

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO

TESIS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS
DE EPISIORRAFIAS EN PRIMIPARAS DEL HOSPITAL
DE CONTINGENCIA DE TINGO MARIA DE
NOVIEMBRE DEL 2016 A OCTUBRE DEL 2017.

Para Optar el Título Profesional de :
OBSTETRA

TESISTA

Bach. ALCALA CASTRO, Thania Mirella

ASESOR:

Obstetra. Espinoza Sánchez, Ugo

Huánuco - Perú
2019



PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Tingo María, siendo las once horas del veinticuatro del mes de Abril del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Universidad de Huánuco Sede Tingo María, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 326-2019-D-FCS-UDH de fecha 15 de Abril del 2019 y, al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMIPARAS EN EL HOSPITAL DE CONTINGENCIA DE TINGO MARIA. 2016**" presentado por la Bachiller, doña **Thania Mirella ALCALÁ CASTRO** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los Miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cualitativo de BUENO y cuantitativo de 16 (Art. 54).

Siendo las 12:45 Horas del día, se dio por concluido el Acto Académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....
Dra. Julia M. Palacios Zevallos de Toscano
PRESIDENTA

.....
Obsta. Sudey Allpas Rodriguez
SECRETARIO

.....
Obsta. Verónica del Pilar Castillo Ruiz
VOCAL

DEDICATORIA

En primer lugar, dedico este proyecto a Dios, ya que me permitió realizar el trabajo de una materia satisfactoria, me guio a la claridad y la visión para poder desarrollar mi tesis.

En segundo lugar, dedico a mi familia que me motivo dándome ánimo para seguir siempre mis metas, y finalmente dedico este proyecto a esta prestigiosa universidad que me ha enseñado y guiado por buen camino durante el recorrido de mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Huánuco, por haber contribuido con nuestra formación profesional.

Mi más sincero agradecimiento a mi asesora, que con sus conocimientos y orientaciones ha contribuido a la realización de este trabajo académico.

Finalmente, a tantas personas que siempre me demostraron su apoyo y cariño, muchas gracias, sin ustedes no hubiera sido posible esta meta.

La autora

ÍNDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE DEL CONTENIDO	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ABSTRACT	VII
CAPÍTULO I.....	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivo general.....	5
1.4. Objetivos específicos	5
1.5. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO III.....	301
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	301
3.1. Tipo de investigación	301
3.2. Población.....	312
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	323
CAPÍTULO IV	34
4. RESULTADOS.....	34
4.1. Procesamiento de datos	34
4.2. Contrastación de hipótesis.....	41
CAPÍTULO V	445
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	445
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Procedencia de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	34
Tabla 2. Presencia de dehiscencia de la episiorrafia en primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	35
Tabla 3. Características sociodemográficas de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	36
Tabla 4. Promedio de edad de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	37
Tabla 5. Factores personales asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	38
Tabla 6. Factores ginecológicos asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	39
Tabla 7. Factores obstétricos asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	40
Tabla 8. Comparación de los factores de riesgo personales asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	41
Tabla 9. Comparación de los factores ginecológicos de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	42
Tabla 10. Comparación de los factores obstétricos de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017	43

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017.

Metodología. Fue un estudio retrospectivo, analítico, transversal y observacional, con un diseño relacional. La muestra fueron 66 primíparas. La técnica usada fue la documentación y el instrumento fue la historia clínica, se utilizó exclusivamente para procesos investigativos. El análisis estadístico fue mediante la prueba no paramétrica de Chi Cuadrada, con un Odds ratio (OR), al 95% de confianza.

Resultados. Se halló dehiscencia de la episiorrafia en un 10,6% (7) de las primíparas en estudio, a diferencia de un 89,4% (59) de primíparas sin la presencia de episiorrafia. En el análisis de la asociación de los factores de riesgos personales asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas, fueron la presencia de anemia [OR= 0,017 (0,00-0,12) p=0,000], el factor de riesgo significativo asociado con la presencia de dehiscencia de episiorrafias. También, la presencia de infecciones genitales [OR= 8,000 (1,27-50,04) p=0,000], fue un factor de riesgo significativo en la presencia de dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio; por lo que se aceptó la hipótesis de investigación. No se halló significancia de los factores obstétricos de riesgo en las dehiscencias de episiorrafias, aceptándose la hipótesis nula.

Conclusiones. La anemia y las infecciones genitales, son factores de riesgo significativos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María.

Palabras claves: *factores de riesgo, dehiscencias, episiorrafias, primíparas, mujeres.*

ABSTRACT

Objective. To determine the risk factors associated with episiorrhaphy dehiscence in primiparas of the obstetrics service of the Tingo María contingency Hospital in the period from November 2016 to October 2017.

Methodology. It was a retrospective, analytical, cross-sectional and observational study with a relational design. The sample was 66 primiparous. The technique used was the documentation and the instrument was the clinical history, it was used exclusively for investigative processes. The statistical analysis was performed by the non-parametric Chi square test, with an Odds Ratio (OR), at 95% confidence.

Results Dehiscence of the episiorrhaphy was found in 10.6% (7) of the primiparas under study, in contrast to 89.4% (59) of primiparous women without the presence of episiorrhaphy. In the analysis of the association of personal risk factors associated with episiorrhaphy dehiscence in primiparous women, there was the presence of anemia [OR = 0.017 (0.00-0.12) $p = 0.000$], the associated significant risk factor with the presence of episiorrhaphy dehiscence. Also, the presence of genital infections [OR = 8,000 (1.27-50.04) $p = 0.000$] was a significant risk factor in the presence of episiorrhaphy dehiscences in the primiparas under study; so the research hypothesis was accepted. No significance was found for the obstetric risk factors in episiorrhaphy dehiscence, accepting the null hypothesis.

Conclusions Anemia and genital infections are significant risk factors associated with episiorrhaphy dehiscence in primiparas of the obstetrics service of the Tingo María contingency Hospital.

Key words: risk factors, dehiscence, episiorrhaphy, primiparas, women.

INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo que predisponen a una mujer a las dehiscencias de episiorrafias en primíparas, es importante en obstetricia, ya que estos factores de riesgo pueden disminuirse a través de las atenciones prenatales oportunas durante el embarazo, no se habla de eliminarlos porque muchas veces resulta difícil pero si es necesario controlarlos, consideramos que una intervención oportuna reduciría la morbilidad materna (1).

Del mismo modo, es importante mencionar que el estudio sobre factores de riesgo asociados a las dehiscencias en primíparas se encuentra enmarcado dentro del proceso de atención del parto institucional, en el que la episiotomía, es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión en la zona del periné femenino en el segundo periodo del trabajo de parto vaginal (periodo expulsivo), generalmente realizado en pacientes primíparas con la finalidad de evitar desgarros, prolapso uterino, acortamiento del parto, etc.

Por lo tanto, las episiorrafias que consisten en la reconstrucción anatómica de la pared vaginal a causa de la episiotomía, realizado teniendo en cuenta el alumbramiento completo y la estabilidad hemodinámica de la paciente, así como el buen estado de la episiotomía, realizándose con suturas reabsorbibles. Sin embargo se ha venido observando complicaciones de este procedimiento, la dehiscencia de episiorrafia, separación de la incisión quirúrgica, la cual provoca incomodidad continúa en las pacientes. Es por ello que surgió la motivación de realizar este estudio, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a

dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017. Esta tesis fue estructurada en 5 capítulos. En el primer capítulo se aborda el problema de investigación el mismo que contiene la descripción del problema, formulación del problema, objetivo, tanto general como específicos, la justificación de la investigación de manera teórica, práctica y metodológica, limitación y la viabilidad de la investigación.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico el mismo que contiene la descripción detallada de los antecedentes de investigación tanto internacionales, nacionales como locales, bases teóricas, bases conceptuales, y definición de términos operacionales, hipótesis, identificación de variables y la operacionalización de variables.

En el tercer capítulo se aborda al marco metodológico el cual está compuesto de las siguientes partes: diseño de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de datos, análisis e interpretación de datos, y consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo se exhibe al análisis de resultados el mismo que contiene los resultados descriptivos e inferenciales. En el quinto capítulo se muestra a la discusión de los resultados significativos.

Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La episiotomía es la incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí y la episiotomía complicada, es la presencia de complicaciones de una episiotomía, siendo las más frecuentes la hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia (2). Por muchos años, la episiotomía se ha considerado como una intervención cuyo objetivo es la prevención de desgarros perineales graves así como los trastornos de la estática pélvica, abrevia la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas (3, 4).

La cirugía menor realizada en el periné, denominada episiotomía, es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados para prevenir desgarros perineales graves y complicaciones fetales, consiste en realizar una incisión en la zona del periné femenino en la última parte del periodo expulsivo (6). Durante muchos años este procedimiento se ha considerado como una intervención cuyo objetivo es la prevención de desgarros perineales graves, prolapso uterino, acortamiento del parto y evitar dolor, por lo que su uso es muy variado y extendido (7). El procedimiento no ganó mayor aceptación entre la comunidad obstétrica de la época debido a la alta morbilidad infecciosa asociada a ella y a la no disponibilidad de anestesia (5).

Luego de múltiples estudios que han evaluado los beneficios y riesgos de la episiotomía de rutina, se ha observado una menor frecuencia de laceraciones labiales y vaginales, pero muestran un incremento en la incidencia

de desgarros perineales, infecciones y dehiscencia de episiorrafia. Por esto, el uso de la episiotomía ha disminuido notablemente utilizando la política selectiva de su uso, de acuerdo con la evaluación de los factores de riesgo de cada paciente así como las complicaciones que este puede presentar.

En la actualidad el uso rutinario del procedimiento conocido como episiotomía en la atención de partos es conocido y practicado en ocasiones de manera extensa; recomendada inicialmente para partos difíciles posteriormente se incluyó dentro de las actividades rutinarias en la atención del parto, sin embargo su uso rutinario debe ser evaluado en nuestros centros de atención de partos (8),

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fija un máximo de episiotomías del 20-30%, sin embargo, se practica desde un 62.5% en países como Estados Unidos, hasta un 30% en Europa, en países como Holanda se registran porcentajes del 8%, mientras que en otros lo practican en un 100%; cifras muy alejadas de las recomendaciones (9).

En Trujillo en el 2014, la frecuencia de dehiscencia de episiorrafia fue de 6,7%; así mismo el promedio de pacientes con infección y anemia fue mayor en pacientes con dehiscencia (10). En Ica entre el 2014 y 2015 el promedio de dehiscencia de episiorrafia es de (10.85%).siendo factores de riesgo: Infección de episiorrafia 26 (10.08%), Anemia 25 (9.69%), Infección vaginal 23 (8.92%) y las edades de 20 años a más 21 (8.14%), de 15 a 19 años 7 (2.71%).

Los principales factores de riesgo asociados a la episiotomía en un parto vaginal espontáneo son: inminencia de desgarro vaginal, peso y perímetro cefálico fetal, entre otros factores personales, ginecológicos y obstétricos de la madre, como nuliparidad, inducción del trabajo de parto, trauma perineal,

infecciones genitales previas, trabajo de parto prolongado, exploraciones vaginales múltiples y desgarros cervicales (11, 12).

Lamentablemente, la episiotomía de rutina o el uso liberal de la episiotomía, es muy frecuente en lugares de escasos recursos y en algunos países desarrollados. Es probable que estos últimos contribuyan a la persistencia en cuanto al uso de esta práctica también en lugares de escasos recursos, a pesar de la abrumadora evidencia contra su uso rutinario (13).

Respecto a las consecuencias, la dehiscencia de las episiorrafias, es una complicación durante el periodo puerperal, sin embargo cuando se presenta representa importantes repercusiones maternas, poniendo en peligro el bienestar materno, por ejemplo se da la relajación y flaccidez del piso pélvico, piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento, enfermedades granulomatosas activas, condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal, fístulas rectoperineales, antecedentes de perineoplastia, cáncer Ano rectal (10, 14, 15).

En la actualidad, en el campo de la obstetricia, el desgarro perineal sigue siendo un problema para las parturientas, su temor a ello y a sus posibles consecuencias ponen en riesgo la salud de las mismas, estas consecuencias que tienen un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, se ha comprobado que un desgarro o una episiotomía mal reparada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso (1).

Las complicaciones inmediatas más frecuentes de una episiotomía son: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección. Las complicaciones tardías son: dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia), procesos

adherenciales vaginales o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor, fístulas recto vaginales (16).

La dehiscencia de episiorrafia, compromete el estado de salud de una paciente a partir de su estado ya deteriorado por efecto del embarazo y la respuesta fisiológica al trauma quirúrgico. Así la dehiscencia de la episiorrafia se define como la fuga total o parcial del material de sutura de la episiorrafia (17).

Las complicaciones en la cicatrización de las lesiones producidas por la episiotomía y la dehiscencia de la episiorrafia están relacionadas con dispareunia y molestias en las relaciones sexuales, presencia de problemas coitales y sexuales, de las mujeres con parto vaginal frente a cesárea (18).

Frente a la problemática descrita, es importante conocer aquellos factores que van a estar asociados a las dehiscencias de episiorrafias y que estas sean evitadas o utilizadas en forma selectiva.

1.2. Formulación del problema

Ante la problemática descrita ha surgido una interrogante y se formula como una pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre 2017?

1.3. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017.

1.4. Objetivos específicos

1. Identificar la presencia de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del hospital en estudio.
2. Identificar los factores de riesgo personales asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017.
3. Identificar los factores de riesgo ginecológicos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017.
4. Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017

1.5. Justificación de la investigación

El estudio se justificó por las siguientes razones:

Teórica

Desde el punto de vista teórico, la presente investigación aportará nuevos conocimientos para la comunidad científica, teóricamente es importante, porque sirve para profundizar los conocimientos de los futuros profesionales de obstetricia acerca de los principales factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de obstetricia del Hospital de contingencia de Tingo María; con ello se podría plantear estrategias de intervención eficaces, como las actividades de promoción y prevención con énfasis en los factores abordados en este estudio (19).

Así mismo el presente estudio servirá como antecedente para futuras investigaciones y la posibilidad de proponer un programa de intervención dirigido a mejorar las dificultades o debilidades encontradas a través de la investigación en el contexto de los factores que influyen en la dehiscencia de episiorrafia.

Practica

Es importante realizar este estudio, debido a que no se dispone de estudios similares en nuestra población lo que nos hace dependientes de datos foráneos para extrapolarlos a nuestras madres lo que condicionaría un sesgo de aplicabilidad de resultados; esta falta de datos crea desconocimiento sobre el tema y provee un problema a resolver, es importante también pues los resultados derivados de esta investigación son totalmente concordantes con nuestra realidad de esta manera se crea una utilidad para estos resultados la que será de apoyar en el manejo de madres ya con datos sobre factores de

riesgo de episiotomía lo que contribuirá a reducir su uso y por ende las posteriores consecuencias. Cuando ocurre una dehiscencia se van a presentar problemas serios, por las consecuencias que puede acarrear una herida abierta, esta puede contaminarse con las heces por la cercanía del periné al recto, e infectarse, en cuyo caso la mujer corre el riesgo de ser nuevamente hospitalizada para recibir el tratamiento correspondiente.

El estudio es importante porque va a proporcionar información actualizada el tema a las autoridades del Centro de Salud; a fin, de que elaboren o diseñen estrategias para disminuir los factores de riesgo de la dehiscencia de episiorrafia, protegiendo la salud materna.

Social

Las lesiones propias del parto, constituyen una cuestión de gran importancia, no sólo para los médicos y personal de salud e instituciones, sino que también refleja gran preocupación para la sociedad y el Estado en el marco de las políticas de salud maternas; debido a su impacto en los índices de desarrollo humano y la calidad de vida en el puerperio y que le permita reincorporarse a su nueva vida como madre como un ente sano, capaz de cumplir su rol de madre y su rol de esposa en el plano familiar, beneficiándose no solo la mujer sino también el recién nacido, la pareja y la familia en general.

1.6. Limitaciones de la investigación

Varias historias clínicas presentan un llenado irregular, en consecuencia tales datos tienen cierto sesgo, razón por lo que no se pudo

incluir más unidades de estudio; en tal sentido los resultados de la investigación no podrán ser extrapolados a otros contextos del estudio.

También se tuvo limitación con respecto a la disponibilidad de información de la asociación de las infecciones genitales como factor de riesgo para las dehiscencias de la episiorrafia en las primíparas. Es escasa la información al respecto.

1.7. Viabilidad de la investigación

Respecto a la disponibilidad de los recursos financieros, el estudio fue viable en cuanto a costos económicos se refiere, pues fue solventado por el investigador. En cuanto a los recursos materiales se contó con implementos como hojas bond, lapiceros, carpetas, regla, entre otros materiales necesarios para la recolección y análisis de datos.

En relación a los recursos humanos se contó con personal capacitado, asesor, investigador, encuestadores para la recolección de datos y estadístico para el procesamiento y análisis de datos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A continuación se describen los estudios próximos a la temática abordada en este estudio.

Antecedentes internacionales

En Ecuador, en el 2014, Gualán, Guanoluisa (8); desarrollaron un estudio analítico titulado “Prevalencia de Episiotomía y Factores Asociados, en Pacientes del Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso”; cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de episiotomía en pacientes primigestas y su relación con factores como edad materna, talla materna, peso del recién nacido, perímetro cefálico del recién nacido. La población fueron 3798 parturientas, de los cuales la muestra fueron 580 primigestas. Los resultados evidenciaron que la prevalencia encontrada de episiotomía fue del 35,5%. La edad menor de 19 años considerado un factor de riesgo para la realización de episiotomía tuvo significancia estadística; de igual manera el Peso del Recién Nacido mayor a 3000 gramos y el Perímetro Cefálico del recién nacido mayor a 33 centímetros; sin embargo no hallaron significancia estadística entre Talla Materna menor a 145 centímetros y la realización de episiotomía.

En el 2014 en Quito Torres (20), ejecuto un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal titulado “Complicaciones de la episiotomía en el post parto mediato en pacientes de la maternidad Carapungo”, cuyo objetivo fue identificar los factores que pueden ocasionar las complicaciones de la

episiotomía en las mujeres que asisten a la maternidad. La muestra lo constituyeron 80 mujeres maternas a quienes les realizaron una episiotomía, para la recolección de datos utilizaron un instrumento que fue aplicado en la visita domiciliaria, previa lectura del consentimiento informado. Concluyeron que, entre las molestias luego de una episiotomía presentaron herida perianal, fiebre y signos y síntomas de prurito y quemazón.

En Guatemala, 2014-2015, Rodríguez, Sanjose (21), desarrollaron un estudio descriptivo de incidencia acumulada titulado “Incidencia de dehiscencias en el puerperio mediato de episiorrafias realizadas en el Centro de Salud Bárbara en San Juan Sacatepéquez”, cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de dehiscencia en el puerperio mediato de las episiorrafias realizadas en Centro de Salud Bárbara, San Juan Sacatepéquez (CSB), para la recolección de datos utilizaron los expedientes de partos del CSB, revisaron las notas de parto de cada una de las pacientes, posteriormente se seleccionaron las papeletas de las pacientes a quienes se les realizó episiotomía y reconsultaron en la cita de control de puerperio mediato. Revisaron la nota de evolución en donde se pudo evidenciar la presencia o ausencia de una dehiscencia de episiorrafia. Los resultados evidenciaron 503 records correspondientes al total de partos en 2014 y 2015. Realizaron episiotomía a 171 pacientes (34%). Del total de pacientes a quienes se les realizó episiotomía únicamente 90 consultaron durante el puerperio mediato, dando una tasa de re consulta de 53%. De las 90 pacientes que reconsultaron, se documentó que 6 de ellas presentaban una dehiscencia de episiorrafia, dando

una de 7.14 %. Concluyeron que existe una incidencia de dehiscencia del 7 % durante ese período.

Antecedentes nacionales

En Chimbote, 2016 Villanueva (22) desarrolló un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo titulado “Factores que condicionan dehiscencia de episiorrafia en puérperas del Hospital la Caleta”, cuyo objetivo fue determinar los factores que condicionan la dehiscencia de la episiorrafia en las pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital. Los instrumentos de recolección de datos fueron las historias clínicas de las pacientes. La población de estudio estuvo constituida por 426 mujeres que culminaron su gestación con el parto vaginal y a las que se le realizó episiotomía. La muestra fue de 198 mujeres obtenida a través de la fórmula estadística para población finita utilizando un margen de error de 0,05. Obtuvieron los siguientes resultados: de los 198 casos de episiorrafia tomados como muestra, sólo 17 (8.6%) puérperas presentaron dehiscencia de la episiorrafia. Siendo factores condicionantes asociados a dehiscencia, la infección (92.3%), la anemia (17.1%), expulsivo prolongado (0%), tactos vaginales >6 (69.2%), nuliparidad (9.3%).

En Cajamarca, en el 2016, Zorrilla (23) desarrolló un estudio de tipo descriptivo correlacional y diseño no experimental de corte transversal titulado “Anemia asociada a dehiscencia de episiorrafia en puérperas primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe”. El objetivo fue determinar y analizar la asociación entre anemia en el embarazo y la dehiscencia de la episiorrafia en primíparas. La muestra fue 104 puérperas primíparas, atendidas

en el Hospital Tomás Lafora, Guadalupe. Los resultados evidenciaron que la mayoría de primíparas perteneció al grupo etáreo de 20-24 años; el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria completa; son convivientes; amas de casa y procedentes de la zona urbana. El mayor porcentaje de primíparas tuvo más de 6 atenciones prenatales y la mayoría tomó sulfato ferroso. La mayoría de primíparas presentó una anemia leve (49%), seguido de un alto porcentaje que presentó anemia moderada (45,2%). A casi la totalidad de las primíparas les practicaron episiotomía medio lateral. La prevalencia de dehiscencia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, es de 19,2%. Finalmente determinaron que existe asociación altamente significativa entre las variables grado de anemia y dehiscencia de episiotomía según $p < 0.000$; con lo cual queda demostrada la hipótesis.

En Ica entre 2014 – 2015 Alvarado (24), desarrolló un estudio analítico, y retrospectivo titulado “Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital “René Toche Groppo” Chincha alta”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital. La población de estudio estuvo constituida por 258 puérperas con episiorrafia según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 28 puérperas con dehiscencia de episiorrafia y 230 puérperas sin dehiscencia de episiorrafia. En conclusión evidenciaron que las puérperas que presentaron infección y anemia es significativamente mayor y son factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias seguida de Infección vaginal y la edad en el Hospital.

En Trujillo en el 2014 Flores (10), ejecutó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre”, cuyo objetivo fue demostrar que existen factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el hospital. La población de estudio estuvo constituida por 135 pacientes que terminaron su gestación vía vaginal con episiorrafia según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: 9 pacientes con dehiscencia de episiorrafia y 126 pacientes sin dehiscencia de episiorrafia. Concluyeron que, el promedio de pacientes que presentaron infección y anemia son factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre.

En Lima en el 2014 Guevara (25), ejecutó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal titulado “Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en la puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”, cuyo objetivo fue determinar cuáles son los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital. La muestra estuvo conformado por 500 casos de episiorrafias registrados en dicho nosocomio. La técnica recolección de datos utilizada fue la documental, es decir mediante historias clínicas. En conclusión hallaron que, los factores personales que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias fueron la anemia ($p < 0.001$).

En Lima 2013, Ávila (26), hizo la investigación descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, titulado los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa. El objetivo fue identificar cuáles son los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en gestantes. La población fue 1182 historias clínicas obstétricas correspondiéndose a partos espontáneos para el análisis estadístico de los datos se empleó la prueba de chi cuadrado. Los datos lo recolectaron de las historias clínicas obstétricas, el registro de partos y el SIP (sistema informático perinatal) se confecciono una ficha de datos en la cual se inscribió la información obtenida. Concluyeron indicando que la mayor frecuencia de desgarros fue de primer grado, presentándose en múltiparas con edades de 20 a 34 años, cuyo producto peso 2500-3500g. Con un tiempo de expulsivo que duro de 10 a 20 minutos, con anemia leve antes del parto y que no acudieron a la sesiones de psicoprofilaxis.

En Lima, 2014, Nima (1) desarrolló un estudio no experimental – retrospectivo- transversal titulado “Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales”; cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores de riesgo y el desgarro perineal en gestantes. La población estuvo constituida por todas las pacientes puérperas con factores de riesgo y desgarro perineal. Los resultados evidenciaron que la edad promedio de las gestantes que acudieron al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales es de $22.65 \pm 5,713\%$, mientras que el 84,328% tienen un nivel de instrucción secundario, el 77,61% es conviviente, el 44,67% son primíparas, el resultado del periodo íntergenésico resultó el,

20,67% fue corto, mientras que el 30,00% fue largo, el 100% fue parto vaginal, el tiempo del expulsivo es el 58,67% fue de 11 a 30 minutos, en los resultados de los tipos de anemia el 83,33% tuvo anemia leve. En la preparación de psicoprofilaxis 40,67% no realizaron sesiones de psicoprofilaxis. En el nivel de desgarro es el 64,00% fue desgarro de primer grado, mientras que el peso del recién nacido fue de $3600,62 \pm 353,239$. Concluyeron que la anemia es un factor de riesgo para que las gestantes hagan un desgarro perineal ya que se mostró estadísticamente significativa, así como también los factores de riesgo neonatales, que si hay relación estadísticamente significativa en el peso del recién nacido con el desgarro perineal y sobre de los factores de riesgo obstétricos, no se encontró relación estadísticamente significativa en ninguno de los riesgos estudiados.

Antecedente local

En Huánuco en el 2016 Córdova, Meza (27) alumno de la universidad Hermilio Valdizan realizo un estudio descriptivo - retrospectivo titulado “Factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital Román Egoavil Pando – Villa Rica de enero - octubre”, cuyo objetivo fue conocer los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital. La muestra estuvo representada por 70 pacientes primíparas con episiotomía y episiorrafia divididos en dos grupos de estudio: grupo de casos de primíparas con dehiscencia y grupo de casos de primíparas sin dehiscencias, constituido por historias clínicas de 38 primíparas sin dehiscencia de episiorrafia y por historias clínicas de 32 primíparas con dehiscencia de episiorrafia. El instrumento fue un ficha de recolección de datos

elaborado a propósito para la investigación, que fue procesada previo a una prueba piloto con el fin de valorar su aplicabilidad interna y calcular su confiabilidad a través de la prueba de Alpha de Cronbach. Para el análisis de las variables categóricas se utilizaron los recursos de la estadística descriptiva. Las hipótesis fueron analizadas mediante la estadística inferencial no paramétrica y para ellos utilizaron el Chi cuadrado de Pearson y Coeficiente de contingencia. Concluyeron que la anemia fue un factor de mayor significancia, las infecciones vaginales, que dentro de su clasificación se encuentra a la vaginosis bacteriana como factor resaltante.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelos de las determinantes de salud

Según Cheesman (28), el estado de salud y el de enfermedad forman un proceso continuo, en donde por una parte se encuentra la salud y en la otra la enfermedad, pero que en medio de ambas se presentan diferentes factores que establecen la condición de salud o enfermedad en dicho proceso, esos factores son los determinantes del Proceso Salud Enfermedad.

Los determinantes de la salud, son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades, que al influir en la salud individual, e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población.

Los determinantes de la salud pública son los mecanismos específicos que diferentes miembros de grupos socio-económicos influyen en varios grados de salud y enfermedad. El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y

los servicios de salud, que se exponen a continuación: Estilo de vida (es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria), Medio ambiente (se refiere a cualquier contaminación producida en el aire, suelo o agua que afecta a la salud de los individuos, tanto si la contaminación es biológica, física, química o la llamada contaminación sociocultural y sicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés, competitividad, entre otros), Biología humana (este determinante se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible), y sistema sanitario (s el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el determinante de salud que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados).

Los determinantes son factores que influyen en la salud individual y colectiva, que interactuando en diferentes niveles de organización, establecen el estado de salud de la población. Por lo que al incidir en los principales factores determinantes de la salud, se reduce los efectos negativos de las enfermedades y promueve la salud de la población (28).

Las acciones para reducir los factores determinantes implican la participación del personal médico y sanitario, además requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe impulsar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recopilar, transmitir e intercambiar información, para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer

intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud (28).

En el presente estudio los determinantes están constituido por los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas, dichos factores son los factores personales, ginecológicos y obstétricos.

2.3. Definiciones conceptuales:

2.3.1. Episiotomía

La episiotomía significa etimológicamente “cortar el pubis” (episeion=pubis y temmo=yo corto), es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión con tijera o bisturí en la zona del periné femenino que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, en el momento del expulsivo del parto vaginal (29). Su reparación se denomina episiorrafia.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG, por sus siglas en inglés) define la episiotomía como una incisión quirúrgica que se realiza en el periné, región entre la vagina y el ano, para incrementar el diámetro vaginal en el momento del parto. Por definición es una rasgadura de segundo grado. Es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes, se introdujo a la práctica clínica en el siglo XVIII sin evidencia científica que respaldara sus beneficios (30).

El objetivo principal, es ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné, acortando el periodo expulsivo e intentando evitar la producción de desgarros complicados en perinés muy rígidos o en vaginas muy estrechas, puesto que de entrada es una incisión recta y limpia que favorece a una mejor sutura y cicatrización que un desgarro (31).

Se realiza con mayor frecuencia en pacientes nulíparas y se justifica cuando se requiere mayor espacio (distocia de 21 hombros o parto podálico) o en casos en que, por las características del periné, se sospeche la posibilidad de una laceración perineal significativa, si no se realiza (32).

Episiorrafia

Es la sutura de la episiotomía. Se emplean suturas reabsorbibles. Se inicia por el ángulo vaginal superior. VAGINA sutura continua, desde el punto anterior a la horquilla bulbar. MÚSCULO en 2 planos y con puntos sueltos. Se termina aproximando piel (33).

La dehiscencia de episiorrafia

Es una complicación de la episiorrafia que se define como la separación o apertura de la herida quirúrgica o de los tejidos previamente unidos por sutura. A menudo cuando hay infección de la episiorrafia, las suturas desgarran los tejidos edematosos permitiendo que los bordes necróticos de la herida se abran liberando un exudado seroso, sero sanguinolento o purulento, de esta forma, se produce la dehiscencia completa de la episiorrafia, por ello la infección y la dehiscencia están asociadas. El dolor local y la disuria, con o sin retención urinaria son síntomas habituales (25).

Este cuadro produce escozor y a veces dolor, ya que vuelve a dejar la herida del corte al descubierto. Si esta dehiscencia es pequeña y poco profunda podrá cicatrizar sola por la llamada "cicatrización por segunda intención", es decir sin necesidad de volver a coser la episiotomía y con los cuidados higiénicos normales evitando la ropa ajustada y la presión a ese nivel.

Pero si la dehiscencia es grande y profunda, requerirá el ingreso de nuevo de la paciente a la que se le trasladará al quirófano para volver a suturar con puntos y bajo anestesia general o local (34).

2.3.2. Tipos de episiotomía

2.3.2.1. Mediana

La episiotomía mediana se efectúa sobre la línea media, desde la comisura vulvar posterior u horquilla vulvar hasta el esfínter anal. Esta episiotomía es menos sangrante y de fácil sutura, ya que no secciona el músculo aponeurótico, además es de buen resultado estético y no causa dispareunia, pero tiene la desventaja de que si se prolonga puede afectar el esfínter anal, el plexo hemorroidal y la propia mucosa anorrectal, provocando desgarro de tercer y cuarto grado (6).

2.3.2.2. Medio lateral

La episiotomía oblicua o medio lateral es cuando la incisión se extiende desde la horquilla vulvar y penetra dentro del periné hacia abajo y afuera formando un ángulo de 45° con la línea media en dirección de la tuberosidad isquiática. Este tipo de incisión se recomienda cuando hay evidencia de macrosomía fetal o el periné es poco amplio. A pesar de que el proceso de cicatrización y de reparación de la incisión es mayor y en ocasiones se puede presentar dispareunia, tiene como ventaja el de extenderse con poca frecuencia hasta el esfínter anal (32).

2.3.2.3. Episiorrafias

La episiorrafia es la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto. La reconstrucción de la incisión debe hacerse respetando al máximo la anatomía, para mantener íntegramente la función de los músculos y evitar la formación de cicatrices patológicas (32).

2.3.2.4. Dehiscencias de episiorrafias

Esta consta en abrir la herida completamente, mediante el retiro de las suturas quirúrgicas; desbridamiento descartando una posible fascítis; limpieza de la herida al menos dos veces al día asociado a antibioticoterapia y resutura cuando la herida ya esté libre de infección, celulitis y exudado; y cubierta por tejido de granulación (35).

La dehiscencia de episiorrafia es una complicación de la episiorrafia que se define como la separación o apertura de la herida quirúrgica o de los tejidos previamente unidos por sutura. A menudo cuando hay infección de la episiorrafia, las suturas desgarran los tejidos edematosos permitiendo que los bordes necróticos de la herida se abran liberando un exudado seroso, ser sanguinolento o purulento, de esta forma, se produce la dehiscencia completa de la episiorrafia, por ello la infección y la dehiscencia están asociadas (27).

2.3.2.5. Factor de riesgo

Riesgo es la probabilidad, alta o baja, de que alguien resulte herido como consecuencia de estos y otros peligros, junto con la indicación sobre la gravedad del daño que podría originar (36). Para la OMS (37), el riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su

probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión en el lugar donde labora. Según Omaña, Piña citado por Escobar (38), los factores de riesgos es la probabilidad de alcanzar un daño a la salud como consecuencia de una exposición a determinado agente, en unas determinadas condiciones.

2.3.2.6. Factores de riesgo de la dehiscencias de episiorragias

A continuación se describen los factores considerados en el presente estudio:

2.3.2.7. Factores personales

Obesidad: Posee un efecto negativo sobre los componentes del sistema inmune y su correcta funcionalidad, lo cual hace susceptible a infecciones alargando el proceso de la cicatrización de la herida (27).

Consumo de tabaco: Causa daño crónico en la circulación (vasoconstricción), comprometiendo la oxigenación tisular y disminución de la migración de fibroblasto por ende disminuye la fuerza de tracción de la herida y su cicatrización (27).

Anemia: La cicatrización se ve afectada debido a que no se encuentran los nutrientes y sustancias nutritivas (proteínas, vitaminas, minerales, etc), los cuales son indispensables para llevarse a cabo el proceso de cicatrización.

La Organización Mundial de la Salud define a la anemia en el embarazo como la concentración de valores de hemoglobina menores a 11 gr/dl (Hto < 33%) en el primer y segundo trimestre o hemoglobina (Hb) con valores menores de 10.5 (< 32%) en el segundo trimestre (39).

2.3.2.8. Factores ginecológicos

Infección vaginal: El término médico para inflamación vaginal es “vaginitis;” este puede ser causado por una infección. Las tres causas más comunes de las infecciones vaginales son las infecciones por hongos, la Vaginosis bacteriana, y la Trichomoniasis (40).

Es la causa más común de infección vaginal (vaginitis). El síntoma más común de la vaginosis bacteriana es una secreción anormal de la vagina con un desagradable olor a pescado. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres con este tipo de infección vaginal no notan ningún síntoma (40).

La mayoría de los casos de vaginosis bacteriana ocurren en mujeres sexualmente activas entre los 15 y 44 años, especialmente tras el contacto con una pareja nueva. Los condones no parecen ser efectivos brindando protección aunque el uso de espermicidas parece reducir en algo el riesgo (40).

Infecciones de tracto urinario. La infección del tracto urinario (ITU) es quizás la complicación médica que más frecuentemente aparece durante la gestación. Después del parto las infecciones urinarias del embarazo aumentan la cifra de dehiscencias.

Durante el embarazo normal se produce cambios significativos de la estructura y función de las vías urinarias. Una de las alteraciones anatómicas más significativas inducida por el embarazo es la dilatación de las vías urinarias. Esta dilatación se produce aproximadamente alrededor de las 14 semanas de gestación. Esto comprende la dilatación tanto de los cálices renales y la pelvis como de los uréteres. Una consecuencia de la dilatación y la

obstrucción son las posibles infecciones urinarias. Otro factor predisponente a la infección es el reflujo vesicouretral aumentado.

Desde el punto de vista clínico, puede presentarse tanto como infección asintomática (bacteriuria asintomática), como sintomática (cistitis y/o pielonefritis). El 90% de las pielonefritis tienen lugar en el riñón derecho por la dextroposición uterina y porque la vena ovárica derecha dilatada cruza el uréter actuando como una brida, mientras la izquierda transcurre paralela al uréter.

2.3.2.9. Factores obstétricos

Inducción del trabajo de parto: Relación entre la duración del trabajo de parto y el número de tactos vaginales.

Periodo expulsivo prolongado: Incremento del número de tactos vaginales.

Distocia de hombros: Desgarro sobre la episiotomía si no se realiza las maniobras adecuadas.

Macrosomía fetal. La macrosomía o macrosomatia, etimológicamente significa tamaño grande del cuerpo. El incremento de peso al nacer generalmente se considera ventajoso para los fetos en desarrollo, pero llega un punto del incremento en que se considera excesivo y los nacimientos están nombrados como macrosomía (41).

En tanto, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (40) define a la macrosomía neonatal como peso al nacer igual o superior a 4,500 g; aunque aún existe controversia a nivel mundial por la definición más precisa. Hay quienes apoyan la utilización del percentil 90 del peso neonatal para la edad gestacional y otros utilizan un valor neto de peso neonatal mayor a 4000, 4500 ó 5000 g (40).

Maniobras durante el trabajo de parto (Kristeller)

El esfuerzo del periodo del expulsivo en el parto se multiplica tanto a veces que llega incluso a ser ineficaz, por lo que se recurre a ayudar a la parturienta de múltiples formas. La maniobra de Kristeller recibe su nombre en honor a su autor, Samuel Kristeller, que la describió en 1867, citado por Hopp, como un «nuevo procedimiento para el parto, consistente en la utilización de la presión externa de las manos en caso de contracciones débiles. La presión debería durar entre 5 y 8 segundos, sincronizada con la contracción uterina y con una pausa de 0,5 a 3 minutos. La idea de este procedimiento para el autor era fortalecer las contracciones uterinas durante el parto, masajeando el útero y presionándolo en el fondo repetidamente en dirección hacia el canal del parto (42).

Simpson y Knox (43) la describen simplemente como la aplicación de una fuerza constante en el fondo del útero, donde la presión aplicada no está cuantificada documentalmente y es de difícil, si no imposible, precisión.

Buhimschi et al (44) lo describen como un fuerza externa aplicada en la porción superior del útero en dirección caudal, con el objeto de acortar el expulsivo, y para su estudio aplican la presión con un ángulo de 30-40° con la columna en dirección a la pelvis y a través de un manguito de presión semiinflado, interpuesto entre la mano del que aplica la fuerza y la pared abdominal de la mujer, con el fin de controlar la presión en el manómetro entre 80 y 90 mmHg de esfuerzo moderado. Este nivel de presión está basado en un estudio piloto, en el que se pidió a seis investigadores que aplicaran la fuerza con la que normalmente ejercían la maniobra.

Exploraciones vaginales múltiples Post parto.

Se da en casos de sospecha retención de fragmentos placentarios, realizar una exploración digital del útero para extraer los coágulos y los pedazos grandes. Utilizar fórceps oval o una cureta grande, si se requiere (45). La revisión uterina postparto es la exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas. Este es un procedimiento que se practica en la mayoría de los casos en el postalumbramiento inmediato (46).

La revisión uterina, después de haber salido la placenta, puede efectuarse bajo el imperativo de una indicación específica (retención de fragmentos placentarios o membranas, alumbramiento artificial, parto quirúrgico vaginal, sospecha de lesiones corporales uterinas, etcétera) o como maniobra usual de asistencia al parto (46).

2.4. Hipótesis

Hipótesis general

Hi: Los factores de riesgo personales, ginecológicos y obstétricos están asociados a las dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017.

Ho: Los factores de riesgo personales, ginecológicos y obstétricos no están asociados a las dehiscencias de episiorrafias en primíparas del

Hospital de contingencia de Tingo María en el periodo de noviembre del 2016 a octubre del 2017.

Hipótesis específicas

Ha1: Los factores de riesgo personales, están asociados a las dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio.

Ha2: Los factores de riesgo ginecológicos están asociados a las dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio.

Ha3: Los factores de riesgo obstétricos, están asociados a las dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio.

2.5. Variables

2.5.1. Variable independiente

Factores de riesgo

2.5.2. Variable dependiente

Dehiscencias de episiorrafias en primíparas.

2.6. Operacionalización de las variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
Variables de caracterización		Caracterización de la muestra	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - Menores de 20 años - De 20 a 24 años - De 25 a 30 años - Más de 30 años 	Ordinal	Historia Clínica Ficha de recolección de datos.
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente 	Ordinal	
			Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Superior 	Ordinal	
VARIABLE DEPENDIENTE: Dehiscencia de la episiorrafia	Cualitativa	Complicación Obstétrica Unidimensional Complicación de una cirugía menor.	Dehiscencia de la episiorrafia	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Nominal	Historia Clínica
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de Riesgo	Cualitativa	Factores personales	Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Nominal	Historia Clínica Ficha de recolección de datos.
			Consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Nominal	
			Anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderada - Severa 	Ordinal	

		Factores ginecológicos	Infección vaginal	- Si - No	Nominal	Historia Clínica
			Infecciones del tracto urinario	- Si - No	Nominal	Ficha de recolección de datos.
		Factores obstétricos	Inducción del trabajo de parto	- Si - No	Nominal	Historia Clínica Ficha de recolección de datos.
			Periodo expulsivo prolongado	- Si - No	Nominal	
			Distocia de hombros	- Si - No	Nominal	
			Macrosomía fetal	- Si - No	Nominal	
			Maniobras durante el trabajo de parto (Kristeller)	- Si - No	Nominal	
			Exploraciones vaginales múltiples Post parto (más de 5 exploraciones)	- Si - No	Nominal	

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Enfoque

El enfoque de esta investigación, corresponde al cuantitativo; puesto que se probó las hipótesis con base el análisis estadístico para cumplir con el objetivo del estudio.

3.1.2. Alcance o nivel

De acuerdo a la línea de investigación, es Descriptivo – Relacional puesto que buscó describir los fenómenos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad es describir y/o estimar parámetros y demostrara dependencia probabilística entre eventos.

3.1.3. Tipo de investigación

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **retrospectivo**, puesto que se recogieron datos de una fuente secundaria de las historias clínicas.

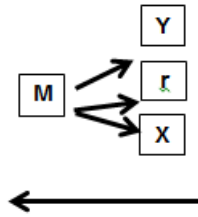
De acuerdo al período y secuencia del estudio; fue **transversal** porque se estudió las variables en un solo período de tiempo.

Según el número de variables el presente estudio fue analíticos, ya que se tuvo dos variables en estudio.

Y según la intervención de la investigadora el presente estudio fue un estudio **observacional**, puesto que no hubo manipulación de variables.

3.1.4. Diseño

El diseño del estudio fue el relacional.



Dónde:

M: Muestra

Y: Episiorragias

X: Factores de Riesgo asociados

r: asociación

3.2. Población

La población estuvo constituida por 66 mujeres primíparas que fueron atendidas en el Hospital de contingencia de Tingo María, durante los meses de noviembre del 2016 a octubre del 2017. Por ser una población menor, se trabajó con la totalidad de ellos (66 partos), por ello se le denominó población muestral, en la cual se consideró los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Fichas de recolección de datos.
- Encuestas de primíparas con episiorragia que desarrollaron dehiscencia.
- Encuestas clínicas legibles y con datos completos.

Criterios de exclusión:

- Encuestas mal ejecutadas.

3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.3.1. Para la recolección de datos

La técnica utilizada fue la documentación y el instrumento fue la encuesta (fuente secundaria). En este caso se omitió el proceso de validación y confiabilidad por tratarse de una fuente secundaria.

Con respecto a las consideraciones éticas, la presente investigación respetó los siguientes aspectos:

El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. La investigadora asumió la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación. Se tramitó la documentación respectiva con el fin de obtener los permisos correspondientes en el hospital ámbito de contingencia. Se respetó la información procedente de las historias clínicas sin alterarlos, para poder obtener un resultado confiable y fidedigno. Además, se solicitó el consentimiento informado para la revisión del libro de partos a la Jefatura de Gineco Obstetricia.

3.3.2. Para la presentación de los datos

Se consideró los siguientes pasos:

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo

a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas y en gráficos de las variables en estudio.

3.3.3. Para el análisis y presentación de datos

Análisis descriptivo. Se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras para facilitar la comprensión.

Análisis inferencial. Se realizó un análisis bivariado a través de una prueba no paramétrica de CHICUADRADO, con el OR para determinar el riesgo, tabulado en el SPSS V22.0. Para la significancia estadística, se tuvo en cuenta un valor $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos

Tabla 1. Procedencia de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Procedencia	n= 66	
	fi	%
Supte	6	9,1
Tingo María	23	34,8
Las Palmas	1	1,5
Tambillo grande	2	3,0
Uchiza	1	1,5
Naranjillo	7	10,6
Tulumayo	1	1,5
Santa Rosa de Yomayanca	1	1,5
Castillo Grande	5	7,6
Santa Cruz	1	1,5
San Agustín	1	1,5
Cachicoto	1	1,5
Pumahuari	1	1,5
Las Perlas	1	1,5
Cayumba	1	1,5
Sortilegio	1	1,5
Aucayacu	3	4,5
Chinchavito	1	1,5
Pucallpa	1	1,5
Bella	1	1,5
Macha Mia	1	1,5
Venenillo	1	1,5
Río Azul	1	1,5
Nuevo Progreso	1	1,5
Paraíso	1	1,5
Mercedes de locro	1	1,5

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En la presente tabla acerca de la procedencia de las primíparas en estudio, se aprecia que, 34,8% (23) proceden de mismo Tingo María; 10,6% (7) de naranjillo; 9,1% (6) de Supte; seguido de menores proporciones de primíparas que proceden de otros lugares.

Tabla 2. Presencia de dehiscencia de la episiorrafia en primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Dehiscencia de la episiorrafia	n= 66	
	fi	%
Si	7	10,6
No	59	89,4

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

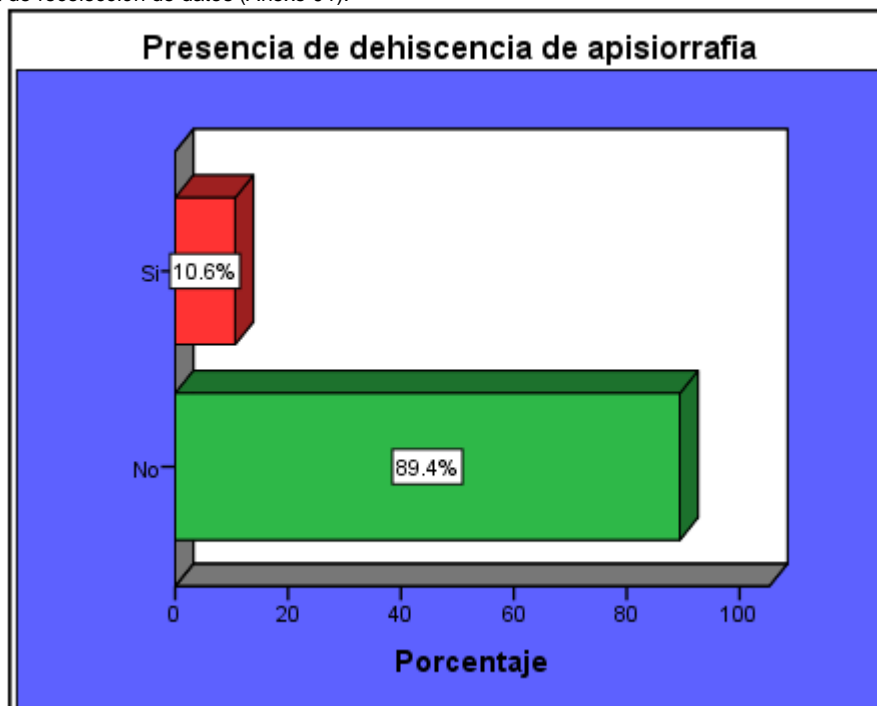


Figura 1. Representación gráfica de la presencia de dehiscencia de la episiorrafia en primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

De acuerdo a la tabla 2 y figura 1 acerca de la presencia de dehiscencia de la episiorrafia en primíparas en estudio, se hallaron que 10,6% (7) presentaron dehiscencia, frente al 89,4% (59) que no lo presentaron.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Característica sociodemográfico	n= 66	
	fi	%
Grupo de edad		
Menores de 20 años	51	77,3
De 20 a 24 años	14	21,2
De 25 a 30 años	1	1,5
Estado civil		
Soltera	13	19,7
Conviviente	53	80,3
Grado de instrucción		
Primaria	18	27,3
Secundaria	42	63,6
Superior	6	9,1

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En la tabla 3 sobre las características sociodemográficas de las primíparas en estudio, respecto al grupo de edad, 77,3% (51) fueron menores de 20 años; 21,1% (14) de 20 a 24 años y solo; 1,5% (1) de 25 a 30 años. En cuanto al estado civil de la muestra, una importante proporción son convivientes [80,3% (53)], frente al 19,7% (13) de solteras. Referente al grado de instrucción 27,3% (18) cuentan con primaria; 63,6% (42) secundaria y; 9,1% (6) con un nivel superior.

Tabla 4. Promedio de edad de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Edad	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Años	17,7	17	2,76	13	26	17

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

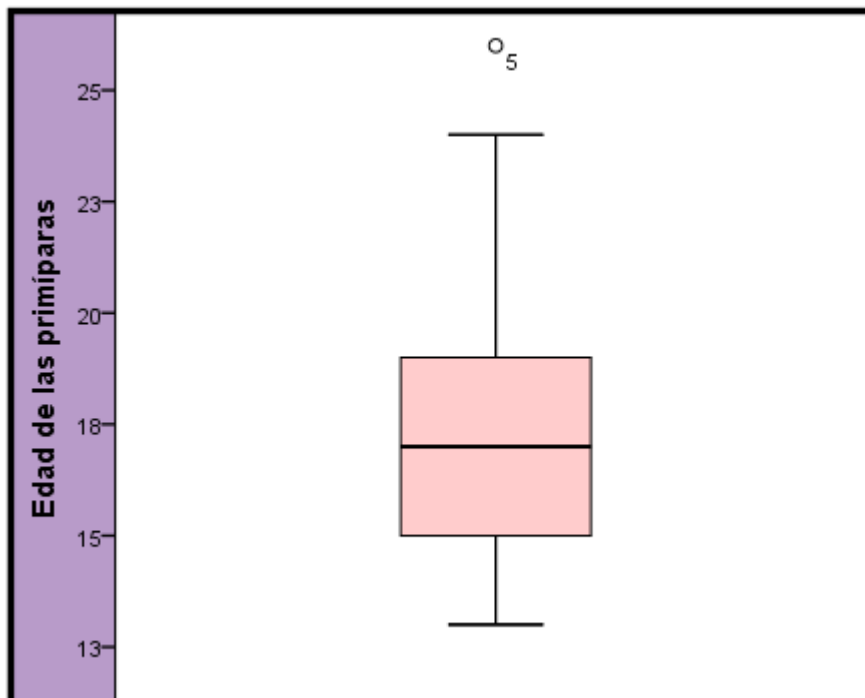


Figura 2. Representación gráfica de las edades de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

En la tabla 4 y figura 2, sobre la edad de las primíparas en estudio, se aprecia que, la edad tanto mínima como máxima fueron 13 y 26 años con un promedio alrededor de 18 años (DE= 2,76). Mostrándose también resultados atípicos.

Tabla 5. Factores personales de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Factores personales	n= 66			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Obesidad	2	4,5	63	95,5
Consumo de tabaco	1	1,5	65	98,5
Presencia de anemia	3	9,1	60	90,9

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

La tabla 5 acerca de los factores personales de las primíparas en estudio, se aprecia que 4,5% (2) presentaron obesidad; 1,5% (1) consumo de tabaco y; 9,1% (3) anemia. Mientras que una proporción considerable no presentaron dichos factores.

Tabla 6. Factores ginecológicos de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Factores ginecológicos	n= 66			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Infecciones genitales	8	12,1	58	87,9
Infección del tracto uterino	3	4,5	63	95,5

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En cuanto a los factores ginecológicos de las primíparas en estudio, se evidencia que 12,1% (8) tuvieron infecciones genitales; a comparación de las que presentaron infecciones en el tracto uterino que fue en menor proporción [4,5% (3)]. Mientras que una proporción considerable no presentaron dichos factores.

Tabla 7. Factores obstétricos de las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Factores obstétricos	n= 66			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Parto precipitado	1	1,5	65	98,5
Periodo expulsivo prolongado	2	3,0	64	97,0
Distocia de hombro	1	1,5	65	98,5
Macrosomía	3	4,5	63	95,5
RCIU	1	1,5	65	98,5
Circular de cordón umbilical	9	13,6	57	86,4
Presentación compuesta	5	7,6	61	92,4
Más de 5 tactos vaginales	2	3,0	64	97,0
Maniobra de kristeller	2	3,0	64	97,0
Primigesta	4	6,1	62	93,9

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

En la presente tabla acerca de los factores obstétricos de las primíparas en estudio, se aprecia que solo 1,3% (1) tuvieron un parto precipitado, distocia de hombro, RCIU; 3,0% (2) tuvieron un periodo expulsivo prolongado, más de 5 tactos vaginales, maniobra de kristeller; 4,5% (3) macrosomía; 6,1% (4) fueron primigestas, 7,6% (5) presentación compuesta y; 13,6% (9) mostraron circular de cordón umbilical. Por otro lado una proporción considerable no presentaron dichos factores.

4.2. Contrastación de hipótesis

Tabla 8. Comparación de los factores de riesgo personales asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Factores personales	n= 66				
	X ²	GL	OR	IC	p-valor
Obesidad	0,373	1	0,889	(0,82-0,97)	0,710
Consumo de tabaco	0,120	1	0,892	(0,82-0,97)	0,894
Presencia de anemia	55,63	1	0,017	(0,00-0,12)	0,000

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Al comparar los factores personales de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, se evidenció que la presencia de anemia [OR= 0,017 (0,00-0,12) p=0,000], resultado significativo, la cual está e asociado con la presencia de dehiscencia de episiorrafias.

Tabla 9. Comparación de los factores ginecológicos de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Factores ginecológicos	n= 66				
	X ²	GL	OR	IC	p-valor
Infecciones genitales	56,771	1	8,000	(1,27-50,04)	0,000
Infección del tracto uterino	0,373	1	0,889	(0,82-0,97)	0,710

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Comparando los factores ginecológicos de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, se evidenció que la presencia de infecciones genitales [OR= 8,000 (1,27-50,04) p=0,000], resultado significativo, la cual está directamente asociado con la presencia de dehiscencia de episiorrafias.

Tabla 10. Comparación de los factores obstétricos de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas del Hospital de Contingencia de Tingo María de noviembre del 2016 a octubre del 2017

Factores obstétricos	n= 66				
	X ²	GL	OR	IC	p-valor
Parto precipitado	0,120	1	0,892	(0,82-0,97)	0,894
Periodo expulsivo prolongado	0,245	1	0,891	(0,82-0,97)	0,798
Distocia de hombro	0,120	1	0,892	(0,82-0,97)	0,894
Macrosomía	0,373	1	0,889	(0,82-0,97)	0,710
RCIU	0,120	1	0,892	(0,82-0,97)	0,894
Circular de cordón umbilical	1,236	1	0,877	(0,80-0,97)	0,339
Presentación compuesta	0,642	1	0,885	(0,81-0,97)	0,560
Más de 5 tactos vaginales	0,245	1	0,891	(0,82-0,97)	0,798
Maniobra de kristeller	0,245	1	0,891	(0,82-0,97)	0,798
Primigesta	0,505	1	0,887	(0,81-0,97)	0,631

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 01).

Al comparar los factores obstétricos de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, se evidenció que ningún factor obstétrico resultó significativo, la cual no está directamente asociado con la presencia de dehiscencia de episiorrafias.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se explican que los resultados significativos obtenidos en el presente estudio y se comparan otros hallazgos alcanzados por diferentes investigadores, se hace una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva de la investigadora.

Asimismo, la presente investigación es muy singular para la muestra aplicada (validez interna) mas no para muestras que guarden características similares en otros contexto (validez externa); por lo que futuras investigaciones podrían desarrollar estudios con mayor tamaño muestral. Se garantiza la validez interna del estudio para el contexto del estudio, en el sentido que, las pruebas estadísticas aplicadas para las comparaciones establecidas, resultaron significativa a un nivel de confianza del 95% y para un valor $p > 0,05$.

Nuestros resultados evidenciaron la ocurrencia de la dehiscencia de la episiorrafia en un 10,6% (7) de las primíparas en estudio, a diferencia de un 89,4% (59) de primíparas sin la presencia de episiorrafia. En el estudio de Villanueva (22), también hallaron de los 198 casos de episiorrafia tomados como muestra, sólo 17 (8.6%) puérperas presentaron dehiscencia de la episiorrafia.

Al respecto, Nima (1) explica que la episiotomía es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en obstetricia; su uso prácticamente es rutinario en la mayoría de los Hospitales.

Por su parte Rodríguez (47) menciona que “la episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes de la medicina occidental. Pero

curiosamente también de los más cuestionados en la actualidad. Los motivos por los cuales se justificaba la episiotomía han sido desmontados por la ciencia. La evidencia científica recomienda disminuir la tasa de episiotomías.

Tal como explica Zorrilla (23), cuando ocurre una dehiscencia se van a presentar problemas serios, por las consecuencias que puede acarrear una herida abierta, esta puede contaminarse con las heces por la cercanía del periné al recto, e infectarse, en cuyo caso la mujer corre el riesgo de ser nuevamente hospitalizada para recibir el tratamiento correspondiente.

En la mayoría de las pacientes las lesiones perineales por dehiscencia se dejan sanar naturalmente, pero es un proceso lento y puede tomar varias semanas para que la herida sane completamente, lo que provoca dolor persistente y malestar en el sitio de la herida perineal; también es posible que ocurra retención urinaria y problemas con la defecación con las consiguientes consecuencias que repercuten seriamente en la reincorporación de la mujer a su vida laboral y sexual (23).

Galindo (48) por su parte, sostiene que la dehiscencia de herida quirúrgica, compromete el estado de salud de una paciente obstétrica a partir de su estado ya deteriorado por efecto del embarazo y la respuesta fisiológica al trauma quirúrgico. La paciente Gineco-obstetrica tiene un riesgo relativamente mayor de sufrir infecciones concomitantes pues los sitios a intervenir de por si ya tiene flora bacteriana saprofita que en un momento dado puede condicionar patología como en el caso de Trabajo de parto con multiexploraciones, ruptura prematura de membranas etc. Aun con las medidas de asepsia y antisepsia que se llevan a cabo de rutina. Es

necesario conocer los factores causales de la dehiscencia de herida quirúrgica en las pacientes de ginecología y obstetricia. Así como los efectos en el hospital, y por ende establecer medidas efectivas de prevención y control.

Al contrastar las hipótesis del estudio, de las tres hipótesis planteadas, solo dos de ellas fueron significativas. En un primer momento que los factores personales de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, fueron la presencia de anemia. Similar a nuestro resultados, Córdova, Meza (27), hallaron que el factor personal que se encuentra asociado a la dehiscencia de las episiorrafias en las púerperas atendidas en el Hospital "Román Egoavil Pando" de Villa Rica durante el año 2015 fue la anemia, severa como factor de mayor significancia, debido a que la mayoría de gestantes ya ingresa a su primera atención prenatal con algún tipo de anemia, aseverándose muchas veces por la incorrecta alimentación e incumplimiento en la indicación de la suplementación de hierro y ácido fólico.

También, Villanueva (22), halló que los factores condicionantes asociados a dehiscencia, la infección (92.3%), la anemia (17.1%), expulsivo prolongado (0%), tactos vaginales >6 (69.2%), nuliparidad (9.3%). Este mismo autor también explica que la dehiscencia de episiotomía, compromete el estado de salud de una paciente a partir de su estado ya deteriorado por efecto del embarazo y la respuesta fisiológica al trauma quirúrgico (22).

Parodi (49) en su estudio, halló que el 80.7% de las gestantes tenía anemia leve, el 18.5% anemia moderada y el 0.8% anemia severa. Durante el periodo de dilatación, las gestantes con anemia presentaron complicaciones como: ruptura prematura de membranas (20.5%), trastorno hipertensivo (10%)

y fase latente prolongada (2.3%); durante el periodo expulsivo, presentaron desgarros vulvo-perineales (29.3%) y expulsivo prolongado (1.2%).

En el estudio de Ávila (26) en el grupo primíparas con desgarros se encontró el 64.3% con edades de 25 a 29 años, el 3.7% presentaron anemia, el 96.4% tuvieron control prenatal completo, el 92.9% tuvieron sesiones incompletas de Psicoprofilaxis, el 46.4% tuvieron un periodo expulsivo de 10 a 20 min.

En Cajamarca, en el 2016, Zorrilla (23) halló que la mayoría de primíparas presentó una anemia leve (49%), seguido de un alto porcentaje que presentó anemia moderada (45,2%). A casi la totalidad de las primíparas les practicaron episiotomía medio lateral. La prevalencia de dehiscencia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, es de 19,2%. Finalmente determinaron que existe asociación altamente significativa entre las variables grado de anemia y dehiscencia de episiotomía según $p < 0.000$; con lo cual queda demostrada la hipótesis.

Flores (10), en su estudio observó que la frecuencia de pacientes con dehiscencia de episiorrafia en su estudio fue de un 6,7%. Respecto a la anemia y su asociación con la dehiscencia de episiorrafia; observó que hay una asociación altamente significativa ($p < 0,001$) lo que permitió considerar a esta variable como factor de riesgo

Guevara (25), encontró en su estudio una edad promedio de 23.9 años, encontrándose la mayoría de puérperas entre los 20 a 24 años (37,6%) y 25 a 30 años (32,5%), un estado civil conviviente (69,2%) y un grado de instrucción secundario (84,6%). Identificó que la anemia se presentó como factor de riesgo (OR = 4.573 (1.949 - 7 10.733)) para el desarrollo de dehiscencia de

episiorrafias, puesto que existió una diferencia porcentual significativa ($p < 0.005$) entre las puérperas con dehiscencia (73,7%) y sin dehiscencia (38.2%), es decir las puérperas con anemia presentaron 4.57 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia de la episiorrafia.

Y, al analizar la asociación de los factores ginecológicos a las dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, se evidenció que la presencia de infecciones genitales fue un factor de riesgo para las dehiscencias de la episiorrafia en las primíparas. También Córdova, Meza (27), halló que los factores ginecológicos que se encuentran asociados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas fueron las infecciones vaginales, que dentro de su clasificación se encuentra a la vaginosis bacteriana como factor resaltante y la infección urinaria.

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados se arribó a las siguientes conclusiones, según los objetivos planteados:

1. Se halló dehiscencia de la episiorrafia en un 10,6% (7) de las primíparas en estudio, a diferencia de un 89,4% (59) de primíparas sin la presencia de episiorrafia.
2. Al contrastar las hipótesis del estudio, se halló en un primer momento que los factores personales de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, fueron la presencia de anemia [OR= 0,017 (0,00-0,12) p=0,000], el cual resultó ser significativo, y está asociado con la presencia de dehiscencia de episiorrafias. Con ello se aceptó la hipótesis de investigación.
3. Al analizar la asociación de los factores ginecológicos a la dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, se evidenció que la presencia de infecciones genitales [OR= 8,000 (1,27-50,04) p=0,000], resultó ser un factor de riesgo significativo a la presencia de dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, por lo que se rechazó la hipótesis nula.
4. Finalmente al comparar los factores obstétricos de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en las primíparas en estudio, se evidenció que ningún factor obstétrico está asociado con la presencia de dehiscencia de episiorrafias, por lo que se aceptó la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados encontrados se realiza las siguientes recomendaciones:

- **Al sector salud**

- La episiotomía de rutina debe ser abandonada y debe evitarse en todo lo posible, ya que no hay indicaciones absolutas ni específicas para su uso. La decisión de realizar una episiotomía debe basarse en la interacción de múltiples factores de riesgo y sus efectos a corto y largo plazo, siempre valorando la balanza riesgo versus beneficio.
- Se debe tomar en cuenta buena atención prenatal para detectar precozmente los casos de anemia, ya que en el estudio realizado se demostró que las pacientes con anemia tienen más riesgo de presentar desgarro perineal.
- Es importante destacar la vigilancia de la anemia durante la atención prenatal, puesto que ha sido frecuente evidenciar mayores complicaciones durante la gestación, este cuidado se debe dar evaluando de forma rígida el consumo de sulfato ferroso, asimismo en pacientes con hipertensión arterial, el control de la hemoglobina debe ser un procedimiento importante
- Realizar talleres de reforzamiento en la atención del parto dirigidos a todo el personal que presta sus servicios durante el parto.

- Comunicar y enseñar a las embarazadas sobre las diferentes posiciones que se puede adoptar al momento del parto y dejar a la madre decidir la posición que sea más cómoda y adecuada para ella.
 - Priorizar la atención de las gestantes primíparas que acuden al Hospital por cualquiera de los servicios, con el fin de evitar pérdida del seguimiento de las gestantes.
 - **Realizas ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica**, con el objetivo de eliminar los temores en la gestante, lo cual contribuiría con la disminución de la experiencia del dolor en el momento del parto y por ende en la disminución de las repercusiones negativas para la salud de la madre y el feto.
- **A la comunidad científica**
 - Ampliar la muestra del estudio, para comparar los resultados y determinar niveles de significancia en relación a estudios de medicina basada en evidencia, para estandarizar el uso de protocolos sobre la aplicación de episiotomía.
 - Ampliar la investigación con observaciones diarias, para establecer mejores datos, concentraciones, frecuencia de aplicaciones, así poder brindar a la población mejor información, además, apoyar investigaciones que promuevan el uso de medicina complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nima Valverde N. Factores de riesgo y desgarro perineal en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2014. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad PRivada Arzobispo Loayza. Carrera Profesional de Obstetricia; 2016.
2. Consejo de Salubridad General. Guía de Referencia Rápida. México [Internet]. [Consultado 2018 May 26]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GRR.pdf.
3. Dupuis O, Silveira R, Zentner A, Dittmar A, Gaucherand P, Cucherat M, et al. Birth simulator: reliability of transvaginal assessment of fetal head station as defined by the American College of Obstetricians and Gynecologists classification. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2005;192(3):868-74.
4. Martin L. Pernoll. Benson & Pernoll's handbook of Obstetrics & Gynecology. 1 ed: USA: McGraw-Hill; 2001.
5. Arnold KC, Flint CJ. Use of Prophylactic Antibiotics in Labor and Delivery. *Obstetrics Essentials*. 2017;3(1):129-33.
6. Pérez Valero S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario "La Ribera". *Nure Investig*. 2013;3(2):1-6.
7. Sleep J, Grant A. West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295(6601):749-51.
8. Gualán Cartuche C, Guanoluisa Cordero O. Prevalencia de episiotomía y factores asociados, en pacientes del centro obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. 2014. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad de la Cuenca; 2014.
9. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 1999;18:78-80.
10. Flores Aranda ER. Factores de riesgo asociados a Dehiscencia de Episiorrafia en el Hospital Vista Alegre Enero–Diciembre 2013. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina Humana; 2014.
11. Cárdenas Herrera O, Quito Riera B, Flores Durán C, Salinas Pozo MV. Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2015;3(2):45-67.
12. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Rev Invest*. 2014;2(5):22-34.
13. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. 2003;1(4):11-34.
14. Eogan M, Daly L, O'connell P, O'herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;113(2):190-4.

15. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. Obstetrical & gynecological survey. 1995;50(11):806-20.
16. Gobierno Federal de México. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada [Internet]. [Consultado 2018 May 26]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_608_13_EPISIOTOMIACOMPLICADA/608GER.pdf.
17. Ramin SM, Ramus RM, Little BB, Gilstrap III LC. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. American journal of obstetrics and gynecology. 1992;167(4):1104-7.
18. Gálvez Toro A, Berral Gutiérrez A, Burgos Sánchez JA, Salido Moreno MP. Efecto de las lesiones perineales del primer parto en la Intensidad y Severidad del Trauma Perineal en el Segundo. Boja. 2007 [Internet]. [Consultado 2018 May 26]. Disponible en: <http://matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/produccion-cientifica-propia/articulos/efecto-de-las-lesiones-perineales-del-primer-parto-en-la-intensidad-y-severidad-del-trauma-perineal-en-el-segundo>.
19. Otazú Escobar F. Percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el Hospital Distrital de Horqueta. [Tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería]. Horqueta: Universidad Tecnológica Intercontinental. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
20. Torres Gonzaga MC. Complicaciones de la episiotomía en el post parto mediato en pacientes de la maternidad Carapungo 2014. [Trabajo de titulación para optar el título de Licenciatura en Enfermería]. Quito: Universidad de las Américas; 2015.
21. Rodríguez A, Sanjose Luis F. Incidencia de dehiscencias en el puerperio mediato de episiorrafias realizadas en el Centro de Salud Bárbara en San Juan Sacatepéquez en 2014-2015. [Tesis de grado]. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín. Facultad de Medicina; 2015.
22. Villanueva Nuñuvero Z. Factores que condicionan dehiscencia de episiorrafia en púerperas del Hospital la caleta, Chimbote 2016. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Chimbote: Universidad San Pedro. Facultad de Medicina Humana. Escuela de Medicina; 2017.
23. Zorrilla Herrera C. Anemia asociada a dehiscencia de episiorrafia en púerperas primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe. 2016. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.
24. Alvarado Cardenas M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las púerperas atendidas en el hospital "rené toche groppo"—chinchá alta, noviembre 2014—julio 2015. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia]. Ica: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2017.
25. Guevara Cabello M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en la puerperas atendidas en el Hospital Nacional

- Docente Madre Niño "San Bartolomé", Lima. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. E.A.P de Obstetrica; 2014.
26. Avila Fabia A. Los desgarros vulvoperineales y sus factores de riesgo en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, durante los meses de enero-junio del 2003. [Tesis para optar título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2004.
 27. Córdova Vergara C, Meza Huacho J. Factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primiparas del Hospital Román Egoavil Pando de enero - octubre 2015. [Tesis para optar el título profesional de Obstetricia]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Facultad de Obstetricia. E.A.P de Obstetricia; 2016.
 28. Cheesman Mazariegos S. Determinantes del proceso salud enfermedad [Internet]. [Consultado 2016 Sep 26]. Disponible en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/doc-determinantes-proceso-s-e.pdf> [
 29. Bedoya Hevia M. Cirugía Vaginal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015;5(4):292-330.
 30. Lede RL, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? American Journal of Obstetrics & Gynecology. 1996;174(5):1399-402.
 31. Saldivar C, Cabreo L. Operatoria obstétrica Una visión actual. 2 ed2009.
 32. De Anda Aguilara L, Castañeda Solís AK, Pérez Castro JA. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2017;60(5):30-5.
 33. Marín Pérez J. La práctica de la episiotomía y sus cuidados. [Trabajo Fin de Grado]. Mexico: Universidad de Jaen. Escuela de Ciencias de la Salud; 2010.
 34. Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas J. Guía Práctica de urgencias en Obstetricia y Ginecología. Habe Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). 2008.
 35. Eckman A, Ramanah R, Gannard E, Clement M, Collet G, Courtois L, et al. Évaluation d'une politique restrictive d'épisiotomie avant et après les recommandations du Collège national des gynécologues obstétriciens français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010;39(1):37-42.
 36. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. Investigación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. [Consultado 2016 Jun 18]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@lab_admin/documents/publication/wcms_346717.pdf [
 37. Organización Mundial de la Salud. Riesgos [Internet]. [Consultado 2016 Jun 18]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [
 38. Escobar A. Factores de riesgo biológico al que está expuesto el profesional de enfermería que labora en la emergencia de adultos de la policlínica metropolitana al cateterizar una vía venosa periférica, durante el segundo semestre del año 2012. [Tesis de grado Licenciado de Enfermería]. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina; 2012.
 39. Bustamante Arellano N. Nivel de conocimiento de las gestantes con anemia sobre ingesta de suplementos de hierro durante el embarazo y

- puerperio en el servicio de Gineco- Obstetricia Del Hospital De La Policía Nacional de junio a noviembre del 2010 [Para optar el Título Profesional Licenciada en Enfermería]. Huánuco: Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" Facultad de Enfermería; 2011.
40. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Issues Guidelines on Fetal Macrosomia. Technical bulletin. 2012;1(2):1-4.
 41. Velásquez Rojas E. Morbimortalidad del recién nacido macrosómico Hospital III Suárez Angamos 2014. [Tesis para optar al título de sub-especialista en neonatología]. Lima: Universidad San Martín de Porras, facultad de medicina humana Sección de posgrado; 2014.
 42. Rengel Díaz C. La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Prof.* 2011;3(1):26-32.
 43. Simpson KR, Knox GE. Fundal pressure during the second stage of labor: Clinical perspectives and risk management issues. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing.* 2001;26(2):64-71.
 44. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Kopelman JN, Weiner CP. The effect of fundal pressure manoeuvre on intrauterine pressure in the second stage of labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2002;109(5):520-6.
 45. Bataglia Araujo V, Rojas de Rolón G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2015;52(3):154-8.
 46. Alvirde Álvaro O, Rodríguez Aguiñiga G. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. *Archivos de investigación materno infantil.* 2009;1(2):58-63.
 47. Rodríguez Ferrer RM. Estudio comparativo de incidencia de episiotomía. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología).* 2010;2(1):16-22.
 48. Galindo Ortega L. Dehiscencia de herida quirúrgica en la paciente gineco-obstetrica. *Rev Invest.* 1996;3(2):4-15.
 49. Parodi Quito J. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. *Rev Invest.* 2016;2(1):32-44.

ANEXOS

FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL DE CONTINGENCIA DE TINGO MARIA DE NOVIEMBRE DEL 2016 A OCTUBRE DEL 2017.

INDICACIONES: estimado encuestador, sírvase registrar el presente formulario con precisión y veracidad,

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta N°: _____

I. COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA

- a. Hematomas
- b. Infección de la episiorrafia
- c. Dehiscencia de la episiorrafia
- d. Fibrosis
- e. Fístulas

II. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

- 1. Edad
 - a. Menores de 20 años
 - b. De 20 a 24 años
 - c. De 25 a 30 años
 - d. Más de 30 años
- 2. Estado civil
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Conviviente
- 3. Grado de instrucción
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Superior

III. FACTORES PERSONALES

- 4. Obesidad
 - a. Sí
 - b. No

5. Consumo de tabaco

- a. Si
- b. No

6. Anemia

- a. Leve
- b. Moderada
- c. Severa

IV. FACTORES GINECOLÓGICOS

7. Infecciones genitales

- a. Candidiasis
- b. Vaginosis Bacteriana
- c. Trichomoniasis vaginal

8. Infecciones del tracto urinario

- a. Si
- b. No

V. FACTORES OBSTÉTRICOS

9. Inducción del trabajo de parto

- a. Si
- b. No

10. Periodo expulsivo prolongado

- a. Si
- b. No

11. Más de 5 tactos vaginales

- a. Si
- b. No