

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIA DE  
EPISIORRAFIA EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE. ENERO –  
DICIEMBRE 2013.”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA: EDGAR ROLANDO FLORES ARANDA**

**ASESOR: DR. ORLANDO SALAZAR CRUZADO**

**TRUJILLO-PERÚ**

**2014**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIA DE  
EPISIORRAFIA EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE. ENERO –  
DICIEMBRE 2013.**

**JURADO:**

**PRESIDENTE** Dr. Olortegui Acosta Walter.

**SECRETARIO** Dr. Deza Huanes Pedro.

**VOCAL** Dra. Urteaga Vargas Patricia.

**ASESOR:**

DR. ORLANDO RODOLFO SALAZAR CRUZADO

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS**

*Por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, y no dejarme solo en los momentos difíciles, y haberme permitido llegar a la meta en este gran proyecto.*

### **A MIS PADRES**

*A mi Papá por ayudarme a la construcción de mi proyecto de vida y siempre guiarme.  
A mi Mamá porque tienes algo de Dios por la inmensidad de tu amor, y mucho de ángel por ser mi guarda y por tus incansables cuidados.*

### **A MIS HERMANOS**

*Luis por tu apoyo incondicional, y tus motivaciones durante esta ardua carrera.  
A Carmen, por tu buen sentido del humor que muchas veces me liberaron de las presiones y el estrés.  
Mis cómplices en todo. Este logro también es de Ustedes*

## AGRADECIMIENTO

A **Dios**, por darme la oportunidad de existir así, aquí y ahora; por mi vida, que la he vivido junto a él. Gracias por iluminarme y darme fuerzas y caminar por tu sendero.

A mis **Padres**, todo esto no hubiera sido posible sin su amor incondicional que me brindaron y el cariño que ustedes me inspiraron, que de forma incondicional entendieron mi ausencia y mis malos momentos, que a pesar de todo siempre estuvieron a mi lado. Las palabras nunca serán suficientes para expresarles mi amor y agradecimiento.

A mi **Familia**, en especial a mis hermanos y abuelos que han sido un apoyo constante, y me lo han dado todo y siguen mimándome y apoyándome cada día.

A mi **Asesor** Dr. Orlando Salazar Cruzado, por brindarme sus valiosos conocimientos y su ayuda desinteresada en la realización de esta investigación.

Todas las personas que han sido aquí citadas han colaborado en la realización de esta Tesis. Unos, directamente conmigo, y otros, transformando los días en momentos único.

## **INDICE**

	<i>Página</i>
<b>RESUMEN</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>01</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>20</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>31</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>36</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Demostrar que existen factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el hospital Vista Alegre.

**Material y Métodos:** 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.

**Resultados:** 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 ( $p < 0.001$ ). En cuanto al tipo de episiotomía y paridad no se observa asociación significativa ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** El promedio de pacientes que presentaron infección y anemia son factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre.

**Palabras Clave:** Dehiscencia, episiotomía, episiorrafia, infección, anemia, paridad.

## ABSTRACT

**Objective:** Demonstrate that there are risk factors associated with the dehiscence to episiorrhaphy in the Hospital Vista Alegre.

**Material and Methods:** The study population consisted of 135 patients who completed gestation vaginally with episiorrhaphy according to inclusion and exclusion criteria established divided into two groups: 9 patients with dehiscence of episiotomy and 126 patients without episiotomy dehiscence.

**Results:** The frequency of episiotomy dehiscence was 6.7%. The average number of patients with infection and anemia was significantly higher in the group of patients with dehiscence ( $p < 0.01$ ). Regarding the type of episiotomy and no parity significant association ( $p > 0.05$ ) were observed.

**Conclusions:** The average of patients with infection and anemia are risk factors associated with episiorrhaphy dehiscence in Vista Alegre Hospital.

**Keywords:** Dehiscence, episiotomy, episiorrhaphy, infection, anemia, parity.

## I. INTRODUCCION

Durante muchos años la episiotomía se ha considerado como una intervención cuyo objetivo es la prevención de desgarros perineales graves así como los trastornos de la estática pélvica, abrevia la expulsión fetal y facilita las maniobras obstétricas <sup>1,2,3</sup>.

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould, proponiendo que el uso de esta es prevenir el desgarro perineal, Según datos históricos, habría sido Sir Fielding Ould (1742) en Irlanda, el primero en realizar dicha intervención para vencer la resistencia perineal y favorecer la expulsión fetal. El procedimiento no ganó mayor aceptación entre la comunidad obstétrica de la época debido a la alta morbilidad infecciosa asociada a ella y a la no disponibilidad de anestesia <sup>2,5</sup>.

En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Crede recomendaban la sección del periné en sus partos y en el siglo XX, DeLee y Pomeroy aconsejan tal proceder de forma sistemática. Entre 1920 y 1930, la alta tasa de morbimortalidad perinatal, sumada a la transición de los partos del domicilio a los hospitales, determinó el uso rutinario de la episiotomía a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara su seguridad y beneficios. La episiotomía fue así popularizada por DeLee a partir de sus publicaciones en 1920 <sup>4,5, 6</sup>.

En las décadas del 70 y 80, con el surgimiento del movimiento naturalista en Estados Unidos, el uso rutinario de la episiotomía comenzó a ser cuestionado. La revisión de la literatura publicada en inglés entre 1960 y 1980 realizada por Thacker y Banta en 1983, reveló la falta de evidencia científica que sustente los beneficios atribuidos a la episiotomía, particularmente respecto a su uso rutinario. Por el contrario, encontraron evidencias considerables sobre los riesgos asociados a la episiotomía, en especial la de tipo medio, tales como dolor, edema, hemorragia, hematomas, infección y dispareunia. Los autores concluyeron que la episiotomía debería ser restringida a ciertos casos en los que existan indicaciones estrictas para su uso y desafiaron a la comunidad obstétrica a practicar Medicina Basada en Evidencia. Cinco ensayos controlados randomizados, bien diseñados, muestran una reducción del 9% de desgarros perineales graves con el uso selectivo de la episiotomía en comparación con el uso de rutina <sup>7,8</sup>.

En 1999, la base de datos Cochrane presentó una serie de recomendaciones basadas en una revisión de varios estudios randomizados, comparando el uso de rutina versus el uso selectivo de la episiotomía, donde incluyen la recomendación de usar una política restrictiva de la episiotomía, basada en la disminución de trauma perineal posterior, reducción en la necesidad de sutura y de complicaciones relacionada con la curación y cicatrización <sup>9,10,11</sup>.

Los principales factores determinantes para realizar una episiotomía en un parto vaginal espontáneo son: inminencia de desgarro vaginal, peso y perímetro cefálico fetal. Su uso no se ha asociado con la edad materna ni con la talla 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. Los factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía son: episiotomía rutinaria, nuliparidad, inducción del trabajo de parto, trauma perineal, infecciones genitales previas, trabajo de parto prolongado, exploraciones vaginales múltiples y desgarros cervicales <sup>11,12</sup>.

La episiotomía es la incisión quirúrgica del periné para aumentar la apertura vaginal. El propósito fundamental de la episiotomía es impedir los desgarros del piso pélvico y vulvovaginoperineales. Su reparación se denomina episiorrafia <sup>13</sup>.

Sus indicaciones son muy precisas. Se clasifican en Maternas: Inminencia de desgarro Vulvovaginoperineales, abreviar el expulsivo y la intensidad de los esfuerzos de pujo, (Maniobra de Valsalva forzada), parto vaginal instrumentado. Utilización de fórceps o espátulas. Fetales: Macrosomía, prematuridad, feto con Retardo del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal agudo, distocias de presentación <sup>11,14</sup>.

Sus contraindicaciones son: relajación y flaccidez del piso pélvico, piso pélvico elástico, sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento, enfermedades granulomatosas activas, condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal, fístulas rectoperineales, antecedentes de perineoplastia, cáncer Ano rectal <sup>11, 15</sup>.

La episiorrafia se realiza teniendo dos aspectos básicos, el primero, realizarla una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente, y segundo, tener siempre presente que una buena Episiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía. Se prefieren las suturas reabsorbibles. Utilizamos el Catgut cromado 2/0 para los planos de mucosa, submucosa y muscular intermedio. El cromado 0, para el esfínter y su fascia; y el cromado intestinal 3/0, para mucosa rectal. Previo a su inicio debe verificarse nuevamente el bloqueo anestésico, infiltrándose lidocaína nuevamente de ser necesario, para evitar el molesto dolor, que de presentarse, por momentos "enfrenta" a la paciente con su médico. Se reconocen los planos incididos, descartando o verificando las prolongaciones y/o los desgarros, que de existir, se suturaran en orden inverso a su grado <sup>16,17</sup>.

La dehiscencia de episiorrafia, compromete el estado de salud de una paciente a partir de su estado ya deteriorado por efecto del embarazo y la repuesta fisiológica al trauma quirúrgico. Así la dehiscencia de la episiorrafia se define como la fuga total o parcial del material de sutura de la episiorrafia y su incidencia oscila entre 1% y 3%. Entre los factores predisponentes para esta complicación están las infecciones, la anemia, el tipo de episiotomía, la paridad y gestas.<sup>18,19,</sup>

La paciente Gineco-obstétrica tiene un riesgo relativamente mayor de sufrir infecciones concomitantes pues los sitios a intervenir de por si ya tiene flora bacteriana saprofita que en un momento dado puede condicionar patología aun con las medidas de asepsia y antisepsia que se llevan a cabo de rutina. Las infecciones de episiotomía se presentan entre el 0.5 al 3 % y son la primera causa de dehiscencia de episiorrafia; los factores que lo favorecen son falta de asepsia, existencia de un hematoma, sutura incorrecta, partos distócicos y falta de protección antibiótica<sup>19</sup>.

Infección se define como un fenómeno microbiano caracterizado por la invasión y replicación de microorganismos, donde se evidencia una zona de flogosis con edema, rubor y calor con presencia de exudado seroso serosanguinolento o francamente purulento, asociado a fiebre<sup>19,20</sup>.

El cuadro clínico presuntivo de infección de episiotomía se caracteriza por la presencia de dolor en sitio de episiotomía, secreción purulenta, edema y fiebre. Por ello en presencia de dolor, fiebre o hemorragia en la paciente en puerperio se debe realizar una exploración física dirigida con sospecha de infección localizada en la episiotomía. Los microorganismos más frecuentes en el tracto genitourinario que causan morbilidad postparto como fiebre, endometritis infección de la episiotomía con o sin desgarro vaginal es flora mixta aerobia y anaerobia con un predominio de microorganismos gram negativos como Enterococos, los Estreptococos del grupo B, los Estafilococos, los bacilos gram negativos y los Anaerobios, Gardnerella vaginalis, Staphylococcus aureus y bacterias Anaerobias del cuello uterino <sup>20</sup>.

Anemia se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre, según la OMS se acepta que existe anemia cuando la concentración de hemoglobina en sangre es inferior a 12 gr/dl en mujeres no embarazadas y 11 gr/dl en mujeres embarazadas. La cicatrización de las heridas después de una episiotomía involucra la interacción propia de muchos procesos como la inflamación, numerosos eventos bioquímicos y celulares median estos procesos, en consecuencia factores que tienen un efecto dañino sobre estos eventos biológicos dañaran la cicatrización de las heridas favoreciendo. Uno de ellos es la anemia relacionado con el estado nutricional del paciente, Haydock y Hill reportaron que los pacientes clasificados con anemia leve, moderada o severa tienen una respuesta subóptima para la cicatrización <sup>20,21</sup>.

El tipo de episiotomía se define como el tipo de incisión quirúrgica a nivel vulvo perineal. Existen diferentes tipos de episiotomía, en la actualidad se suelen practicar la Medio-lateral (Derecha o Izquierda, de acuerdo a la destreza del cirujano) y la mediana. Las laterales y las "doble" episiotomías han caído en franco desuso por su importante morbilidad. La incisión mediana se inicia en la horquilla vulvar posterior y en dirección medial corta el rafé medio extendiéndose normalmente hasta las fibras más externas del esfínter del ano; pudiéndose prolongar, incidiendo las mismas en el caso que aún a pesar de la longitud del corte, se haga probable un desgarro del mismo. La medio-lateral, se inicia igualmente al nivel de la horquilla vulvar posterior, orientando el sentido de la incisión (a la derecha o a la izquierda, de acuerdo a la destreza del operador), en ángulo de 45° en relación con el rafé medio, extendiéndose su límite inferior hasta la intersección formada con una línea imaginaria que pasa por el reborde anterior mucocutáneo del ano. Para ambas, el vértice superior (vaginal) se extiende normalmente hasta más o menos 3 ó 4 cm por detrás del himen<sup>22</sup>.

Paridad se define como número de partos más allá de la semana 22 o con un producto de peso mayor de 500g, clasificándose como nulíparas: mujer que no ha parido nunca, multípara: mujer que ha parido 2 o más veces y gran multípara: mujer que ha parido 6 veces o más<sup>2</sup>.

En estudios observacionales de cohortes retrospectivo, Shiono et al muestran una menor incidencia de desgarros perineales graves en mujeres nulíparas con la episiotomía mediolateral, mientras que otros autores mostraron una incidencia significativamente mayor a la incidencia de desgarros graves en las mujeres que se practicó la episiotomía. Diversos estudios indican que la ubicación de la incisión (línea media o mediolateral) de la episiotomía también va a determinar una mayor posibilidad de desgarro perineal, aumentando el riesgo hasta en un 12% con el uso de un corte en la línea media y aún más, hasta un 50%, si se utiliza en parto instrumenta <sup>19,22</sup>.

Por último el tratamiento en casos de dehiscencia de episiorrafia descrito en la bibliografía se basa en: abrir la herida completamente, mediante el retiro de las suturas quirúrgicas; desbridamiento descartando una posible fascítis; limpieza de la herida al menos dos veces al día asociado a antibioticoterapia y resutura cuando la herida ya esté libre de infección, celulitis y exudado; y cubierta por tejido de granulación <sup>16,17</sup>.

### **Justificación:**

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados. Su uso fue justificado como prevención de desgarros perineales graves y complicaciones fetales. Luego de múltiples estudios que han evaluado los beneficios y riesgos de la episiotomía de rutina, se ha observado una menor frecuencia de laceraciones labiales y vaginales, pero muestran un incremento en la incidencia de desgarros perineales, infecciones y dehiscencia de episiorrafia. Por esto, el uso de la episiotomía ha disminuido notablemente utilizando la política selectiva de su uso, de acuerdo con la evaluación de los factores de riesgo de cada paciente así como las complicaciones que este puede presentar <sup>13</sup>.

La dehiscencia de episiorrafia es una complicación poco frecuente en el periodo puerperal, sin embargo cuando se presenta representa importantes repercusiones maternas, poniendo en peligro el bienestar materno <sup>18,19</sup>.

El presente proyecto se realizó para establecer los factores de riesgo asociados a la dehiscencia de episiorrafia así como su frecuencia y complicaciones <sup>19</sup>.

Conocer la incidencia y los factores asociados permitirá planificar y ejecutar a corto y largo plazo las medidas correctivas para disminuir el problema y prevenir las consecuencias <sup>20</sup>.

## **II. PLAN DE INVESTIGACION**

### **FORMULACION DEL PROBLEMA CIENTIFICO**

¿Existen factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el hospital Vista Alegre en el periodo Enero – Diciembre 2013?

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el hospital Vista Alegre en el periodo Enero - Diciembre 2013.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar la frecuencia de dehiscencia de episiorrafia.
- Determinar si la infección es un factor de riesgo para dehiscencia de episiorrafia.
- Determinar si la anemia es un factor de riesgo para dehiscencia de episiorrafia.
- Determinar si el tipo de episiotomía es un factor de riesgo para dehiscencia de episiorrafia.
- Determinar si la paridad es un factor de riesgo para dehiscencia de episiorrafia

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis nula:**

No existen factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el hospital Vista Alegre.

### **Hipótesis alternativa:**

Si existen factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el hospital Vista Alegre.

## **III. MATERIAL Y METODOS**

### **1. MATERIALES Y METODOS**

#### **Material:**

#### **Población diana:**

Lo constituyen el total de pacientes que culminaron su gestación vía vaginal, entre los periodos Enero - Diciembre 2013 en el hospital Vista Alegre.

#### **Población de estudio:**

Fue aquella parte de la población diana que cumplió con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes gestantes, cuyo parto haya culminado vía vaginal con episiorrafia y haya sido atendido en el hospital Vista Alegre en el periodo Enero - Diciembre 2013
- Pacientes con al menos un factor de riesgo, antes descrito, que cuenten con historias clínicas en el archivo de la institución, que tengan todos los datos que serán evaluadas en el trabajo.
- Pacientes que no hayan tenido otras patologías Gineco-obstétricas simultáneamente.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes con resultados de exámenes auxiliares que revelen otras entidades patológicas descritas en la historia clínica, como: tuberculosis, VIH, anormalidades congénitas u otra que pueda alterar el correcto término de la gestación.
- Pacientes que cuenten con historias clínicas incompletas.

**Muestra:**

Unidad de Análisis:

Estuvo constituido por cada pacientes Gestantes a término que culminaron su parto vía vaginal con episiorrafia en el Hospital Vista Alegre período Enero – Diciembre 21013, que cumplan los criterios de inclusión.

Unidad de Muestreo:

La unidad de muestreo fue equivalente a cada unidad de análisis.

**Tamaño muestral:**

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la siguiente formula<sup>19</sup>:

$$N = \frac{z^2(PQ)}{d^2} \quad Nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

Dónde:

$n_0$ : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$ : Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

$p$ : Prevalencia estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (dehiscencia de episiorrafia) :  $0.05^2$

$$q_e = 1 - p_e$$

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (p)(q)}{(0.005)^2}$$

$$n_0 = 246$$

$$n_f = 88$$

Pero como la población es pequeña se trabajara con todos sus elementos

### Tipo de muestreo

Aleatorizado

### Diseño del estudio:

**Tipo de Estudio:** Analítico, observacional, retrospectivo.

		DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA	
		SI	NO
FACTOR DE RIESGO	SI	a	b
	NO	c	d

**Descripción de variables y escalas de medición:**

<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ÍNDICE</b>
<b>DEPENDIENTE</b>				
Dehiscencia de episiorrafia	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Si / No
<b>INDEPENDIENTE</b>				
Infección	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Si/No
Anemia	Cuantitativa	Intervalo	Historia clínica	Si / No
Tipo de episiotomía	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Mediana Mediolateral
Paridad	Cuantitativa	Discreta	Historia clínica	Nulípara Multípara Gran multípara

### **Definiciones operacionales:**

**Dehiscencia de Episiorrafia:** Solución de continuidad en el área de episiotomía, con fuga total o parcial del material de sutura de la episiorrafia

**Infeción:** Signos de flogosis edema, rubor y calor con presencia de exudado seroso serosanguinolento o francamente purulento.

**Anemia:** Concentración de hemoglobina en sangre inferior a 12 gr/dl en mujeres no embarazadas y 11 gr/dl en mujeres embarazadas.

**Tipo de Episiotomía:** Tipo se incisión quirúrgica a nivel vulvo perineal que se realizó a la paciente según expediente: mediana o mediolateral.

**Paridad:** Número de partos que ha tenido la paciente según historia clínica.

## **2. PROCEDIMIENTO**

### **PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:**

- Se solicitó la autorización correspondiente a la Oficina de Investigación, Innovación y Desarrollo de la UTES N° 6 Trujillo, para desarrollar el presente trabajo en el Hospital Vista Alegre donde previamente se coordinó, con la oficina de estadística así como con el Centro Obstetrico para la identificación de las historias clínicas de las pacientes a estudiar en servicio archivo del Hospital.
- Se realizó la distribución de las historias clínicas por medio de muestreo aleatorio simple; según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio.
- Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
- Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar la muestra en ambos grupos de estudioe recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.
- Se ingresó al estudio los pacientes con diagnóstico gestación a término por parto vaginal más episiorrafia atendidos en el Hospital Vista Alegre durante el período Enero - Diciembre 2013 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión correspondientes.

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 20.0.

### **Estadística Descriptiva:**

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas así como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas

### **Estadística Analítica**

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con las alteraciones analíticas en estudio.

Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ( $p < 0.05$ ).

### **Estadígrafo del estudio:**

Para determinar la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y el efecto, se realizó el cálculo establecido para este tipo de diseño de estudios.

El Odds Ratio (OR) llamado también razón de productos cruzados donde **OR = (a x d) / (b x c)**: Los criterios utilizados para su interpretación se realizaron en base a los parámetros ya establecidos. Si los resultados de OR calculados fueron igual a 1, se interpreta que no hay asociación entre el factor de riesgo y el efecto, si el OR es mayor de 1 indica que la variable en estudio está asociado con un mayor riesgo de enfermar y si es menor que 1 se considera la variable de exposición como un factor de protección, además de lo anterior el valor del OR calculado, debe cumplir los criterios con respecto al límite superior e inferior del intervalo de confianza, El nivel de significancia se estableció como  $\alpha = 0.05$ . Luego se realizó el cálculo del intervalo de confianza  $(1-\alpha) = 95\%$ .

### **ASPECTOS ÉTICOS:**

El presente estudio de investigación se realizó tomando en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki II y tuvo el permiso del Comité de Investigación y Ética del Hospital Vista Alegre y de la Universidad Privada Antenor Orrego.

## IV. RESULTADOS

En el estudio de las historias clínicas de las parturientas del Hospital Vista Alegre durante el período comprendido entre Enero y Diciembre del 2013 encontramos 135 pacientes distribuidos en dos grupos: 9 pacientes presentaron dehiscencia de episiorrafia, y 126 no presentaron dehiscencia de episiorrafia. La frecuencia de pacientes con dehiscencia de episiorrafia en nuestro estudio es de un 6,7%. (tabla 1).

Respecto a la Infección y su asociación con la dehiscencia de episiorrafia, se observa que hay una asociación altamente significativa ( $p < 0,001$ ) lo que permite considerar esta variable como un factor de riesgo. (tabla 2).

En lo que respecta a la anemia y su asociación con la dehiscencia de episiorrafia; se observa que hay una asociación altamente significativa ( $p < 0,001$ ) lo que permite considerar esta variable como un factor de riesgo. (tabla 3).

En cuanto al tipo de episiotomía y paridad se observa que no hay asociación significativa ( $p > 0,05$ ) entre esta variable y la dehiscencia de episiorrafia. (tabla 4 y 5).

En cuanto al número de factores de riesgo se observa hay asociación significativa ( $p < 0,01$ ) entre el número de factores de riesgo con la dehiscencia. (tabla 6).

**TABLA 1**

**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN PRESENCIA DE DEHISCENCIA  
DE EPISIORRAFIA EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE. ENERO - DICIEMBRE**

**2013.**

<b>Dehiscencia</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	9	6,7%
<b>No</b>	126	93,3%
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100 %</b>

**TABLA 2**

**ASOCIACION DE LA INFECCIÓN DE EPISIORRAFIA CON LA DEHISCENCIA  
DE EPISIORRAFIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE.**

**ENERO - DICIEMBRE 2013.**

<b>Infección de Episiorrafia</b>	<b>Dehiscencia</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Si</b>	8 (88,9 %)	0 (0,0%)	8
<b>No</b>	1(11,1%)	126(100%)	127
<b>Total</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>126 (100%)</b>	<b>135</b>

$\chi^2 = 135.00; p < 0,001$

**TABLA 3**

**ASOCIACION DE LA ANEMIA CON LA DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA EN  
GESTANTES EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE. ENERO - DICIEMBRE 2013.**

<b>Anemia</b>	<b>Dehiscencia</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Si</b>	5 (55,6 %)	8 (6,3%)	13
<b>No</b>	4(44,4%)	118 (93,7%)	122
<b>Total</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>126 (100%)</b>	<b>135</b>

$\chi^2 = 23.37$ ;  $p < 0,001$ ; OR= 18,44; IC 95% (4,13 - 82,39)

**TABLA 4**

**ASOCIACION DEL TIPO DE EPISIOTOMIA CON LA DEHISCENCIA DE  
EPISIORRAFIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE. ENERO -  
DICIEMBRE 2013.**

<b>Tipo de Episiotomía</b>	<b>Dehiscencia</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Mediana</b>	1 (11,1%)	5 (4%)	6
<b>Medio-Lateral</b>	8 (88,9%)	121 (96%)	129
<b>Total</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>126 (100%)</b>	<b>135</b>

$\chi^2 = 1.01$ ;  $p > 0,05$ ; OR:3,02; IC 95% (0,31 - 29,08)

**TABLA 5**

**ASOCIACION DE LA PARIDAD CON LA DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA  
EN GESTANTES EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE. ENERO - DICIEMBRE  
2013.**

<b>Paridad</b>	<b>Dehiscencia</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Nulípara</b>	6 (66,7 %)	88 (69,8%)	<b>94</b>
<b>Múltipara</b>	3 (33,3%)	38 (30,2%)	<b>41</b>
<b>Total</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>126 (100%)</b>	<b>135</b>

$\chi^2 = 0.04$ ;  $p > 0,05$ ; OR= 0,86; IC 95% (0,21 - 3,63)

**TABLA 6**

**ASOCIACION DEL NUMERO DE FACTORES DE RIESGO CON LA  
DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL VISTA  
ALEGRE, PERÍODO ENERO - DICIEMBRE 2013.**

<b>Número de Factores de riesgo</b>	<b>Dehiscencia</b>		<b>Total</b>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Dos o más Factores de Riesgo</b>	8 (88,9 %)	30 (23,8%)	<b>31</b>
<b>Un Factor de Riesgo</b>	1 (11,5%)	96 (76,2%)	<b>104</b>
<b>Total</b>	<b>9 (100%)</b>	<b>126 (100%)</b>	<b>7135</b>

p >0,01

## V. DISCUSION

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados. Su uso fue justificado como prevención de desgarros perineales graves y complicaciones fetales.

La dehiscencia de episiotomía, compromete el estado de salud de una paciente a partir de su estado ya deteriorado por efecto del embarazo y la respuesta fisiológica al trauma quirúrgico. Así la dehiscencia de la episiorrafia se define como la fuga total o parcial del material de sutura de la episiorrafia y su incidencia oscila entre 1% y 3%. Entre los factores de riesgo para esta complicación resaltan las infecciones de la episiorrafia y la anemia.

La población de pacientes con episiorrafia fue dividida en 2 grupos; 9 pacientes con dehiscencia y 126 sin dehiscencia de episiorrafia; observamos que la frecuencia de pacientes con dehiscencia de episiorrafia en nuestro estudio fue de un 6,7%.

La Infección y su asociación con la dehiscencia de episiorrafia se considera como el primer factor desencadenante; análisis que se complementa al precisar que la significancia estadística de esta asociación es suficiente como para manifestarse en toda la población, se observa que hay una asociación altamente significativa ( $p < 0,001$ ) lo que permite considerar esta variable como un factor de riesgo para producir una dehiscencia de episiorrafia.

Para la anemia y su asociación con la dehiscencia de episiorrafia; también se considera como un factor desencadenante importante, esta tendencia se corrobora al precisar la significancia estadística de esta asociación la cual es suficiente como para proyectar la asociación a toda la población ( $p < 0.001$ ) y así considerar a esta variable como factor de riesgo para producir una dehiscencia de episiorrafia.

En cuanto al tipo de episiotomía se observa que no hay asociación significativa ( $p > 0,05$ ) entre esta variable y la dehiscencia de episiorrafia. Así el 88,9% de los que tienen dehiscencia tienen episiotomía mediolateral frente al 96% de los que no tienen dehiscencia con episiotomía mediolateral, observándose que no hay gran diferencia entre los porcentajes y por tanto no considerar a esta variable como factor de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia.

Para la paridad se observa que no hay asociación significativa ( $p > 0,05$ ) entre esta variable y la dehiscencia de episiorrafia. Así el 66,7% de los que tienen dehiscencia son nulíparas frente al 69,8% de nulíparas que no tienen dehiscencia, observándose que no hay gran diferencia entre los porcentajes y por tanto no considerar a esta variable como factor de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia.

En cuanto al número de factores de riesgo se observa hay asociación significativa ( $p < 0,01$ ) entre el número de factores de riesgo con la dehiscencia.

Respecto a los antecedentes encontrados en la revisión bibliográfica, cabe mencionar, Guatemala en el 2000 diseñaron un estudio con la finalidad de precisar las asociación entre los factores de riesgo y la dehiscencia de episiorrafia, en 426 pacientes con episiorrafia observando que esta es la primera causa con una asociación significativa ( $p<0,01$ ) y con una incidencia similar a la observada en nuestro estudio. En este referente observamos que desarrolla el análisis en una población con características distintas a la muestra en términos geográficos y sanitarios siendo un estudio antiguo y tomando en cuenta un tamaño muestral superior al nuestro, emplea las mismas variables que las de nuestra investigación y en cuanto al análisis estadístico pone en evidencia la utilidad de conocer los factores de riesgo, lo que resulta coincidente con nuestros hallazgos.

Tomamos en cuenta las conclusiones, los hallazgos en España en el 2007 quienes diseñaron un estudio con la finalidad de precisar la asociación entre la infección y al dehiscencia de episiorrafia en 248 pacientes con episiotomía, donde la infección ( $p<0.01$ ); en particular se asoció con mayor intensidad con la dehiscencia de episiotomía. En este caso el estudio toma en cuenta una población Europea con características demográficas distintas a la nuestra así como en términos de nivel socioeconómico siendo también un estudio más actual, considera un tamaño muestral mayor al nuestro y aun cuando la estrategia de análisis empleada difiere de la utilizada en nuestra serie; podemos observar que tanto en las variables en estudio así como en las

asociaciones identificadas entre ellas no se aprecia coincidencia con lo encontrado por nosotros.

Finalmente se presenta una comparación entre el número de factores de riesgo, con la estrategia de comparar dichos factores en pacientes con y sin dehiscencia de episiorrafia y así establecer las tendencias correspondientes; las cuales señalan que tanto en aquellos que tienen un factor de riesgo como en aquellos que tienen dos o más, sus promedios fueron significativamente mayores en los que tuvieron dos o más factores de riesgo; siendo estas diferencias de gran significancia ( $p < 0.01$ ); análisis que no hace más que corroborar la intensa asociación entre las variables en estudio aprovechando la dimensión cuantitativa de las mismas.

Teniendo en cuenta las complicaciones de la episiorrafia como la dehiscencia sería de suma importancia establecer un Sistema de Atención de Hospitalización Integral para el manejo de la episiotomía desde la etapa de prevención hasta la terapéutica clínica quirúrgica y de rehabilitación.

## VI. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de pacientes con dehiscencia de episiorrafia en nuestro estudio fue de un 6,7%.
2. La asociación de la infección y la anemia con la dehiscencia de episiorrafia es altamente significativa.
3. No existe asociación significativa entre la paridad y el tipo de episiotomía con la dehiscencia de episiorrafia.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Realizar una adecuada hemostasia y afrontamiento de los planos anatómicos de las estructuras del periné.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists(ACOG). Episiotomy. 2006 Apr. 6 p. (COG practice bulletin; no. 71).
2. Obstetricia de Williams. 22 Edicion. McGraw- Hill, 2006. New York.
3. Benson & Pernoll's handbook Obstetrics and Gynecology. Martin L. Pernoll, M.D.10 ed. 2011 The Mc Graw Hill Companies. New York.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Washington(DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ; 2011 Jun. 12 p. (ACOG practice bulletin; no. 120)
5. Carroli G, Belizan Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Numero 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. DELEE J. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920; 1:34-44.
7. THACKER SB, BANTA HD. Benefits and risks or episiotomy: An interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 36: 322-38.
8. Royal College of Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Guidelines for operative vagina Birth; J Obstetricians and Gynaecologists Can 2004; 26(8):747-53.

9. Roberto L, Lede JM, Belizán G. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1.399-1.402.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The management of third- and fourth-degree perineal tears. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2001 Mar. 11p.)
11. NICE clinical guideline 55 Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth (NICE, 2007).
12. 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](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones_moderna/om_41.pdf)
13. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Reviews: Evidencia-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol 2008; pp. 445-4542.
14. Eogan M, Daly L, O'Connell P, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? JOG 2006; 113: pp. 190-1943
15. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: A review of the English- language literature Since 1980. Part I. Obstet Gynecol Surv 2005; 50(11):806-20.
16. Kettle C, Hills RK, Ismail KMK. Suturas continuas versus interrumpidas para la reparación de la episiotomía o los desgarros de Segundo grado (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Numero 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
17. Parant O, Reme JM et Monrozies X. Episiotomie. Encycl Med Chir (Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris, tous droits reserves), Techniques chirurgicales- Gynecologie, 41-897, 2000, 6.

- 18.** Guia par la atención del Parto normal en maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud de la Nación. 2004.
- 19.** Little S. et al. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. Am J Obstet Gynecol. 1992; 164:1104-1107 pp.
- 20.** Silva S. et al. Cicatrizacion de las heridas, factores que la perturban, mecanismos de infección. Revista Chilena de obstet ginecol. Vol. 58, N° 6; año 1999:155-165pp.
- 21.** Coats PM, Chan KK, Wilkins M. A comparision between midline and mediolateral episiotomies. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87: 408- 412.
- 22.** Reme JM; Monrozies X; Perinea U.M.: Episiotomie Encycl Med Chir. Elsevier, Paris. 2009 E-41-897.

## **IX. ANEXOS**

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA  
EN EL HOSPITAL VISTA ALEGRE. ENERO – DICIEMBRE 2013”

### **PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS**

Nº de registro:.....

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Gesta: \_\_\_\_\_
3. Paridad: \_\_\_\_\_
4. Episiotomía: Si( ) No( )  
- Tipo de episiotomía: \_\_\_\_\_
5. Hemoglobina: \_\_\_\_\_
6. Presencia de Infección: Si( ) No( )