

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

E.A.P DE OBSTETRICIA



TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE
EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL ROMÁN
EGOAVIL PANDO DE ENERO – OCTUBRE 2015.
VILLA RICA.**

TESISTAS: CÓRDOVA VERGARA, CINDY JAZMIN
MEZA HUACHO, JOHN PATRICK

ASESORA: Dra. MAQUE PONCE, MARY LUISA

HUÁNUCO – PERÚ

2016

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS
DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL
ROMÁN EGOAVIL PANDO DE ENERO – OCTUBRE
2015. VILLA RICA.**

DEDICATORIA

A Dios por la fortaleza que nos da cada día.

A nuestros padres,
por darnos todo sin esperar nada a cambio,
por disfrutar y sufrir con nosotros,
por enseñarnos a vivir.

AGRADECIMIENTO

A los docentes del taller de investigación quienes fueron motivadores del entusiasmo, la autocrítica y la reflexión continua. Las fructíferas discusiones nos han sido de gran utilidad ampliando nuestros horizontes, sin su guía y conducción no nos hubiese sido posible la realización de este proyecto.

A nuestra asesora, por los oportunos consejos y las acertadas recomendaciones y críticas, siempre desde una perspectiva positiva y constructiva, permitieron que se mejorara sustancialmente el trabajo.

Al director del hospital Román Egoavil Pando quien nos dio la oportunidad de poder realizar este trabajo de investigación en dicho nosocomio.

A los ginecólogos y a las obstetras del Hospital Román Egoavil Pando, quienes nos brindaron su apoyo, conocimiento, tolerancia y nos ayudaron a la realización de este trabajo formando parte del equipo de jurados expertos en investigación y ginecobstetricia para la validación del contenido y del instrumento.

A todos ellos, que están en nuestros corazones, nuestro eterno amor y gratitud.

Los autores.

RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo - retrospectivo, se centra en conocer los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital “Román Egoavil Pando” de enero – octubre 2015. Villa Rica. El diseño corresponde a un estudio relacional – transeccional. 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 se utilizó el Chi cuadrado de Pearson y Coeficiente de contingencia. Las principales conclusiones fueron: 1) El factor personal que se encuentra asociado a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital “Román Egoavil Pando” de Villa Rica durante el año 2015 fue la anemia, encontrando a 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.

2) 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. 3) Los factores obstétricos que se encuentran asociados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas fueron: Las exploraciones vaginales múltiples y el parto inducido 4) Existe relación de dependencia entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos y obstétricos) y las dehiscencias de episiorrafias.

Palabras claves: Factores de riesgo, factores personales, factores ginecológicos, factores obstétricos, primíparas con episiorrafia.

ABSTRACT

Study type descriptive, retrospective and observational, it focuses on knows the risk factors associated with dehiscence episiorrafias in primiparous of Hospital "Roman Egoavil Pando" from January to October 2015. Villa Rica. The design corresponds to a relational study - transeccional. The sample was represented by 70 primiparous patients with episiotomy and episiorrhaphy divided in two study groups: group cases of primiparous with dehiscence and group cases of primiparous without dehiscence, consisting of clinical histories of 38 primiparous without dehiscence of episiorrhaphy and clinical histories of 32 primiparous with episiorrhaphy dehiscence. The instrument was a data collection sheet produced for research purposes, which was processed prior to a pilot test in order to assess their internal applicability and calculating their reliability through Cronbach Alpha test. For analysis of categorical variables resources of descriptive statistics were used. The hypotheses were tested using the nonparametric inferential statistics and for them the Pearson Chi square and contingency coefficient was used. The main findings were: 1) Personal factor that is associate with dehiscence of episiorrhaphy in postpartum women treated at the "Roman Egoavil Pando" Hospital of Villa Rica during 2015 was anemia, finding anemia severe as factor of greater significance, because most pregnant and entering their first prenatal care with some kind of anemia, asserting often by improper feeding and failure to indicate supplementation of iron and folic acid.

VIII

2) Gynecological factors that are associated with dehiscence were episiorrhaphy in postpartum women vaginal infections, which within their classification is as resultant bacterial vaginosis and urinary infection factor.

3) Obstetric factors that are associated with dehiscence episiorrhaphy in postpartum women were: multiple vaginal examinations and induced labor.

4) There dependency relationship between risk factors (personal, gynecological and obstetrical) and episiorrhaphy dehiscence.

Keywords: Risk factors, personal factors, gynecological factors, obstetrical factors, primiparous with episiorrhaphy.

ÍNDICE

CAPITULO I.....	14
MARCO TEÒRICO	14
1.1. Antecedentes	14
1.1.1.Internacionales.....	14
1.1.2.Nacionales	17
1.1.3.Locales.....	20
1.2. Investigación bibliográfica.....	20
1.3. Marco situacional.....	53
1.4. Definición de términos básicos.....	54
1.5. Hipótesis.....	55
1.6. Variables.....	55
1.6.1.Variable independiente.....	55
1.6.2.Variable dependiente.....	55
1.6.3.Indicadores	55
1.7. Operacionalización de variables	56
1.8. Objetivos.....	56
1.8.1.Objetivo general	56
1.8.2.Objetivos específicos.....	56

CAPITULO II.....	58
MARCO METODOLOGICO	58
2.1. Ámbito de estudio	58
2.2. Tipo de investigación.....	58
2.3. Diseño y esquema de investigación	59
2.4. Universo, población y muestra	59
2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos.....	61
CAPITULO III.....	64
RESULTADO.....	64
DISCUSIÓN.....	105
CONCLUSIONES.....	83
SUGERENCIAS	111
BIBLIOGRAFÍA.....	113
ANEXOS	116

INTRODUCCIÓN

La episiotomía, es un procedimiento quirúrgico menor, que consiste en realizar una incisión en la zona del periné femenino en la última parte del periodo expulsivo¹. 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 extendido².

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son: inminencia de desgarro vaginal, peso y perímetro cefálico fetal. Sin embargo la episiotomía no está exenta de complicaciones: desgarros, infecciones, hematomas y dehiscencia de episiorrafia, poniendo de manifiesto que este procedimiento no constituye un acto menor y exige una reparación cuidadosa a fin de no convertirse en una técnica nociva^{3,4}.

La Organización Mundial de la Salud 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 recomendaciones⁵.

En Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica que se encuentra generalizada; en los 108 hospitales mayores del país figura que el 94% de las pacientes fueron sometidas a este procedimiento entre los años de 2000 y 2005, frecuencias que nos indican que las episiotomías se realizan de

manera rutinaria en los centros obstétricos del país, las cuales se encuentran en aumento, en estos últimos años a casi un 100%⁶.

Debido a los argumentos anteriormente mencionados, es que la episiotomía ganó aceptación en la comunidad médica y su uso se incrementó con poca evidencia científica, por lo tanto las episiorrafias (reconstrucción anatómica de la pared vaginal a causa de la episiotomía) también se han incrementado de forma sistémica y rutinaria, en el parto vaginal⁷.

La presente investigación parte desde las diversas complicaciones secundarias a este procedimiento, observándose con más frecuencia la separación de la incisión quirúrgica, ocasionando a las pacientes molestias continuas. En este contexto el objetivo principal de la tesis se ha centrado en conocer los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital Román Egoavil Pando de enero - octubre del 2015. Villa Rica. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de las pacientes a través de una ficha de recolección de datos creada por los investigadores con preguntas cerradas, la misma ficha fue estructurado en base a los indicadores de las variables en estudio, al que se le calculó su confiabilidad así como se validó su contenido a través de un juicio de expertos. Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se presenta el problema de investigación en el que se describe el problema, objetivos, hipótesis y variables.

En el capítulo II se abordan los aspectos metodológicos de la tesis, tipo, diseño y esquema de investigación. También se describe a la población, muestra y las técnicas de recojo de la información.

En el capítulo III se presentan los resultados y su interpretación, seguidamente se ofrece la discusión de los resultados, las conclusiones y sugerencias.

CAPITULO I

MARCO TEÒRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacionales

En Cuenca – Ecuador. Según Ramírez ⁸ en el año 2010, en su investigación titulada “Uso de Poliglactina 910 2/0 Vs Catgut Crómico 0 en episiorrafia de pacientes primigestas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – 2010”, halló que el uso de catgut se presenta como un factor asociado a la mayor incidencia de dehiscencias de las episiorrafias

En Turkía, Uygur D, Yesildaglar N, Kis S y Sipashi T.⁹, en el año 2004, realizaron un estudio titulado “Reparación temprana de la dehiscencia de episiotomía”. Los autores sostienen que toda episiotomía mediolateral, la infección fue la causa obvia de dehiscencia en la mayoría de las mujeres. Todas las pacientes que dieron a luz en aquel hospital, las episiotomías fueron inicialmente reparadas por parteras. El epitelio vaginal fue reparado mediante la ejecución de las suturas N° 1 catgut crómico (Boz, Ankara, Turquía) empezando desde el vértice. Los músculos perineales profundos se aproximan mediante suturas interrumpidas con N° 1 de catgut. La piel perineal fue reparado

por puntos separados de catgut N° 00. Catgut que se prefirió debido a su bajo costo. A excepción de dos pacientes que dieron a luz a sus bebés de forma espontánea. Cada mujer dio a luz a sus bebés en o después del término. Antes de que los pacientes fueron dados de alta, todas las episiotomías parecían normales. El diagnóstico de la infección por episiotomía se hizo en presencia de secreción purulenta o fiebre. En 25 pacientes se diagnosticaron episiotomías infectadas. La infección estaba presente en 18 pacientes en los que las episiotomías fueron reparadas antes de tiempo. Entre los pacientes cuyas episiotomías fueron planeadas para curarse espontáneamente, había siete episiotomías infectadas. Ninguno de los pacientes tenía ninguna evidencia de otras infecciones perinatales, como amnionitis o endometritis antes o después de la reparación de la episiotomía, enfermedades maternas como diabetes o condiloma no se observaron en ninguno de los pacientes del estudio. Los autores llegaron a la conclusión que la atención preoperatoria adecuada, la limpieza de la herida, el uso de antibióticos por vía intravenosa y la reparación temprana de la episiotomía son situaciones que previenen el desarrollo de una dehiscencia.

En Sofía - Bulgaria, Dimitrov A, Tsenov D, Ganeva G.¹⁰, en el año 2000 realizaron un trabajo titulado “Causas de complicaciones en la cicatrización de la episiotomía”. El objetivo de dicho estudio fue la búsqueda de las causas más probables de la cicatrización de la

episiotomía. El estudio que fue prospectivo incluyó 33 mujeres púerperas tempranas sin datos de infección o enfermedad de los factores de riesgo como: rotura prematura de membranas, vulvovaginitis, corioamnionitis, diabetes, obesidad y otros. Los casos se dividieron en dos grupos: el primer grupo de 12 mujeres con cicatrización normal de la episiotomía; el segundo grupo de 21 casos con complicaciones de cicatrización de heridas, divididos en tres subgrupos: 13 con bordes edematosos y eritematosos; 5 con dehiscencia superficial en el área de la vagina e introito; 3 con las episiorrafias totalmente abiertos. Los resultados durante un período de 5 años, fue: la tasa media de la episiorrafia totalmente abierta fue de 1,07%. Según sus datos, llegaron a la conclusión que el proceso de cicatrización de la episiorrafia no es influenciado por: la edad de la mujer, la paridad, la duración del trabajo de parto, el peso del recién nacido, etc; sino que la experiencia del obstetra fue trascendental para la cicatrización sin complicaciones de la episiorrafia.

Según Berginc-Sormaz¹¹, en el año 1999 realizó un trabajo de investigación titulado “Dehiscencias en episiotomías”. En este trabajo el autor encontró que las dehiscencias son más frecuentes en nulíparas que en multíparas. También fueron más frecuentes en las mujeres anémicas. El trabajo duró más tiempo en el grupo de mujeres, donde las dehiscencias tuvieron que ser tratados quirúrgicamente que en el grupo en el que se trataron de forma

conservadora. El examen vaginal fueron más frecuentes en el grupo de mujeres, donde las dehiscencias en las episiotomías fueron tratados quirúrgicamente que en otros grupos. El autor cree posible reducir el número de dehiscencias usando métodos más seguros quirúrgicos (sutura interrumpida) y un mejor material (Dexon - Vicryl) en el tratamiento de la episiotomía en primíparas, en los casos de parto prolongado que implica un gran número de exámenes vaginales, y en completarse quirúrgicamente. En opinión del autor, una estricta prevención y el tratamiento de la anemia durante el embarazo también podría reducir el número de dehiscencias de episiorrafias.

1.1.2. Nacionales

En Lima, Guevara Maricela¹² en el año 2014 realizó un estudio titulado “Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el hospital nacional docente madre niño “San Bartolomé”. Dicho estudio fue realizado para poder determinar cuáles son los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas, con la finalidad de identificar las posibles causas y así poder prevenir las diversas complicaciones que podrían conllevar dicho problema. Los resultados fueron que, de los 500 casos de episiorrafias registrados en dicho nosocomio, sólo 38 (7.6%) puérperas presentaron diagnóstico de dehiscencia de la episiorrafia. Siendo factores de riesgo: La inducción del parto, el

periodo expulsivo prolongado, la primiparidad, la realización de más de 5 exploraciones vaginales, las episiorrafias realizadas por los internos de medicina, la anemia, el hábito de fumar, la infección por VPH, las infecciones genitales y la distocia de hombros en orden significativo. Llegando a la conclusión que los factores personales que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias fueron la anemia y el hábito de fumar. Los factores ginecoobstétricos fueron la infección por VPH, las infecciones genitales, la primiparidad, la inducción del trabajo de parto, el expulsivo prolongado y los desgarros. Los factores fetales fueron la distocia de hombros y los factores de atención obstétrica fueron la realización de más de 5 exploraciones vaginales durante el trabajo de parto y la realización de la episiorrafia por internos de medicina y obstetricia.

En Trujillo – Perú, Flores Edgar¹³ en el año 2013, realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013”. El objetivo fue demostrar que existen factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el hospital Vista Alegre. 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. Los resultados fueron:

La frecuencia de dehiscencia de episiorrafia fue de 6,7%, el promedio de pacientes con infección y anemia fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con dehiscencia, en cuanto al tipo de episiotomía y paridad no se observa asociación significativa; llegando a la conclusión 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, Casanova Chang Mey Lin, Luna Zafra Tania Jéssica¹⁴, realizaron un estudio titulado “Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía de las pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001”. En dicho estudio se encontraron altas tasas de infección de episiorrafias luego de la episiotomía media lateral; en comparación con las que tuvieron laceración espontánea. 5 veces más (10% contra 2%) en uno y en 11 veces más (22% contra 2%) en el otro. El estudio observacional utilizó el parámetro de dehiscencia de episiorrafia para medir los problemas de cicatrización pero no encontró diferencia en mujeres con episiotomía y en aquellas que ocurrió el desgarro espontáneo.

1.1.3. Locales

En Villa Rica no se encontraron antecedentes relacionados al tema.

1.2. Investigación bibliográfica

1.2.1. Conceptos fundamentales

1.2.1.1. 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.

Tiene como objetivo principal, 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 desgarro¹⁵.

Se realiza con mayor frecuencia en pacientes nulíparas y se justifica cuando se requiere mayor espacio (distocia de

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.

Entre las indicaciones más frecuentes para su realización se encuentran^{16, 17, 18}:

- Indicaciones maternas:
 - Nuliparidad
 - Pre eclampsia-eclampsia
 - Hipertensión arterial
 - Hipertensión endocraneana
 - Patologías vasculares del Sistema Nervioso Central, hipertensión ocular, cardiopatías, neumopatías
 - Parto instrumental
- Indicaciones fetales:
 - Parto pretérmino
 - Distocia de hombros
 - Macrosomía fetal
 - Presentación podálica
 - Sufrimiento fetal agudo
 - Variedades posteriores
 - Presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas y riesgo significativo de laceración mayor.

Está contraindicada su realización cuando hay relajación y flacidez del piso pélvico, piso pélvico elástico sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento, enfermedades granulomatosas activas, condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal, fístulas recto-perineales, antecedentes de perineoplastia, cáncer ano-rectal¹⁹.

En cuanto a los tipos de episiotomía, de acuerdo a su posición en relación con la línea media puede ser: lateral, mediana y oblicua o medio lateral²⁰.

- **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.

- **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.

Respecto a la técnica, la episiotomía se debe practicar cuando la cabeza aparece en la vulva, es decir, cuando la presentación se apoya en el periné en el cuarto plano de Hodge. Sin embargo, existen muchas diferencias en cuanto al tipo de episiotomía, las cuales deben ser consideradas al evaluar los riesgos y beneficios de cada una de ellas, pues de ello dependerá la presencia de posibles complicaciones.

La técnica de episiotomía incluye los siguientes procedimientos^{21, 22}.

- Informar a la parturienta en que consiste el procedimiento que se le va a realizar.

- Revisar la Historia Clínica: asegurarse que no haya alergia conocida a la lidocaína o similares.
- Evaluar si el periné es corto, si está muy tenso, si existen várices o condiloma acuminado.
- Preparar una jeringa estéril con anestésico local: generalmente con 10 mililitros de lidocaína (xiloidina) al 2% sin epinefrina y aguja número 22 o 21 de una pulgada y media de largo.
- Proteger la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma: colocar dos de sus dedos entre la cabeza del bebé y el periné.
- Insertar toda la aguja desde la horquilla por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y profundamente en el músculo perineal: Antes de aplicar el anestésico, jalar el émbolo de la jeringa para asegurarse que no ha pinchado ningún vaso sanguíneo. Inyectar el anestésico en forma simultánea al retiro de la aguja, asegurarse que el anestésico se administre en todo el recorrido de la misma.
- Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar el corte: es preferible, si usted no está capacitado en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, realizar una episiotomía medio lateral. Si está capacitado realizar una episiotomía mediana

porque es menos sangrante, es más rápida de suturar y el dolor es menor en el puerperio.

- Realizar el corte del periné: es mejor realizarlo en el momento que el periné está más delgado y presionado por la cabeza fetal. Antes de realizar el corte coloque dos dedos entre el periné y la cabeza fetal.
- Ampliar el corte en la pared vaginal en unos cinco centímetros: la razón de esta ampliación es evitar posibles lesiones de vagina que puedan ser más difíciles de suturar. Siempre debe proteger la cabeza fetal de lesiones con la tijera.
- Presionar firmemente con una gasa estéril hasta la salida de la cabeza fetal: con este paso se busca reducir el volumen de la pérdida de sangre y evitar que se desgarre.

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 Bartholino por sección del conducto excretor
- Fístulas recto vaginales²³

1.2.1.2. Episiorrafia:

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.

Actualmente las evidencias demuestran que este procedimiento debe ser restrictivo y no rutinario.

La técnica de episiorrafia se realiza una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente, asimismo, se debe tener presente que una buena episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía. La introducción de gasas u otros materiales en la vagina son recomendables para producir hemostasia durante la realización de este procedimiento, sin embargo la

posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y son expuestas a cuadros infecciosos, por lo que es importante retirarlo una vez culminado el procedimiento.

El uso de hilos de material de absorción rápida, derivados del ácido poliglicólico y similares son recomendables, ya que tienen un periodo de resistencia útil de unos 12 días (vicryl, vicryl rapid, dextron, safil, PGA, etc.), aunque hay evidencias de una mayor tasa de dehiscencias leves a moderadas que con el uso de materiales de reabsorción rápida, no obstante ofrecen como beneficio una adecuada fuerza de tensión entre los bordes, durante un tiempo medio suficiente para minimizar la reacción tisular.

En la práctica se utilizan las suturas reabsorbibles como Catgut crómico o vicryl.

La técnica de episiorrafia incluye los siguientes procedimientos:

- Antes de proceder se deberá esperar a la expulsión de la placenta y su revisión.
- Después se realiza nuevamente la antisepsia de la región, el cambio de los paños del campo operatorio y la revisión del canal del parto por la posible presencia de desgarros del cuello uterino.

- Reparación por medio de la episiorrafia con adecuada hemostasia y restauración anatómica de los tejidos, teniendo especial cuidado en el afrontamiento de los tejidos iguales a ambos lados de la incisión.
- Cerrar la mucosa vaginal mediante sutura continua con catgut crómico N° 2.00.
- Comenzar la reparación cerca de 1 cm del ápice (parte superior) de la episiotomía y seguir la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal juntando los bordes cortados, lo cual logra menor tasa de dehiscencia y menor dolor en la reparación de la vagina.
- Se lleva la aguja por debajo de la abertura vaginal, para anudar.
- Cerrar el musculo perineal mediante puntos separados con sutura 2.00 o de forma continua.
- Cerrar la piel mediante puntos separados de forma continua en "U" o idealmente con sutura intradérmica.
- Finalmente se aplica una solución antiséptica y se explica a la usuaria el tipo de sutura utilizada y los cuidados e higiene para evitar la infección.

Las complicaciones de la episiorrafia pueden ser inmediatas, mediatas o tardías, encontrándose^{24, 25}:

Complicaciones inmediatas:

- Desgarros:
Es el aumento de extensión de la incisión.
- Sangrado:
Se presenta en caso de episiorrafias medio-laterales practicadas precozmente y/o que se prolongan.
- Hematomas:
Asociados casi siempre a las episiorrafias medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato.
- Dolor de la episiorrafia:
Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves o compresas frías.

Complicaciones mediatas:

- Infección de la episiorrafia:
Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación es de una celulitis sintomática. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales para decidir si es necesaria otra cirugía.

- Dehiscencia de la episiorrafia:

Separación o apertura de los tejidos previamente unidos por sutura. En su mayor parte asociada a la infección de la herida.

- Granulomas:

Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal, por lo que deben extirparse y su base debe ser cauterizada con ácido tricloroacético o electrocauterio.

Complicaciones tardías:

- Fibrosis:

Son más frecuentes en las episiorrafias medio-laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia.

- Fístulas:

Aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria.

1.2.1.3. Dehiscencias de episiorrafia

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 sutura²⁹. 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. El dolor local y la disuria, con o sin retención urinaria son síntomas habituales.

Factores de riesgo para la aparición de la dehiscencia de episiorrafia:

Factores Personales

- Edad:

Alarga los procesos de curación de herida como consecuencia de la disminución de las actividades celulares.

- 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.

- Hábito tabáquico:

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.

- 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 anemia postparto, o del puerperio, es un problema recurrente en todo el mundo y en la mayoría de los casos se autoresuelve en la primera semana. Pero la anemia puerperal también puede ser una complicación grave y conllevar a un riesgo, incrementado las complicaciones infecciosas.

En los países pobres, la anemia postparto condiciona un aumento de la morbilidad y es una de las causas principales de mortalidad materna.

Durante el embarazo, la mayoría de las mujeres experimentan un descenso en la concentración de hemoglobina en sangre como parte de los cambios fisiológicos del embarazo. La anemia por deficiencia de hierro durante el embarazo como consecuencia,

fundamentalmente, de la expansión del volumen plasmático que se produce de forma fisiológica, pero que no se acompaña de un incremento proporcional de la masa hemoglobínica materna. La anemia por déficit de hierro en el embarazo es una entidad que aparece en un 10 a 30 % de las mujeres gestantes, y merece especial atención debido a sus potenciales consecuencias, tanto para la madre (mayor susceptibilidad para contraer infecciones, cifras menores de hemoglobina, disminución de la función inmune) como para el feto (prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, aumento de la morbimortalidad perinatal).

La Organización Mundial de la Salud considera que existe anemia en el embarazo cuando el valor de hemoglobina es inferior a 11 g/dl. En esta definición no se tienen en cuenta los síntomas asociados a esta patología. Por su parte, los Centers for Disease Control (CDS) consideran que existe anemia en el embarazo cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre de gestación, y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Según el grado de anemia, podemos diferenciarla en leve, moderada o severa.

Aunque los valores de hemoglobina que se emplean como puntos de corte varían de unos autores a otros, los más ampliamente usados en la literatura hablan de anemia leve cuando los valores de hemoglobina se sitúan entre 9 y 10,9 g/dl, moderada si están entre 7 y 8,9 g/dl y severa cuando la hemoglobina desciende por debajo de 7 g/dl. Los obstetras recomiendan la administración de suplementos de hierro oral durante el segundo y tercer trimestre de gestación a dosis de 30 mg de hierro elemental al día. Las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son 60 mg al día en aquellas zonas en las que la prevalencia del déficit de hierro sea menor del 20 % y aconsejan doblar la dosis cuando la prevalencia es mayor.

La anemia que aparece en el periodo postoperatorio tiene, además de la pérdida de sangre activa habida durante el acto quirúrgico, un mecanismo inflamatorio debido a la propia cirugía, lo que va a dar lugar a una alteración del metabolismo férrico (absorción intestinal inhibida) y de la producción y función de la eritropoyetina (supresión en la producción de eritropoyetina y del crecimiento de colonias eritrocitarias).

Este mecanismo está mediado por la elevación de interleuquina-6 y de la proteína C reactiva y puede

prolongarse hasta dos semanas tras la cirugía. Durante este periodo, la administración de hierro vía oral es ineficaz para la corrección de la anemia. Se ha observado una respuesta inflamatoria similar en la anemia del postparto. Las consecuencias clínicas de la anemia incluyen síntomas cardiovasculares (hipotensión, taquicardia), disminución del rendimiento físico y mental, cansancio y en el caso de la mujer en el periodo postparto, supone una merma importante en su capacidad para cuidar del recién nacido. La anemia afecta a las actividades de la vida diaria, lo que se traduce en un deterioro de la calidad de vida²⁶.

Factores ginecológicos

- 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 del hombro:
Desgarro sobre la episiotomía si no se realiza las maniobras adecuadas.
- Macrosomía
- Trabajo de parto prolongado.
- Desgarros cervicales, de vaginal y perineales.

○ Infecciones genitales previas:

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. También se pueden producir secreciones vaginales si se tiene una infección en el cuello uterino con Gonorrea o Chlamydia (ver enfermedades de transmisión sexual o ETS).

Hay otras causas de infecciones vaginales que son menos comunes. Cada tipo de vaginitis es causado por un tipo diferente de germen u organismo y por consiguiente, debe tratarse de manera diferente.

Signos y síntomas:

- Olor vaginal
- Picor vaginal
- Ardor vaginal
- Dolor o irritación al orinar o tener relaciones sexuales
- Secreción diferente de la normal

Sin embargo, algunas mujeres pueden no tener síntomas. Algunas mujeres pueden ni siquiera darse cuenta de estos síntomas si no son demasiado severos. El proveedor de cuidados de salud puede notar signos de una infección vaginal, como secreción

u olor, durante un examen ginecológico y mandar a hacer análisis del líquido vaginal para ver si hay una infección. Es importante hacerse revisar con regularidad por un proveedor de cuidados de salud para que él y/o ella puedan detectar cualquier problema de salud que a ti te pase desapercibido.

Prevención:

La mejor manera de prevenir una infección vaginal es seguir prácticas de buena higiene femenina. Las infecciones vaginales pueden ocurrir más de una vez. Siempre se debe seguir las recomendaciones siguientes:

- Mantener el área vaginal limpia y seca. Lavar la parte externa de la vagina todos los días con un jabón suave, luego enjuagar y secar bien.
- No aplicar duchas vaginales. Las duchas vaginales pueden alterar el equilibrio normal de organismos de la vagina, lo cual puede causar una infección vaginal, empeorar una infección o extender la infección hacia arriba, al área reproductora (el útero o las trompas de Falopio).

- No usar jabones perfumados, baños de burbujas o espumosos perfumados, tampones aromatizados, talcos vaginales o desodorantes vaginales en aerosol. Estos pueden irritar la vagina y causar una infección vaginal. Si el área vaginal ya está irritada, no usar papel higiénico aromatizado, espermicidas o jabones fuertes.
- No usar ropa ajustada o húmeda, ya que puede atrapar la humedad e irritar la vagina. Si usas ropa ajustada, no usar por períodos prolongados.
- Usar ropa interior de algodón blanco. Evitar el nylon y el lycra. El algodón ayuda a absorber la humedad y permite que el aire circule. Nunca usar medias de nylon (“pantyhose”) sin usar ropa interior de algodón por debajo.
- Seguir las prácticas más seguras al tener relaciones sexuales. No tener relaciones sexuales con una persona que tenga una enfermedad de transmisión sexual. Pase lo que pase, usar siempre condones de látex (o poliuretano) para disminuir las probabilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual.
- Mantener bajo el nivel de estrés.

- Al usar diafragmas, tapones cervicales o aplicadores medicinales, hay que asegurarse de limpiarlos con agua tibia y jabón y de secarlos bien.

Vaginosis bacteriana:

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.

Una vagina saludable contiene muchos microorganismos, uno de los más comunes es el *Lactobacillus acidophilus*, el cual evita que otros microorganismos vaginales se reproduzcan a un nivel en donde pudiesen causar síntomas. Por razones desconocidas el número de éstos organismos crecen con la vaginosis bacteriana mientras el número de organismos la baja.

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.

Aunque sea "adquirido" por contacto sexual no hay evidencia que sea una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Mujeres embarazadas y mujeres que sufren de alguna ETS tienen un riesgo mayor para el desarrollo de esta infección. La vaginosis bacteriana no suele afectar a las mujeres después de la menopausia. Un estudio de la Universidad de Ghent en Bélgica concluyó que una deficiencia de hierro (anemia) era una fuerte indicación de la vaginosis bacteriana en embarazadas. Otro estudio americano publicado en el American Journal of Obstetrics and Gynecology demostró una relación entre el estrés psicosocial y la vaginosis bacteriana independiente de otros factores de riesgo.

Tratamiento:

Se recomienda en la mujer embarazada, pues reduce el riesgo de sufrir complicaciones como parto prematuro y endometritis puerperal. En la no embarazada también se recomienda, pues elimina los síntomas y signos de vaginosis bacteriana y reduce las complicaciones en caso de aborto o histerectomía. El tratamiento se realiza con metronidazol en dosis de 500 mg cada 12 horas por vía oral, durante 7 días. Existen tratamientos alternativos por vía vaginal como clindamicina al 2 % en crema vaginal o metronidazol al 0,75 % en gel, ambos se administran con un aplicador, antes de acostarse, durante 7 días. No se

recomienda el tratamiento de las parejas. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres con vaginosis bacteriana no notan ningún síntoma.

Trichomoniasis

La Trichomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un parásito. Se contagia a través de relaciones sexuales con una persona infectada. Muchas personas no muestran síntomas; si presenta síntomas, aparecen entre cinco y 28 días después de la infección.

Los síntomas en las mujeres incluyen:

- Secreción vaginal verdosa o amarillenta
- Molestia durante las relaciones sexuales
- Olor vaginal
- Dolor al orinar
- Picazón dentro o alrededor de la vagina

La mayoría de los hombres no presenta síntomas. Si los tienen, pueden presentar una secreción blanquecina del pene o dificultades para orinar o eyacular.

Pruebas de laboratorio diagnostican la infección. Se trata con antibióticos. Si está infectado, usted y su pareja deben someterse a tratamiento.

El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la Trichomoniasis.

La Trichomoniasis se encuentra en todo el mundo. En los Estados Unidos, en la mayoría de los casos se presenta en mujeres entre los 16 y 35 años de edad. La Trichomoniasis se disemina a través de la relación sexual con un compañero infectado, ya sea a través de relación sexual del pene a la vagina o contacto de vulva a vulva. El parásito no puede sobrevivir en la boca o en el recto.

La enfermedad puede afectar tanto a hombres como a mujeres, pero los síntomas difieren. La infección generalmente no causa síntomas en los hombres y desaparece espontáneamente en unas cuantas semanas.

En mujeres, un examen pélvico muestra ronchas rojas en la pared vaginal o cuello uterino. Examinar la secreción vaginal con un microscopio puede mostrar signos de inflamación u organismos causantes de la infección en los flujos vaginales. La afección también se puede diagnosticar con una citología vaginal.

En hombres, la enfermedad puede ser difícil de diagnosticar. Los hombres se tratan si la infección se

diagnostica en cualquiera de sus compañeras sexuales. También se los puede tratar si presentan varias veces síntomas de ardor o picazón en la uretra, aún después de recibir tratamiento para la gonorrea y la clamidia.

Candidiasis:

La candidiasis es una infección fúngica (micosis) de cualquiera de las especies Cándida (todas ellas levaduras), de las cuales la Cándida albicans es la más conocida. Comúnmente conocida como infección por deuteromicetos, la candidiasis también se conoce técnicamente como candidiasis, moniliasis y oidiomicosis.

La candidiasis incluye infecciones que van desde las superficiales, tales como la candidiasis oral y vaginitis, hasta las sistémicas y potencialmente mortales, conocidas

Como candidemias y generalmente se limita a personas inmunocomprometidas, como pacientes con cáncer, trasplante o SIDA o incluso pacientes de cirugías de emergencia no traumáticas.

Las infecciones superficiales y de membranas mucosas por cándida que causan inflamación y malestar son comunes en la población humana. Aunque claramente atribuible a la presencia de patógenos oportunistas del género cándida, la candidiasis describe una serie de

diferentes síndromes de enfermedades que usualmente difieren en sus causas y resultados.

Signos y síntomas:

La mayoría de las infecciones por la candidiasis son tratables y generan mínimas complicaciones tales como enrojecimiento, picazón y malestar, aunque las complicaciones podrían ser graves o fatales si no se tratan en ciertas poblaciones.

En personas inmunocompetentes, la candidiasis suele ser una infección muy localizada de la piel o membranas mucosas, incluida la cavidad oral (candidiasis oral), la faringe o el esófago, el aparato digestivo, la vejiga urinaria o los genitales (vagina, pene).

La candidiasis es una causa muy común de la irritación vaginal (vaginitis) y también puede presentarse en los genitales masculinos. Las infecciones por cándida pueden afectar el esófago con el potencial de volverse sistémico y causar un padecimiento muchísimo más grave, una fungemia llamada candidemia.

La candidiasis oral es muy común en los bebés. No se considera patológica en los bebés a menos que dure más de un par de semanas.

Los niños, sobre todo entre los tres y los nueve años de edad, pueden verse afectados por infecciones crónicas de

levadura orales, observadas habitualmente alrededor de la boca como manchas blancas. Sin embargo, no es un padecimiento común.

Los síntomas de la candidiasis pueden variar según el área que éste afecte. Infecciones de la vagina o de la vulva pueden causar picazón grave, ardor, dolor, irritación y una descarga blanquecina o blanco grisáceo con consistencia como de requesón, a menudo con una apariencia similar a grumos. Estos síntomas también están presentes en la más común vaginosis bacteriana.

En un estudio publicado el 2002 en la Journal of Obstetrics and Gynecology (Revista de Obstetricia y Ginecología), solo una parte de las mujeres que se estaban automedicando para una infección por levaduras en realidad tenían una infección por levaduras, mientras que la mayoría tenía vaginosis bacteriana o una infección de tipo mixto. Los síntomas de una infección en los genitales masculinos incluyen manchas o llagas rojas cerca de la cabeza del pene o en el prepucio, picazón severa o una sensación de ardor. La candidiasis del pene también puede tener una descarga blanca, pero es poco común.

Causas:

Las levaduras de *Cándida* generalmente están presentes en seres humanos sanos, en particular sobre la piel, pero su crecimiento suele verse limitado gracias al sistema inmune, a la competencia de otros microorganismos, como bacterias que ocupan los mismos lugares del organismo o por la relativa resequedad de la piel, pues *Cándida* requiere la humedad para su crecimiento.

Se aisló *Cándida albicans* de la vagina del 19 % de un grupo de mujeres aparentemente sanas, es decir, mujeres que presentaban pocos síntomas o que no tenían ningún síntoma de infección. El uso externo de detergentes o de duchas o algunas irregularidades internas (hormonales o fisiológicas) pueden provocar trastornos en la flora vaginal habitual, que incluye sobre todo bacilos de ácido láctico como, por ejemplo, *Lactobacillus* y generan un crecimiento excesivo de células de *Cándida* y provocan síntomas de infección, como inflamación local. El embarazo y el uso de anticonceptivos orales se consideran factores de riesgo.

La diabetes mellitus y el uso de antibióticos antibacteriales también están relacionados con una mayor incidencia de infecciones por hongos. Se ha descubierto que las dietas ricas en carbohidratos simples influyen sobre las tasas de candidiasis oral y la terapia de reemplazo hormonal y los

tratamientos de la infertilidad también pueden ser factores predisponentes. El uso de trajes de baño húmedos por periodos largos también puede ser un factor de riesgo.

Un sistema inmune debilitado o poco desarrollado o enfermedades metabólicas como la diabetes son factores de predisposición significativos de la candidiasis.

Hay enfermedades o situaciones o padecimientos vinculados con la candidiasis: el VIH/SIDA, la mononucleosis infecciosa, los tratamientos del cáncer, los esteroides, el estrés y la deficiencia de nutrientes. Casi el 15 % de las personas que presentan debilidad en el sistema inmune desarrollan una enfermedad sistémica provocada por especies de *Cándida*. En casos extremos, estas infecciones superficiales de la piel o de las membranas mucosas pueden entrar al torrente sanguíneo y provocar infecciones sistémicas de *Cándida*.

En la candidiasis del pene, las causas incluyen relaciones sexuales con una persona infectada, una baja inmunidad, antibióticos y diabetes. Las infecciones en los genitales masculinos por hongos son menos comunes y la incidencia de las infecciones es tan sólo una fracción de las que se observan en las mujeres; sin embargo, la infección por hongos en el pene a través de contacto directo en las relaciones sexuales con una pareja infectada no es rara.

Las especies de *Cándida* suelen formar parte de la flora oral e intestinal habituales del cuerpo humano. El tratamiento con antibióticos puede llegar a eliminar a los competidores naturales de los hongos en busca de recursos y aumenta la gravedad del padecimiento. En el hemisferio occidental, aproximadamente el 75 % de las mujeres muestran estas afecciones en algún momento de su vida.

Diagnóstico:

El diagnóstico de una infección por levaduras se realiza ya sea a través de un examen microscópico o urocultivos.

Para la identificación por microscopía óptica, un raspado o frotis de la zona afectada se coloca en un portaobjetos de un microscopio. Luego se le añade a la muestra una sola gota de solución de hidróxido de potasio (KOH) al 10%. El KOH disuelve las células cutáneas pero deja las células *Cándida* intactas y permite la visualización de pseudohifas y las células de la levadura en ciernes típico de muchas especies de *Cándida*.

Para el método de cultivo, un bastoncillo estéril se frota sobre la superficie de la piel infectada. El bastoncillo se pasa luego por un medio de cultivo. El cultivo es incubado a 37°C por varios días, lo que permite el desarrollo de las colonias de levadura o bacterianas.

Las características (la morfología y el color, por ejemplo) de las colonias puede permitir el diagnóstico inicial del organismo que está causando los síntomas de la enfermedad.

Un diagnóstico diferencial característico de la candida con otras lesiones blancas orales es que se elimina al raspado.

Tratamiento:

El tratamiento de la candidiasis se basa en cuatro pilares:

- Realización de un diagnóstico precoz y certero de la infección
- Corrección de los factores facilitadores o de las enfermedades subyacentes
- Determinación del tipo de infección candidiásica
- Empleo de fármacos fungicidas apropiados

En el ámbito clínico, la candidiasis es comúnmente tratada con antimicóticos; los medicamentos antimicóticos comúnmente usados para tratar la candidiasis son clotrimazol tópico, nistatina tópica, fluconazol y Ketocanazol tópico.

Por ejemplo, se ha informado que una dosis única de fluconazol (una tableta de 150mg por vía oral) es 90 % eficaz en el tratamiento de una infección vaginal por levaduras.

Esta dosis es solamente eficaz para las infecciones vaginales por levaduras; otros tipos de infecciones por levaduras podrían requerir diferentes dosis. En infecciones graves, se podría utilizar anfotericina B, caspofungina o voriconazol. Los tratamientos locales pueden incluir supositorios vaginales o dichas vaginales medicadas. Se puede utilizar violeta de genciana para la lactancia materna con candidiasis, pero cuando se utiliza en grandes cantidades este puede causar ulceraciones en la boca y la garganta de los lactantes y se ha relacionado con el cáncer de boca en los seres humanos y el cáncer en el tracto digestivo de otros animales.

No es recomendado utilizar el enjuague bucal de gluconato de clorhexidina para tratar la candidiasis, pero es efectivo como profilaxis; el enjuague con dióxido de cloro tiene una efectividad similar contra la *Cándida* in vitro.

La *Cándida albicans* puede desarrollar resistencia contra los fármacos antimicóticos. Las infecciones recurrentes pueden ser tratadas con otros antimicóticos, pero también se podría desarrollar una resistencia contra estos otros agentes antimicóticos. Las resistencias a los agentes antimicóticos y antimicrobiales en general se pueden aumentar en presencia de metales pesados como el mercurio, por lo que una candidiasis resistente a los

antimicrobiales puede interpretarse como un síntoma compatible con un posible envenenamiento por mercurio. Las resistencias a los antimicrobiales y a los metales pesados suelen coincidir en los mismos plásmidos, lo que explica la resistencia de las candidas a ambos factores.

- Infecciones del tracto urinario

La infección del tracto urinario se define como la presencia de bacterias en el tracto urinario que producen alteraciones funcionales y/o morfológicas.

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.

La vía de contaminación más común es la ascendente, motivo por el cual es más frecuente la infección a nivel de la vejiga que a nivel de los riñones. Etiológicamente, las ITU son causadas por bacterias, siendo *Escherichia Coli* el germen más frecuentemente aislado (hasta un 85 % de los casos). Otros bacilos gram negativos como *Klebsiella* spp, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter* spp, *Serratia* spp y *Pseudomonas* spp., son más frecuentes en las infecciones del tracto urinario complicadas y en pacientes hospitalizadas. Entre los Cocos gram positivos destaca *Streptococcus agalactiae*.

Las bajas condiciones socioeconómicas y la deficiente higiene, multiplican por cinco el riesgo de bacteriuria asintomática. Otros factores de riesgo, a tener en

cuenta son: diabetes, trasplantes renales o lesiones medulares²⁷.

Factores obstétricos

- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones).
- Partos instrumentados (Fórceps).
- Maniobras durante el trabajo de parto (Kristeller).
- Tipo de Episiotomía: mediana.
- Experiencia del profesional a realizar la episiorrafia.
- Tipo de profesional que realiza la episiorrafia.
- Material de sutura utilizado.
- Material utilizado para revisión de canal vaginal.

1.3. Marco situacional

El presente 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.

En el transcurso del internado y externado en el hospital “Román Egoavil Pando” – Villa Rica, se ha encontrado muchos factores asociados a esta complicación: factores personales, factores ginecológicos y factores obstétricos.

1.4. Definición de términos básicos

Factores de riesgo: Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de desarrollar una patología.

Factores ginecológicos: Aspectos o características que puede presentar una mujer durante el embarazo, al momento del parto y durante el puerperio.

Factores obstétricos: Aspectos relacionados con la atención de las pacientes por el personal de salud.

Primíparas con episiorrafia: Son todas aquellas pacientes púerperas a las que se les realiza una reparación de la incisión quirúrgica del periné.

1.5. Hipótesis

Hipótesis general y específica

H₁: Existe asociación entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos, obstétricos) en las dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital “Román Egoavil Pando” de enero a octubre del 2015.

H₀: No existe asociación entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos, obstétricos) en las dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital “Román Egoavil Pando” de enero a octubre del 2015.

1.6. Variables

1.6.1. Variable independiente

VI: Factores de riesgo.

1.6.2. Variable dependiente

VD: Dehiscencias en episiorrafias.

1.6.3. Indicadores

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción

- Obesidad
- Consumo de tabaco
- Anemia
- Infección vaginal
- Infecciones del tracto urinario
- Inducción del trabajo de parto
- Periodo expulsivo prolongado
- Distocia de hombros
- Macrosomía fetal
- Maniobras durante el trabajo de parto (Kristeller)
- Exploraciones vaginales múltiples Post parto (más de 5 exploraciones)

1.7. Operacionalización de variables (ver anexo N° 01)

1.8. Objetivos

1.8.1. Objetivo general

Conocer los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital “Román Egoavil Pando” de enero - octubre del 2015.

1.8.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo personales asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de Obstetricia del Hospital “Román Egoavil Pando”.
- Identificar los factores de riesgo ginecológicos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de Obstetricia del Hospital “Román Egoavil Pando”.
- Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de Obstetricia del Hospital “Román Egoavil Pando”.
- Determinar la relación de dependencia entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos, obstétricos) en las dehiscencias de episiorrafias.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. **Ámbito de estudio**

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Román Egoavil Pando – Domicilio Calle 07 Valentín Cueva s/n, ubicado en el distrito de Villa Rica, provincia de Oxapampa, departamento de Pasco.

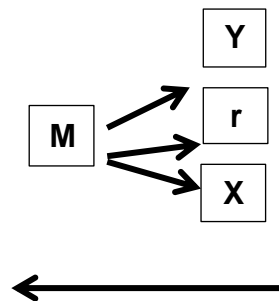
2.2. **Tipo de investigación**

El tipo de estudio en la presente investigación se ha determinado por sus características de exhaustivo y excluyente y el Nivel de estudio por la definición de su línea de investigación en salud:

- **Descriptivo:** porque describe fenómenos sociales y clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada, observacional porque no se manipulan las variables.
- **Retrospectivo:** porque los datos se recogieron a propósito de la investigación durante el periodo del internado y externado.
- **Transversal:** porque el estudio se realizó en un solo momento en el tiempo.

2.3. Diseño y esquema de investigación

El diseño corresponde a un estudio relacional - transeccional.



Dónde:

M: Muestra

Y: Dehiscencias de episiorrafias

X: Factores de Riesgo

r: Dependencia y de asociación

2.4. Universo, población y muestra

2.4.1. Determinación del universo, población

2.4.1.1 Población

La población estuvo constituida por 86 pacientes primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica durante los meses de enero – octubre 2015.

2.4.2. Selección de la muestra

2.4.2.1. Muestra

El cálculo de la muestra fue probabilístico; según el número de casos de primíparas con episiotomía y episiorrafia atendidos que para su selección se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión quedando en suma un total de 70.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	:	N
Error Alfa	:	α
Nivel de Confianza	:	1 - α
Z de (1 - α)	:	Z (1 - α)
Prevalencia de la Enfermedad:		p
Complemento de p	:	q
Precisión	:	d
Tamaño de la muestra	:	n

$$n = \frac{86 * (1.96)^2 * 0.01 * 0.99}{(0.01)^2 * (86 - 1) + (1.96)^2 * 0.01 * 0.99} = 70.29$$

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de casos de primíparas con episiorrafia que desarrollaron dehiscencia.
- Historias clínicas de casos de primíparas con episiorrafia que no desarrollaron dehiscencia.
- Historias clínicas accesibles, legibles y datos completos.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de casos de primíparas con episiorrafia que desarrollaron dehiscencia con datos incompletos.
- Historias clínicas de casos de primíparas con episiorrafia que no desarrollaron dehiscencia atendidas en otros años.

2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos**2.5.1. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La fuente utilizada fue la secundaria puesto que los datos fueron recolectados de las historias clínicas.

La técnica usada fue la documental, mediante historias clínicas, para lo cual el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos creada por los investigadores con preguntas cerradas para

el recojo de los datos, registrado en las historias clínicas seleccionadas. (Ver anexo N° 2)

Se inició el estudio con la construcción del instrumento de recolección de información para lo cual se requirió a cinco (05) jueces especialistas en investigación y en ginecobstetricia, para conocer su opinión a través de la técnica Delphi para la valoración del contenido del instrumento. (Ver anexo N° 3)

Para validar la consistencia interna del instrumento se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0,666 y para su interpretación se tuvo en cuenta el baremo de sus parámetros y valores según Raúl Pino Gotuzzo, en moderada confiabilidad:

Estadísticos de fiabilidad	
Alpha de Cronbach	N de elementos
,666	12

CRITERIO DE CONFIABILIDAD	VALORES
No es confiable	-1 a 0
Baja confiabilidad	0.01 a 0.49
Moderada confiabilidad	0.5 a 0.75
Fuerte confiabilidad	0.76 a 0.89
Alta confiabilidad	0.9 a 1

Una vez validados y reajustados el instrumento, se procedió a su aplicación.

2.5.2. Procesamiento y presentación de datos

Para realizar el presente trabajo se tuvo en cuenta lo siguiente:

Se solicitó la autorización del Jefe de la Unidad de archivo del Hospital Román Egoavil Pando para la ejecución del trabajo de investigación. Se seleccionó a las pacientes según los criterios de inclusión y exclusión. (Ver anexo N° 4)

Para el análisis de datos, se ingresó la información de cada ficha al programa estadístico SPSS v. 20 para su análisis y procesamiento utilizando la técnica de la estadística descriptiva e inferencial.

Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas y gráficos estadísticos que muestren el número, la frecuencia y los porcentajes.

Para los efectos de realizar la comprobación de la hipótesis se utilizó el estadístico de Chi Cuadrado de Independencia y el Coeficiente de contingencia "C".

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 01. Medidas de tendencia central de la edad de primíparas a las que se les realizaron una episiotomía.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>	<i>enero-octubre 2015</i>
Media	19,52
Mediana	19
Moda	19
Edad mínima	13
Edad máxima	35

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla se observa las medidas de tendencia central de la variable edad, teniendo que, la edad media y la mediana es de 19 años, así mismo la edad que más se repite es de 19 años. La edad mínima es de 13 años y la máxima de 35 años.

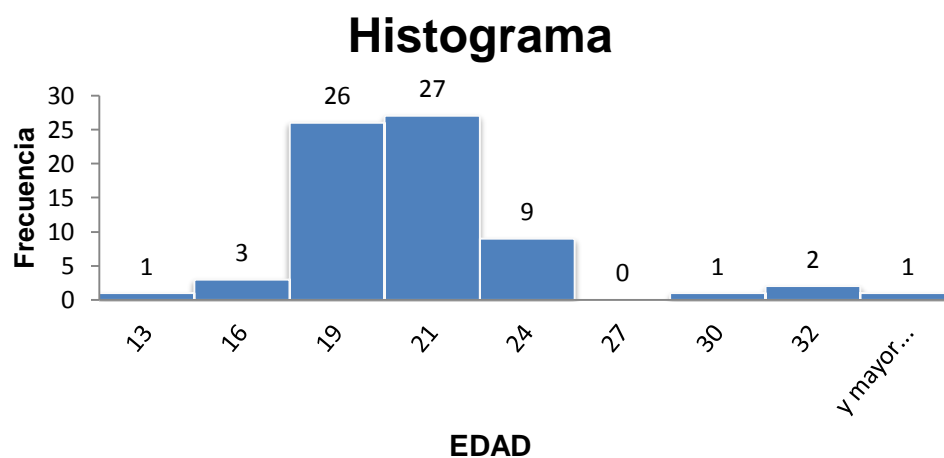


Gráfico 01. Edad de las primíparas.

Tabla 02. Número de casos de dehiscencia presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Dehiscencia	N°	%
Sí	32	45,7
No	38	54,3
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que en el gráfico se observa que, de un total de 70 pacientes, el 45,7 % (32 primíparas) presentaron dehiscencia y un 54,3 % no presentaron dehiscencia (38 primíparas).

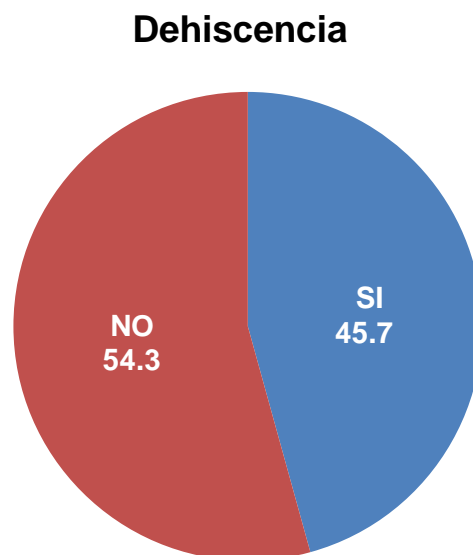


Gráfico 02. Dehiscencia en primíparas.

Tabla 03. Número de casos de anemia presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Anemia	N°	%
Sí	59	84,3
No	11	15,7
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 84,3 % (59 primíparas) presentaron anemia y un 15,7 % no presentaron anemia (11 primíparas).

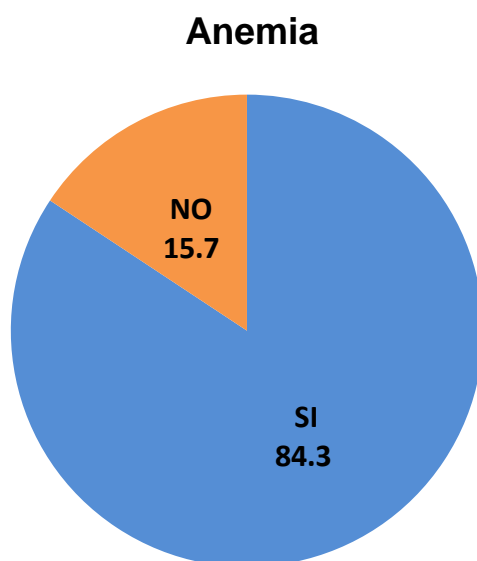


Gráfico 03. Anemia en primíparas.

Tabla 04. Número de casos de anemia leve presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Anemia leve	N°	%
Sí	27	38,6
No	43	61,4
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 38,6 % (27 primíparas) presentaron anemia leve y un 61,4 % no presentaron anemia leve (43 primíparas).

Anemia leve

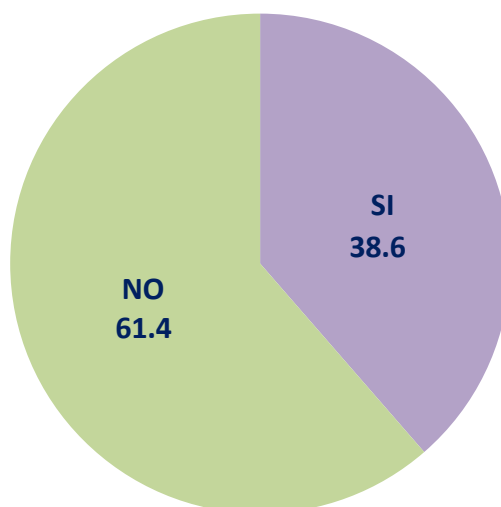


Gráfico 04. Anemia leve en primíparas

Tabla 05. Número de casos de anemia moderada presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>	
Anemia moderada	N°	%	
Sí	11	15,7	
No	59	84,3	
Total	70	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 15,7 % (11 primíparas) presentaron anemia moderada y un 84,3 % no presentaron anemia moderada (59 primíparas).

Anemia moderada

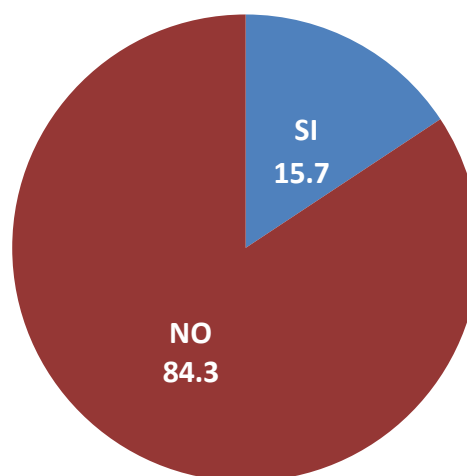


Gráfico 05. Anemia moderada en primíparas

Tabla 06. Número de casos de anemia severa presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Anemia severa	N°	%
Sí	21	30,0
No	49	70,0
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 30 % (21 primíparas) presentaron anemia severa y un 70 % no presentaron anemia severa (49 primíparas).

Anemia severa

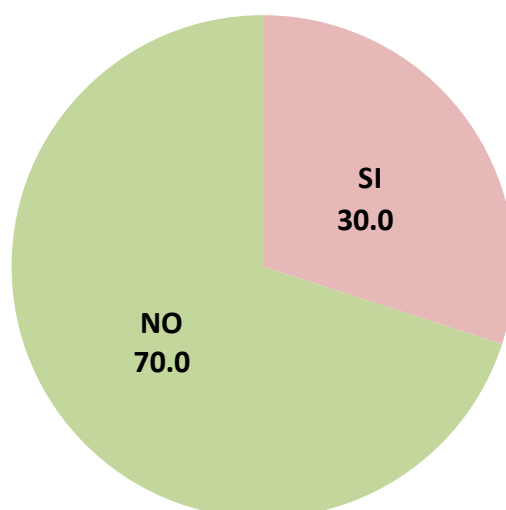


Gráfico 06. Anemia severa en primíparas

Tabla 07. Número de casos de obesidad presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Obesidad	N°	%
Sí	7	10,0
No	63	90,0
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 10 % (7 primíparas) presentaron obesidad y 90 % no presentaron obesidad (63 primíparas).

Obesidad

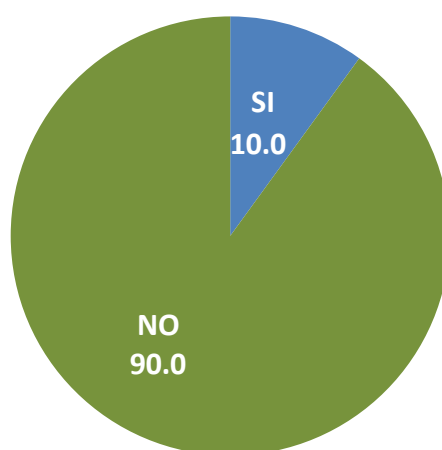


Gráfico 07. Obesidad en primíparas

Tabla 08. Número de consumo de tabaco presentado en primíparas con episiorrafia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero-octubre 2015

Consumo de tabaco	N°	%
Sí	6	8,6
No	64	91,4
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 8,6 % (6 primíparas) presentaron consumo de tabaco y un 91,4 % no presentaron consumo de tabaco (64 primíparas).

Consumo de tabaco

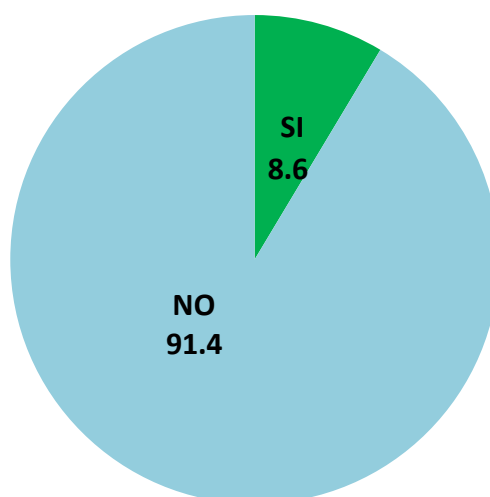


Gráfico 08. Consumo de tabaco en primíparas.

Tabla 09. Número de casos de infección vaginal presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Infección vaginal	N°	%
Sí	56	80,0
No	14	20,0
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 80 % (56 primíparas) presentaron infección vaginal y un 20 % no presentaron infección vaginal (14 primíparas).

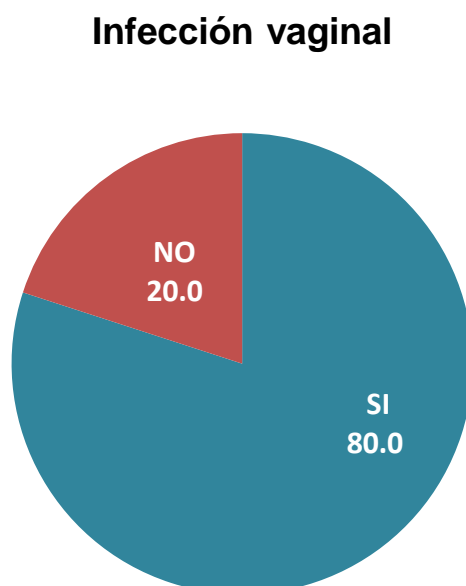


Gráfico 09. Infección vaginal en primíparas.

Tabla 10. Número de casos de vaginosis presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Vaginosis bacteriana	N°	%
Sí	27	38,6
No	43	61,4
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 38,6 % (27 primíparas) presentaron vaginosis bacteriana y un 61,4 % no presentaron vaginosis (43 primíparas).

Vaginosis Bacteriana

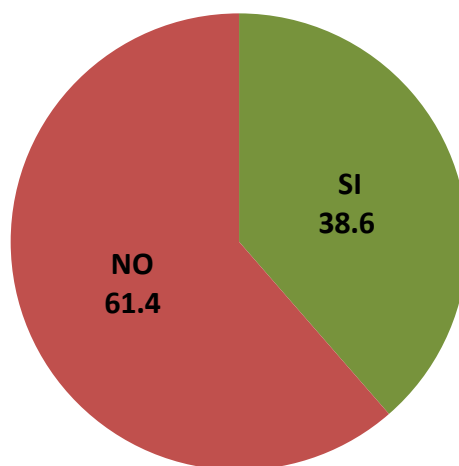


Gráfico 10. Vaginosis bacteriana en primíparas.

Tabla 11. Número de casos de trichomoniasis presentado en primíparas con episiografía.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Trichomoniasis	N°	%
Sí	20	28,6
No	50	71,4
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 28,6 % (20 primíparas) presentaron trichomoniasis y un 71,4 % no presentaron trichomoniasis (50 primíparas).

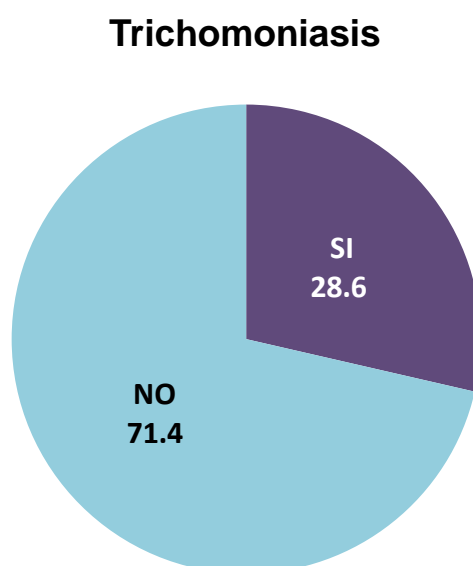


Gráfico 11. Trichomoniasis en primíparas.

Tabla 12. Número de casos de candidiasis presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Candidiasis	N°	%
Sí	8	11,4
No	62	88,6
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 11,4 % (8 primíparas) presentaron candidiasis y un 88,6 % no presentaron candidiasis (62 primíparas).

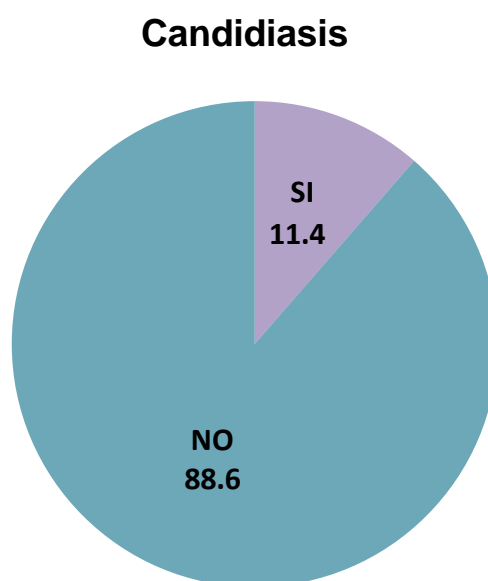


Gráfico 12. Candidiasis en primíparas.

Tabla 13. Número de casos de infección urinaria presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Infección urinaria	N°	%
Sí	35	50,0
No	35	50,0
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 50 % (35 primíparas) presentaron infección urinaria y un 35 % no presentaron infección urinaria (35 primíparas).

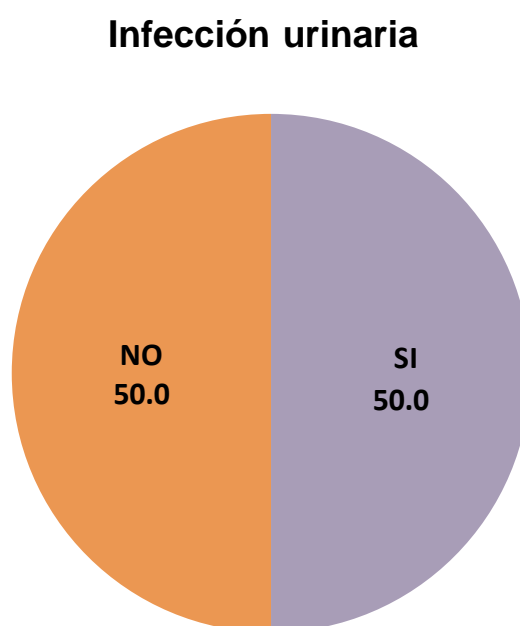


Gráfico 13. Infección urinaria en primíparas.

Tabla 14. Número de casos de parto inducido presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Parto inducido	N°	%
Sí	28	40,0
No	42	60,0
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 40 % (28 primíparas) presentaron parto inducido y un 60 % no presentaron parto inducido (42 primíparas).

Parto inducido

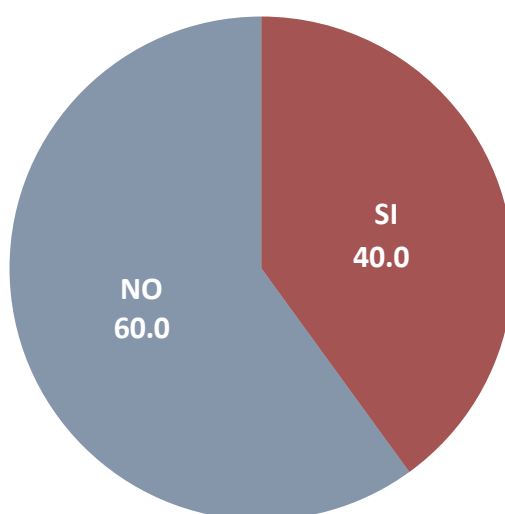


Gráfico 14. Parto inducido en primíparas.

Tabla 15. Número de casos de periodo expulsivo prolongado presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>	
Periodo expulsivo prolongado	N°	%	
Sí	8	11,4	
No	62	88,6	
Total	70	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 11,4 % (8 primíparas) periodo expulsivo prolongado y un 88,6 % no presentaron periodo expulsivo prolongado (70 primíparas).

Periodo expulsivo prolongado

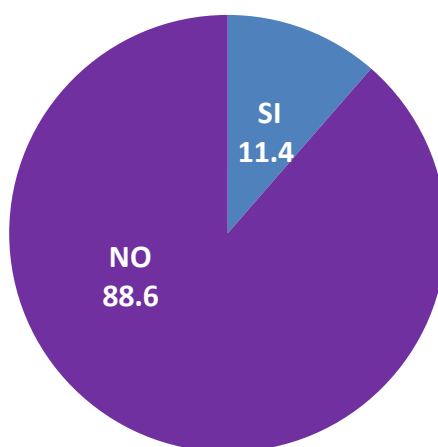


Gráfico 15. Periodo expulsivo prolongado en primíparas.

Tabla 16. Número de casos de distocia de hombros presentado en primíparas con episiorrafia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero-octubre 2015

Distocia de hombros	N°	%
Sí	3	4,3
No	67	95,7
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 4,3 % (3 primíparas) presentaron distocia de hombros y un 95,7 % no presentaron distocia de hombros (67 primíparas).

Distocia de hombros

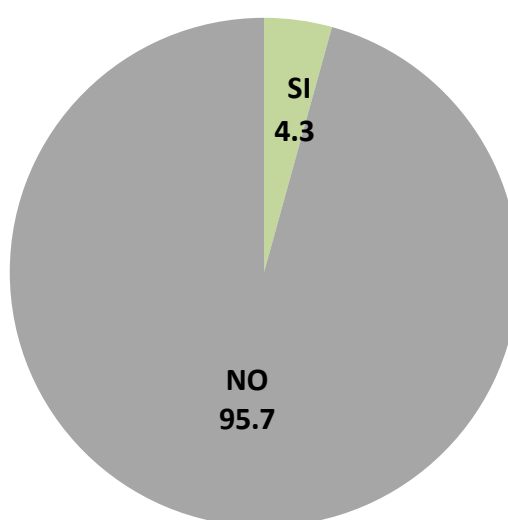


Gráfico 16. Distocia de hombros en primíparas.

Tabla 17. Número de casos de macrosomía fetal presentado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>
Macrosomía fetal	N°	%
Sí	8	11,4
No	62	88,6
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, el 11,4 % (8 primíparas) presentaron macrosomía fetal y un 88,6 % no presentaron macrosomía fetal (62 primíparas).

Macrosomía fetal

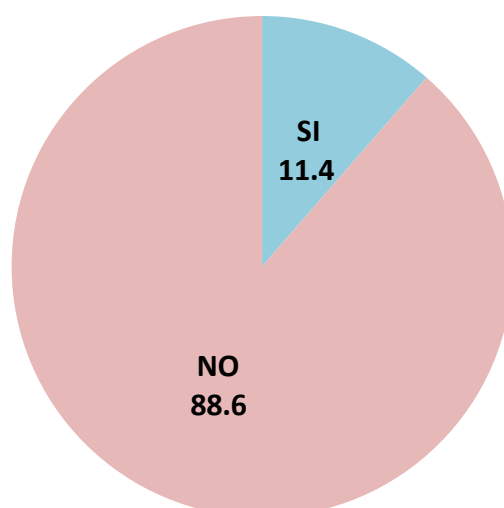


Gráfico 17. Macrosomía fetal en primíparas.

Tabla 18. Número de casos de exploraciones vaginales múltiples (mayor de 5) realizado en primíparas con episiorrafia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero-octubre 2015

Exploraciones vaginales múltiples	N°	%
Sí	28	40,0
No	42	60,0
Total	70	100,0

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, al 40 % (28 primíparas) se les realizaron exploraciones vaginales múltiples y a un 60 % no se le realizaron exploraciones vaginales múltiples (42 primíparas).

**Exploraciones
vaginales múltiples**

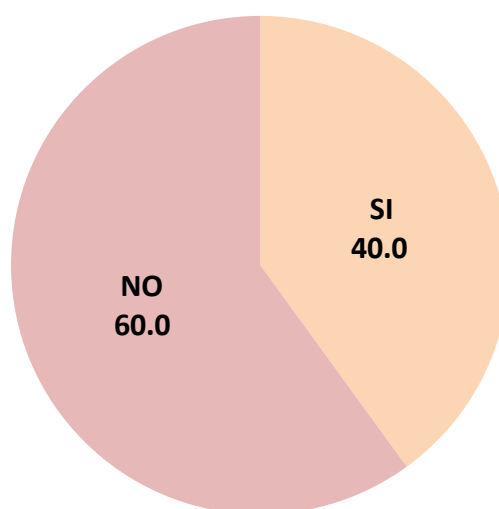


Gráfico 18. Exploraciones vaginales múltiples en primíparas.

Tabla 19. Número de casos de maniobra de Kristeller realizado en primíparas con episiorrafia.

<i>Hospital Román Egoavil Pando</i>		<i>enero-octubre 2015</i>	
Maniobra de Kristeller	N°	%	
Sí	8	11,4	
No	62	88,6	
Total	70	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: En la presente tabla al igual que el gráfico se observa que, de una total de 70 pacientes, al 11,4 % (8 primíparas) se les realizaron maniobra de Kristeller y a un 88,6 % no se les realizaron maniobra de Kristeller (62 primíparas).

Maniobra de Kristeller

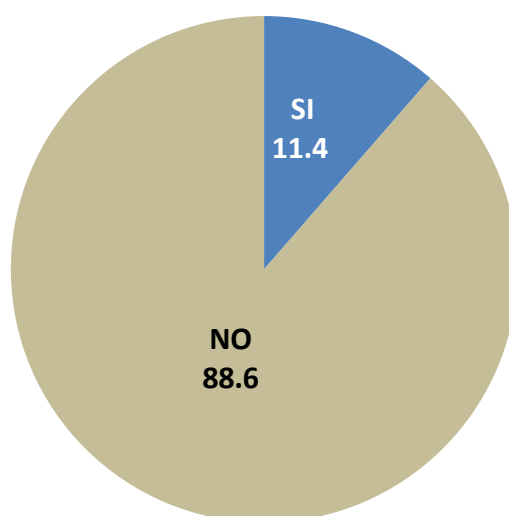


Gráfico 19. Maniobra de Kristeller en primíparas.

Tabla 20. La anemia como Factor de riesgo personal asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia. (Ver anexo N° 5)

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Anemia				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	11	15,7 %	27	38,6 %	38	54,3 %
Sí	0	0,0 %	32	45,7 %	32	45,7 %
Total	11	15,7 %	59	84,3 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 10,990 (p 0,001)

C= 0,368

Interpretación: En la presente tabla se observa a la anemia como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 45,7 %, es decir todas ellas han presentado algún tipo de anemia, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 38,6 % presentaron algún tipo de anemia. También se observa a un 15,7 % de primíparas que no presentaron anemia y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,368	,001
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Prueba de hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y algún tipo de anemia.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y algún tipo de anemia.

Con una probabilidad de error del 1 % ($p= 0,001$) y un valor de C de 0,36 decimos que existe una asociación positiva baja entre la dehiscencia y algún tipo de anemia en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 21. La no obesidad como Factor de riesgo personal asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Obesidad				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	31	44,3 %	7	10,0 %	38	54,3 %
Sí	32	45,7 %	0	0,0 %	32	45,7 %
Total	63	90,0 %	7	10,0 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 6,549 (p 0,010)

C= 0,292

Interpretación: En la presente tabla se observa a la no obesidad como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 45,7 %, es decir todas ellas no han presentado obesidad, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 44,3 % no presentaron obesidad. También se observa un 10,0 % de primíparas que presentaron obesidad y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,293	,010
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la no obesidad.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la no obesidad.

Con una probabilidad de error del 1 % ($p= 0,010$) y un valor de C de 0,29 decimos que existe una asociación positiva baja entre la dehiscencia y la no obesidad en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 22. El consumo de tabaco como Factor de riesgo personal asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Consumo de tabaco				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	33	47,1 %	5	7,1 %	38	54,3 %
Sí	31	44,3 %	1	1,4 %	32	45,7 %
Total	63	90,0 %	6	8,5 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 2,231 (p 0,135)

C= 0,175

Interpretación: En la presente tabla se observa al consumo de tabaco como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 44,3 % no han presentado consumo de tabaco y un 1.4 % presentaron consumo de tabaco, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 47,1 % no presentaron consumo de tabaco. También se observa a un 7,1 % de primíparas que presentaron consumo de tabaco y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,176	,135
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y el consumo de tabaco.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y el consumo de tabaco.

Con una probabilidad de error del 13,5 % ($p= 0,135$) y un valor de C de 0,17 decimos que existe una asociación positiva muy baja entre la dehiscencia y el consumo de tabaco en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 23. La infección vaginal como Factor de riesgo ginecológico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

(Ver anexo N° 6)

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Infección vaginal				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	14	20,0 %	24	34,3 %	38	54,3 %
Sí	0	0,0 %	32	45,7 %	32	45,7 %
Total	14	20,0 %	56	80,0 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 14,736 (p 0,000)

C= 0,417

Interpretación: En la presente tabla se observa a la infección vaginal como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 45,7 %, es decir todas ellas han presentado infección vaginal, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 34,3 % presentaron infección vaginal. También se observa a un 20,0 % de primíparas que no presentaron infección vaginal y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,417	,000
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la infección vaginal.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la infección vaginal.

Con una probabilidad de error del 0,0 % ($p= 0,00$) y un valor de C de 0,41 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la infección vaginal en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 24. La infección urinaria como Factor de riesgo ginecológico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Infección urinaria				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	11	15,7 %	27	38,6 %	38	54,3 %
Sí	24	34,3 %	8	11,4 %	32	45,7 %
Total	35	50,0 %	35	50,0 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 14,736 (p 0,000)

C= 0,417

Interpretación: En la presente tabla se observa a la infección urinaria como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 34,3 % no han presentado infección urinaria y 11,4 % presentaron infección urinaria, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 38,6 % presentaron infección urinaria. También se observa a un 15,7 % de primíparas que no presentaron infección urinaria y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,417	,000
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la infección urinaria.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la infección urinaria.

Con una probabilidad de error del 0,0 % ($p= 0,00$) y un valor de C de 0,41 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la infección urinaria en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 25. El parto inducido como Factor de riesgo obstétrico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Parto inducido				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	28	40,0 %	10	14,3 %	38	54,3 %
Sí	14	20,0 %	18	25,7 %	32	45,7 %
Total	42	60,0 %	28	40,0 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 6,485 (p 0,011)

C= 0,291

Interpretación: En la presente tabla se observa al parto inducido como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 25,7 % han presentado parto inducido y 20,0 % no han presentado parto inducido; comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 40,0 % no presentaron parto inducido. También se observa a un 14,3 % de primíparas que presentaron parto inducido y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,291	,011
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y el parto inducido.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y el parto inducido.

Con una probabilidad de error del 1,1 % ($p= 0,011$) y un valor de C de 0,29 decimos que existe una asociación positiva baja entre la dehiscencia y el parto inducido en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 26. El periodo expulsivo prolongado como Factor de riesgo obstétrico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Periodo expulsivo prolongado				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	31	44,3 %	7	10,0 %	38	54,3 %
Sí	31	44,3 %	1	1,4 %	32	45,7 %
Total	62	88,6 %	8	11,4 %	70	100 %

Fuente: Elaboración propia

χ^2 : 4,015 (p 0,102)

C= 0,233

Interpretación: En la presente tabla se observa al periodo expulsivo prolongado como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 44,3 % no han presentado periodo expulsivo prolongado y un 1,4 % presentaron periodo expulsivo prolongado; comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 44,3 % no presentaron periodo expulsivo prolongado. También se observa a un 10,0 % de primíparas que presentaron periodo expulsivo prolongado y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,233	,045
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y el periodo expulsivo prolongado.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y el periodo expulsivo prolongado.

Con una probabilidad de error del 4,5 % ($p= 0,045$) y un valor de C de 0,23 decimos que existe una asociación positiva baja entre la dehiscencia y el periodo expulsivo prolongado en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 27. La distocia de hombros como Factor de riesgo obstétrico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencias	Distocia de hombros				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	36	51,4 %	2	2,9 %	38	54,3 %
Sí	31	44,3 %	1	1,4 %	32	45,7 %
Total	67	95,7 %	3	4,3 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

$\chi^2: 0,193$ ($p 0,660$)

$C= 0,053$

Interpretación: En la presente tabla se observa a la distocia de hombros como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 44,3 % no han presentado la distocia de hombros y 1,4 % presentaron la distocia de hombros, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 51,4 % no presentaron la distocia de hombros. También se observa a un 2,9 % de primíparas que presentaron la distocia de hombros y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,053	,660
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la distocia de hombros.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la distocia de hombros.

Con una probabilidad de error del 66,0 % ($p= 0,660$) y un valor de C de 0,53 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la distocia de hombros en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 28. La no macrosomía fetal como Factor de riesgo obstétrico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Macrosomía fetal				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
Sí	32	45,7 %	0	0,0 %	32	45,7 %
No	30	42,9 %	8	11,4 %	38	54,3 %
Total	62	88,6 %	8	11,4 %	70	100 %

Fuente: Elaboración propia

χ^2 : 7,606 (p 0,006)

C= 0,313

Interpretación: En la presente tabla se observa a la no macrosomía fetal como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 45,7 %, es decir todas ellas no presentaron macrosomía fetal, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales el 42,9 % no presentaron macrosomía fetal. También se observa que el 11,4 % presentaron macrosomía fetal y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,313	,006
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la no macrosomía fetal.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la no macrosomía fetal.

Con una probabilidad de error del 0,6 % ($p= 0,006$) y un valor de C de 0,31 decimos que existe una asociación positiva baja entre la dehiscencia y la no macrosomía fetal en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 29. Las exploraciones vaginales múltiples como Factor de riesgo obstétrico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Exploraciones vaginales múltiples				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	28	40,0 %	10	14,3 %	38	54,3 %
Sí	14	20,0 %	18	25,7 %	32	45,7 %
Total	42	60,0 %	28	40,0 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 6,485 (p 0,011)

C= 0,291

Interpretación: En la presente tabla se observa a las exploraciones vaginales múltiples como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 25,7 % presentaron exploraciones vaginales múltiples y 20,0 % no presentaron exploraciones vaginales múltiples; comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 40,0 % no presentaron exploraciones vaginales múltiples. También se observa a un 14,3 % de primíparas que presentaron exploraciones vaginales múltiples y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,291	,011
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y las exploraciones vaginales múltiples.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y las exploraciones vaginales múltiples.

Con una probabilidad de error del 1,1 % ($p= 0,011$) y un valor de C de 0.29 decimos que existe una asociación positiva baja entre la dehiscencia y las exploraciones vaginales múltiples en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 30. La maniobra de Kristeller como Factor de riesgo obstétrico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Maniobra de Kristeller				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	32	45,7 %	6	8,6 %	38	54,3 %
Sí	30	42,9 %	2	2,9 %	32	45,7 %
Total	62	88,6 %	8	11,4 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 1,561 (p 0,211)

C= 0,148

Interpretación: En la presente tabla se observa a la maniobra de Kristeller como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 42,9 % no han presentado la maniobra de Kristeller y 2,9 % presentaron la maniobra de Kristeller; comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 45,7 % no presentaron la maniobra de Kristeller. También se observa a un 8,6 % de primíparas que presentaron la maniobra de Kristeller y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,148	,211
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la maniobra de Kristeller.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la maniobra de Kristeller.

Con una probabilidad de error del 21,1 % ($p= 0,211$) y un valor de C de 0.14 decimos que existe una asociación positiva muy baja entre la dehiscencia y la maniobra de Kristeller en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

DISCUSIÓN

El objetivo general que se planteó en este estudio fue conocer los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas; se presentan los resultados más significativos referentes a estos factores.

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos referentes a la primera hipótesis general planteada y a las hipótesis específicas que se desprenden de éste.

En la tabla 1 se analiza las medidas de tendencia central de la edad de las primíparas con episiorrafia, encontrando a la mayoría de puérperas con una edad media de 19 años, deduciendo al igual que Guevara M. que en esta población las jóvenes no se encuentran en una edad adecuada tanto física como emocionalmente para asumir y/o afrontar un embarazo, cabe resaltar también, que a comparación de otros distritos de Villa Rica, la edad de estas primíparas no es tan precoz como se conoce de la mayoría de aquellos lugares; además, en cuanto a las regiones de la costa y sierra se aprecia una conducta más conservadora en relación a la edad de las primíparas.

En la tabla N° 2 se analiza la dehiscencia de las primíparas con episiorrafia, los resultados de este estudio indican que la dehiscencia de las episiorrafias se presentaron en el 45,7% de las puérperas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando durante enero – octubre del 2015, esta es una cifra alta que sugiere la necesidad de encontrar los factores causantes de esta complicación. En el estudio de Flores realizado en un hospital de Trujillo en el año 2013, se observaron resultados diferentes, evidenciando una frecuencia de dehiscencia

de episiorrafia del 6,7 %; al igual que en el estudio de Guevara realizado en un hospital de Lima, evidenciando una frecuencia del 7,6 %.

En la tabla N° 3 y 20 se analiza la anemia de las primíparas con episiorrafia, encontrando resultados que indican, que la anemia se presentó en el 84,3% de las primíparas, esta cifra nos sugiere que la población de primíparas del hospital de Villa Rica en su mayoría desarrollaron anemia, encontrándose entre ellas a pacientes con anemia fisiológica propia del embarazo y a otras, anémicas crónicas. Podemos clasificar este indicador en tres tipos de anemia: anemia leve que se presentó en un 38,6%, anemia moderada en un 15,7% y la anemia severa en un 30%. Debido a que sus porcentajes fueron significativamente mayores en el grupo de puérperas con dehiscencia, se encontró a la anemia como factor personal de riesgo para dehiscencia. Resultados similares se observaron en los estudios de Flores, Snyder y Guevara, donde esta variable también se presentó como factor de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia, señalándolo como factor de riesgo asociado con la dehiscencia.

En las tablas N° 7 y 21 se analiza la no obesidad de las primíparas con episiorrafia, evidenciando un 90 % de pacientes no obesas; se deduce que la no obesidad ($p=0.010$) se presentó como un factor personal de riesgo para las dehiscencias de la episiorrafias; lo cual coincide con lo observado por Guevara donde indica que la obesidad ($p=0.433$) no es un factor de riesgo para las dehiscencias.

En las tablas N° 8 y 22 se analiza el consumo de tabaco en las primíparas con episiorrafia, donde un 8,6% de las primíparas presentaron este hábito; sin embargo el consumo de tabaco ($p = 0.135$) no se encontró como factor de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia; estos resultados no coinciden con los estudios de Flores, Snyder y Guevara, quienes señalan que el consumo de tabaco sí es un factor de riesgo asociado con la dehiscencia.

En las tablas N° 9 y 23 se analiza la infección vaginal en las primíparas con episiorrafia, encontrando resultados que indican que la infección vaginal se presentó en el 80% de las primíparas, esto nos sugiere que la población de primíparas en su mayoría presentan algún tipo de infección vaginal; ya sea vaginosis bacteriana que se presentó en un 38,6%, trichomoniasis en un 28,6% y/o candidiasis en un 11,4%, debido a que sus porcentajes fueron significativamente mayores en el grupo de púerperas con dehiscencia, se encontró a la infección vaginal ($p = 0.000$) como factor ginecológico de riesgo para la dehiscencia; lo cual coincide con lo encontrado en el estudio de Guevara, quien señala que la infección vaginal es un factor de riesgo para la dehiscencia por ser los porcentajes estadísticamente significativos ($p = 0.004$).

En las tablas N° 13 y 24 se analiza la infección urinaria en las primíparas con episiorrafia, presentado en un 50% lo cual nos indica que la mitad de las primíparas han desarrollado infección del tracto urinario (ITU) en algún momento del embarazo, en estas pacientes se observó ITUS recurrentes e incluso ITU secundario a las infecciones vaginales que se observó en la mayoría de las primíparas, lo que nos sugiere que la infección urinaria ($p = 0.000$) sí es un factor de riesgo para la dehiscencia.

En las tablas N° 14 y 25 se analiza el trabajo de parto inducido en las primíparas con episiorrafia, en las cuales se observó que el 40% de los partos de las primíparas fueron inducidos, se deduce que el trabajo de parto inducido ($p = 0.011$) es un factor de riesgo para la dehiscencia; resultados similares se observó en estudio de Guevara, quien señala que el trabajo de parto inducido ($p = 0.001$) sí es un factor de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia.

En las tablas N° 15 y 26 se analizan el periodo expulsivo prolongado que se presentó en las primíparas con episiorrafia, se observó que el 11,4% de los partos tuvieron un periodo expulsivo prolongado. Con respecto a la duración del trabajo de parto en este estudio se demuestra que un periodo expulsivo prolongado ($p=0.102$) no es un factor de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia, lo cual coincide con el trabajo de estudio de Dimitrov quien señala que el proceso de curación de la episiorrafia no es influenciada por la duración prolongada del expulsivo, por tanto no es un factor de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia; sin embargo, en estudios de Guevara y Berginc-Sormaz se demuestra que en la duración del trabajo de parto, un expulsivo prolongado presenta más riesgo de dehiscencia, por lo cual lo señalan como un factor de riesgo asociado a dehiscencias.

En las tablas N° 16 y 27 se analizan la distocia de hombros que se presentó en las primíparas con episiorrafia, encontrando que sólo el 4,3% presentaron esta distocia, deducimos que no es un factor de riesgo ($p = 0,660$); sin embargo, en el trabajo de estudio de Guevara se observa que la distocia de hombros se presenta como factor de para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafias, puesto que existió una cifra porcentual significativa ($p = <0.001$).

En las tablas N° 17 y 28 se analiza a la no macrosomía fetal presentado en las primíparas con episiorrafia, se observó que el 88,6 % no presentó macrosomía fetal, se consideró como factor de riesgo para la dehiscencia ($p = 0,006$), lo que coincide con el estudio de Guevara, donde se puede observar que la macrosomía ($p=0.151$) no se presentó como factor de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia.

En las tablas N° 18 y 29 se analizan las exploraciones vaginales múltiples (mayor de 5) que se les realizó a las primíparas con episiorrafia, en este estudio se puede observar que el 40% de primíparas tuvieron estas exploraciones múltiples y que el haber realizado más de cinco tactos, sí fue un factor de riesgo para dehiscencia ($p=0.011$); lo que coincide con el estudio de Guevara quien señala que los tactos vaginales mayores a 5 sí fue un factor de riesgo para las dehiscencias, al igual que Berginc-Sormaz señala que las dehiscencias fueron más frecuentes en aquellas mujeres en las cuales se realizó más tactos vaginales, sin embargo, aunque no se indica un número exacto de tactos, se puede aseverar que lo observado por ese autor es similar a los resultados presentados en la investigación de Guevara.

En las tablas N° 19 y 30 se analizan la maniobra de Kristeller que se les realizó a las primíparas con episiorrafia, esta maniobra se realizó al 11,4% de pacientes, sin evidencia que fuera un factor de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia ($p = 0,211$). En estudios de Guevara no se encontraron puérperas a las que se les haya realizado esta maniobra.

CONCLUSIONES

El factor personal que se encuentra asociado a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital “Román Egoavil Pando” de Villa Rica durante el año 2015 fue la anemia, encontrando a 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.

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.

Los factores obstétricos que se encuentran asociados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas fueron: Las exploraciones vaginales múltiples y el parto inducido.

Existe relación de dependencia entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos y obstétricos) y las dehiscencias de episiorrafias.

SUGERENCIAS

Se recomienda al profesional de obstetricia del Hospital “Román Egoavil Pando” de Villa Rica considerar los resultados de la presente investigación respecto a la anemia para que planifiquen acciones de atención primaria con la finalidad de educar y persuadir a la gestante a una adecuada alimentación; asimismo cumplir con la indicación de la suplementación de hierro y ácido fólico.

Se sugiere al personal de salud encargado de atender y evaluar a la gestante cumplir estrictamente con los controles de los exámenes auxiliares y de ser el caso de una gestante con infección vaginal e infección urinaria, sean diagnosticados y tratados oportunamente ya que se presentó como riesgo de dehiscencia.

Se sugiere que el personal de salud que realice las episiorrafias tenga un mayor cuidado con las púerperas que hayan sido inducidas o al realizar exploraciones vaginales múltiples, puesto que se presentaron como factores de riesgo para dehiscencia.

Se sugiere que los directivos del Hospital “Román Egoavil Pando” de Villa Rica, brinden capacitación para la realización de episiorrafias y supervise a los internos durante las suturas de las episiotomías y/o desgarros. Se recomienda también la réplica de este estudio en otros nosocomios con la finalidad de evaluar si en estas instituciones existen los mismos factores de riesgo para las dehiscencias de episiorrafias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera”. Nure Investigación. 2013, 10(63): 1-6.
2. Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. BMJ. 1987; 295: 749-51.
3. NICE clinical guideline 55 Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth (NICE, 2007).
4. Pages Gustavo, Martell Alfredo. Intervenciones Menores. Lesiones del canal del parto. Capítulo 41 2008:524-536. Disponible en http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones_moderna/om_41.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
6. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud hospitalaria. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. ASISHO, 2012.
7. Albino F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de apoyo Sullana. [Consultado el 5 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7%20Uso%20Episiotomia.htm>.

8. Ramírez. Uso de Poliglactina 910 2/0 Vs Catgut Crómico 0 en episiorrafia de pacientes primigestas. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca; 2010.
9. Dilek Uygur, Nate Yesildaglar, Saime Kis and Tevfik Sipahi. Early repair of episiotomy dehiscence. Australian and New Zeland journal of Obstetrics and Gynecology. 2004; 44: 244 – 246.
10. Dimitrov A, Tsenov D, Ganeva G. Causas de complicaciones en la cicatrización de la episiotomía. Akush Ginekol (Sofía). 2000; 40 (4): 17-20.
11. Berginc-Sormaz G. Dehiscence in episiotomies. Jugosl Ginekol Opstet. 1999; 19 (1-2):107-12.
12. Guevara C. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, 2014. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Obstetricia; 2015.
13. Flores A. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el hospital vista alegre. Enero – diciembre 2013. [Tesis de especialidad]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2014.

14. Casanova Chang Mey Lin, Luna Zafra Tania Jéssica. Estudio comparativo entre el uso sistemático y el no uso de la episiotomía de las pacientes nulíparas: complicaciones. Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolomé. Enero – Agosto 2001. Lima.
15. Cabero L, Saldivar D. Operatoria obstétrica: una visión actual. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
16. Ministerio de Salud. Hospital Santa Rosa. Guías de Práctica Clínica Médicos Quirúrgico. Lima: Hospital Santa Rosa. Departamento de Gineco-obstetricia; 2008.
17. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada. México: Secretaría de Salud; 2013.
18. Snyder RR, Hammond TL, Hankins GD. Virus del papiloma humano asociado a la mala cicatrización de la episiotomía reparaciones. *Obstet Gynecol.* 1990 octubre; 76 (4): 664-7.
19. Moreira C, Torres A. Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja. Departamento de Ciencias de la Salud; 2013.
20. Brooks E. Infección de Episiotomías [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de ciencias Médicas; 1999.
21. Jiménez A. Guía de episiotomía y episiorrafia. Colombia: E.S.E. Hospital San Francisco de Asís; 2013.

22. Ministerio de Salud. Hospital Santa Rosa. Guías de Práctica Clínica Médicos Quirúrgico. Lima: Hospital Santa Rosa. Departamento de Gineco-obstetricia; 2008.
23. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada. México: Secretaría de Salud; 2013.
24. Ontañón N. Sutura continúa frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. [Tesis Doctoral]. Alcalá: Universidad de Alcalá. Departamento de Especialidades Médicas, 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10017/8795>.
25. Sutura secundaria en comparación con ninguna sutura para las lesiones perineales por dehiscencia después del parto (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 9.
26. Pedro Mascaro Sanchez, Carlos Alvarado Ñato, Félix Dasio Ayala Peralta., Fortunato Mezarina Trujillo, José Gamboa Barrantes, Homero Mejia Chávez. Amenaza parto pretérmino. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2010; 91-98.
27. Washington Muñoz. Obstetricia Fisiológica. 1ª ed. Concepción: Universidad de Concepción; 1997.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Operacionalización de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE: Dehiscencia de la episiorrafia	Cualitativa	Complicación Obstétrica Unidimensional Complicación de una cirugía menor.	Dehiscencia de la episiorrafia	- Si - No	Nominal	Historia Clínica
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de Riesgo	Cualitativa	Caracterización de la muestra	Edad	- 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	- Soltera - Casada - Conviviente	Ordinal	
			Grado de instrucción	- Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal	
		Factores personales	Obesidad	- Si - No	Nominal	Historia Clínica Ficha de
Consumo de tabaco	- Si - No		Nominal			

			Anemia	- Leve - Moderada - Severa	Ordinal	recolección de datos.
	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	



ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN – HUANUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



FACTORES DE RIEGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE
EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL
PANDO DE ENERO – OCTUBRE 2015. VILLA RICA.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de HCL: _____

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. Distocia de hombros

- a. Si
- b. No

12. Macrosomía

- a. Si
- b. No

13. Más de 5 tactos vaginales


- a. Si
- b. No

14. Maniobra de Kristeller

- a. Si
- b. No

ANEXO N° 03**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quien suscribe **Dr. Yury Prado Salcedo**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO DE ENERO – OCTUBRE 2015", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.




Dr. Yury Prado Salcedo
GINECÓLOGO OBSTETRA
C.M.P. 27914 - D.N.I. 08319626

Dr. Yury Prado Salcedo
GINECÓLOGO OBSTETRA DEL
HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe **Dr. Luis Guerra Munares**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO DE ENERO – OCTUBRE 2015", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



LUIS GUERRA MUNARES
MÉDICO GINECO-OBSTETRA
C.R.P. 89781 R.N.E. 24448

Dr. Luis Guerra Munares
GINECÓLOGO OBSTETRA DEL
HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN


Quien suscribe **Dr. Roberto Borja Mena**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO DE ENERO – OCTUBRE 2015", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

DR. ROBERTO BORJA MENA
MEDICINA INTERNA
M.P. 3788 R.N.D. 25675

Dr. Roberto Borja Mena
MÉDICO-INTERNISTA DEL
HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe **Obst. Bertha Gamarra Chang**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO DE ENERO – OCTUBRE 2015", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



Bertha M. Gamarra Chang
OBSTETRA
C.O.P. 8815

Obst. Bertha Gamarra Chang
OBSTETRA DEL HOSPITAL
ROMÁN EGOAVIL PANDO

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe **Obst. Rocío Chirinos Valero**, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO DE ENERO – OCTUBRE 2015", elaborado por los alumnos de la asignatura de Seminario de Tesis reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, por lo tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



Rocío Chirinos Valero
OBSTETRA
C.O.P. N° 12419

Obst. Rocío Chirinos Valero
OBSTETRA DEL
HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO

ANEXO N° 04



PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL "ROMÁN EGOAVIL PANDO"
VILLA RICA - OXAPAMPA - PASCO

*"Año de la Diversificación
Productiva y del
Fortalecimiento de la
Educación"*

Villa Rica, 01 de Octubre del 2015

CARTA N° 113 -2015 -DE-H-"REP"-VR

SEÑOR:

Srta. Cindy CORDOVA VERGARA

PRESENTE;

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente a nombre del Hospital "Román Egoavil Pando" Villa Rica y a la vez por medio del presente hago mención en referencia a la solicitud presentada, esta dirección autoriza a Usted para realizar dicho trabajo en coordinación con el Jefe del Servicio de Obstetricia y Unidad de Estadística e Informática.

Sin otro en particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal

JMAP/Direct

Atentamente,





PERÚ

Ministerio
de SaludHOSPITAL "ROMÁN EGOAVIL PANDO"
VILLA RICA - OXAPAMPA - PASCO

*"Año de la Diversificación
Productiva y del
Fortalecimiento de la
Educación"*

Villa Rica, 01 de Octubre del 2015

CARTA Nº 114 -2015 -DE-H-"REP"-VR**SEÑOR:****Sr. John MEZA HUACHO****PRESENTE;**

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente a nombre del Hospital "Román Egoavil Pando" Villa Rica y a la vez por medio del presente hago mención en referencia a la solicitud presentada, esta dirección autoriza a Usted para realizar dicho trabajo en coordinación con el Jefe del Servicio de Obstetricia y Unidad de Estadística e Informática.

Sin otro en particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal

JMAP/Direct

Atentamente.

ANEXO N° 05

Tabla 1. La anemia leve como Factor de riesgo personal asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Anemia leve				Total	
	No		Sí		N	%
	N	%	N	%		
No	11	15,7 %	27	38,6 %	38	54,3 %
Sí	32	45,7 %	0	0,0 %	32	45,7 %
Total	43	61,4 %	27	38,6 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 37,013 (p 0,000)

C= 0,588

Interpretación: En la presente tabla se observa a la anemia leve como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 45,7 %, es decir todas ellas no han presentado anemia leve, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales un 38,6 % presentaron anemia leve. También se observa a un 15,7 % de primíparas que no presentaron anemia leve y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,588	,000
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la anemia leve.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la anemia leve.

Con una probabilidad de error del 0,0 % ($p= 0,000$) y un valor de C de 0,58 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la anemia leve en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 2. La anemia moderada como Factor de riesgo personal asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Anemia moderada				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	38	54,3 %	0	0,0 %	38	54,3 %
Sí	21	30,0 %	11	15,7 %	32	45,7 %
Total	59	84,3 %	11	15,7 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 15,497 (p 0,000)

C= 0,425

Interpretación: En la presente tabla se observa a la anemia moderada como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 30,0 %, no han presentado anemia moderada y un 15,7 % que han presentado anemia moderada, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales un 54,3 %, es decir todas ellas no presentaron anemia y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,426	,000
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la anemia moderada.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la anemia moderada.

Con una probabilidad de error del 0,0 % ($p= 0,000$) y un valor de C de 0,42 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la anemia moderada en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 3. La anemia severa como Factor de riesgo personal asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Anemia severa				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	38	54,3 %	0	0,0 %	38	54,3 %
Sí	11	15,7 %	21	30,0 %	32	45,7 %
Total	49	70,0 %	21	30,0 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 35,625 (p 0,000)

C= 0,580

Interpretación: En la presente tabla se observa a la anemia severa como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 30,0 %, han presentado anemia severa y un 15,7 % que no han presentado anemia severa, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales un 54,3 %, es decir todas ellas no presentaron anemia severa y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,581	,000
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la anemia severa.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la anemia severa.

Con una probabilidad de error del 0,0 % ($p= 0,000$) y un valor de C de 0,58 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la anemia severa en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

ANEXO N° 06

Tabla 1. La vaginosis bacteriana como Factor de riesgo ginecológico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Vaginosis bacteriana				Total	
	No		Sí		N	%
	N	%	N	%		
No	38	54,3 %	0	0,0 %	38	54,3 %
Sí	5	7,1 %	27	38,6 %	32	45,7 %
Total	43	61,4 %	27	38,6 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 52,194 (p 0,000)

C= 0,65

Interpretación: En la presente tabla se observa a la vaginosis bacteriana como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 38,6 % presentaron vaginosis bacteriana y un 7,1 % que no presentaron vaginosis bacteriana, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales el 54,3 %, es decir todas ellas no presentaron vaginosis bacteriana y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,654	,000
N de casos válidos		70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la vaginosis bacteriana.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la vaginosis bacteriana.

Con una probabilidad de error del 0,0 % ($p= 0,00$) y un valor de C de 0,65 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la vaginosis bacteriana en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 2. La trichomoniasis como Factor de riesgo ginecológico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Trichomoniasis				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	19	27,1 %	19	27,1 %	38	54,3 %
Sí	31	44,3 %	1	1,4 %	32	45,7 %
Total	50	71,4 %	20	28,6 %	70	100 %

Fuente; Elaboración propia

χ^2 : 18,703 (p 0,000)

C= 0,459

Interpretación: En la presente tabla se observa a la trichomoniasis como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 44,3 % no han presentado trichomoniasis y un 1,4 % presentaron trichomoniasis, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 27,1 % presentaron trichomoniasis. También se observa a un 27,1 % de primíparas que no presentaron trichomoniasis y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,459	,000
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la trichomoniasis.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la trichomoniasis.

Con una probabilidad de error del 0,0 % ($p= 0,00$) y un valor de C de 0,45 decimos que existe una asociación positiva moderada entre la dehiscencia y la trichomoniasis en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

Tabla 3. La candidiasis como Factor de riesgo ginecológico asociado a dehiscencia de episiorrafia en primíparas del servicio de Obstetricia.

Hospital Román Egoavil Pando

enero - octubre del 2015.

Dehiscencia	Candidiasis				Total	
	No		Sí			
	N	%	N	%	N	%
No	34	48,6 %	4	5,7 %	38	54,3 %
Sí	28	40,0 %	4	5,7 %	32	45,7 %
Total	62	88,6 %	8	11,4 %	70	100 %

Fuente: Elaboración propia

χ^2 : 0,066 (p 0,796)

C= 0,31

Interpretación: En la presente tabla se observa a la candidiasis como factor asociado a la dehiscencia, con 32 casos de dehiscencias que hacen un total de 45,7 %, de los cuales un 40,0 % no han presentado candidiasis y un 5,7 % presentaron trichomoniasis, comparado a un 54,3 % de primíparas que no hicieron dehiscencia, de los cuales 48,6 % no presentaron trichomoniasis. También se observa a un 5,7 % de primíparas que presentaron trichomoniasis y no hicieron dehiscencia.

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

	Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,031	,796
N de casos válidos	70	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hipótesis

H0 No existe asociación entre la dehiscencia y la candidiasis.

H1 Existe asociación entre la dehiscencia y la candidiasis.

Con una probabilidad de error del 79,6 % ($p= 0,796$) y un valor de C de 0,31 decimos que existe una asociación positiva baja entre la dehiscencia y la candidiasis en primíparas atendidas en el Hospital Román Egoavil Pando de enero – octubre del 2015.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE EPISIORRAFIAS EN PRIMÍPARAS DEL HOSPITAL “ROMÁN EGOAVIL PANDO” DE ENERO – OCTUBRE 2015

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTO/ ESTADISTICO
<p>Pregunta General ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del hospital Román Egoavil Pando de Enero – Octubre. 2015?</p> <p>Preguntas Específicas</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo personales asociados a dehiscencias de episiorrafias del hospital Román Egoavil Pando?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo ginecológicos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital Román Egoavil Pando?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital Román Egoavil Pando?</p>	<p>Objetivo General Conocer los factores de riesgo asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del Hospital Román Egoavil Pando de Enero - Octubre del 2015.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar los factores de riesgo personales asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando. ➤ Identificar los factores de riesgo ginecológicos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando. ➤ Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a dehiscencias de episiorrafias en primíparas del servicio de Obstetricia del Hospital Román Egoavil Pando. ➤ Determinar la relación de dependencia entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos, obstétricos) en las dehiscencias de episiorrafias. 	<p>Hi: Existe asociación entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos, obstétricos) en las dehiscencias de episiorrafias del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Octubre del 2015.</p> <p>Ho: No existe asociación entre los factores de riesgo (personales, ginecológicos, obstétricos) en las dehiscencias de episiorrafias del Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Octubre del 2015.</p>	<p>Variable independiente Factores de riesgo</p> <p>Variable dependiente Dehiscencias de episiorrafias</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Estado civil -Grado de instrucción -Obesidad -Consumo de tabaco -Anemia -Infección vaginal -Infecciones del tracto urinario -Inducción del trabajo de parto -Periodo expulsivo prolongado -Distocia de hombros -Macrosomía fetal -Maniobra de Kristeller -Múltiples exploraciones vaginales 	<p>Población: La población estuvo constituida por 86 pacientes primíparas atendidas en el Hospital “Román Egoavil Pando” de Villa Rica durante los meses de Enero – Octubre 2015.</p> <p>Muestra: El cálculo de la muestra será probabilística; según el número de casos de primíparas con episiotomía y episiorrafia atendidos. Para su selección se considerará los siguientes criterios de inclusión y exclusión: Criterios de inclusión: - Historias clínicas de primíparas con episiorrafia que desarrollaron dehiscencia - Historias clínicas de primíparas con episiorrafia que no desarrollaron dehiscencia - Historias clínicas accesibles, legibles y datos completos.</p> <p>Criterios de exclusión: - Historias clínicas de primíparas con episiorrafia que desarrollaron dehiscencia con datos incompletos. - Historias clínicas de primíparas con episiorrafia que no desarrollaron dehiscencia atendidas en otros años.</p>	<p>Área de Estudio Hospital Román Egoavil Pando de Enero a Octubre del 2015</p> <p>Tipo De Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptiva - Retrospectivo - Transversal <p>Nivel de Investigación - Relacional</p> <p>Diseño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacional - Transeccional <p>Esquema:</p> <pre> graph TD M[M] --> Y[Y] M --> r[r] M --> X[X] M -- Retrospectivo --> L[] </pre> <p>M: Muestra Y: Dehiscencias de episiorrafias X: Factores de Riesgo r: Dependencia y de asociación</p>	<p>Técnica Observación</p> <p>Instrumento: Ficha de Recolección de Datos</p> <p>Estadístico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chi 2 de Independencia -Coeficiente de contingencia -Alpha de Cronbach

