiento de la disfunción perineal. Incluso

algunas mujeres quedan traumatizadas y solicitan un parto por cesárea en un posterior embarazo. ⁽⁷⁾

Como se ha mencionado, la dehiscencia de episiorrafia conlleva a un considerable decremento de la calidad de vida de las mujeres, por consiguiente, es necesaria información objetiva sobre las características obstétricas asociadas a la dehiscencia de episiorrafia con el fin de prevenir y aumentar los esfuerzos para reducir la incidencia de esta complicación en el Hospital María Auxiliadora, lugar donde se ejecutó la investigación.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Espacial:

El estudio se realizó en el Hospital María Auxiliadora, institución que pertenece al Ministerio de Salud del Perú y que se encuentra ubicada en el distrito de San Juan de Miraflores, en la ciudad de Lima en Perú.

1.2.2 Delimitación Temporal:

La investigación se realizó en el año 2017, con los datos correspondientes al año 2016.

1.2.3 Delimitación Social:

La población objeto de estudio fueron las púerperas que se atendieron en el Hospital María Auxiliadora, a quienes se les realizó episiotomía.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema principal

¿Cuáles son las características obstétricas asociadas a dehiscencia de episiorrafia en púerperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

- ¿Cuáles son las características del embarazo asociadas a dehiscencia de episiorrafia en púerperas?

- ¿Cuáles son las características del parto asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas?
- ¿Cuáles son las características del puerperio asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar las características obstétricas asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las características del embarazo asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas.
- Determinar las características del parto asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas.
- Determinar las características del puerperio asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 Hipótesis general:

Existen características obstétricas asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

1.5.2 Identificación y clasificación de variables e indicadores

- **Variable independiente:**
Características obstétricas
- **Variable dependiente:**
Dehiscencia de episiorrafia

Definición conceptual de la variable

Características obstétricas: se refiere a aquellas características propias de la gestante en la etapa del embarazo, parto y puerperio.

Dehiscencia de episiorrafia: es la apertura espontánea de la zona de sutura debido a la separación de sus bordes, en el área gineco-obstétrica, existe riesgo de sufrir complicaciones en las heridas debido a que están situadas en lugares colonizadas por bacterias. La dehiscencia puede ser parcial o completa.

Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
Características obstétricas	Características obstétricas	Durante el embarazo	Paridad
			Diabetes mellitus gestacional
			Hipertensión inducida por el embarazo
			Condilomatosis genital
			Anemia
			Antecedentes patológicos
		Durante el parto	Tipo de episiotomía
			Inducción del trabajo de parto
			Periodo expulsivo prolongado
		Durante el puerperio	Personal que atendió el parto
			Infección de episiorrafia
			Anemia puerperal
Dehiscencia de episiorrafia	-		Sí No

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de investigación

No experimental; porque no se manipularon deliberadamente o intencionalmente las variables de estudio; ya que se pretende observar las variables en su entorno natural para luego analizarlas y buscar asociaciones entre ellas.

Correlacional-causal; se pretende describir la relación o asociación entre las características obstétricas y la dehiscencia de episiorrafia.

Retrospectivo; porque la obtención de los datos fue anterior a la planificación del estudio.

Transversal; porque la recolección de los datos fue en un solo momento, mediante la revisión de historias clínicas.

1.6.2 Nivel de la investigación

El nivel fue aplicativo ya que permitió reconocer la asociación entre las variables que partieron de hechos concretos.

1.6.3 Método

Cuantitativo; porque se valió de números para analizar la información con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA

1.7.1 Población:

2231 puérperas en quienes se realizó episiotomía, atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016.

1.7.2 Muestra:

Tamaño de la muestra

Según estadísticas del Hospital María Auxiliadora, durante el año 2016 se presentaron 98 casos de dehiscencia de episiorrafia, los cuales se encuentran registrados en el cuaderno de control de puerperio. Se mantuvo la relación 1 a 1 entre los grupos casos y comparativo, es decir por cada puérpera con

dehiscencia de episiorrafia hubo una puérpera sin dehiscencia de episiorrafia. Por lo tanto, el tamaño del grupo de estudio fue de 98 puérperas y el grupo comparativo, 98 puérperas.

Tipo y técnica de muestreo

Para el grupo de estudio se utilizó el muestreo no probabilístico y la técnica de muestreo fue el muestreo por conveniencia, con el que se incluyeron a todas las puérperas con dehiscencia de episiorrafia. Para la selección de puérperas que se incluyeron el grupo comparativo, se utilizó un muestreo probabilístico y la técnica fue muestreo aleatorio simple, es decir, se seleccionaron aleatoriamente 98 de las puérperas que no presentaron dehiscencia de episiorrafia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Grupo de estudio

- Puérperas cuyo parto fue atendido en el Hospital María Auxiliadora.
- Puérperas con diagnóstico de dehiscencia de episiorrafia.

Grupo comparativo

- Puérperas cuyo parto fue atendido en el Hospital María Auxiliadora.
- Puérperas sin diagnóstico de dehiscencia de episiorrafia.

Criterios de exclusión

- Puérperas con historia clínica incompleta o inaccesible.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.8.1 Técnicas

La técnica que se empleó para la recolección de datos fue documental. A continuación, se describen las tareas específicas para el recojo de información:

- Para el objeto de estudio se solicitó la autorización y aprobación del proyecto a la Universidad Alas Peruanas, asimismo para su ejecución se solicitó los permisos correspondientes a la Dirección General del Hospital María Auxiliadora.

- Luego de la aprobación se procedió a la identificación y selección de las historias clínicas (H.C.) de las pacientes con dehiscencia de episiorrafia registradas en el cuaderno de control de puerperio, para el grupo de estudio; para el grupo comparativo se revisaron las H.C. las puérperas cuyo parto fue atendido en la institución mencionada.
- Es importante recalcar que la recolección de datos se realizó por la propia investigadora, así se garantizó el cumplimiento del plan de recolección de los datos y la confiabilidad de la información recolectada.

Al culminar con la recolección de datos, estos fueron organizados en una matriz de datos para su posterior interpretación y análisis.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó en el presente estudio fue una ficha de recolección de datos, elaborada en base a los objetivos y operacionalización de las variables.

La ficha de recolección presenta la siguiente estructura:

1. En la primera sección se indaga sobre la presencia de dehiscencia de episiorrafia, con este dato se dividieron los grupos de estudio.
2. Datos generales: esta sección incluye datos sobre edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, IMC pregestacional.
3. Características obstétricas: esta sección está dividida en tres partes:
 - Durante el embarazo: incluye variables como paridad, diabetes mellitus gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, condilomatosis genital, anemia y antecedentes patológicos (trastornos de coagulación, diabetes mellitus, hipertensión crónica, entre otros).
 - Durante el parto: contiene datos sobre el tipo de episiotomía, inducción del trabajo de parto, periodo expulsivo prolongado y personal que atendió el parto.
 - Durante el puerperio: incluye datos sobre infecciones de episiorrafia, anemia puerperal, hemorragia postparto.

Validación

En la ficha de recolección construida se evaluó la validez de contenido mediante juicio de expertos, para ello se solicitó a tres expertos la revisión del instrumento según los objetivos planteados, finalmente se evaluó la concordancia de sus respuestas y se determinó que el instrumento presenta validez perfecta para el levantamiento de datos. Dado que el instrumento no evalúa variables subjetivas como percepciones no es necesario la evaluación de la confiabilidad del instrumento.

Técnica para el procesamiento de la Información

Después de terminar la recolección de los datos se procedió con los siguientes pasos:

- Se realizó la numeración de cada ficha (Ficha de recolección).
- Luego se creó una hoja de cálculo en el programa estadístico SPSS v.23 en español.
- Se ingresó cada ficha recolectada en la hoja de cálculo del programa estadístico SPSS v.23, posteriormente se realizó el control de calidad de los datos (depuración, consistencia, entre otras técnicas).
- Se procedió con el análisis estadístico y elaboración de tablas y gráficos para su correspondiente interpretación.

Técnicas estadísticas para el análisis de la información

Posterior al control de calidad de los datos, se realizó el análisis estadístico.

Análisis univariado

En el análisis univariado se describió las variables cualitativas y cuantitativas expresadas en frecuencias absolutas, frecuencias relativas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión según fue el caso.

Análisis bivariado:

Se determinó la asociación entre las características obstétricas y la dehiscencia de episiorrafia mediante la prueba de Chi-Cuadrado con un nivel de significación del 5%, fue significativo un $p < 0.05$.

Para la presentación de resultados se construyeron tablas de frecuencias y tablas de contingencia, para su presentación visual se realizaron gráficos estadísticos como el diagrama de barras y el diagrama circular, los mismos que fueron elaborados en el programa MS Microsoft Excel 2013.

1.9 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La dehiscencia de episiorrafia es una de las morbilidades más preocupantes durante el puerperio, la cual puede ocasionar retención urinaria, problemas de defecación o dispareunia a corto y largo plazo. También puede alterar la relación de la madre con su recién nacido, afectar la lactancia materna y generar así angustia en la madre. En la práctica clínica se ha observado que la identificación de esta complicación no ocurre de forma oportuna, ya sea por parte de la paciente como de los profesionales de la salud. Por último, esta morbilidad genera gastos tanto para la madre como para la institución hospitalaria, derivados de los costos de tratamiento por la recuperación y mejora de la calidad de vida de la paciente. Debido a todo lo mencionado, es trascendente llevar a cabo investigaciones que determinen las características que se asocian a la ocurrencia de dehiscencia de episiorrafia. A fin de poder brindar un tratamiento postparto de calidad que incluya además la prevención de la infección de la episiorrafia y la evaluación de su correcta cicatrización. Asimismo, existe una limitada información actualizada sobre esta problemática, en este sentido, la

ejecución del estudio genera conocimiento acorde a nuestra realidad nacional para beneficio de cada profesional implicado en la atención de gestante. Con los datos obtenidos se puede proponer nuevas estrategias de prevención hacia esta complicación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes del estudio

Antecedentes internacionales

Dudley L., Kettle C., Waterfield J., Ismail KMK., ⁽¹⁷⁾ publicaron en el Reino Unido el **2017** su estudio “Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced wound (PREVIEW): a pilot and feasibility randomised controlled trial”. **Objetivo:** explorar las características de las mujeres con herida perineal dehisciente después del parto. **Metodología:** ensayo controlado aleatorio y piloto de factibilidad. **Resultados:** las características encontradas al inicio de la prueba (n=33 pacientes) fueron las siguientes: el 60.6% de pacientes se encontraba en el rango de edad de 20-34 años (n=20), el 45.5% presentó un IMC normal (n=15), para el 81.8% de mujeres fue su primer parto vaginal (n=27), en casi todas las pacientes (a excepción de 3) se utilizó para la sutura *Vicryl Rapide*, y la pérdida sanguínea mayor a 500 ml solo se presentó en 9 pacientes. De acuerdo con el tiempo de curación, en 9 pacientes se resolvió la dehiscencia de episiorrafia a las dos semanas postratamiento, mientras que el resto de casos tardaron 6 semanas a más. **Conclusión:** la mayoría de pacientes con dehiscencia de herida perineal fueron adultas, primigestas, con IMC normal y con pérdida sanguínea menor de 500 ml.

Dudley L., Kettle C., Ismail K., ⁽¹⁶⁾ publicaron en el Reino Unido el **2013** su estudio “Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth”. **Objetivo:** evaluar la eficacia terapéutica de la sutura secundaria de las heridas perineales dehiscentes en comparación con la no sutura. **Metodología:** revisión sistemática de estudios relacionados con el tema a investigar. **Resultados:** se encontró que en 2 estudios pequeños 52 mujeres tuvieron dehiscencia de episiotomía e infección concurrente de la herida; un estudio indicó que la cicatrización de la herida ocurrió en menos de cuatro semanas, lo cual se relacionó con la sutura secundaria pero no significativamente ($p>0.05$); un ensayo dio información sobre la dispareunia en aquellas mujeres que tuvieron una sutura secundaria a los 2 meses y 6 meses de reanudar la actividad sexual, aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p>0.05$). **Conclusión:** no existen pruebas suficientes para indicar que la sutura secundaria es el manejo ideal para las heridas perineales dehiscentes.

Johnson A., Thakar R., Sultan AH., ⁽¹⁸⁾ publicaron en el Reino Unido el **2012** su estudio “Obstetric perineal wound infection: is there underreporting?” **Objetivo:** establecer la incidencia y los factores de riesgo de la infección de la herida de episiotomía dehiscente. **Metodología:** estudio prospectivo tipo auditoría. **Resultados:** de 409 mujeres que sufrieron desgarros perineales suturados (incluyendo episiotomías), 341 fueron incluidas en el estudio. El 11% de las participantes tuvo una infección de herida perineal según el criterio de dos marcadores de infección (dolor perineal, dehiscencia de herida o secreción vaginal purulenta) y el 5% tuvo los tres marcadores de infección de la herida. Se encontró que la rotura prolongada de membranas fue un factor de riesgo significativo para las mujeres con dos marcadores de infección de la herida ($p=0.046$); asimismo, el parto instrumental fue un factor de riesgo para la concurrencia de los tres marcadores de infección de la herida ($p=0.0307$), la presencia de dolor perineal más dehiscencia de herida ($p=0.0402$), y la presencia de dehiscencia de herida más secreción vaginal purulenta ($p=0.039$). **Conclusión:** 1 de cada 10 mujeres que sufrió dehiscencia de herida perineal desarrolló una infección de la herida, la cual estuvo predispuesta por el parto instrumental y la ruptura prolongada de membranas.

Antecedentes nacionales

Alvarado M., ⁽¹⁹⁾ presentó en Perú, en **2017** su investigación titulada “Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital “Rene Toche Groppo” – Chincha Alta, noviembre 2014 – julio 2015”. **Objetivo:** determinar los factores relacionados con la dehiscencia de episiorrafia. **Metodología:** estudio analítico retrospectivo. **Resultados:** se obtuvo que la incidencia de dehiscencia de episiorrafias fue del 10.85%, el 2.71% de puérperas tuvieron una edad comprendida entre 15 a 19 años, los factores de riesgo que se encontraron para la dehiscencia de episiorrafia fueron infección en el 10.08% de las pacientes, anemia en el 9.69%, e infecciones vaginales en el 8.92%. **Conclusión:** las puérperas en estudio presentaron infección y anemia como factores de riesgo relacionados con la dehiscencia, seguido de las infecciones vaginales y la edad.

Zorrilla C., ⁽²⁰⁾ presentó en Perú el **2017** su estudio “Anemia asociada a dehiscencia de episiorrafia en puérperas primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, Guadalupe, 2016”. **Objetivo:** determinar y analizar la asociación entre anemia durante el embarazo y la dehiscencia de episiorrafia en primíparas. **Metodología:** estudio descriptivo correlacional. **Resultados:** se obtuvo que el 49% y 45.2% de primíparas presentó anemia leve y moderada, respectivamente. A todas se les practicó episiotomía medio lateral. La incidencia de dehiscencia de episiorrafia fue del 19.2%. Se determinó que existió una asociación altamente significativa entre la anemia y la dehiscencia ($p < 0.001$). **Conclusión:** la anemia se correlacionó positivamente con la aparición de dehiscencia de episiorrafia.

Guevara M., ⁽⁵⁾ presentó en el Perú el **2015** su investigación “Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, Lima 2014”. **Objetivo:** determinar los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de episiorrafia. **Metodología:** estudio observacional de casos y controles, retrospectivo y transversal. **Resultados:** el 37.6% de puérperas con episiorrafia tuvieron entre 20 a 24 años seguidas del 32.5% que tuvo una edad entre 25 a 30 años, el estado civil predominante fue conviviente (69.2%), el 84.6% de las pacientes tuvo educación secundaria, y solo el 7.6% presentó dehiscencia de

episiorrafia. De estas últimas, el 71.1% tuvo una edad entre 20 a 30 años; el 86.8% presentó obesidad; el 73.7%, anemia; el 94.7%, primíparas, al 81.6% se les había inducido el trabajo de parto, al 57.9% se les había realizado más de 5 tactos vaginales, el 8% tuvo infección por virus de papiloma humano (VPH) y a todas se les realizó episiotomía media lateral. Las episiorrafias realizadas por internos de medicina frecuentemente culminaron en dehiscencia (57.9%) a diferencia de la internos de obstetricia que en menor frecuencia ocurrió dehiscencia de sutura (34.2%). **Conclusión:** la anemia, el hábito de fumar, las infecciones genitales, infección por VPH, la primiparidad, la inducción del trabajo de parto, el expulsivo prolongado, los desgarros, más de 5 tactos vaginales durante el trabajo de parto y la realización de la episiorrafia por internos de medicina fueron los factores relacionados con la dehiscencia de episiorrafia en la población de estudio.

Flores E.,⁽⁶⁾ presentó en el Perú, en **2014**, su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero-diciembre 2013”. **Objetivo:** demostrar los factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia. **Metodología:** estudio analítico, observacional y retrospectivo. **Resultados:** el 6.7% de las pacientes tuvo dehiscencia de episiorrafia, se encontró una asociación altamente significativa entre la infección y la anemia con la dehiscencia de episiorrafia ($p < 0.001$) donde se presentó infección de episiotomía con dehiscencia en el 88.9% de las pacientes y anemia en el 55.6%. En cuanto al número de factores de riesgo, el 88.9% de pacientes que tuvieron 2 o más factores de riesgo, presentaron dehiscencia de episiorrafia. **Conclusión:** hubo una asociación entre la infección y la anemia con la dehiscencia de episiorrafia.

Rodríguez E., y Sánchez M.,⁽²¹⁾ presentaron en el Perú, en 2012, el estudio titulado “Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto”. **Objetivo:** determinar las complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas por parto vaginal. **Metodología:** investigación cuantitativa, explicativa, retrospectiva, de corte transversal, donde se incluyó a 194 gestantes. **Resultados:** las pacientes con episiotomía tuvieron una edad promedio de 20.7 años, el 81.2% tenía una unión estable con su pareja, el grado de instrucción

primaria predominó en un 58.12% y el 68.38% provenía de la zona urbana. Entre las complicaciones que se asociaron al uso de episiotomía se encontraron al dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales ($p < 0.05$); sumado a ello, la complicación más frecuente a mediano plazo fue la dehiscencia de episiorrafia ($p < 0.05$). **Conclusión:** las complicaciones a corto plazo asociados al uso rutinario de episiotomía fueron dolor y pérdida sanguínea por encima de los valores normales, la complicación a mediano plazo fue la dehiscencia de episiorrafia.

2.1.2 Bases teóricas

Episiotomía

Etimológicamente, la palabra episiotomía deriva de *episeión*: pubis y *temno*: yo corto, lo que significa “cortar pubis”. Esta práctica también es llamada colpoperineotomía y fue descrita por primera vez en 1742 por el científico irlandés Sir Fielding Ould en su obra “*Teatrise of midwifery in three parts*”. En el siglo XIX fue estudiada y a la vez aplicada por Michaelis, Tranier y Crede. Posteriormente, en 1920, De Lee y Pomeroy también describieron la técnica para ser usada en el segundo periodo del trabajo de parto. Fue en 1983 cuando Thacker y Banta restringieron el uso rutinario de la episiotomía en todas las gestantes, aunque manifestando que solo debería usarse en aquellas que cumplen los criterios de indicación. ⁽²²⁾ En Estados Unidos e Inglaterra, la episiotomía se realizó casi rutinariamente hasta finales de los años setenta, pero disminuyó al 14% y 15.2% en el 2012, respectivamente. ^(23,24)

La episiotomía es una práctica común en la clínica obstétrica, que consiste en la incisión quirúrgica a nivel de la pared vaginal y del periné con el objetivo de aumentar la apertura vaginal durante el último periodo del trabajo de parto. Los profesionales han sugerido las ventajas de la episiotomía de la siguiente manera: impide los desgarros perineales, disminuye la duración del periodo expulsivo, evita el daño intracraneal potencial durante el parto pretérmino, la restauración de la incisión de la episiotomía es más fácil en comparación a los desgarros, previene la relajación de los músculos del piso pélvico y disminuye la incidencia de cistocele y rectocele. ⁽¹⁰⁾ Sin embargo, estas ventajas no se han visto

respaldadas y, a excepción de la reducción del desgarro perineal anterior, el resto no se ha demostrado ni rechazado. ⁽¹⁾

Aun así, existen indicaciones necesarias y profilácticas para la realización de la episiotomía, las cuales dependen específicamente de la textura y conformación del periné, además de las características fetales, posición, variedad, presentación del feto y la presencia o no de partos precipitados o abruptos. ⁽¹⁰⁾ En cuanto a las indicaciones maternas se incluyen nuliparidad, inminencia de desgarro, disminuir el periodo expulsivo, parto instrumentado y algunas patologías maternas como preeclampsia-eclampsia, hipertensión endocraneana u otras patologías vasculares del sistema nervioso central, hipertensión ocular, cardiopatías, o neumopatías. Y las indicaciones fetales serían macrosomía, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica o cefálica en variedades de presentación que impidan la salida del feto. ⁽²⁵⁾

Tipos de episiotomía

En general, se distinguen dos tipos de episiotomía: media y medio-lateral. Pero también se ha descrito episiotomía en forma de J, lateral, lateral radical y anterior. A continuación, se detallan las mismas en orden de uso y recomendación. ⁽²⁶⁾

- **Episiotomía medio-lateral:**

Consiste en una incisión oblicua de 45° desde el vértice de la horquilla vulvar, abarcando la mucosa vaginal, piel y el componente muscular, incluidos los músculos bulbocavernosos y transversos superficiales, así como el músculo puborrectal en su totalidad. Si bien el sangrado es ligeramente mayor que en la episiotomía media, posee la ventaja de evitar la extensión de desgarros al recto y/o ano. ⁽¹⁵⁾

- **Episiotomía media o central:**

La incisión se realiza partiendo de la horquilla vulvar y dirigiéndose en vertical hacia el ano, seccionando el rafe fibroso ano-bulbar y respetando los músculos elevadores del ano. Aunque si es necesario, puede prolongarse

bordeando el esfínter anal. Entre sus ventajas se incluye escaso dolor y sangrado, además de ser fácil de realizar y reparar, con una cicatrización óptima. Pero se asocia con un mayor riesgo de presentar desgarros de III y IV grado. ⁽²⁶⁾

- **Episiotomía en forma de J:**

Haciendo uso de tijeras curvas, se comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para así evitar proximidad con el esfínter anal. ⁽²²⁾

- **Episiotomía lateral:**

La incisión se realiza desde unos centímetros por encima de la línea media del introito vaginal en dirección de la tuberosidad isquiática; asimismo, se seccionan haces del músculo bulbocavernoso. Sin embargo, actualmente esta técnica está entrando en desuso. ⁽²²⁾

- **Episiotomía anterior:**

Esta episiotomía se ha realizado en mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica. ⁽²²⁾

Procedimientos para la episiotomía

A continuación, se detallan los procedimientos para la realización de la episiotomía según la guía de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal, en la cual refiere los siguientes pasos: ⁽²⁷⁾

- 1) Limpieza de vulva y periné.
- 2) Anestesia local del periné mediante infiltración de Lidocaína al 2% sin epinefrina (10 ml), infiltrando por debajo de la piel del periné.
- 3) Aspirar el embolo para asegurarse que no ha penetrado en un vaso, evitándose inyectar si se aspira sangre.
- 4) Esperar 2 minutos y verificar bloqueo anestésico.
- 5) Realizar la episiotomía cuando la cabeza ha coronado.
- 6) Colocar dos dedos entre la cabeza del bebe y el periné.

- 7) Realizar un solo corte con la tijera de Lister, empezando en el punto medio de la horquilla y procurando que la incisión sea recta, suficiente y de bordes regulares.

Episiorrafia

La episiorrafia es el procedimiento quirúrgico que consiste en la sutura de la episiotomía a fin de producir hemostasia para disminuir la hemorragia y restaurar la anatomía vaginal. Antes de proceder a la reparación, se explora el canal del parto cuidadosamente para no pasar por alto algún desgarro o lesión en el esfínter anal; luego se realiza la asepsia quirúrgica que es primordial para evitar infecciones en la herida de la episiotomía. Posteriormente se delimita la zona de reparación con campos estériles, pudiendo colocar un tampón vaginal para evitar la contaminación con loquios. Para el procedimiento de sutura se utiliza hilo sintético reabsorbible, y la misma se puede realizar mediante 2 técnicas: en 3 planos separados o continua con un solo hilo. ⁽¹⁵⁾

- **Sutura en 3 planos separados:**

Primero se realiza una sutura continua que inicia desde el vértice de la incisión vaginal, culminando en un último punto que une los dos bordes de la sección vulvar a nivel de la incisión himeneal; luego se continua la sutura en el plano muscular, que al finalizar hace necesario realizar un tacto rectal para corroborar que no existe ningún punto que penetre en el recto. Se termina con la sutura de la piel ya sea en forma continua intradérmica o con puntos simples separados, estos últimos tienen la ventaja de poder abrirse posteriormente en caso de alguna infección, hematoma o dolor perineal. ⁽¹⁵⁾

- **Sutura continua con un solo hilo:**

Esta técnica consiste en la sutura sucesiva de la pared vaginal, los músculos y la piel con un solo hilo y aguja. Inicia en el vértice de la incisión vaginal, donde la mucosa vaginal se cierra con sutura continua hasta detrás de la cicatriz himeneal; luego se pasa al plano muscular en continuidad con el plano mucoso hasta el punto de ángulo cutáneo. Posteriormente, se sigue con la sutura continua en el plano subcutáneo en forma ascendente desde el ángulo de la piel hasta la cicatriz del himen, terminando delante del himen

y la aguja sale por el plano mucoso. Como último paso, desde la unión cutáneo-mucosa se comienza la sutura continua intradérmica que termina en el ángulo de la piel. ⁽¹⁵⁾

Según la guía de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal la episiorrafia se realiza de la siguiente manera. ⁽²⁷⁾

- 1) Lavado de la vulva y periné
- 2) Colocación de campos protectores estériles.
- 3) Revisión de la vulva, vagina y si fuera necesario del cuello uterino.
- 4) Identificar el ángulo superior más profundo de la incisión del plano mucosa/vagina. Colocar el primer punto a 1 cm, por encima del ángulo superior de la incisión vaginal con catgut crómico 2/0.
- 5) Continuar el cierre de la pared vaginal mediante puntos de surget cruzado, aproximando los bordes hasta llegar al anillo himeneal.
- 6) El plano muscular se aproxima mediante puntos separados, cruzados, en “u”, el inicio es desde la parte más profunda hacia la más superficial.
- 7) Se debe identificar tanto al bulbo cavernoso como al perineal superficial transverso.
- 8) Después de unir el plano muscular, se continúa con el afrontamiento del plano superficial (piel).
- 9) La piel se sutura mediante puntos separados con catgut crómico 2/0 o se emplea una sutura subdérmica.
- 10) Cuidados inmediatos, mantener la zona limpia y seca, analgésicos vía oral.

Dehiscencia de episiorrafia

La dehiscencia de episiorrafia es una complicación rara del parto vaginal. Se le llama dehiscencia a la apertura espontánea de la zona de sutura debido a la separación de sus bordes. La dehiscencia de episiorrafia puede ser de dos tipos: parcial o completa, y en la mayoría de los casos es resultado de una infección. ⁽²⁸⁾ Hay que tener en cuenta que las heridas a nivel vaginal y perineal tiene un riesgo potencial de infectarse debido a que estas regiones corporales son colonizadas por bacterias. ⁽²⁹⁾ Cuando una paciente aqueja de esta complicación, puede presentar fiebre > 38°C, dolor en la incisión, sensibilidad localizada,

absceso u otra evidencia de infección encontrada al examen directo. ⁽³⁰⁾ La secreción purulenta, edema de zona vulvar o úlcera vulvar con exudado confirman la infección de la herida. ⁽³¹⁾

Reparación de la dehiscencia de episiorrafia

La dehiscencia de episiorrafia puede ocasionar problemas físicos, psicológicos y sociales graves si no se trata. ⁽⁷⁾ En general, la herida perineal dehiscente puede cerrarse por segunda intención, aunque este enfoque a menudo resulta en un período prolongado de morbilidad significativa para la madre. Existe evidencia emergente que el cierre secundario temprano puede tener un mejor resultado, aunque se necesitan más estudios que lo comprueben. ⁽⁸⁾ Antes de proceder a la reparación de la dehiscencia es necesario retirar los puntos de sutura e iniciar el tratamiento antimicrobiano. Previa analgesia o anestesia, la herida se limpia por cepillado 2 veces al día con solución de yodopovidona y desbridar el tejido necrótico. Se recomienda el cierre cuando la paciente este afebril y solo si se aprecia tejido sano. La reparación secundaria requiere primero disecar el tejido para identificar el músculo esfínter anal de manera correcta. El cierre se lleva a cabo por planos de igual manera que la episiorrafia. ⁽³¹⁾

Características obstétricas asociadas a la dehiscencia de episiorrafia

Se ha descrito que la tendencia a retrasar el primer embarazo incrementa las complicaciones maternas fetales debido a que el sistema reproductor va envejeciendo y se pierde la elasticidad en los tejidos. ⁽³²⁾ Asimismo, el estado nutricional de la mujer, previo al embarazo y durante el mismo, influye en los resultados perinatales, tanto del recién nacido como de la madre en sí. Un estado nutricional de déficit o de exceso puede producir resultados sanitarios adversos y ocasionar complicaciones en toda etapa del embarazo. ⁽³³⁾

- **Características durante el embarazo**

Durante cierto tiempo, la episiotomía se realizó de forma casi sistemática para el parto en primíparas. Sin embargo, actualmente se viene demostrando que la primiparidad se asociaría con un mayor porcentaje de complicaciones, incluyendo la dehiscencia de episiorrafia. ⁽¹⁵⁾ También se ha descrito que la infección genital previa o adquirida durante la gestación es una de las

características de riesgo asociadas a la dehiscencia, principalmente la vaginitis bacteriana durante el embarazo. ⁽¹⁰⁾ Entre las otras patologías que complican el embarazo, se conoce que la diabetes mellitus conlleva a la aparición de complicaciones de considerable riesgo, como la macrosomía fetal que a su vez se asocia con traumatismos obstétricos. ⁽³⁴⁾ Los trastornos hipertensivos del embarazo, también se asocian con la aparición de múltiples complicaciones en el puerperio. ⁽³⁵⁾ Está evidenciado que la anemia en el embarazo (hemoglobina < 11 g/dl) y la deficiencia de macronutrientes como el hierro constituyen un riesgo importante para el desarrollo de eventos adversos. ⁽³⁶⁾ Entre los factores predisponentes de dehiscencia de episiorrafia se tiene a la infección de virus de papiloma humano, ⁽³⁷⁾ durante la gestación se incrementa de forma acelerada la réplica vírica de este virus y es posible el aumento de tamaño del condiloma lo que finalmente aumenta la friabilidad de la mucosa vaginal. ⁽⁵⁾

- **Características durante el parto**

Diversas complicaciones posparto tienen su precedente durante el trabajo de parto. Por ejemplo, la higiene de rutina en la atención del trabajo de parto realizada de forma incorrecta o un periodo expulsivo prolongado se han asociado a la incidencia de infecciones, las cuales son un factor de riesgo importante para dehiscencia de episiorrafia. ⁽³³⁾ En cuanto al tipo de episiotomía, se ha mencionado que la incisión medio-lateral se asocia con periodos más prolongados de cicatrización de la herida en comparación con la incisión media. Aunque en general, cada tipo de episiotomía presenta un alto riesgo de presentar complicaciones como la dehiscencia. ⁽²⁶⁾

- **Características durante puerperio**

La episiotomía, como toda intervención quirúrgica debe ser realizada con estrictas medidas de asepsia para la prevención de una infección. Asimismo, también influyen los hábitos de higiene de la paciente para evitar la colonización de la herida por agentes patógenos. ⁽¹⁵⁾ La hemorragia posparto también se ha visto asociada con ciertas complicaciones, tales como laceraciones del canal de parto, de la vulva y periné, así como la dehiscencia de episiorrafia. ⁽²⁹⁾

2.1.3 Definición de términos básicos

Características: dicho de una cualidad, que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes. ⁽³⁸⁾

Dehiscencia: abertura espontánea de una herida quirúrgica que ha sido suturada y donde los bordes de dicha herida están separados sin que se cumpla el propósito de la sutura. ⁽³⁹⁾

Episiotomía: incisión quirúrgica de la pared vaginal y del periné que se realiza para aumentar el diámetro de la porción final de la vagina en el periodo expulsivo del trabajo de parto. ⁽⁴⁰⁾

Episiorrafia: técnica quirúrgica que consiste en la reparación de la episiotomía brindando hemostasia y restaurando la anatomía la vagina y periné sin exceso de puntos de sutura. ⁽⁴¹⁾

Hemorragia postparto: es la pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva al parto vaginal o más de 1000 cc luego de la cesárea. También puede definirse por sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre o caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr% en la hemoglobina, o como la pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal. ⁽²⁷⁾

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 Presentación de resultados

Datos generales de las puérperas

Tabla N° 1

Datos generales	Dehiscencia de episiorrafia			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Edad				
≤ 19 años	28	28.6%	30	30.6%
20 - 34 años	56	57.1%	58	59.2%
≥ 35 años	14	14.3%	10	10.2%
Estado civil				
Soltera	28	28.6%	30	30.6%
Casada	6	6.1%	10	10.2%
Unión estable	64	65.3%	58	59.2%
Grado de instrucción				
Primaria	4	4.1%	14	14.3%
Secundaria	84	85.7%	62	63.3%
Superior	10	10.2%	22	22.4%
Ocupación				
Ama de casa	68	69.4%	66	67.3%
Estudiante	10	10.2%	8	8.2%
Comerciante	2	2.0%	0	0.0%
Desconocido	18	18.4%	24	24.5%
IMC pregestacional				
Normal	54	55.1%	48	49.0%
Bajo peso	8	8.2%	12	12.2%
Sobrepeso	34	34.7%	32	32.7%
Obesidad	2	2.0%	6	6.1%
Total	98	100%	98	100%

ANÁLISIS:

La tabla 1, muestra que el rango de edad predominante fue de 20 a 34 años en puérperas con y sin dehiscencia (57.1% y 59.2%, respectivamente), el estado civil de unión estable fue más frecuente en puérperas con dehiscencia que en sin dehiscencia (65.3% y 59.2%, respectivamente). Hubo mayor frecuencia de grado de instrucción secundaria en puérperas con dehiscencia episiorrafia a diferencia de puérperas sin dehiscencia (85.7% y 63.3%, respectivamente). La ocupación de las puérperas fue de similar proporción en puérperas con y sin

dehiscencia (69.4% y 67.3%, respectivamente). El IMC pregestacional normal fue más frecuente en puérperas con dehiscencia y sin dehiscencia (55.1% y 49%, respectivamente).

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

a) Durante el embarazo

Características del embarazo asociadas a la dehiscencia de episiorrafia

Tabla Nº 2

Características del embarazo	Dehiscencia de episiorrafia				p*
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Paridad					
Primípara	66	67.3	44	44.9	0.004
Secundípara	20	20.4	40	40.8	
Múltipara	12	12.2	14	14.3	
Diabetes mellitus gestacional					
Sí	4	4.1	0	0.0	-
No	94	95.9	98	100.0	
Hipertensión inducida por el embarazo					
Sí	22	22.4	16	16.3	0.278
No	76	77.6	82	83.7	
Condilomatosis genital					
Sí	8	8.2	0	0.0	-
No	90	91.8	98	100.0	
Anemia					
Sí	30	30.6	26	26.5	0.527
No	68	69.4	72	73.5	
Antecedentes patológicos					
Sí	20	20.4	10	10.2	0.047
No	78	79.6	88	89.8	
Total	98	100	98	100	

(*) Prueba Chi cuadrado

ANÁLISIS:

La paridad se asoció significativamente a la dehiscencia de episiorrafia ($p=0.004$). La primiparidad fue más frecuente en puérperas con dehiscencia de episiorrafia que en sin dehiscencia (67.3% y 44.9%, respectivamente). No se encontraron asociaciones significativas entre diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo o anemia con la dehiscencia de episiorrafia. Cabe resaltar que la condilomatosis genital se presentó solo en aquellas puérperas con dehiscencia de episiorrafia.

Presentar algún antecedente patológico se asocia significativamente a la dehiscencia de episiorrafia ($p=0.47$).

Antecedentes patológicos según la dehiscencia de episiorrafia

Tabla N° 3

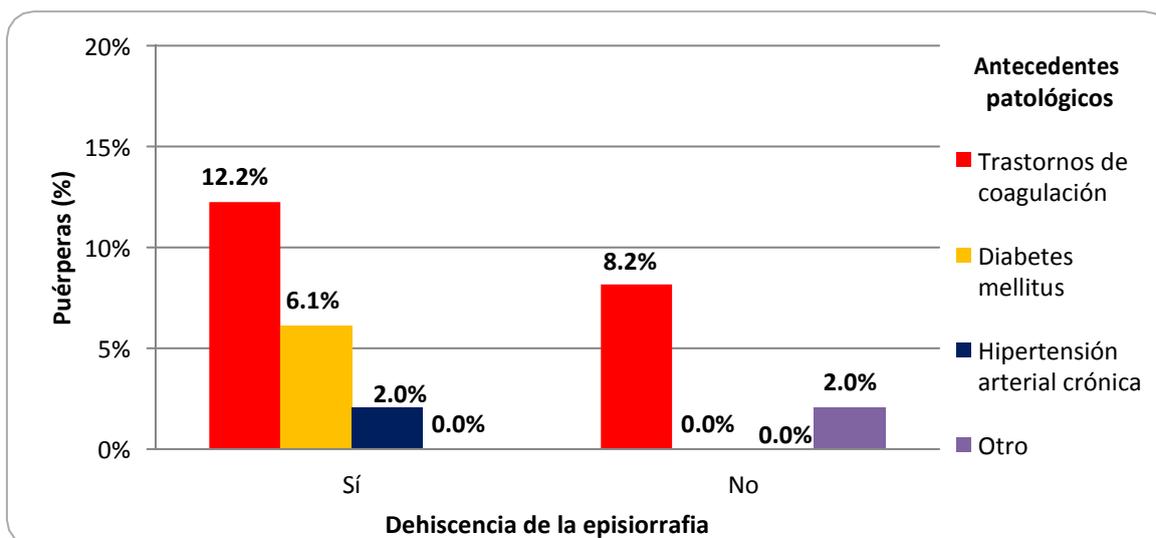
Antecedentes patológicos	Dehiscencia de episiorrafia			
	Sí		No	
	N	%	N	%
Trastornos de coagulación	12	12.2	8	8.2
Diabetes mellitus	6	6.1	0	0.0
Hipertensión arterial crónica	2	2.0	0	0.0
Otro	0	0.0	2	2.0
Ninguno	78	79.6	88	89.8
Total	98	100	98	100

ANÁLISIS:

Los antecedentes patológicos más frecuentes en puérperas con dehiscencia de episiorrafia fueron los trastornos de coagulación en 12.2% (12) seguido de diabetes mellitus con 6.1% (6) e hipertensión arterial crónica con 2% (2); en las puérperas sin dehiscencia de episiorrafia se encontró que el 8.2% (8) tuvieron trastornos de coagulación y el 2% (2) presentaron otras patologías.

Antecedentes patológicos según la dehiscencia de episiorrafia

Gráfico N° 1



b) Durante el parto**Características del parto asociadas a la dehiscencia de episiorrafia****Tabla Nº 4**

Características del parto	Dehiscencia de episiorrafia				p*
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Tipo de episiotomía					
Media	6	6.1	8	8.2	0.579
Media lateral	92	93.9	90	91.8	
Inducción de trabajo de parto					
Sí	30	30.6	12	12.2	0.002
No	68	69.4	86	87.8	
Periodo expulsivo prolongado					
Sí	38	38.8	0	0.0	-
No	60	61.2	98	100.0	
Personal que atendió el parto					
Interno de obstetricia	67	68.4	51	52.0	<0.001
Médico residente	27	27.6	20	20.4	
Obstetra	0	0.0	24	24.5	
Interno de medicina	4	4.1	3	3.1	
Total	98	100	98	100	

(*) Prueba Chi cuadrado

ANÁLISIS:

Se encontró asociación significativa ($p=0.002$) entre la inducción de trabajo de parto y la dehiscencia de episiorrafia. El 30.6% de puérperas con dehiscencia de episiorrafia tuvieron inducción de trabajo de parto y el 12.2% de puérperas sin dehiscencia de episiorrafia tuvieron inducción de trabajo de parto. No hubo asociación significativa entre el tipo de episiotomía o el periodo expulsivo prolongado con la dehiscencia de episiorrafia.

El personal que atendió el parto ($p<0.001$) se asocia significativamente a la dehiscencia de episiorrafia. Las puérperas con dehiscencia de episiorrafia fueron atendidas principalmente por internos de obstetricia, seguido de médicos residentes e internos de medicina (68.4%, 27.6% y 4.1%). No hubo algún caso de parto atendido por Obstetra que presentó dehiscencia de episiorrafia.

c) Durante el puerperio

Características del puerperio asociadas a dehiscencia de episiorrafia

Tabla N° 5

Características del puerperio	Dehiscencia de episiorrafia				p*
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Infección de episiorrafia					
Sí	48	49.0	4	4.1	<0.001
No	50	51.0	94	95.9	
Anemia puerperal					
Sí	94	95.9	46	46.9	<0.001
No	4	4.1	52	53.1	
Hemorragia postparto					
Sí	12	12.2	8	8.2	0.345
No	86	87.8	90	91.8	
Total	98	100	98	100	

(*) Prueba Chi cuadrado

ANÁLISIS:

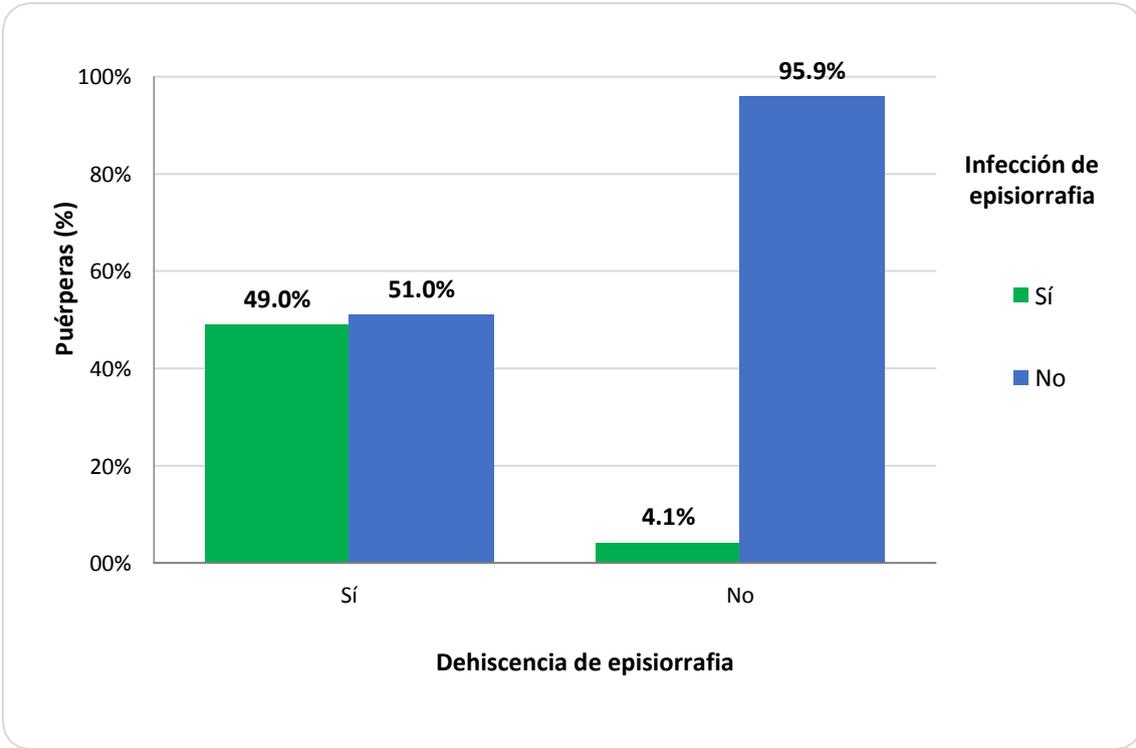
Se encontró asociación significativa ($p < 0.001$) entre la infección de episiorrafia y la dehiscencia de episiorrafia. El 49% de puérperas con dehiscencia de episiorrafia presentaron infección de episiorrafia, mientras que el 4.1% de puérperas sin dehiscencia de episiorrafia presentaron dicha infección. (Ver Gráfico N° 2)

Además, hubo asociación significativa ($p < 0.001$) entre la anemia puerperal y la dehiscencia de episiorrafia. El 95.9% de puérperas con dehiscencia de episiorrafia de la episiorrafia presentaron anemia puerperal y 46.9% de puérperas sin dehiscencia de episiorrafia presentaron anemia puerperal. (Ver Gráfico N° 3)

No hubo asociación significativa entre la hemorragia postparto y la dehiscencia de episiorrafia.

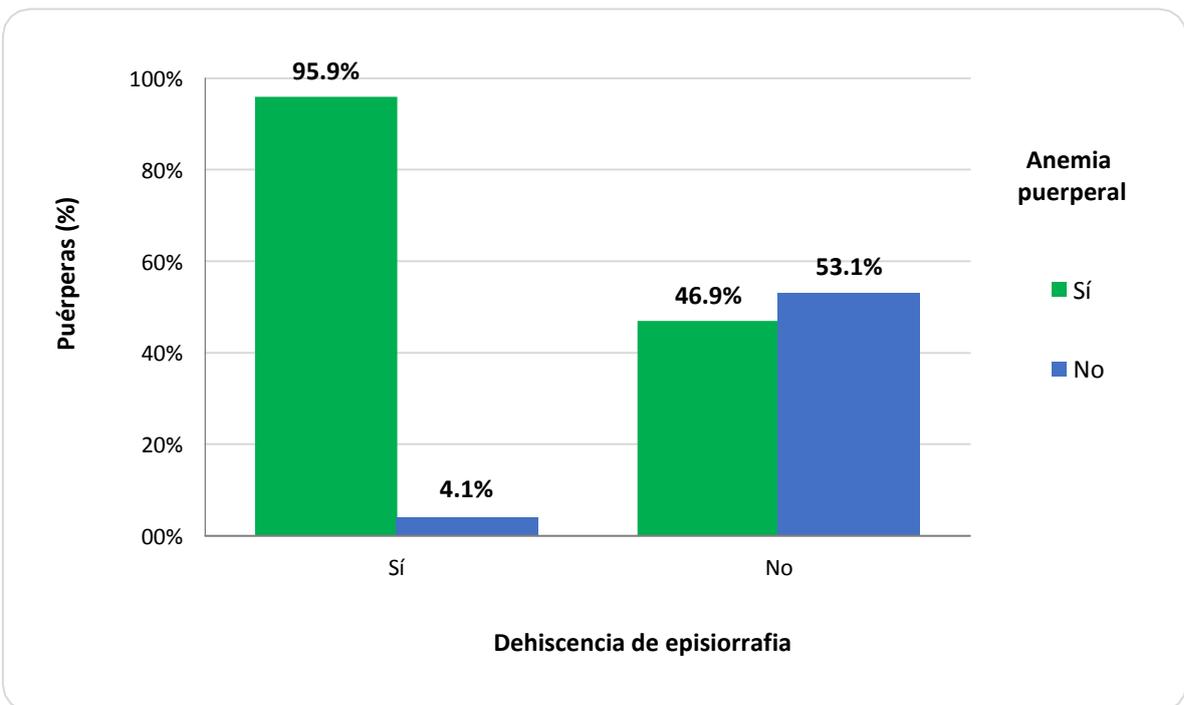
Infección de episiorrafia según dehiscencia de episiorrafia

Gráfico N° 2



Anemia puerperal según dehiscencia de episiorrafia

Gráfico N° 3



3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados

En cuanto a los datos generales de puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016, se encontró que la mayoría de ellas pertenecían al grupo etario de 20-34 años, de estado civil unión estable, el grado de instrucción fue de nivel secundaria, ocupación ama de casa e IMC pregestacional normal.

Dichos resultados son similares a los obtenidos en el estudio “Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehiscenced wound (PREVIEW): a pilot and feasibility randomised controlled trial” de Dudley L., et al ⁽¹⁷⁾ quienes en el año 2017 evidenciaron que la mayoría de puérperas con dehiscencia de herida perineal que participaron en el estudio fueron adultas de 20 a 34 años, con IMC normal. También es similar a los resultados hallados por Guevara M., ⁽⁵⁾ quien evaluó los factores de riesgo de dehiscencia de episiorrafia en un hospital de Lima, en el año 2014 y encontró que el 71.1% de puérperas con dehiscencia de episiorrafia pertenecieron al grupo etario de 20 a 30 años, además que la edad no resultó factor asociado a dehiscencia de episiorrafia, difiere en la frecuencia de obesidad ya que encuentra que el 86.6% de las pacientes presenta esta condición clínica, no obstante, el IMC tampoco fue un factor asociado a dehiscencia.

Respecto a las características del embarazo, la mayoría de puérperas con dehiscencia de episiorrafia fueron primíparas (67.3%), el 4.1% presentaron diabetes mellitus gestacional, el 22.4% tuvieron hipertensión inducida por el embarazo, el 8.2% tuvieron condilomatosis genital y el 30.6% tuvieron anemia durante la gestación y presentar algún antecedente patológico se asocia a dehiscencia de episiorrafia. En relación a los antecedentes patológicos, se encontró mayor frecuencia de trastornos de coagulación (12.2%) y diabetes mellitus (6.1%) en aquellas puérperas que tuvieron dehiscencia de episiorrafia en comparación de las puérperas que no presentaron dehiscencia. Además, se identificó que todas las mujeres que presentaron condilomatosis (8) tuvieron dehiscencia de episiorrafia. En ese sentido, se encontró que la primiparidad ($p=0.004$) y presentar algún antecedente patológico. Resultados similares se halló en el estudio de Guevara M., ⁽⁵⁾ donde hallaron que el 94.7% de puérperas

con dehiscencia de episiorrafia eran primíparas, considerándosele como un factor de riesgo ginecológico asociado a dehiscencia de episiorrafia, el mismo autor encontró que la infección de virus de papiloma humano está asociado a la dehiscencia de episiorrafia y constituye un factor de riesgo ($p=0.011$; OR: 3.257 IC: 2.47-4.29). Es posible que esto ocurra ya que durante la gestación hay una réplica vírica acelerada por los cambios fisiológicas, ello puede condicionar aumento del tamaño del condiloma y de la friabilidad de la mucosa vaginal. En el estudio de Flores E. ⁽⁶⁾ sobre factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en un hospital de La Libertad, en Perú realizado en el año 2014, se encontró una asociación altamente significativa entre anemia y la dehiscencia de episiorrafia ($p<0.001$), incluso la anemia se mostró como factor de riesgo de dehiscencia de episiorrafia, se observó que el 55.6% de las pacientes con dehiscencia tenían anemia. Por otro lado, Alvarado M. ⁽¹⁹⁾ en su estudio publicado el 2017 en Perú halló que la infección de episiorrafia, la anemia y las infecciones vaginales resultaron factores de riesgo de dehiscencia de episiorrafia en las puérperas atendidas en el Hospital "René Toche Groppo" Chincha alta.

No se encontró estudios que analicen antecedentes patológicos como trastornos de coagulación, diabetes mellitus o hipertensión crónica con la dehiscencia de episiorrafia. Se conoce que las pacientes que presentan enfermedades de fondo como trastornos de coagulación y diabetes mellitus tienen alteraciones en la cicatrización de heridas, esta podría ser la razón de haber favorecido la dehiscencia de episiorrafia en las puérperas que presentaron dichas comorbilidades.

En cuanto a las características del parto, la mayoría de puérperas con y sin dehiscencia de episiorrafia presentaron tipo de episiotomía media lateral. El periodo expulsivo prolongado solo se presentó en el 38.8% de aquellas puérperas con dehiscencia de episiorrafia. Estas dos características mencionadas no se asociaron significativamente a la dehiscencia de episiorrafia. Por otro lado, la inducción de trabajo de parto se presentó en el 30.6% de puérperas con dehiscencia, mientras que solo en el 12.2% de puérperas sin dehiscencia, en ese sentido la inducción de trabajo de parto resultó un factor asociado a la dehiscencia de episiorrafia ($p=0.002$). Además, se encontró que la

atención la atención del parto por personal de salud en formación (interno de obstetricia, interno de medicina y médico residente) se asocia a dehiscencia de episiorrafia ($p < 0.001$). Estos resultados concuerdan a lo hallado por Flores E. ⁽⁶⁾ quien tampoco encontró asociación significativa entre el tipo de episiotomía con la dehiscencia. También concuerdan a lo hallado por Guevara M., ⁽⁵⁾ en que la inducción del trabajo de parto se presentó en el 81.6% de puérperas con dehiscencia de episiorrafia y solo en el 2% de puérperas sin dehiscencia, por lo que la inducción del trabajo de parto fue un factor asociado a la dehiscencia de episiorrafia ($p < 0.001$). Guevara M., ⁽⁵⁾ en su estudio encontró que el periodo expulsivo prolongado fue un factor asociado a la dehiscencia de episiorrafia ($p < 0.001$), dado que se presentó en el 42.1% y 1.3% de puérperas con y sin dehiscencia de episiorrafia, respectivamente. En el mismo estudio de Guevara se encontró que la realización de episiorrafia por interno de medicina se asocia con la dehiscencia ($p < 0.001$) y constituye un factor de riesgo (OR=4.66 IC: 2.0-10.7), por el contrario la reparación de la episiotomía realizada por interno de Obstetricia se asoció como un factor protector ($p < 0.001$; OR=0.22 IC: 0.1-0.5). Estos resultados del estudio demuestran que los profesionales en formación no han alcanzado la pericia completa para realizar una adecuada sutura de la episiotomía.

Acerca de las características del puerperio, la infección de episiorrafia, anemia puerperal y hemorragia postparto se presentó en el 49%, 95.9% y 12.2%, respectivamente, de las puérperas con dehiscencia de episiorrafia, mientras que en puérperas sin dehiscencia de episiorrafia las frecuencias de estas condiciones clínicas fueron menores (4.1%, 46.9% y 8.2%, respectivamente). Sin embargo, solo la infección de episiorrafia ($p < 0.001$) y la anemia puerperal ($p < 0.001$) resultaron factores asociados a dehiscencia de episiorrafia. Estos resultados concuerdan a lo mostrado por Flores E., ⁽⁶⁾ quien encontró asociación altamente significativa entre la infección de episiorrafia y la dehiscencia de episiorrafia ($p < 0.001$), dicha infección se presentó en el 88.9% de las pacientes con dehiscencia.

La infección de herida quirúrgica disminuye el éxito del cierre de herida y es por ello que se explica que esta condición puede favorecer el desarrollo de dehiscencia de episiorrafia.

CAPÍTULO IV:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- La atención de parto por personal de salud en formación, los antecedentes patológicos, paridad, inducción de trabajo de parto, infección de episiorrafia y la anemia puerperal se asociaron significativamente con la dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- La paridad y la presencia de algún antecedente patológico son características del embarazo asociadas significativamente a la dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- La inducción de trabajo de parto y la atención de parto por personal de salud en formación son características del parto asociadas significativamente a la dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.
- La infección de episiorrafia y la anemia puerperal son características del puerperio asociadas significativamente a la dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.

4.2 Recomendaciones

- A los profesionales Obstetras realizar atención prenatal enfocada en identificación de riesgos, como la presencia de morbilidades y condiciones de la gestación actual, parto y puerperio que pueden constituir factores de riesgo para dehiscencia de episiorrafia.
- Se recomienda realizar una exhaustiva evaluación de la necesidad de realizar inducción de trabajo de parto, para que este procedimiento no se vuelva rutinario en toda primípara ya que la primiparidad es un factor asociado a la dehiscencia de episiorrafia. Además, se sugiere realizar mayor seguimiento a las púerperas con episiotomía que presentan trastornos de coagulación y diabetes mellitus ya que su condición médica podría favorecer el desarrollo de dehiscencia de episiorrafia.
- Fomentar espacios de adiestramiento en la realización de la episiorrafia en el personal en formación que atiende el parto, entre ellos los estudiantes de obstetricia, médicos residentes e internos de medicina; a través del uso de maquetas u otros materiales.
- Al profesional de salud que realiza la episiorrafia, se recomienda brindar indicaciones enfocadas a los cuidados de la herida quirúrgica para prevenir infecciones de la episiorrafia, también se sugiere brindar consejería en nutrición y en la toma hematínicos durante el embarazo y el puerperio puesto que se ha observado una alta frecuencia de anemia puerperal y esta condición se asocia a la dehiscencia de episiorrafia.
- Se sugiere realizar futuras investigaciones sobre el tema de estudio que busquen identificar otras características del embarazo, parto y puerperio asociadas a la dehiscencia de episiorrafia, en esta línea se puede proponer el estudio de presencia de infecciones vaginales, número de tactos vaginales, infección por virus de papiloma humana y las características de lesión, entre otras.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rasouli M, Keramat A, Khosrav A, Mohabatpour Z. Prevalence and Factors Associated With Episiotomy in Shahroud City, Northeast of Iran. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2016; 4(3): p. 125-129.
2. Alvarenga M, Francisco A, Oliveira S, Silva F, Shimoda G, Damiani L. Evaluación de la curación de episiotomía: confiabilidad de la escala de Enrojecimiento, Edema, Equimosis, Drenaje, Aproximación (REEDA). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 23(1): p. 162-168.
3. Blondel B, Alexander S, Bjarnadóttir R, Gissler M, Langhoff-Roos J, Novak-Antolič Ž, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95(7): p. 746-754.
4. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016; 388(10056): p. 2176-2192.
5. Guevara M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
6. Flores E. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Tesis de grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
7. Dudley L, Kettle C, Waterfield J, Ismail K. Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced wound (PREVIEW): a nested qualitative study. *BMJ Open*. 2017; 7(2): p. e013008.

8. Kamel A, Khaled M. Episiotomy and obstetric perineal wound dehiscence: beyond soreness. *J Obstet Gynaecol.* 2014; 34(3): p. 215-217.
9. Trigo M. Efectividad del masaje perineal y del Epi-NO como tratamiento preventivo a las episiotomías en mujeres nulíparas. Tesis de grado. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2016.
10. Mendoza A, Ramirez B, Resendiz M, Salazar T. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada Mexico D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud; 2013.
11. González J. Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, Sala de lo Contencioso-administrativo, Sección 1ª, Sentencia 442/2015 de 8 Jun. 2015, Rec. 813/2013. Sentencia condenatoria. Oviedo: Tribunal Superior de Justicia de Asturias; 2015.
12. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017; 2: p. CD000081.
13. Venus D, Prajwal R. Comparison of use of restrictive episiotomy versus routine episiotomy in primigravidae undergoing vaginal birth at a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017; 6(5): p. 1770-1776.
14. Borruto F, Comparetto C. Episiotomy: A Too Often Unnecessary and Harmful Practice. *MOJ Women's Health.* 2016; 2(1): p. 2.
15. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. *EMC - Ginecología-Obstetricia.* 2014; 50(2): p. 1-17.
16. Dudley L, Kettle C, Ismail K. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9): p. CD008977.
17. Dudley L, Kettle C, Waterfield J, Ismail K. Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehisced

wound (PREVIEW): a pilot and feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2017; 7(2): p. e013008.

18. Johnson A, Thakar R, Sultan A. Obstetric perineal wound infection: is there underreporting? *Br J Nurs*. 2012; 21(5): p. S30-S35.
19. Alvarado M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital “Rene Toche Groppo” – Chincha Alta, noviembre 2014 – julio 2015. Tesis de titulación. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2017.
20. Zorrilla C. Anemia asociada a dehiscencia de episiorrafia en puérperas primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, Guadalupe, 2016. Tesis de grado. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca ; 2016.
21. Rodríguez E, Sánchez M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto. Tesis de grado. Universidad Nacional de San Martín; 2012.
22. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. *Rev Cient Cienc Med*. 2014; 17(2): p. 53-57.
23. Friedman A, Ananth C, Prendergast E, D'Alton M, Wright J. Variation in and Factors Associated With Use of Episiotomy. *JAMA*. 2015; 313(2): p. 197-199.
24. National Institute for Health and Care Excellence. *Episcissors-60 for guided mediolateral episiotomy (MIB33)*. Medtech innovation briefing. England: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015.
25. Martínez J. Manual Episiotomía y Episiorrafia. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, Ginecología y Obstetricia; 2014.
26. Espuña M, Porta O. Manual de anatomía funcional y quirúrgica del suelo pélvico. Primera ed. Madrid: Marge Médica; 2016.
27. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología Lima: MINSA; 2014.

28. Webb S, Sherburn M, Ismail K. Managing perineal trauma after childbirth. *BMJ*. 2014; 349: p. 1-10.
29. Ministerio de Sanidad de España. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona). Segunda ed. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017.
30. Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia Venezuela: MPPS; 2014.
31. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Huth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. Decimotercera ed. Mexico D.F: McGraw Hill; 2015.
32. Baranda N, Patiño D, Ramírez M, Rosales J, Martínez M, Prado J. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Evid Med Invest Salud*. 2014; 7(3): p. 110-113.
33. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto Ginebra: OMS; 2015.
34. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Diabetes y embarazo Madrid: SEGO; 2012.
35. Romero J, Ortiz C, Leños A, Martínez Ó. Evolución de hipertensión gestacional a preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex*. 2014; 82: p. 229-235.
36. O'Farrill F, O'Farrill M, Fragoso L. Evaluación del tratamiento a mujeres embarazadas con anemia ferropénica. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; 81: p. 377-381.
37. De Anda L, Castañeda A, Pérez J. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2017; 60(5):30-35. [Consultado el 01 de junio de 2018]. Disponible desde: <https://bit.ly/2JxPqM4>

38. Diccionario Real de la Lengua Española. RAE. [Online]. [cited 2018 Marzo 29]. Available from: HYPERLINK "<http://dle.rae.es/?id=7OiMmZE>" <http://dle.rae.es/?id=7OiMmZE> .
39. Ministerio de salud de Chile. Orientación técnica para la atención integral en el posparto. Documento de revisión. Santiago de Chile: Sub Secretaría de Salud Pública; 2014.
40. Sánchez M. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. 2012; 97: p. 27-32.
41. Trujillo A. Protocolo de indicaciones y técnica de episiotomía y episiorrafia. Caracas: ESE Carmen Emilia Ospina, Servicio de Ginecología y Obstetricia; 2012.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERÍSTICAS BSTÉTRICAS ASOCIADAS A DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Indicadores	Metodología
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuáles son las características obstétricas asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las características del embarazo asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas? ¿Cuáles son las características del parto asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas? ¿Cuáles son las características del puerperio asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas? 	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar las características obstétricas asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> identificar las características del embarazo asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas. Determinar las características del parto asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas. Determinar las características del puerperio asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas. 	<p>Hipótesis general</p> <p>Existen características obstétricas asociadas a dehiscencia de episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016.</p>	<p>Variable Independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> Características obstétricas <p>Variable Dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> Dehiscencia de episiorrafia 	<p>Durante el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> Paridad Diabetes mellitus gestacional Hipertensión inducida por el embarazo Condilomatosis genital Anemia Antecedentes patológicos <p>Durante el parto</p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo de episiotomía Inducción del trabajo de parto Periodo expulsivo prolongado Profesional que atendió el parto <p>Durante puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> Infección de episiorrafia Anemia puerperal Hemorragia postparto <p>- Sí / No</p>	<p>Diseño de la investigación:</p> <p>a) Nivel de investigación: correlacional</p> <p>b) Método: cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: No experimental, correlacional-causal, retrospectivo, transversal.</p> <p>Población: 2231 puérperas en quienes se realizó episiotomía, atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016.</p> <p>Muestra: 98 puérperas con diagnóstico de dehiscencia de episiorrafia (Grupo de estudio), y 98 puérperas sin diagnóstico de dehiscencia de episiorrafia (grupo comparativo).</p> <p>Técnica e Instrumentos de recolección de datos: Técnica documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos.</p> <p>Análisis de datos: Se utilizó la prueba Chi Cuadrado, nivel de significancia del 5%, siendo significativo un $p < 0.05$.</p>

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016

Fecha: ___/___/___

Nº: _____

1. Dehiscencia de episiorrafia: Sí () No ()

2. Datos generales

Edad: _____ años ≤ 19 años () 20 – 34 años () ≥ 35 años ()

Estado civil: Soltera () Casada () Unión estable () Divorciada ()

Grado de Instrucción: Analfabeta () Primaria incompleta ()

Primaria completa () Secundaria incompleta ()

Secundaria completa () Superior incompleta ()

Superior completa ()

Ocupación: _____

IMC pregestacional: Normal () Bajo peso () Sobrepeso () Obesidad ()

3. Características Obstétricas:

3.1 Durante el embarazo

Paridad: G ___ P _____

Diabetes mellitus gestacional Sí () No ()

Hipertensión inducida por el embarazo Sí () No ()

Condilomatosis genital Sí () No ()

Anemia Sí () No ()

Antecedentes patológicos:

Trastornos de coagulación ()

Diabetes mellitus ()

Hipertensión crónica ()

Otros: _____

