

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**ANEMIA ASOCIADA A DEHISCENCIA DE
EPISIORRAFIA EN PÚERPERAS PRIMÍPARAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TOMÁS LAFORA.
GUADALUPE. 2016**

Presentado por la bachiller:

ZORRILLA HERRERA CARMELÍ

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

CAJAMARCA – PERÚ, 2016

La mayor rémora de la vida es la espera del mañana y la pérdida del día de hoy

Seneca

COPYRIGHT © 2016 by

Carmelí Zorrilla Herrera

Todos los derechos reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios por su infinita bondad y amor, por haberme permitido llegar hasta donde estoy

Mi padre Manuel, por su amor, trabajo, cariño y dedicación para brindarme todo lo que necesito.

Mi madre María, por brindarme todo su amor y comprensión y guiarme en cada paso de mi vida.

Mis hermanos por su compañía, amor y apoyo brindados permanentemente.

Carmelí

SE AGRADECE A:

Dios por ser mi Creador y el que guía mis pasos por el sendero de la vida.

Mi alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme todos los años de mi carrera profesional.

Mi asesora la Obst. MCs. Gloria María Briones Álvarez, quien me apoyó desinteresadamente en el desarrollo de la presente tesis

Todas las pacientes que permitieron realizar el presente estudio, sin ellas no hubiese sido posible su realización.

Finalmente a todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible la realización de la presente tesis

Carmelí

ÍNDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	2
1.1. Definición y delimitación del problema	2
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes.....	6
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	6
2.1.2. Antecedentes nacionales	6
2.2. Teorías	7
2.2.1. Episiotomía	7
2.2.1.1. Historia	7
2.2.1.2. Definición.....	8
2.2.1.3. Tipos de episiotomía.....	8
2.2.1.4. Técnica para realizar la episiotomía.....	10
2.2.1.5. Momento de la realización de la episiotomía	11
2.2.1.6. Complicaciones	11
2.2.2. Episiorrafia	14
2.2.2.1. Definición.....	14
2.2.2.2. Técnica.....	16
2.2.3. Dehiscencia de la episiorrafia.....	18
2.2.3.1. Definición.....	18
2.2.3.2. Factores de riesgo	18

2.2.3.3. Etiología.....	19
2.2.4. Anemia en el embarazo y el puerperio	20
2.2.4.1. Definición.....	20
2.2.4.2. Clasificación de la anemia según la severidad clínica.....	21
2.2.4.3. Diagnóstico de la anemia.....	21
2.3. Hipótesis.....	21
2.4. Variables.....	22
2.4.1. Variable independiente.....	22
2.4.2. Variable dependiente	22
2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables.....	22
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	23
3.2. Área de estudio y Población	23
3.3. Muestra y muestreo	24
3.3.1. Tamaño de la muestra.....	24
3.4. Unidad de análisis.....	25
3.5. Criterios de inclusión.....	25
3.6. Criterios éticos	25
3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento	25
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	26
3.9. Control de calidad de datos	26
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISUCIÓN DE RESULTADOS.....	27
4.1. Determinación de algunas características socioculturales de las primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe	27
4.2. Identificación de algunos factores maternos en las primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe	31
4.3. Determinación del grado de anemia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.....	33
4.4. Identificación del tipo de episiotomía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora Guadalupe.....	35
4.5. Determinación de la prevalencia de dehiscencia de episiorrafía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.	37
4.6. Determinación del grado de asociación entre la anemia en el post parto y la dehiscencia de la episiorrafía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.	38
CONCLUSIONES.....	40
SUGERENCIAS	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXO 01: Cuestionario de recolección de datos.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características socioculturales de las primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe, 2016	27
Tabla 02: Factores maternos de las primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe, 2016.....	31
Tabla 03: Grado de anemia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe. 2016.....	33
Tabla 04: Tipo de episiotomía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora Guadalupe. 2016.....	35
Tabla 05: Prevalencia de dehiscencia de episiorrafía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe, 2016	37
Tabla 06: Dehiscencia de la episiorrafía, según grado de anemia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe. 2016.....	38

RESUMEN

La anemia en el embarazo es un serio problema de salud pública por los procesos mórbidos que ocasiona en la salud materna y neonatal, entre ellos la dehiscencia de la episiorrafia. La investigación realizada fue de tipo descriptivo correlacional y diseño no experimental de corte transversal, se realizó en una muestra de 104 puérperas primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora, Guadalupe; el objetivo fue determinar y analizar la asociación entre anemia en el embarazo y la dehiscencia de la episiorrafia en primíparas. Como resultados se encontró que la mayoría de primíparas perteneció al grupo etáreo de 20-24 años; el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria completa; son convivientes; amas de casa y procedentes de la zona urbana. El mayor porcentaje de primíparas tuvo más de 6 atenciones prenatales y la mayoría tomó sulfato ferroso. La mayoría de primíparas presentó una anemia leve (49%), seguido de un alto porcentaje que presentó anemia moderada (45,2%). A casi la totalidad de las primíparas se les practicó episiotomía medio lateral. La prevalencia de dehiscencia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, es de 19,2%. Finalmente se determinó que existe asociación altamente significativa entre las variables grado de anemia y dehiscencia de episiotomía según $p < 0.000$; con lo cual queda demostrada la hipótesis.

Palabras clave: anemia, puérpera primíparas, dehiscencia de episiorrafia.

ABSTRACT

Anemia in pregnancy is a serious public health problem by causing disease processes on maternal and neonatal health, including dehiscence of the episiotomy. The research was descriptive and correlational no experimental cross-sectional design, it was conducted on a sample of 104 first time pregnant women, treated at the Hospital Thomas Lafora, Guadalupe; The objective was to determine and analyze the association between anemia in pregnancy and dehiscence of the episiotomy in primiparous. As a result it was found that most of gilts belonged to the age group 20-24 years; the highest percentage of them have completed high school; They are cohabiting; housewives and from urban areas. The highest percentage of gilts had more than 6 prenatal care, and most took ferrous sulfate. Most gilts showed a slight anemia (49%), followed by a high percentage had moderate anemia (45.2%). Almost all primiparous we performed mediolateral episiotomy. The prevalence of dehiscence in gilts treated at the Thomas Lafora Hospital, is 19.2%. Finally it determined that there is a highly significant association between the variables degree of anemia and dehiscence of episiotomy as $p < 0.000$; whereby the hypothesis is demonstrated.

Keywords: anemia, puerperal primiparous, episiotomy dehiscence.

INTRODUCCIÓN

La anemia, es un problema de salud pública generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana y para el desarrollo social y económico. Afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo y continúa siendo causa de un número considerable de morbilidad perinatal (1). 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 y factores que tienen un efecto dañino sobre estos eventos biológicos dañaran la cicatrización de las heridas (2), favoreciendo una dehiscencia de la episiorrafia, uno de ellos es la anemia.

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 (2).

Desde esta perspectiva se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar y analizar la asociación entre anemia y dehiscencia de la episiorrafia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe; llegando a determinar que existe una asociación altamente significativa entre ambas variables ($p > 0.000$)

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: en el cual se consignan la definición y formulación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: conformado por los antecedentes, las teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III: correspondiente al diseño metodológico.

CAPÍTULO IV: comprende la discusión y análisis de los resultados.

Finalmente están las conclusiones y las recomendaciones, fruto de la investigación así como las referencias bibliográficas y los anexos.

La autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La anemia, que se define como la concentración de hemoglobina por debajo de los valores límites establecidos, es un problema de salud pública generalizado que tiene consecuencias de gran alcance para la salud humana y para el desarrollo social y económico. A pesar de que los cálculos de la prevalencia de la anemia varían mucho y a menudo no hay datos exactos, puede suponerse que en regiones de pocos recursos una proporción considerable de niños de corta edad y de mujeres en edad fértil padecen anemia. La OMS calcula que en el mundo hay aproximadamente un total de 2.000 millones de personas anémicas, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro, siendo el 41,8% la prevalencia de anemia en embarazadas (3). Que continua o se agudiza con el parto.

En el Perú, el 19% de las mujeres entre 12 y 49 años padece de anemia, siendo mayor en el área rural (22%) y en zonas con pobreza extrema (26%). Durante el embarazo, la anemia se encuentra presente en 30 a 70% , debido al incremento de necesidades para cubrir las pérdidas basales, del aumento de masa de glóbulos rojos y del crecimiento del feto, la placenta y tejidos maternos asociados; variando la concentración de hemoglobina (Hb) con la altitud. La anemia durante la gestación según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece teniendo en cuenta valores menores a 11g/dL (4). Es obvio que después del parto estos valores decrecen aún más y la anemia se agrava.

De otra parte, se calcula que a 350 000 mujeres por año en el Reino Unido y a millones más en todo el mundo se les realizan suturas perineales debido a un desgarro natural o a un corte (episiotomía) relacionados con el parto. Este corte en el periné, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para un parto respetado, no debe realizarse de forma rutinaria ya que, pese a ser el argumento que propició su práctica, no está demostrada su eficacia en la prevención de desgarros, considerándose aceptable una tasa de episiotomías entre el 10 y el 20% (5).

Sin embargo las tasas de episiotomía son relativamente altas dependiendo si el procedimiento se usa de manera restrictiva o rutinaria. Varían del 8% en los Países

Bajos, el 13% en Inglaterra, hasta el 25% en los Estados Unidos. En países en desarrollo, las tasas de episiotomía son más altas debido a que el uso restrictivo de la episiotomía no se ha adoptado ampliamente en primigrávidas. Se han informado tasas de prevalencia del 46% y del 54,9% en dos países del oeste de África (6). Chile está en el grupo de países en los cuales el procedimiento se aplica entre el 70% y el 100% de los partos, mientras que en Europa, los rangos van entre el 31% y el 69% (7).

En el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica que se encuentra generalizada; en los 108 hospitales mayores del país figura que el 92,3% son sometidas, frecuencias que indican que las episiotomías se realizan de manera rutinaria en los centros obstétricos del país, las cuales se encuentran en aumento, llegando a casi un 100% (8).

Toda episiotomía debe ser reparada mediante la técnica denominada episiorrafia mediante la cual se sutura la herida afrontando todos los planos; sin embargo, no obstante los cuidados que se tiene en este procedimiento, en algunas ocasiones se originan dehiscencias ocasionado un proceso de recuperación más largo, ocasionando importantes repercusiones maternas, poniendo en peligro el bienestar materno, sobre todo en el ámbito sexual. Los factores que ocasionan una dehiscencia, señaladas por algunos estudiosos pueden ser procesos infecciosos, o la anemia.

El tratamiento actual de las lesiones por dehiscencia varía mucho entre los médicos individuales y los hospitales. En la mayoría de las pacientes las lesiones perineales por dehiscencia se dejan sanar naturalmente (conducta expectante). Este es un proceso lento y puede tomar varias semanas para que la herida sane completamente, lo que provoca dolor persistente y malestar en el sitio de la herida perineal; también es posible que ocurra retención urinaria y problemas con la defecación, constituyéndose en un serio problema para la mujer.

En la región no se conoce con exactitud el factor que determina la dehiscencia de la episiorrafia, a pesar de que en el año 2014 se registraron 79 puérperas primíparas con dehiscencia de episiorrafia, con una incidencia de 13,91%, cifra realmente elevada; en 2015 de enero a Junio se registró la misma cantidad, es decir que 79 primíparas a las que se les practicó episiotomía y episiorrafia presentaron dehiscencia; coincidentemente estas pacientes presentaron en mayor o menor grado anemia, tal y como lo señalan algunos estudios que uno de los factores causales de la dehiscencia de episiorrafia es la anemia, hecho que motivó la realización del presente estudio cuyo objetivo principal es identificar cuál es la asociación entre la anemia y la dehiscencia de la episiorrafia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre la anemia y la dehiscencia de la episiorrafia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe. 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar y analizar la asociación entre anemia y dehiscencia de la episiorrafia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe. 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar algunas características socioculturales de las primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.
2. Identificar algunos factores maternos, como el número de atenciones prenatales y la toma de sulfato ferros, en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.
3. Determinar el grado de anemia de las primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe
4. Identificar el tipo de episiotomía en las primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora Guadalupe.
5. Determinar la prevalencia de la dehiscencia de episiorrafía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.

1.4. Justificación

La anemia es un marcador de pobreza y de ineficacia política. Los números lo explican. En los países ricos la prevalencia de anemia es de 9%; en los pobres es de 43%. El círculo vicioso es claro y perverso. La anemia aumenta la morbilidad, disminuye la productividad de los afectados, reduce su capacidad laboral y se asocia y/o es consecuencia de muchas enfermedades infecciosas propias de la pobreza., sobre todo en las gestantes y las puérperas, para quienes resulta ser un factor de riesgo para múltiples complicaciones materno perinatales.

Una de las causas de la dehiscencia de la episiorrafia en mujeres episiotomizadas es probablemente la anemia en el embarazo la misma que se mantiene presente o se agudiza con el parto dependiendo de la pérdida sanguínea de la madre, ya que su incidencia de esta es alta constituyéndose en un problema de salud pública. Cuando ocurre una dehiscencia se van a presentar problemas serios, por las consecuencias que puede acarrear una herida abierta, esta puede contaminarse con las heces por la cercanía del periné al recto, e infectarse, en cuyo caso la mujer corre el riesgo de ser nuevamente hospitalizada para recibir el tratamiento correspondiente. En la mayoría de las pacientes las lesiones perineales por dehiscencia se dejan sanar naturalmente, pero es un proceso lento y puede tomar varias semanas para que la herida sane completamente, lo que provoca dolor persistente y malestar en el sitio de la herida perineal; también es posible que ocurra retención urinaria y problemas con la defecación con las consiguientes consecuencias que repercuten seriamente en la reincorporación de la mujer a su vida laboral y sexual. De allí la importancia de realizar el presente estudio cuyo objetivo es determinar cuál es la asociación entre la anemia y la dehiscencia de la episiorrafia.

Los resultados ofrecerán una nueva visión en la toma de decisiones en el caso de la atención del parto de una gestante con anemia, evitando en estas pacientes la práctica de la episiotomía rutinaria, para optar por una episiotomía selectiva, de tal forma que se mejore su calidad de vida en el puerperio y que le permita reincorporarse a su nueva vida como madre como un ente sano, capaz de cumplir su rol de madre y su rol de esposa en el plano familiar, beneficiándose no solo la mujer sino también el recién nacido, la pareja y la familia en general.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Uygur et al (Suiza, 2010) comunicaron una tasa de dehiscencia de episiorrafia del 1% y le atribuyeron en el 66% de los casos a infecciones (9).

Zamora, L. (Ecuador, 2011) En su estudio observó que las complicaciones que se encontraron presentes en pacientes con episiotomía fueron los desgarros en el 13,8%; hematoma en el 5,7% e infección y dehiscencia en el 1,6% (10).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rodríguez E (Tarapoto, 2010), determinó que la incidencia de gestantes episiotomizadas fue de 90,04%. El promedio de edad reportado fue de 20,74 años (grupo en estudio) y 22,92 años (grupo control); el 97,44% tuvieron una unión no estable con su pareja versus a un 98,70% respectivamente; el nivel primaria predominó en un 58,12% Vs a un 72,73% respectivamente; el 68,38% procedió de la zona urbana Vs a un 89,61% (11).

Flores A. (Trujillo, 2014), en su estudio observó que la frecuencia de pacientes con dehiscencia de episiorrafia en su estudio fue de un 6,7%. Respecto a la anemia y su asociación con la dehiscencia de episiorrafia; observó que hay una asociación altamente significativa ($p < 0,001$) lo que permitió considerar a esta variable como factor de riesgo (2).

Guevara M (Lima, 2015), informó que los resultados obtenidos fueron: la población estudiada se caracterizó por tener una edad promedio de 23.9 años, encontrándose la mayoría de puérperas entre los 20 a 24 años (37,6%) y 25 a 30 años (32,5%), un estado civil conviviente (69,2%) y un grado de instrucción secundario (84,6%). Identificó que la anemia se presentó como factor de riesgo (OR = 4.573 (1.949 -

10.733)) para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafias, puesto que existió una diferencia porcentual significativa ($p < 0.005$) entre las puérperas con dehiscencia (73,7%) y sin dehiscencia (38.2%), es decir las puérperas con anemia presentaron 4.57 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia de la episiorrafia (8).

2.2. Teorías

2.2.1. Episiotomía

2.2.1.1. Historia

Etimológicamente la palabra “episiotomía” derivada de **episeiōn**: pubis y **temno**: yo corto, significa cortar pubis. También llamada Colpoperineotomía (12)

La episiotomía se ha descrito en la literatura médica desde hace 300 años, pero no fue hasta 1920, a raíz de unos artículos publicados por DeLee y Pomeroy, dos eminentes obstetras, cuando el uso rutinario de la episiotomía se hizo globalmente aceptado.

La primera mención en la literatura de una incisión en el perineo para facilitar un parto difícil fue en 1749 a cargo de Sir Fielding Ould, un matron de Dublín. Antes del siglo XX la mayor parte de los partos tenían lugar en los domicilios atendidos por matronas, y los desgarros perineales se dejaban sin reparar. En el año 1900, menos del 5% de los partos sucedían en el medio hospitalario (13).

En el siglo XIX, Michaelis, Tarnier y Credé, recomiendan la sección del periné en sus partos y en el siglo XX, (1918 y 1920) De Lee y Pomeroy aconsejan practicarla de forma sistemática en todos los partos. Asociación de ginecología y obstetricia, pusieron de manifiesto una serie de recomendaciones que hicieron cambiar las actitudes en la práctica de la Obstetricia. Estos autores defendieron que la episiotomía preservaba la integridad del suelo pélvico, prevenía el prolapso uterino y la ruptura del septo recto vaginal protegiendo el periné de desgarros severos y facilitando su reparación; y además, disminuía el riesgo de lesión fetal por anoxia intraparto. A partir de este momento, muchos obstetras empezaron a recomendar que la segunda fase del parto (periodo expulsivo) no se prolongara más de dos horas, y el fórceps y la episiotomía se empezaron a utilizar de forma profiláctica en los partos normales para proteger al feto y a la madre. La hipótesis formulada por Pomeroy y De Lee fue rápidamente aceptada, y el porcentaje de partos instrumentales y de episiotomías aumentó drásticamente. Al mismo tiempo, la hospitalización de los partos fue instaurándose progresivamente a lo largo del siglo

XX, y con ello se desarrollaron y proliferaron muchas prácticas obstétricas (fórceps, cesárea, uso de anestesia). Hacia 1950 más del 80% de los partos tenían lugar en el ámbito hospitalario. La episiotomía en los años 1970 era una técnica habitual, realizada en más del 60% de todos los partos, y prácticamente en todos los partos de primíparas.

En 1983 Thacker y Banta desacreditaron el uso rutinario de la episiotomía, poniendo en duda el uso en todas las embarazadas que cumplen los criterios dentro de las indicaciones (14).

2.2.1.2. Definición

2.2.1.3. Tipos de episiotomía

En general, se han descrito dos tipos de episiotomía: la medio lateral y la mediana

Episiotomía medio lateral (Tarnier). Llamada también diagonal, la incisión se inicia en la parte media de la horquilla vulvar y se dirige lateralmente y hacia la región isquiática ipsilateral, en un ángulo de 45° con respecto a la vertical y en una longitud media de unos 6 cm.

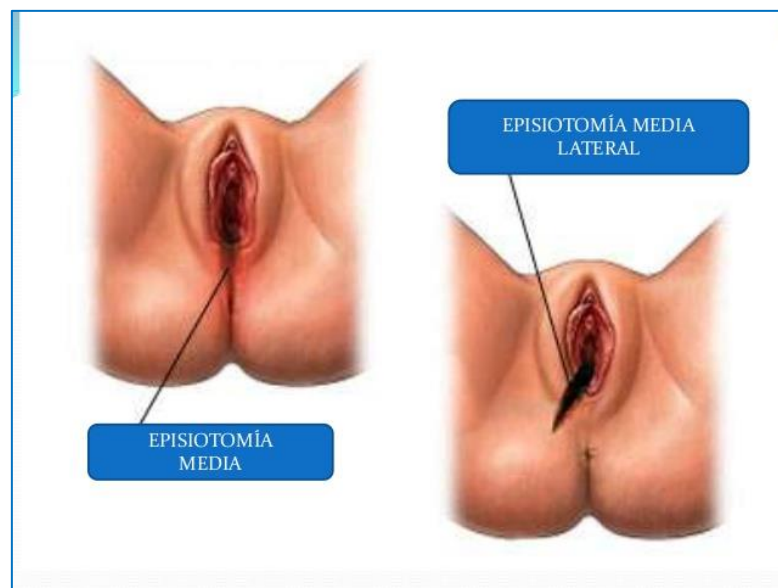


Fig. 01: Tipos de episiotomía

La episiotomía mediolateral tiene una trayectoria angulada hacia la tuberosidad isquiática ipsilateral, por lo que su trayecto respeta el músculo del esfínter externo anal (Figura 1). Se realiza con unas tijeras rectas colocando una de las ramas entre la presentación fetal y la parte posterior de la vulva, y la otra rama por fuera, en el

periné materno. Por comodidad generalmente se realiza hacia la derecha, ya que las tijeras son utilizadas con la mano derecha en la mayor parte de los operadores (si son diestros).

Los planos que se seccionan son sucesivamente: la piel tejido celular subcutáneo y la mucosa de la vagina, los músculos bulbocavernosos y el transverso superficial del periné, la fascia del diafragma urogenital y la porción puborrectal del músculo elevador del ano en su totalidad (16).

La reparación quirúrgica de la episiotomía medio lateral es técnicamente más difícil y los estudios asocian mayores tasas de complicación en el proceso de cicatrización de la herida (dehiscencia e infección de la episiotomía), mayor pérdida de sangre y tasas más elevadas de dispareunia en comparación con la episiotomía media; pero su ventaja fundamental radica en que se ha atribuido un efecto protector frente a los desgarros perineales graves comparada con la episiotomía media, siendo mucho menos frecuente su extensión hacia el esfínter anal externo e interno y hacia la mucosa rectal (16).

- **Episiotomía media (Michaelis)** En la episiotomía media se realiza una incisión vertical de unos 4 cm de longitud desde la horquilla vulvar siguiendo la línea media (rafe) del periné, hasta el punto medio entre la horquilla vulvar posterior y el ano. Quedan separados así los dos músculos bulbocavernosos a nivel del rafe medio (16). Anatómicamente se seccionan menos estructuras, por lo que resulta más anatómica y condiciona menores molestias a la puérpera.

Características	Episiotomía Media	Episiotomía Mediolateral
Reparación quirúrgica	Fácil	Difícil
Fracaso de cicatrización	Raro	Más frecuente
Dolor posoperatorio	Raro	Frecuente
Resultado anatómico	Raro	Frecuente
Resultado anatómico	Excelente	A veces no estético
Pérdida de sangre	Escasa	Moderada-importante
Dispareunia	Rara	Ocasional
Extensión del desgarro	Frecuente	Infrecuente

Tabla 1. Comparación de las características de la episiotomía media y mediolateral

El riesgo de que se prolongue como desgarro hacia el recto hace que se emplee cuando el periné esté suficientemente distendido para ser segura, por lo que se reserva para secundíparas en adelante (18).

Entre los beneficios de la episiotomía media con respecto a la mediolateral (Tabla 1) se han descrito: que resulta menos dolorosa, es una técnica más sencilla de reparar y más fácil de aprender, se asocia a una pérdida menor de sangre, y produce resultados estéticos mejores y con menores tasas de dispareunia

Sin embargo, la episiotomía media se ha asociado a mayor riesgo de desgarros perineales severos (tercero y cuarto grados) en primíparas. La asociación de episiotomía media con disrupción del esfínter anal está ampliamente documentada en la literatura, y se calcula que tiene lugar en aproximadamente un 20% de las episiotomías medias.

Ninguna de las dos técnicas de episiotomía ha demostrado ser eficaz en la prevención de desgarros perineales severos (tercer y cuarto grados); pero sin duda, cuando está indicada la realización de una episiotomía, existe evidencia de que la técnica medio lateral ha demostrado ser superior a la episiotomía media en evitar lesiones del recto o del esfínter anal (16).

2.2.1.4. Técnica para realizar la episiotomía

Realizar con adecuada asepsia y antisepsia del área perineal.

Infiltración por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el musculo perineal utilizando alrededor de 10cc de lidocaína (xilocaína) al 1% y 2%).

Aspirar para asegurarse de no haber infiltrado un vaso sanguíneo. Si sale sangre con la aspiración debe extraerse la aguja y verificar la posición con cuidado. Al concluir esta infiltración se debe esperar 2 minutos, por lo cual es importante colocar el anestésico de manera temprana para permitir que tenga tiempo suficiente de generar efecto.

En el momento de realizar la episiotomía es cuando la cabeza se encuentra visible hasta un cm de 2 a 3cm. Y el perineo se encuentra adelgazado.

Colocar los dedos entre la cabeza del bebe y el perineo para evitar trauma cefálico y afeción del esfínter anal. Incisión con tijera de 3 a 4 cm promedio del sitio elegido existiendo 3 maneras:

Mediana: desde la comisura posterior de la vulva hasta el ano siguiendo la línea del rafe perineal.

Medio lateral: Parte de la comisura vulvar y sigue un trayecto diagonal en el periné a 45° del rafe mediano.

Controlar la cabeza y los hombros del bebé a medida que salgan asegurándose que los hombros hayan girado la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía.

Debe hacerse un examen cuidadoso de extensiones de otros desgarros.

Aplicar la solución antiséptica del área alrededor de la episiotomía y reinfiltrar localmente los tejidos con lidocaína (xilocaína) (18).

2.2.1.5. Momento de la realización de la episiotomía

El momento ideal de realización de la episiotomía se ha indicado al inicio de la coronación, con el periné distendido de tal forma que la cabeza fetal sea visible en un diámetro aproximado de unos 4 cm y el ano materno esté ligeramente dilatado (2 cm). La incisión se realizará durante un esfuerzo expulsivo materno o en el acmé de una contracción. Una episiotomía demasiado precoz será más hemorrágica, y además puede seccionar de forma incompleta el músculo puborrectal, que no estará lo suficientemente distendido ni quedará desplazado por delante de la presentación (16).

2.2.1.6. Complicaciones

Comprenden las de aparición: inmediatas y tardías:

Complicaciones inmediatas

- **Prolongaciones y desgarros:** la prolongación se entiende como el aumento de la extensión tanto en sus vértices como en la profundidad de la incisión pero siguiendo siempre la misma orientación de la línea de corte; lo que la diferencia de los desgarros.

Hacia el extremo vaginal se reconoce cuando el vértice supera los 4 cm. en relación con los bordes himeneales, casi siempre llegando hasta el tercio medio alto de la pared vaginal anterior o lateral de acuerdo al tipo de Episiotomía.

En casos muy raros comprometería hasta el tercio superior. En estos casos el compromiso tanto del transverso profundo como del elevador del ano es manifiesto y obliga a su reparación preferiblemente individualizada.

La prolongación del extremo perineal, en caso de la mediana compromete al esfínter externo del ano y en algunos casos hasta al recto. En el caso de la medio lateral la extensión es hacia los planos profundos donde el compromiso del elevador es mayor, imponiendo una reparación muy cuidadosa. Si bien la fuerza de expulsión que se realiza durante el parto se ejerce principalmente sobre el periné, que es el que con más frecuencia se lesiona, la incidencia de los desgarros de la pared anterior no son raros, en especial si la vejiga está llena y en el momento de la “cornada fetal” si no se protege adecuadamente.

Los desgarros perineales se clasifican en grados que van del I al IV. Teniendo en cuenta las estructuras que se comprometen, tal como se describen a continuación:

Grado I: Compromiso de piel y/o mucosa vaginal.

Grado II: Compromete piel, mucosa, músculos perineales superficiales respetando el esfínter externo. Frecuentemente suele observarse el compromiso de las paredes laterales de la vagina, dando lugar a una lesión triangular debida a la retracción de los músculos perineales superficiales.

Grado III: Compromete el esfínter externo del ano.

Grado IV: Compromete la mucosa anal. La reconstrucción se realiza en orden inverso al grado. Los desgarros grado I generalmente no se suturan, pues casi nunca sangran y porque

- **Sangrado:** se presenta en caso de medio lateral en que se practican precozmente y/o que se prolongan; debe considerarse la posibilidad de pinzar y ligar directamente los vasos grandes que sangran cuando el nacimiento de la cabeza se demora, o de iniciar su reparación parcial aún antes del alumbramiento.
- **Hematomas:** asociados casi siempre a las 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 y su reparación ulterior seguirá las mismas pautas que la de los hematomas vulvoperineales por desgarros.

- **Dolor:** Cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve, cede con analgésicos suaves y a baños de asientos con soluciones astringentes preferiblemente frías. sus bordes quedan en aposición facilitando su ulterior cicatrización espontánea.

Complicaciones mediatas:

- **Infección:** Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gram negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.
- **Dehiscencia:** actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.
- **Granulomas:** Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.

Complicaciones tardías

- **Fibrosis:** de incidencia más frecuente con 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.
- **Fistulas:** 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 (8).

2.2.2. Episiorrafia

2.2.2.1. Definición

Es el término con el que se conoce la sutura de la episiotomía, que, salvo, raras ocasiones, tiene lugar inmediatamente tras el alumbramiento. Se emplean suturas reabsorbibles rápidas de grosor entre 00 y 1 y se pueden usar diferentes técnicas como:

- **Sutura interrumpida.** La sutura interrumpida (Figura 02) consiste en una reparación perineal realizada en tres capas consecutivas; es el tipo de sutura tradicionalmente empleado. Comprende una sutura continua entrecruzada que cierra la mucosa vaginal desde el ángulo de la episiotomía hasta anudarse en el anillo himeneal.

Comienza por encima del ápex de la incisión vaginal para hacer hemostasia de posibles puntos sangrantes no visibles; y se realiza entrecruzada porque, además de ser más hemostática, una sutura continua no entrecruzada supuestamente puede causar un acortamiento de la vagina en caso de aplicar demasiada tensión. A continuación el plano muscular superficial y profundo se aproxima con varios puntos sueltos interrumpidos, en una o dos capas. La piel del periné se aproxima con una sutura transcutánea interrumpida (8).

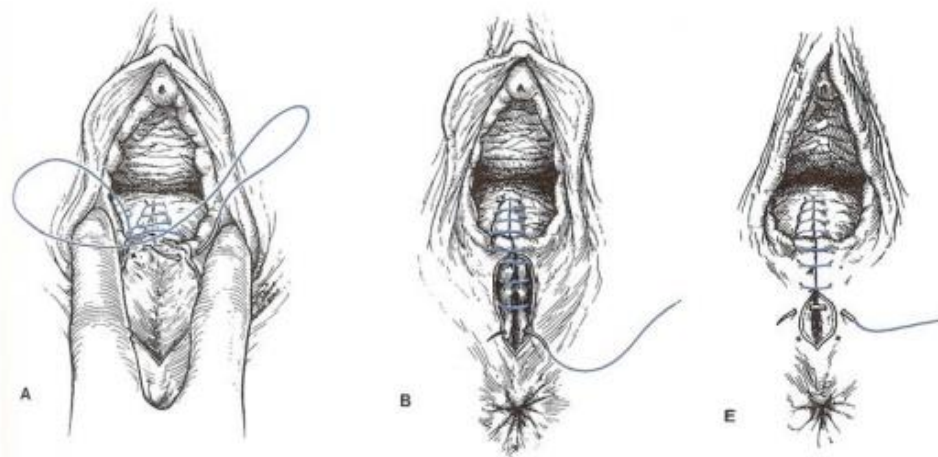


Figura 02: Reparación tradicional de una episiotomía (técnica interrumpida). A. Sutura continúa entrecruzada de mucosa vaginal. B. Sutura interrumpida de plano muscular. C. Sutura transcutánea interrumpida de la piel perineal. (Tomado de Williams Obstetrics, 21st Ed)

- **Sutura continua.** La técnica consiste en una sutura continua no entrecruzada, suelta (libre de tensión), que cierra la mucosa de la vagina, a continuación profundiza en el tejido muscular para cerrar la musculatura del periné y

finalmente aproxima la piel a través del tejido subcutáneo, anudando el nudo terminal en el anillo himeneal, frente a la mucosa vaginal (Figura 03). La reparación se inicia de igual modo en el ápex de la vagina, dejando el hilo cortado a ras del nudo inicial. La mucosa vaginal se cierra con una sutura continua, suelta (sin tensión), no cruzada y tomando grandes superficies de tejido con los punto.

- Es aconsejable dar los puntos en dos pasos (sacando la aguja en el punto central, entre los dos bordes a aproximar de la vagina) para poder coger gran cantidad de tejido y asegurarse de que los puntos alcanzan en profundidad el tejido y no quedan espacios muertos (Fig. 3A) La sutura continúa hasta el anillo himeneal, y se introduce en el grosor del músculo bulbocavernoso entrando en el plano muscular perineal.

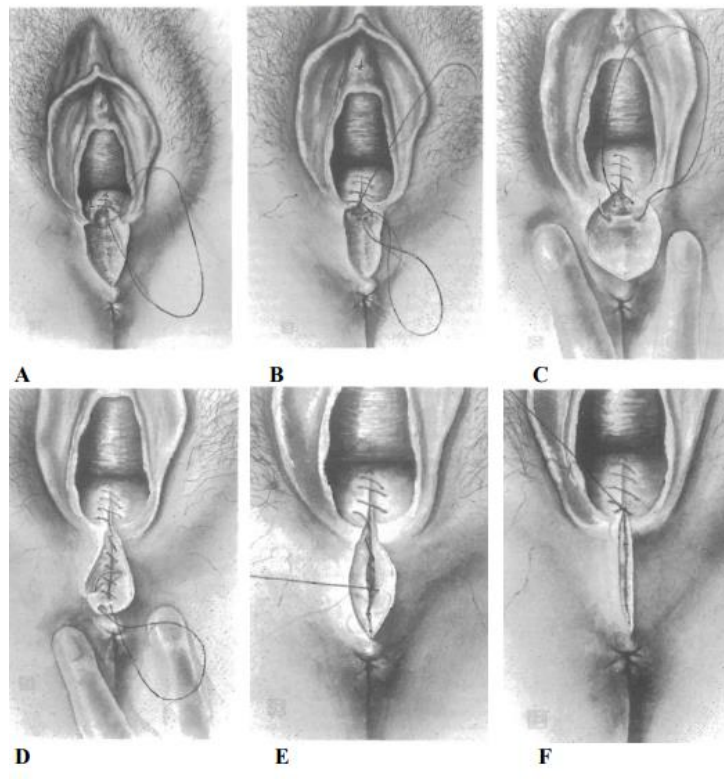


Figura 03: Reparación perineal según la técnica de sutura continua. A. Cierre de la mucosa vaginal. B. Aproximación del músculo bulbocavernoso. C. Cierre del plano muscular perineal, inicio. D. Cierre del plano muscular, final. E. Cierre del tejido subcutáneo. F. Resultado final

- Los bordes del músculo bulbocavernoso se aproximan tomando con la aguja grandes porciones de tejido a ambos lados de la incisión, con objeto de reconstruir el cuerpo perineal (Fig 3B). Es importante en este punto profundizar lateralmente y no en sentido dorsal (profundo), para evitar penetrar en el tejido rectal.

El cierre del plano muscular perineal se realiza usando la misma sutura, continua, no cruzada y libre de tensión, en una o dos capas, según sea necesario (Figura 3C y 3D).

La sutura de la piel se realiza sin aplicar excesiva tensión, en un plano relativamente profundo del tejido subcutáneo (Figura 03.E), evitando acercarse a las capas superficiales de la epidermis y en dirección desde el ángulo de la piel perineal “remontando” hacia la horquilla himeneal donde se anuda el nudo terminal. Este plano cierra el espacio muerto subcutáneo y permite absorber las tensiones que se ejercen sobre el plano cutáneo. Como resultado, la sutura continua, a diferencia de la interrumpida, deja un pequeño espacio (unos 2 ó 3 mm) entre los bordes de la piel perineal (Figura 03.F).

2.2.2.2. Técnica

Se inicia un centímetro por detrás del vértice vaginal, continuándola con sutura continua y cruzada hasta inmediatamente por detrás de las carúnculas himeneales, teniendo en cuenta de incluir en las puntadas iniciales a la submucosa y la porción comprometida del transverso profundo. Al llegar a las carúnculas, en sentido medial se pasa por debajo de ellas en sentido de atrás hacia delante, fijándola con una puntada de mucosa a mucosa por delante de ellas; desde este punto hasta la horquilla vulvar posterior se lleva con sutura continua sin cruzar y se anuda.

Se repara entonces la cuña perineal, iniciándose a nivel del tendón conjunto en el punto de conjunción del bulbocavernoso del cual con sutura continua sin cruzar se baja hasta el vértice perineal inferior del cual sin interrumpir se pasa a piel y en forma ascendente se afronta piel y celular subcutáneo finalizando al nivel de la fosa navicular donde se anuda para finalizar.

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, dixon, 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 vycril (8).

Episiorrafia con prolongación a esfínter y ano

En estos casos los planos se reparan en orden inverso a su grado, como se mencionó anteriormente.

Para el caso de desgarro grado IV, se aconseja que el cirujano se calce dos guantes en la mano cuyo dedo índice va a colocarse en la luz rectal, sirviendo de referencia para evitar que la puntada penetre al recto, al tiempo que mostrará a trasluz si queda un trayecto sin suturar o incorrectamente afrontado; Una vez culminado este paso, se retira y desecha el guante contaminado sin incomodidades ni pérdida de tiempo para el obstetra.

La mucosa rectal se sutura en dos planos, el primero mucosa-mucosa, iniciándose al menos 0.5 cm por detrás del vértice y dejando reparado su extremo; sin penetrar a la luz rectal, utilizando sutura continua sin cruzar (para evitar necrosis), según la técnica de sutura intestinal de Lembert, en la que cada puntada se hace en cada extremo mucoso para que al traccionarse la sutura, éstos se enfrenten en aposición de sus extremos evitándose los espacios "muertos" tras el cierre.

Se debe tener especial cuidado que en este primer plano no quede incluida la fascia perirrectal ni las fibras del esfínter externo al aproximarse al borde mucocutáneo del ano, el cual sí debe incluirse en este tiempo; desde este punto se devuelve para realizar el segundo plano, donde se aproxima medialmente sobre la sutura anterior la fascia perirrectal, anudándose para concluir en el extremo reparado.

Se comprueba que no hayan quedado "ventanas" pasando el dedo índice repetidamente por la luz rectal y observando el cierre a través de la sutura. Seguidamente se aproximan los extremos del esfínter externo del ano utilizando pinzas de Allis que se introducen a través de las depresiones laterales que se observan en este plano de la cuña perineal y que característicamente identifican la fascia de este músculo.

Las pinzas introducidas se abren y atrapan las fibras musculares retraídas dentro de la fascia y se traen medialmente; así reparadas se sutura este músculo con dos o tres puntos individuales o con una sutura que iniciándose en el extremo superior izquierdo abarque el espesor de la fascia y el músculo en ese extremo, y se repara, se toma otra puntada parecida al extremo inferior derecho, de aquí se tira otra tercera puntada que tome el extremo inferior izquierdo y finalmente una última que tome el espesor de la masa muscular en el extremo superior derecho; se tracciona

fuertemente y se anuda con el reparo inicial de la sutura; Es la puntada en "ocho", haciendo referencia a la orientación general que se le da a esta sutura en forma de "reloj de arena". Siempre se debe revisar si existe prolongación en el extremo vaginal, que de existir compromete al elevador del ano; En estos casos se recomienda su cierre con puntadas individuales en número de dos o tres, reparando las masas musculares con pinzas de Allis, que en forma característica siempre terminan cruzadas al soltarlas. Solo de esta forma se asegura un cierre anatómico, sin temor a dejar espacios "muertos". El resto del cierre se realiza según la técnica anterior (19).

2.2.3. Dehiscencia de la episiorrafia

2.2.3.1. Definición

La dehiscencia de episiorrafia es una complicación de la episiorrafia que se define como la separación o apertura de la herida quirúrgica o de los tejidos previamente unidos por sutura. A menudo cuando hay infección de la episiorrafia, las suturas desgarran los tejidos edematosos permitiendo que los bordes necróticos de la herida se abran liberando un exudado seroso, sero sanguinolento o purulento, de esta forma, se produce la dehiscencia completa de la episiorrafia, por ello la infección y la dehiscencia están asociadas. El dolor local y la disuria, con o sin retención urinaria son síntomas habituales (8).

Este cuadro produce escozor y a veces dolor, ya que vuelve a dejar la herida del corte al descubierto. Si esta dehiscencia es pequeña y poco profunda podrá cicatrizar sola por la llamada "cicatrización por segunda intención", es decir sin necesidad de volver a coser la episiotomía y con los cuidados higiénicos normales evitando la ropa ajustada y la presión a ese nivel. Pero si la dehiscencia es grande y profunda, requerirá el ingreso de nuevo de la paciente a la que se le trasladará al quirófano para volver a suturar con puntos y bajo anestesia general o local (15).

2.2.3.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la aparición de la dehiscencia de episiorrafia, son

- **Edad.** Alarga los procesos de curación de la 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 cicatrización 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.
- **Trastornos de la coagulación.** Altera la correcta funcionalidad de la cascada de coagulación para una adecuada 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.
- **Infección.** Puede aparecer entre las 48 a 72 horas siguientes a la episiorrafia, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que conlleva a la dehiscencia.
- **Diabetes mellitus.** Se calcula que la prevalencia de la diabetes mellitus es de un 7%, tasa que se incrementa con el aumento en las tasas de obesidad. Las infecciones se presentan con mayor frecuencia en las gestantes con diabetes.
- **Malos hábitos de higiene.** Conllevan a la proliferación inmediata de bacterias que conllevan a un proceso infeccioso que dificultará la cicatrización.
- **Corticoides.** Estos interfieren en la migración y fagocitosis de los glóbulos blancos, disminuyendo la contaminación de la herida.
- **Desnutrición.** La disminución de alimentos ricos en proteínas, vitaminas A y C, Zn, Ca, Cu, y el Fe, pueden conducir a un fallo en la síntesis de ADN y la división celular, conduciendo a un problema en la cicatrización (20).

2.2.3.3. Etiología

Hay muchas razones que pueden provocarlas:

- Presencia de hematomas, edema ó infección.
- Excesiva presión de las suturas que llega a provocar el desgarramiento de los tejidos. Traumatismos externos directos.
- Pero hay 2 razones fundamentales para que se produzca la dehiscencia de una herida, ambas en relación con la retirada de los puntos de sutura:
- Retirada de forma prematura.
- Retirada de forma incorrecta (20).

2.2.4. Anemia en el embarazo y el puerperio

2.2.4.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud define a la anemia en el embarazo como la concentración de valores de hemoglobina menores a 11 gr/dl (Hto < 33%) en el primer y segundo trimestre o hemoglobina (Hb) con valores menores de 10.5 (< 32%) en el segundo trimestre (21,22,13).

La disminución modesta de las concentraciones de hemoglobina durante el embarazo se origina por una expansión relativamente mayor del volumen plasmático en comparación con la del volumen de los eritrocitos. La desproporción entre las tasas a las cuales se agregan plasma y eritrocitos a la circulación materna es mayor durante el segundo trimestre. Al final del embarazo, la expansión del plasma cesa en esencia mientras la masa de hemoglobina sigue aumentando (23).

En el embarazo se requiere hierro adicional para el feto, la placenta y el incremento en el volumen sanguíneo materno. Este alcanza una cantidad aproximada de 1000 mg de hierro (masa eritrocitaria 500 mg, hierro fetal 290 mg, pérdidas fisiológicas 240 mg y hierro placentario 20 mg) durante todo el embarazo. Los requerimientos durante el primer trimestre son relativamente pequeños, de 0,8 mg por día, pero se elevan considerablemente durante el segundo y tercer trimestres hasta 6,3 mg por día.

Durante el puerperio, si no se produce un sangrado excesivo en el parto, la concentración de hemoglobina no desciende de forma apreciable con respecto a los valores que presenta la mujer durante el tercer trimestre por el contrario si la pérdida de sangre es excesiva, la mujer sufrirá de un cuadro agudo de anemia.

La anemia post parto, o del puerperio, es un problema frecuente en todo el mundo, y en la mayoría de los casos se autorresuelve en la primera semana, pero la anemia puerperal también puede ser una complicación grave y conllevar un riesgo incrementado de 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 (21).

2.2.4.2. Clasificación de la anemia según la severidad clínica

Clasificación por severidad	Descripción del problema por parámetros de reducción de hemoglobina
Anemia leve	10,1 – 10,9 g/dl
Anemia moderada	7,1 – 10,0 g/dl
Anemia severa	< 7 g/dl

2.2.4.3. Diagnóstico de la anemia

Las pruebas morfológicas clásicas de anemia por deficiencia de hierro, hipocromía y microcitosis de eritrocitos, son menos notorios en la embarazada en comparación con las que se observa en la mujer no embarazada, La anemia moderada por deficiencia de hierro durante la gestación regularmente no se acompaña de cambios morfológicos obvios de los eritrocitos. Sin embargo, las concentraciones séricas de ferritina son más bajas que lo normal, y no hay hierro teñible en la médula ósea. La anemia por déficit de hierro durante el embarazo es la consecuencia principalmente de expansión del volumen plasmático sin expansión normal de la masa de hemoglobina materna.

La evaluación inicial de una embarazada, así como de una puérpera, que presenta anemia moderada debe incluir mediciones de hemoglobina, hematocrito e índices eritrocíticos; examen cuidadoso de un frotis de sangre periférica y medición del hierro, la ferritina o ambos séricos (23).

2.3. Hipótesis

Existe asociación significativa entre la anemia, y la dehiscencia de la episiorrafia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. 2016.

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

- Anemia

2.4.2. Variable dependiente

- Dehiscencia de episiorrafia

2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variable	Indicadores	Items	Escala
Variable independiente Anemia. Concentración de valores de hemoglobina menores a 11 gr/dl (Hto< 33%) (21,22,13).	Leve	10,1 – 10,9 g/dl	Ordinal
	Moderada	7,1 – 10,0 g/dl	
	Severa	< 7 g/dl	
Variable dependiente Dehiscencia de episiorrafia. Separación o apertura de la herida quirúrgica o de los tejidos previamente unidos por sutura (8).		Si No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación es de enfoque cuantitativo y corresponde a un tipo de estudio descriptivo, observacional y correlacional.

Descriptivo, porque permitió medir, describir y analizar la anemia como factor asociado a la dehiscencia de episiorrafia.

Observacional, porque su objetivo fue la observación de las pacientes con anemia y registro de acontecimientos como dehiscencias, sin intervenir en el curso natural de estos.

Correlacional, porque permitió determinar la asociación entre la anemia y la dehiscencia de la episiorrafia en puérperas atendidas en el Hospital Tomás Lafora – Guadalupe.

El diseño de investigación es

No Experimental, porque se realizó sin manipular deliberadamente ninguna variable, observando las situaciones existentes y como se dan en su contexto para después ser analizados.

De corte transversal, porque su propósito fue describir las variables (anemia y dehiscencia) y analizar su interrelación en un momento dado.

3.2. Área de estudio y Población

El presente estudio se realizó en el Hospital Tomás Lafora Guadalupe, ubicado en el distrito de Guadalupe, provincia de Pacasmayo, el cual se encuentra a 692 kilómetros al norte de la ciudad de Lima; a 92 metros sobre el nivel del mar. Siendo sus coordenadas terrestres: 7°10' – 7°20'; latitud sur 79°22' – 79°40'; longitud oeste Meridiano de Greenwich Coord. Limita por el Norte con los distritos de Pueblo Nuevo, Pachanga y Chepén (Prov. de Chepén). Por el Este con el distrito de Yonán

(Región Cajamarca), por el Sur con los distritos de San José y Jequetepeque y por el Oeste con el Mar de Grau (Océano Pacífico).

La población estuvo constituida por todas las primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, a quienes se les practicó una episiotomía y episiorrafia respectivamente, en los meses enero a julio de 2015 que fueron en un total de 568

N =568

3.3. Muestra y muestreo

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.3.1. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó para estimar la proporción de puérperas primíparas con dehiscencia de episiorrafia ($P = 0.50$) con una confianza del 95% y una precisión en la estimación del 5% y se calculará teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(568)(1.96)^2(0.8)(0.2)}{(0.07)^2(568) + (1.96)^2(0.8)(0.2)}$$
$$n \geq 103$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

Z = 1,96 (valor probabilístico de confiabilidad al 95%)

P = (0,8) (Proporción de puérperas primíparas con dehiscencia de episiorrafia)

Q = (0,2) (Proporción de puérperas primíparas sin dehiscencia de episiorrafia).

d = 0,07. Error asumido

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las puérperas primíparas con diagnóstico de anemia, episiotomizadas y suturadas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora, Guadalupe.

3.5. Criterios de inclusión

- Ser una puérpera primípara
- Tener diagnóstico de anemia
- Estar en uso completo de sus facultades mentales.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

3.6. Criterios éticos

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- **Autonomía.** La puérpera episiotomizada tuvo libertad de decidir sobre la participación de la investigación y de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas o de la investigadora.
- **No maleficiencia.** La información se recabó luego que la puérpera brindó el consentimiento respectivo.
- **Consentimiento informado.** Luego que la puérpera fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.
- **Privacidad.** Se respetó el anonimato de la puérpera participante de la investigación, desde el inicio de la investigación, hasta el final.
- **Confidencialidad.** La información obtenida de la gestante, no ha sido revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

3.7. Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento

Para la realización del presente estudio, en una primera fase se solicitó el permiso a la Dirección del Hospital Tomás Lafora de Guadalupe y al personal que labora en el

consultorio de control de puerperio para la realización de la investigación, informando de su propósito.

En una segunda fase se conversó con cada una de las puérperas primíparas con diagnóstico de anemia al alta, y que acudieron a control de puerperio, a quienes se les solicitó su consentimiento para observar la episiorragia y evaluar una posible dehiscencia.

La técnica utilizada fue la observación y la entrevista estructurada para lo cual se elaboró como instrumento un cuestionario de recolección de datos que consignó: datos generales de la puérpera para su caracterización socio cultural como edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, religión y ocupación, así como algunas características del tipo de episiotomía y la dehiscencia, si la hubiera. Anexo 01

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento electrónico de la información se realizó utilizando el software estadístico SPSS V-21 para Windows y Microsoft Excel para Windows, a fin de generar una base de datos. Luego se procedió a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia para luego ser analizados

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

- **Fase descriptiva.** Se describieron los resultados de la asociación entre la anemia y la dehiscencia de la episiorragia en puérperas primíparas, basados en datos estadísticos analizados con la distribución de frecuencias y contrastados con bases teóricas y antecedentes del estudio.
- **Fase inferencial.** Realizada para determinar la confiabilidad con que los resultados observados en la muestra se presentan también en otras realidades semejantes a lo encontrado.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad y confiabilidad de la información se determinó mediante el registro de datos relativos a la ocurrencia de los sucesos.

Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recogida por la investigadora. Se considera una relación significativa entre variables si $p \leq 0.05$.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Determinación de algunas características socioculturales de las primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe

Tabla 01: Características socioculturales de las primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe, 2016

Edad	n°	%
15-19 años	37	35,6
20-24 años	41	39,4
25-29 años	14	13,5
30-34 años	10	9,6
35-39 años	2	1,9
Grado de instrucción	n°	%
Sin instrucción	6	5,8
Primaria incompleta	9	8,7
Primaria completa	19	18,3
Secundaria incompleta	20	19,2
Secundaria completa	30	28,8
Superior universitaria	7	6,7
Superior técnica	13	12,5
Estado civil	n°	%
Soltera	22	21,2
Casada	16	15,4
Conviviente	66	63,5
Ocupación	n°	%
Ama de casa	78	75,0
Empleada del hogar	4	3,8
Estudiante	7	6,7
Empleada del sector público	7	6,7
Empleada del sector privado	3	2,9
Independiente	5	4,8
Procedencia	n°	%
Urbana	61	58,7
Rural	43	41,3
Total	104	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se puede observar en la presente tabla que el 39,4% de puérperas perteneció al grupo etáreo de 20 a 24 años, seguido del 35,6% que perteneció al grupo de 15 a 19 años; un pequeño porcentaje, 1,9%, perteneció al grupo de 35 a 39 años.

Estos datos guardan similitud con los encontrados por Guevara (2015), quien encontró que la mayoría de puérperas perteneció al grupo, entre los 20 a 24 años (37,6%) con una diferencia porcentual de 1,8, pero difiere en el porcentaje de puérperas de 25 a 30 años, (32,5%) (8).

El INEI (2014) reportó que la población femenina de 15 a 49 años de edad continúa siendo una población relativamente joven pues el 47,0% de ellas son menores de 30 años, peso poblacional que evidencia una disminución de 1,9 puntos porcentuales respecto al año 2009 (48,9%).

La edad de la mujer y especialmente las edades en los extremos de la vida reproductiva son un factor que se ha asociado desde hace mucho tiempo con resultados adversos materno neonatales. La OMS estima que el riesgo de morir debido a causas maternas es dos veces más altas para mujeres de 15 – 19 años que para quienes tienen 20 años o más (24), Obviamente estos grupos etáreos también pueden ser factores de riesgo de una dehiscencia de episiorrafia, por las condiciones anatómicas que caracterizan a cada grupo, reconociendo sobre todo que los trastornos de la amplitud y elasticidad del canal del parto se suelen observar en mujeres primigestas adolescentes o añosas.

Respecto al grado de instrucción, el 28,8% de la población tiene secundaria completa, el 19,2% tiene secundaria incompleta; un significativo 5,8% de puérperas no tiene instrucción; pero el 19,2% tiene educación superior ya sea universitaria (6,7%) o técnica (12,5%).

Estos datos son similares a los reportados a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática quien encontró que en el país, el 59,7% de las entrevistadas tenían educación secundaria completa o superior (27,7% y 32,0%, respectivamente) (25), pero difieren con los encontrados por Rodríguez (2010) quien determinó que el nivel primaria predominó en un 58,12% (grupo de estudio) Vs a un 72,73% respectivamente (grupo control) (11); de igual manera son disímiles con los encontrados por Guevara (2015), él reportó que en su población predominó el grado de instrucción secundaria en un 84,6% (8).

El nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes

hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar. Por otro lado, el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica porque determina la demanda de los servicios de salud y planificación familiar (25).

Albán (2013) sostiene que, las gestantes con un bajo nivel de instrucción (analfabeta y primaria) presentan 1,63 veces más riesgo de sufrir anemia en relación a las embarazadas que tienen educación secundaria y superior (26), probablemente, debido a que desconocen la importancia de los cuidados prenatales y alimentación adecuada que necesitan.

En cuanto al estado civil, el 63,5% de puérperas dijeron ser convivientes; el 21,2% solteras y solamente un 15,4% manifestaron ser casadas, estos datos son similares a los encontrados por Guevara, quien determinó que el estado civil de las puérperas fue el conviviente en el 69,2% con una diferencia de 5.7 puntos porcentuales; sin embargo difieren con los reportados por el INEI (2014), quien reportó que el 32,2% de las mujeres eran solteras y 56,7% de las entrevistadas se encontraban en unión (22,2% casadas y 34,5% en unión consensual), porcentaje ligeramente menor al observado en el año 2009 (57,1%) (25).

Rodríguez (2010) encontró datos más altos, informó que el 97,44% tuvieron una unión no estable con su pareja versus a un 98,70% (11).

El estado civil de convivencia o de casadas, se constituye en un factor protector de riesgo, por los beneficios que dan las relaciones de pareja (apoyo, intimidad, cuidado mutuo, compañía, etc.) y el efecto amortiguador contra los acontecimientos adversos como la enfermedad, la pobreza, etc. Una mujer que está casada o vive en unión estable con su pareja podrá cuidar de su salud más eficientemente y evitar ciertas complicaciones y déficit nutricionales o estados mórbidos como la anemia.

Con respecto a la ocupación, el mayor porcentaje de puérperas, son amas de casa, en el 75% de los casos; solo pequeños porcentajes son estudiantes o empleadas del sector público en el 6,7%, respectivamente en cada uno de los casos.

El ser ama de casa entraña algunos beneficios, pero también muchos riesgos por las múltiples actividades que tiene que realizar en casa, actividades que la suelen estresar e impedir en muchas ocasiones que se alimente como corresponde sobre todo durante el embarazo, pudiendo a hacer cuadros de anemia, estado que luego puede repercutir en la cicatrización de las heridas, pudiendo hacer alguna dehiscencia en caso de ser episiotomizada.

La falta de correspondencia entre la percepción del trabajo que se realiza y el deseo de cómo se quiere que sea, implica la posibilidad de tener en mayor o menor número

Al analizar la procedencia se tiene que el 58,7% de las puérperas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, proceden de la zona urbana y el 41,3% de la zona rural; datos diferentes a los nacionales, ya que el INEI (2014) reporta que el 77,9% de las mujeres en edad fértil residían en el área urbana del país, destacando Lima Metropolitana por albergar al 33,1% del total de esta población (25). Por su parte Rodríguez (2010) determinó que el 63,38% de las pacientes de su población procedió de la zona urbana, dato similar al encontrado en el presente estudio, con una diferencia porcentual de 4.68.

Por lo general, se espera que las mujeres que viven en el área rural y que tienen menor nivel educativo, tengan mayores deficiencias nutricionales, incluyendo la de hierro, así como la presencia de anemia, debido a que tienen limitaciones para lograr una dieta saludable, no tienen acceso a servicios médicos o de nutrición para prevenir o tratar estas condiciones o tienen mayores procesos infecciosos lo que incrementa el riesgo de padecer deficiencias nutricionales (27). Pero no es así, en este caso se puede observar que las gestantes que corresponden a zonas urbanas y aparentemente tienen mejor nivel económico y educativo están más expuestas a sufrir de anemia, probablemente debido a malos hábitos alimentarios o la insuficiente ingesta de productos que contengan hierro.

De cinco países, que disponen de datos representativos para el nivel nacional, en dos la prevalencia de anemia parece ser mayor entre las mujeres que viven en el área rural (Bolivia y Honduras). En los restantes tres países, Perú, El Salvador y Haití, la prevalencia de la anemia en mujeres del área urbana es levemente superior o casi similar a la prevalencia de anemia que se encuentra en las mujeres del área rural (27). Se exploró la heterogeneidad del impacto de la anemia según el área geográfica y el departamento, y se halló que el costo de la anemia es mucho más grande para la economía rural que para la economía urbana (28).

4.2. Identificación de algunos factores maternos en las primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe

Tabla 02: Factores maternos de las primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe, 2016

Número de atenciones prenatales	n°	%
Ninguno	6	5,8
1-3	9	8,7
4-6	22	21,2
+6	67	64,4
Total	104	100,0
Toma de sulfato ferroso	n°	%
Si	77	74,0
No	27	26,0
Total	104	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los presentes datos muestran que el 64,4% de pacientes primíparas, tuvieron más de 6 atenciones prenatales, seguido del 21,2% que tuvieron entre 4-6 atenciones; en ambos casos se considera una gestante controlada.

Los presentes datos son inferiores a los reportados por el INEI (2014) , quien reportó que el 96,9% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetrix y enfermera), lo que constituyó un aumento sobre el 94,3% encontrado en el año 2009. Desagregando este indicador, se observaron avances entre los años 2009 y 2014 donde subió la atención por médico, de 28,9% a 35,8%. La atención prenatal por obstetrix presenta una tendencia a disminuir, de 58,2% en el año 2009 a 56,3% en el año 2014 (25).

La atención médica durante el embarazo es muy importante para la salud de la madre y de la hija y/o hijo. Durante el control, la mujer embarazada es examinada, se identifican algunos factores de riesgo que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo; la mujer recibe consejería de cómo alimentarse, entre otros, además se le realizan varios exámenes de laboratorio, entre ellos, precisamente el nivel de hemoglobina para conocer si presenta anemia o no. De allí que la importancia y el impacto del Control pre natal sobre la salud materno-fetal se encuentren documentados siendo tópicos importantes en salud pública.

Estos datos permiten crear la premisa que las atenciones prenatales fueron al final del embarazo o que las gestantes no siguieran las indicaciones en cuanto al consumo de una dieta ideal sobre todo en cuanto a consumo de alimentos que

contengan hierro; también se podría suponer que no tomaron el sulfato ferroso que proporciona el programa o que en todo caso estas atenciones prenatales a pesar de ser un buen número se realizaron al final del embarazo; sin embargo en la siguiente tabla se observa que el 74,0% de las pacientes de la muestra si tomaron el suplemento de hierro ofrecido por el programa de ; solamente el 26,0% manifestó no haberlo tomado, probablemente por sus efectos secundarios como heces de color oscuro, náuseas, ardor del estómago, estreñimiento, entre otras.

Las mujeres gestantes que toman suplementos de hierro poseen concentraciones de hemoglobina marcadamente mayores en comparación con lo registrado en las mujeres que no toman tal suplementación (29).

4.3. Determinación del grado de anemia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.

Tabla 03: Grado de anemia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe. 2016

Grado de anemia	n°	%
Leve	51	49,0
Moderada	47	45,2
Severa	6	5,8
Total	104	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra determinar en la presente tabla que el 49,0% de pacientes atendidas en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe, presentaron un grado leve de anemia, seguido del 45,2% que tuvo anemia moderada y el 5,8% anemia severa.

Como se puede observar, la anemia presente en la poblacional gestacional es elevada; siendo la causa predominante el factor alimentario, pues el aporte de hierro en la dieta es insuficiente, tanto en cantidad como en calidad; asociado al hecho mismo del embarazo que se constituye en sí mismo en un factor de riesgo para la anemia, constituyéndose esta en la responsable de diversos procesos mórbidos que pueden presentarse en la mujer entre ellos, dificultades en el proceso de cicatrización de una episiorrafia que puede desencadenar en una dehiscencia.

Muchos clínicos creen firmemente que la anemia de cierto grado retrasa la cicatrización, así mismo ha quedado establecida la importancia de la tensión de oxígeno en la cicatrización. Se sabe que la caída prolongada de dicho parámetro dificulta notablemente la cicatrización. Los datos sugieren que las concentraciones relativas de las isoenzimas de deshidrogenasa láctica (LDH) varían con la PO₂ del tejido de la herida, y que pueden ser importantes en la regulación de la síntesis de colágena.

Para la cicatrización normal es al parecer más importante el riego tisular adecuado que la capacidad de aporte de oxígeno de la sangre. La hemorragia o la anemia solas quizá no alteren la tensión de oxígeno en los tejidos; sin embargo la hipovolemia, la vasoconstricción y el aumento de la viscosidad de la sangre pueden producir efectos profundos sobre la tensión local del oxígeno. De otra parte también está la participación de los metales en la cicatrización de las heridas. Como se

conoce, son necesarios el cobre y el óxido ferroso para el metabolismo normal de la colágena (30).

Precisamente por las consecuencias que trae consigo la anemia, esta es un problema mundial, constituye un indicador general de pobre salud de la población y está estrechamente relacionada con la desnutrición y la enfermedad (31).

4.4. Identificación del tipo de episiotomía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora Guadalupe

Tabla 04: Tipo de episiotomía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora Guadalupe. 2016

Tipo de episiotomía	n°	%
Mediana	1	1,0
Medio lateral	103	99,0
Total	104	100

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en los presentes datos que al 99% de las pacientes atendidas en el Hospital Tomás Lafora de Guadalupe, se les practicó una episiotomía medio lateral, solamente al 1% de pacientes se les practicó una episiotomía mediana, posiblemente por la única desventaja que trae consigo esta última, el riesgo de desgarro del esfínter anal o rectal.

Estos datos coinciden con los de Rodríguez (2010), él determinó que la incidencia de episiotomizadas fue de 90,04% (11).

Muy aparte de determinar el tipo de episiotomía realizada, está el hecho de observar que en el Hospital Tomás Lafora se practica la episiotomía "rutinaria", pues se realiza en la totalidad de paciente primíparas. Existe el postulado que indica que la episiotomía protege de las disfunciones del suelo pélvico y la incontinencia urinaria post puerperio; sin embargo, esto se vio negado en diversos estudios donde se observan que los resultados desmienten tal postulado. Este procedimiento debería ser considerado críticamente selectivo (32).

García (2013) afirma que en estudios donde se ha practicado la episiotomía selectiva, se aprecia que al disminuir el tanto por ciento de episiotomías, en paralelo disminuye el riesgo de lesión del esfínter anal. Por otro lado se halló que cuando la tasa bajaba del 20%, existía una propensión a aumentar el número de desgarros espontáneos del periné. Tras esta serie de informaciones, se ha llegado a la determinación de que la tasa ideal de episiotomía debería estar entre el 20% y el 30% del total de los partos.

La OMS al respecto señala que el uso restrictivo de la episiotomía en partos vaginales sin complicaciones, en oposición a la episiotomía de rutina, se asocia a un menor riesgo de traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. No existe diferencia en cuanto al riesgo de traumatismo vaginal o perineal severos, dolor, dispareunia o incontinencia urinaria. Sin embargo, hay un riesgo aumentado en el traumatismo perineal anterior. Esta revisión no resuelve la pregunta acerca del tipo de episiotomía que se debería elegir, la mediana o la mediolateral (33).

4.5. Determinación de la prevalencia de dehiscencia de episiorrafía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.

Tabla 05: Prevalencia de dehiscencia de episiorrafía en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe, 2016

Dehiscencia de episiorrafia	n°	%
Si	20	19,2
No	84	80,8
Total	104	100.0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en la presente tabla que el 80% de puérperas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, con diagnóstico de anemia, no presentaron dehiscencia de la episiorrafia; sin embargo el 19,2% si lo hizo.

Estos datos difieren sustancialmente con los encontrados por Zamora quien encontró en su estudio que se presentó dehiscencia en las pacientes en el 1,6% (10).

Es importante reconocer que la mayoría de pacientes a quienes se les practicó una episiotomía y episiorrafia respectivamente, no hicieron dehiscencia, ello implica una recuperación satisfactoria de la puérpera y mayores posibilidades de que se reincorpore a sus tareas cotidianas de forma normal; el recién nacido también recibirá mejores y mayores cuidados. Aquellas mujeres que si presentaron dehiscencia necesitarán mayor tiempo de recuperación, se sentirán indispuestas tanto fisiológicamente como anímicamente.

Más allá de estas especulaciones, es preciso reflexionar sobre algunos factores de riesgo que predispusieron a las puérperas a presentar una dehiscencia, entre ellos: la falta de buenos hábitos de higiene; la permanencia en cama por mucho, o el otro factor motivo del presente estudio, la anemia (34).

Ballesteros (2012) afirma que, las heridas quirúrgicas en la zona genital, potencialmente son heridas con alto índice de complicación por su posición anatómica y porque además se encuentra continuamente expuestas a exudados vaginales, materia fecal y urinaria. Por lo tanto en este tipo de intervenciones la higiene y la limpieza exhaustiva de la zona constituyen un punto clave en la prevención de complicaciones como las dehiscencias (35).

4.6. Determinación del grado de asociación entre la anemia en el post parto y la dehiscencia de la episiorrafia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe.

Tabla 06: Dehiscencia de la episiorrafia, según grado de anemia en primíparas, atendidas en el Hospital Tomás Lafora. Guadalupe. 2016

Grado de anemia	Dehiscencia de episiorrafia				Total	
	Si		No		n°	%
	n°	%	n°	%		
Leve	3	5,9	48	94,1	51	49,0
Moderada	13	27,7	34	72,3	47	45,2
Severa	4	66,7	2	33,3	6	5,8
Total	20	19,2	84	80,8	104	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 16,692$$

$$p < 0.000$$

En los datos que anteceden se logra evidenciar que el 49% de primíparas de la muestra, presentó un grado de anemia leve, de las cuales, el 5,9% presentó dehiscencia de la episiorrafia realizada; el 45,2% de primíparas tuvo anemia moderada, de cuyo porcentaje el 27,7% presentó dehiscencia y finalmente, el 5,8% de las primíparas tuvo anemia severa, de las cuales el 66,7% hizo dehiscencia de episiorrafia. Es decir que a mayor grado de anemia, la posibilidad de hacer dehiscencia, también es mayor.

Estos datos coinciden con los encontrados por Rodríguez (2012), quien determinó que del total de mujeres episiotomizadas, el 21% presentó dehiscencia, cifra superior a la encontrada en el presente estudio.

La episiotomía es un procedimiento que se hace rutinariamente con la creencia, de que reduce los desgarros perineales graves (aquellos que lesionan al esfínter del ano) y que conserva el músculo de la pared pelviana relajado, favoreciendo la función sexual en el futuro y reduciendo el riesgo de incontinencia fecal o urinaria. También existe la creencia de que es beneficiosa para el recién nacido porque le permite "salir" con más facilidad evitando el sufrimiento durante el parto; sin embargo ante la presencia de anemia, la episiotomía debería ser restrictiva, ya que se

observa que independientemente del grado de anemia, esta siempre se asocia con dehiscencia.

Uygur et al. (2010) mostraron en su estudio una tasa de dehiscencia de episiorrafia del 1%, pero a diferencia del presente estudio, ellos determinaron que en el 66% de los casos se le atribuyó a infecciones (9).

Estadísticamente existe una relación altamente significativa entre las variables anemia y dehiscencia de episiorrafia, según lo indica ($p < 0,000$).

Estos datos son similares con los de Flores (2014) quien determinó en su estudio, que hubo una asociación altamente significativa ($p < 0,001$) entre la anemia y la dehiscencia de episiorrafia, él consideró que la anemia es un factor de riesgo para esta complicación (2). Guevara (2015) también identificó que la anemia se presentó como factor de riesgo para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafia, con un $p < 0.005$).

CONCLUSIONES

Luego de concluir el presente estudio se concluye:

1. La mayoría de primíparas perteneció al grupo etáreo de 20-24 años (39,4%); el mayor porcentaje de ellas tiene secundaria completa (28,8%); son convivientes (63,5%); amas de casa (75,0%) y procedentes de la zona urbana (58,7%).
2. El mayor porcentaje de primíparas tuvo más de 6 atenciones prenatales (64,4%) y la mayoría tomó sulfato ferroso (74,0%).
3. La mayoría de primíparas presentó una anemia leve (49%), seguido de un alto porcentaje que presentó anemia moderada (45,2%).
4. Al 99% de las primíparas se les practicó episiotomía medio lateral.
5. La prevalencia de dehiscencia en primíparas atendidas en el Hospital Tomás Lafora, es de 19,2%.
6. Se determinó que existe asociación altamente significativa entre las variables grado de anemia y dehiscencia de episiotomía según $p < 0.000$; con lo cual queda demostrada la hipótesis.

SUGERENCIAS

- 1 Al Ministerio de Salud, recomendar la realización de capacitación continua que permita cambio de actitudes y conductas en el profesional de salud frente a la atención de parto en la gestante nulípara, considerando que la reducción del número de episiotomías en un servicio es simplemente la punta del iceberg de un cambio más profundo que afecta a la actitud profesional frente al proceso de parto y que implica una conducta menos intervencionista, más paciente y expectante, considerando en todo momento los factores de riesgo intrínsecos de la paciente.
- 2 A las autoridades del Hospital Tomás Lafora, la elaboración de protocolos de atención que consideren los temores y decisiones de la gestante para la atención de un parto natural, considerando en todo momento los valores de hemoglobina de la gestante.
- 3 A los futuros tesisistas interesados en el tema, realizar investigaciones que permitan profundizar el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Candio F, Hofmeyr G. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo. Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
2. Flores E. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero-Diciembre 2013. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor; 2014.
3. Benoist B. et al. Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. Ginebra; 2009.
4. Munares O, Gómez G, Barboza J, Sánchez J. Nivles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimeintos del Ministerio de Salud del Perú. Revista peruana médica experimaental de salud pública. 2012 Julio-setiembre; 19(3).
5. Dudley L, Kettle C, Ismail K. Sutura secundaria en comparación con ninguna sutura para las lesiones perineales por dehiscencia después del parto. Original. Ginebra: Cochrane; 2013.
6. Adigbola O. Materiales de sutura absorbibles para la reparación primaria de la episiotomía y los desgarrros de segundo grado. Ginebra: La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; 2011.
7. Albasetti E. Episiofoía y episiorrafia. Chile; 2014.
8. Guevara M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las púerperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". Llma: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
9. Uygur. Incidencia de la dehiscencia de la episiorrafia. Suiza; 2010.
10. Zamora L. La episiotomía: ventajas y desventajas del uso y no uso en pacientes de parto normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena. Enero- Agosto.

2010. Tesis de grado. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011.
11. Rodríguez E. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital II-2 MINSA. Tarapoto Periodo 2010. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional San Martín; 2010.
 12. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia Buenos Aires: El Ateneo; 2014.
 13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Normatización, editor. Quito; 2014.
 14. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: procedimiento a elección y no de rutina. Revista científica ciencia médica. 2014; 17(2).
 15. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Puerperio: episiotomía. España; 2012.
 16. Ontañón M. Sutura continua frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. España; 2009.
 17. Trujillo A. Protocolo de indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia. Nueva Granada; 2012.
 18. Jiménez M. Guía de episiotomía y episiorrafia Asís, editor. Grecia; 2013.
 19. Vergara G. Episiotomía, episiorrafia. Cartagena: Clínica Maternidad Rafael Calvo; 2013.
 20. Prado, C complicaciones de las suturas; México; 2012.
 21. González N, Feo C, Medina V, Padrón E. Anemia y puerperio. Madrid - España; 2013.
 22. Candio F, GJ. H. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo. Técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
 23. Cunningham G, Leveno K, Bloom , S , Hauth J, Gilstrap III L, et al. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera ed. México D.F.: Mc Grawn; 2011.

24. Idrobo I. Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes. Centro de Salud de Catamayo. 2010. Tesis. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2012.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar Lima; 2014.
26. Albán S, Caceido J. Prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del área de salud n° 1 Pumapungo. Cuenca 2012-2013. Cuenca - Ecuador; 2013.
27. Organización Panamericana de la Salud. La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe: Un motivo de preocupación. Washington D.C.; 2013.
28. Alcázar L. Impacto económico de la anemia en el Perú Lima: Impresiones y Ediciones Arteta E.I.R.L; 2012.
29. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista peruana de ginecología y obstetricia. 2012; 58(4).
30. Rivera V. Fisiología de la cicatrización. Colombia; 2012.
31. SanGil C, Villazán C, Ortega Y. Caracterización de la anemia durante el embarazo y algunos factores de riesgo asociados, en gestantes del municipio regla. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 30(1): p. 71-81.
32. Berzaín C, Camacho L. Episiotomía: procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Médica. 2014 Diciembre; 17(2): p. 53-57.
33. Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR). Artículo original. Ginebra; 2013.
34. García E. La episiotomía en la era del parto humanizado. Trabajo de fin de grado. España: Universidad de Cantabria, Departamento de Enfermería; 2013.
35. Ballesteros M. Dehiscencia de herida quirúrgica tras resección de melanoma vulvar. Enfermería dermatológica. 2012 Setiembre-diciembre; 17.

36. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.

ANEXO 01
CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I DATOS GENERALES

1. Edad:

<15 años () 15-19 años () 20-24 años ()
25-29 años () 30-34 años () 35- 39 años ()

2. Grado de instrucción:

Sin instrucción () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior universitaria ()
Superior técnica ()

3. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

4. Ocupación

Ama de casa () Empleada del hogar () estudiante ()
Empleada del sector público () Empleada del sector privado ()
Independiente().

5. Procedencia

Zona urbana () Zona rural ()

II ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

6. Paridad

Primípara () Multípara ()

7. Número de controles prenatales

Ninguno () 1-3 () 4-6 () +6 ()

IV. Tipo de anemia

Anemia leve () Anemia moderada () Anemia severa ()

V. DE LA EPSIOTOMÍA-EPISIORRAFIA Y DEHISCENCIA

12. Tipo de episiotomía:

Mediana () Medio lateral ()