



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD

TRABAJO ACADÉMICO

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEHISCENCIAS DE
EPISIORRAFIAS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD CIUDAD NUEVA-TACNA, JUNIO A DICIEMBRE 2015”**

PRESENTADO POR

PATRICIA MÓNICA FLORES ROJAS

ASESOR

MGR. MARIO H. BENETRES ESPINOZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL.**

MOQUEGUA – PERU

2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

Carátula	
Página del jurado.....	<i>i</i>
Dedicatoria.....	<i>ii</i>
Agradecimientos.....	<i>iii</i>
Índice de contenido.....	<i>iv</i>
Índice de Tablas.....	<i>vi</i>
Índice de figuras.....	<i>vi</i>
Resumen.....	<i>vii</i>

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.Descripción del Problema.....	1
1.2.Justificación.....	2
1.3. Marco Teórico.....	3
1.3.1 Antecedentes de la investigación.....	3
1.3.1.1Antecedentes Internacionales.....	3
1.3.1.2 Antecedentes Nacionales.....	4
1.3.2 EPISIOTOMÍA	
1.3.2.1 Historia.....	6
1.3.2.2 Concepto de episiotomía	7
1.3.2.3 Indicaciones.....	8

1.3.2.4	Contraindicaciones.....	8
1.3.2.5	Procedimiento.....	8
1.3.2.6	Clasificación.....	9
1.3.2.7	Estructuras anatómicas que se comprometen en la episiotomía...	11
1.3.2.8	Complicaciones.....	11
1.3.3	EPISIORRAFIA.....	16
1.3.3.1	Procedimientos.....	16
1.3.3.2	Complicaciones de la episiorrafia.....	18
1.3.3.3	Dehiscencia de episiorrafia.....	19
1.3.3.4	Tratamiento de la dehiscencia.....	21
1.3.4	MARCO CONCEPTUAL.....	21

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1	Objetivos.....	23
2.2.	Sucesos relevantes del caso clínico.....	23
2.3.	Discusión.....	42
2.4.	Conclusiones.....	43
2.5.	Recomendaciones.....	43
	Bibliografía.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1 Cuadro comparativo.....	10
Tabla Nro. 2 Complicaciones de la episiorrafia.....	12
Tabla Nro.3 Clasificación de desgarros perineales.....	13

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Nro.1 Músculos del suelo pélvico.....	7
Figura Nro. 2 Topografía de la sección del periné.....	10
Figura Nro.3 Desgarros del canal de parto.....	14
Figura Nro. 4Técnica de la episiorrafia.....	18
Figura Nro. 5 Dehiscencia completa de plano muscular profundo.....	20
Figura Nro 6 Historia Clínica Perinatal Base.....	34

RESUMEN

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que secciona el periné y se utiliza para agrandar el canal del parto sobre todo en las pacientes nulíparas ¹. Una de las complicaciones de la episiotomía es la dehiscencia de la misma que consiste en la separación de los tejidos de la herida quirúrgica, provocando pérdida sanguínea, dolor e inflamación ².

El presente trabajo académico hace mención de una primigesta nulípara de 16 años, con secundaria incompleta, convive con su pareja en casa de sus padres, trabaja vendiendo ropa usada (pareja estudia mecánica automotriz), percibe aproximadamente S/.400.0 al mes. Inicia 1er control prenatal (CPN) a las 11 semanas de gestación con bajo peso; no refiere antecedentes de importancia, presenta como factores de riesgo: edad, paridad y anemia leve. Logra 10 CPN en el C.S. Ciudad Nueva (I-4). Se atiende el parto en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna (II-2), del cual es contra referida. Presenta dehiscencia de sutura perineal (episiorrafia) identificada en el 1er control de puerperio. Pasó a consulta médica y recibió tratamiento médico (antibiótico, analgésico, antiinflamatorio). Se le realizó reparación de dehiscencia de episiorrafia. Evolucionó de manera favorable. Presenta alto riesgo reproductivo, falta de seguimiento y atención integral.

El objetivo del caso clínico es determinar que factores de riesgo se asocian a la dehiscencia de episiorrafia en la paciente que se atendió en el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, teniendo como conclusión que los factores de riesgo que presentó la púérpera fué anemia, infecciones genitales previas, edad precoz.

Palabras Clave: Dehiscencia de episiorrafia, episiorrafia, factores de riesgo.

SUMMARY

Episiotomy is a surgical procedure that cuts the perineum and is used to enlarge the birth canal, especially in nulliparous patients ¹. One of the complications of episiotomy is its dehiscence, which consists in the separation of the tissues from the surgical wound, causing blood loss, pain and inflammation ².

The present academic work makes mention of a nulliparous primigravite of 16 years, with incomplete secondary, live, lives in parents' house, works selling used clothes (couple studies automotive mechanics), receives approximately S / .400.0 per month. Start prenatal control (NPC) at 11 weeks of gestation with low weight; it does not refer antecedents of importance, it presents as risk factors: age, parity and mild anemia. Achieves 10 CPN in Ciudad Nueva Health Center (I-4). The delivery is attended in the Hospital Hipólito Unánue de Tacna (II-2), of which it is against referred. It presents dehiscence of perineal suture (episiorrhaphy) identified in the 1st puerperium control. He went to medical consultation and received medical treatment (antibiotic, analgesic, anti-inflammatory). He received periné repair by the dehiscence of episiorrhaphy. I evolve favorably. It presents high reproductive risk, lack of follow-up and comprehensive attention.

The objective of the clinical case is to know which risk factors are associated with the dehiscence of episiorrhaphy in the patient that was attended in the Ciudad Nueva Health Center - Tacna, having as conclusion that the risk factors presented by the puerpera it was anemia, previous genital infections, age premature.

Key Words: Episiorrhaphy dehiscence, episiorrhaphy, risk factors.

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Por años se considera a la episiotomía una intervención de rutina, cuyo objetivo es prevenir que se produzca algún desgarro perineal, acortando de esta manera el periodo expulsivo y facilitando así el uso adecuado de las maniobras obstétricas, actualmente el uso de la episiotomía está siendo cada vez más cuestionada en el cual se indica que es mayor el riesgo de complicaciones. En los partos vaginales especialmente de las nulíparas la frecuencia de realización de episiotomía es alta, por tanto es mayor el número de puérperas con riesgo de presentar alguna complicación y entre ellas la dehiscencia de episiorrafia.

La dehiscencia de episiorrafia complica el nivel de salud de una puérpera asociado a ello los factores nutricionales que pueda presentar así como la respuesta funcional al trauma quirúrgico ³.

La falta de servicios básicos en muchos hogares, las costumbres andinas el grado de nutrición de la gestante son algunos de los factores que condicionan la aparición de la complicación aunado a ello los factores institucionales producto de la mala capacitación a los internos de obstetricia por parte de los profesionales lo que predispone al aumento de las complicaciones en general

de las pacientes que acuden a los establecimientos de salud para su debida atención.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La complicación por dehiscencia de episiorrafia se presenta en forma frecuente que no se le ha dado importancia porque generalmente cicatriza por la llamada “cicatrización por segunda intención”³, es decir sin necesidad de volver a suturar. También existe la posibilidad de volver a suturar en quirófano, pero también se sabe que los resultados no siempre son óptimos debido a muchos factores como procesos infecciosos, anemia, etc.

En la consulta diaria de los controles de puerperio se ha podido apreciar que las puérperas que acuden a la consulta vienen refiriendo dolor en la zona de la episiotomía, encontrándose muchas veces procesos infecciosos y dehiscencias. En el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, institución de nivel I-4, la atención de partos eutócicos es uno de los objetivos primordiales, por lo cual se realiza la episiotomía en la totalidad de las nulíparas y en ocasiones en multíparas. Es de tal forma que se ha observado un aumento de dehiscencias de episiorrafias en las puérperas que acuden a su control, no se tiene un reporte exacto, pues también existe sub-registro de datos. Cabe resaltar también que se atienden puérperas que sus partos fueron atendidos en el Hospital Regional de Tacna, las cuales fueron derivadas por alto riesgo.

Sabemos que la mayoría de las lesiones se dejan sanar naturalmente, este proceso es lento y puede durar varias semanas provocando dolor persistente y malestar en las zonas de la episiotomía, también es probable que ocurra

retención urinaria y problemas de defecación durante el proceso de cicatrización. Pero mas adelante puede generar problemas de dispareunias en su vida sexual y ya que al ser un problema íntimo no siempre es manifestado en las consultas, quedando así también un problema psicológico en la mujer.

Este contexto va más allá de un simple problema físico a un problema psicológico y anatómico, que puede llevar a tener complicaciones funcionales y dificultades en su entorno sexual y conyugal.

Motivada por la presencia de esta complicación en la consulta externa del consultorio obstétrico de mi centro de labor, es que quise conocer cuáles fueron los factores de riesgo que la adolescente presentó según el caso clínico, para que pueda desencadenar dehiscencia de episiorrafia.

1.3 MARCO TEÓRICO

En diferentes lugares se ha realizado investigaciones con respecto a este tema:

1.3.1 Antecedentes de la Investigación

1.3.1.1 Antecedentes Internacionales:

Barreto Alvarenga M. y cols, en el 2015, de la Universidad de Sao Paulo Brasil, realizaron un trabajo para evaluar el método de la recuperación de episiotomía, en el cual tomaron en cuenta los indicadores de: confiabilidad de la escala de enrojecimiento, edema, equimosis, drenaje, aproximación (REEDA) El objetivo de la investigación fue de analizar la confiabilidad (REEDA) Se utilizó un estudio observacional con una muestra de 54 mujeres puérperas de 6 horas y 10 días después del parto.

Se encontró dehiscencia de episiotomía (35,2%). El drenaje fue observado dentro de 40 horas después del parto (3,7%) ¹.

Ramírez Cabrera D., en el año 2010, Hospital Vicente Corral Moscoso-Cuenca Ecuador en su investigación: Uso de poligalactina 910 (vicryl) 2/0 en episiorrafias reveló en su diseño cuasi experimental que la dehiscencia fue significativamente menor en el grupo que utilizó para sutura, poligalactina (P = 0,0002) vs catgut crómico 0 ².

1.3.1.2 Antecedentes Nacionales:

En el estudio de **Flores A. Edgar**, el cual tiene por objetivo: demostrar que existen factores asociados con la dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre de Trujillo – Perú- 2014 , el cual demostró que la frecuencia de dehiscencia fue de 6,7%, el cual implica a las puérperas que tuvieron como diagnóstico infección urinaria y anemia los cuales son factores asociados a la dehiscencia de episiorrafia, también se demostró que no existe asociación significativa entre la paridad y el tipo de episiotomía con la dehiscencia de episiorrafia ³.

Guevara Maricela, en su estudio de Factores de Riesgo relacionados a la dehiscencia de episiorrafia en las puérperas del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé Lima-Perú 2014; reveló que el 7,6% de las pacientes puérperas que egresaron presentaron dehiscencia de episiorrafia, y de este valor el 81,6% fue sometida a inducción del trabajo de parto, el 42,1% presentó periodo expulsivo prolongado, el 57,9% de las episiorrafias

fueron realizadas por los internos de medicina, al 57,9% se le realizó más de 5 tactos vaginales en todo el proceso de trabajo de parto, el 73,7% egresó con el diagnóstico de anemia, el 94.7% de las complicaciones por dehiscencia se presentaron en pacientes primíparas, el hábito de fumar se presentó en el 10,5% ⁴.

Albino, Frank, realizó un estudio publicado en la Revista Salud, Sexualidad y Sociedad 2009. El estudio es explicativo, de corte transversal, comparativo, el cual tuvo el propósito de establecer en pacientes embarazadas nulíparas que presentaron su parto en las cuales no se realizó episiotomía y embarazadas nulíparas en las cuales si se les realizó episiotomía. En el presente estudio trata de establecer la relación del uso rutinario de la episiotomía con las complicaciones observadas en mujeres atendidas en el Hospital de apoyo de Sullana entre los meses de marzo – setiembre del 2005, lo cual entre sus conclusiones que presentan son: las pacientes en las cuales se les realizo episiotomía presentan mayor frecuencia dolor perineal, entre moderado e intenso, la episiotomía se relaciona significativamente con mayor prevalencia con la presencia de hematomas perineales, edema en zona vulvar y perineal lo que aumenta la probabilidad de presentar procesos inflamatorios e infecciosos en la episiorrafia produciendo mayor número de complicaciones por dehiscencias ⁵.

1.3.2 EPISIOTOMÍA

1.3.2.1 HISTORIA

En el siglo XIX, Crede y Michael Trainer, aconsejaban realizar la episiotomía en cada parto, y en el siglo XX, De Lee y Pomeroy recomendaban tal proceder de forma rutinaria. Entre 1920 y 1930 los altos índices de morbimortalidad perinatal, todo esto con el aumento de los partos domiciliarios que terminaban siendo trasladados a los establecimientos de salud, estableció el uso frecuente de las episiotomías en todas las parturientas que lo necesitaban, especialmente en las primíparas ⁶.

El surgimiento naturalista de los Estados Unidos (en los 70 y 80) puso en discusión el uso habitual de la episiotomía en todos los partos, por lo cual revelaban falta de sustento científico para la realización de episiotomías.

Los evaluadores identificaron complicaciones durante los días de la curación de las heridas, tales como: hiperemia (14.8%), edema perineal (44.4%), dehiscencia (35.2%) ¹.

En la mayoría de los hospitales del Perú la práctica de la episiotomía está protocolizada casi en la totalidad de los partos que lo requieran, sobre todo en primíparas, sin embargo, también existen complicaciones como separación de la herida quirúrgica con dolor en la zona y complicaciones posteriores como dispareunia y otras ¹.

En el Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna en el informe estadístico del año 2015 se observa que de 278 puérperas que se atendieron, 12 de ellas presentaron diagnóstico de Dehiscencia de episiorrafia, lo que corresponde a

un 4.3%, esto según registro diario en HIS MIS. Cabe resaltar que, en la revisión de historias clínicas, se encuentran los cuadros clínicos y los tratamientos respectivos para las dehiscencias ⁸.

1.3.2.2 CONCEPTO DE EPISIOTOMÍA

Corte realizado en la zona del periné, cuyo objetivo es facilitar la salida fetal con la finalidad de disminuir lesiones en el feto o en el canal blando del parto ⁶ se utiliza además para evitar prolapso genital por la sobredistensión a la que se someten los músculos y aponeurosis ⁶.

La episiotomía abarca también los tejidos de la pared vaginal iniciando desde el orificio vaginal continuando a través del periné, realizando la incisión en forma mediana o medio lateral, de acuerdo a la pericia del médico u obstetra que atiende el parto.

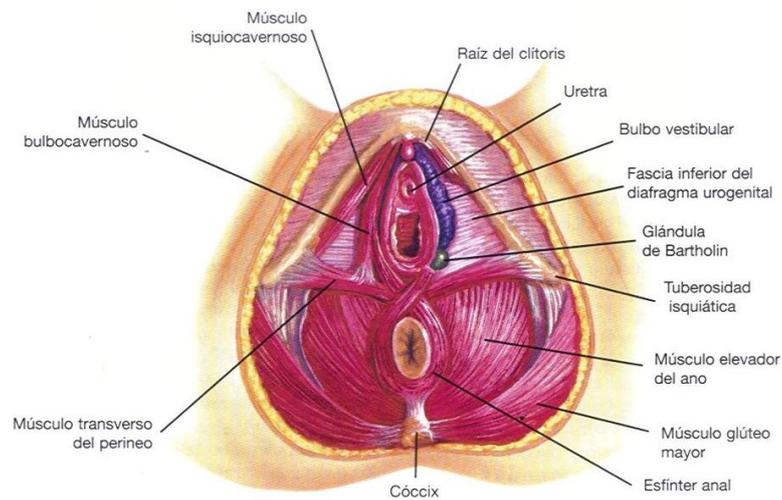


Figura 1. Músculos del suelo pélvico
Fuente: Atlas de anatomía V. Pauchet. Dupret 6ta edición

CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

La indicación precisa para la ejecución de la episiotomía es la prevención de que pueda ocasionar desgarro perineal. Esta debe de ser realizada por profesional entrenado el cual debe comunicar a la parturienta del procedimiento a seguir.

1.3.2.3 INDICACIONES

La episiotomía está indicada en ^{6,7} :

- Nulíparas
- Primíparas
- Presentación podálica
- Rigidez perineal
- Cesárea anterior
- Parto pre término
- Feto en variedad de posición occipito sacro
- Feto macrosómico
- Distocia de hombros

1.3.2.4 CONTRAINDICACIONES ⁹:

- Varices vulvares
- Condiloma acuminado
- Granuloma inguinal que compromete al periné
- Antecedentes de reparación de periné

1.3.2.5 PROCEDIMIENTO ¹⁶

- Asepsia de la zona a intervenir

- Se infiltra lidocaína al 2%, por debajo de periné la cual no debe contener epinefrina
- Se debe aspirar el embolo para cerciorarse que el bisel de la aguja no ha penetrado en un vaso.
- Se debe comprobar el bloqueo anestésico, para realizar la episiotomía en el momento oportuno.

Errores que se cometen durante la realización de la episiotomía ¹⁵ :

- ✓ Episiotomía corta
- ✓ Realización de la episiotomía antes de la coronación
- ✓ Realización tardía

1.3.2.6 CLASIFICACIÓN

De acuerdo a la topografía seccionada se clasifica en ^{10,11} :

- Episiotomía mediana. - Sin comprometer el esfínter anal, el corte se realiza siguiendo el rafe ano vulvar hasta acercarse al ano.
- Media lateral.- Aproximadamente en un ángulo de 45 grados se realiza a través del ángulo vulvar dirigiéndose en forma oblicua hacia uno de los lados del rafe medio. Es la más frecuente¹².
- Lateral. - Técnica no recomendable, se inicia en el ángulo vulvar, dirigiéndose a la tuberosidad isquiática.

Las más utilizadas son; la episiotomía mediana y la episiotomía medio-lateral, las que reducen la prolongación de la incisión que estas conllevan ^{5,13}.

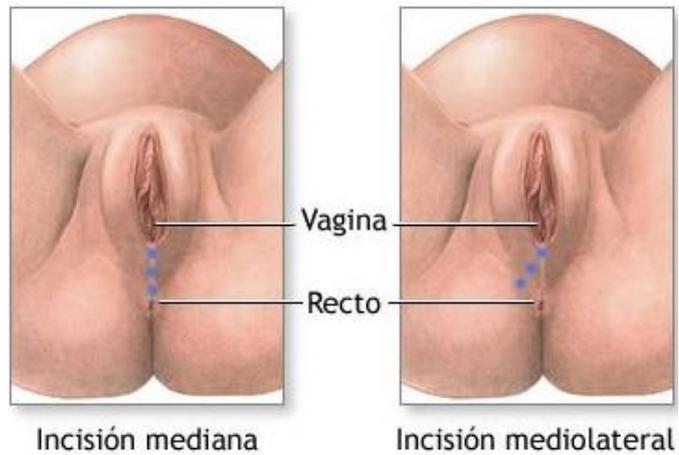


Figura 2 Topografía de la sección del periné

Tabla N° 1
CUADRO COMPARATIVO DE EPISIOTOMÍA MEDIO Y MEDIOLATERAL

CARACTERÍSTICAS

CARACTERÍSTICA	MEDIANA	MEDIOLATERAL
La reparación quirúrgica	Se considera fácil	No fácil
Cicatrización imperfecta	Raro	Más Común
Dolor postoperatorio	Mínimo	Común
Efectos anatómicos	Excelente	Ocasionalmente defectuosa
Pérdida sanguínea	Menos	Mas
Dispareunias	Raro	Ocasional
Extensiones	Común	Poco común

Fuente: Guía didáctica para el taller: “Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación. Ecuador. Universidad Técnica de Loja. 2013

1.3.2.7 ESTRUCTURAS ANATÓMICAS QUE SE COMPROMETEN AL REALIZAR LA EPISIOTOMÍA ¹⁴

- Piel
- Celular subcutáneo
- Mucosa vaginal
- Musculo vulvo cavernoso
- Musculo isquiocavernoso
- Transverso superficial del periné

1.3.2.8 COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

COMPLICACIONES INMEDIATAS

- Hemorragia
- Desgarros
- Edema
- Hematomas

COMPLICACIONES MEDIATAS

- Infección
- Dehiscencias
- Granulomas

COMPLICACIONES TARDÍAS ^{15,16}

- Dispareunia
- Fibrosis
- Fístulas recto vaginales

Tabla Nro. 2 COMPLICACIONES DE LA EPISIOTOMÍA

COMPLICACIONES INMEDIATAS	COMPLICACIONES MEDIATAS	COMPLICACIONES TARDÍAS.
Desgarros	Infección	Fibrosis
Sangrado	Dehiscencias	Fístulas
Hematoma	Granulomas	Dispareunia
Dolor		

Fuente: Brooks E. Infección de episiotomías. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1999

Según Brooks E. 1999 ¹⁷ ha clasificado las complicaciones en inmediatas, mediatas y tardías.

COMPLICACIONES INMEDIATAS

1. Desgarros. - El desgarro perineal es una solución de continuidad en los tejidos blandos del canal del parto. Se presenta cuando la parte fetal es más grande que el diámetro de la abertura vaginal, o cuando las paredes vaginoperineal no se logran extender con facilidad. Esta complicación afecta aproximadamente al 90% de las mujeres que han tenido parto vaginal,

Prevención ¹⁸:

- Ejercicios de Kegel, los cuales son contracciones voluntarias de los músculos del periné los cuales ayudan a ejercer mayor control sobre el piso pélvico.

- La posición en cuclillas al parto beneficia la distribución sobre la presión de los músculos del periné.

Tabla N° 3: Clasificación de desgarros perineales

Grado I	Extensión solo en piel
Grado II	Extensión a músculos del periné, no daño a esfínter anal
Grado III	Daño a músculos del periné, el cual incluye a esfínter anal 3.a Lesión con afectación < 50% del esfínter anal 3.b Lesión con afectación > 50% del esfínter anal 3.c Desgarro con afectación del esfínter anal interno
Grado IV	Daño a músculos del periné el cual involucra el esfínter anal en forma completa.

Fuente: Sultan AH, Editorial: obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999; 5: 178-80

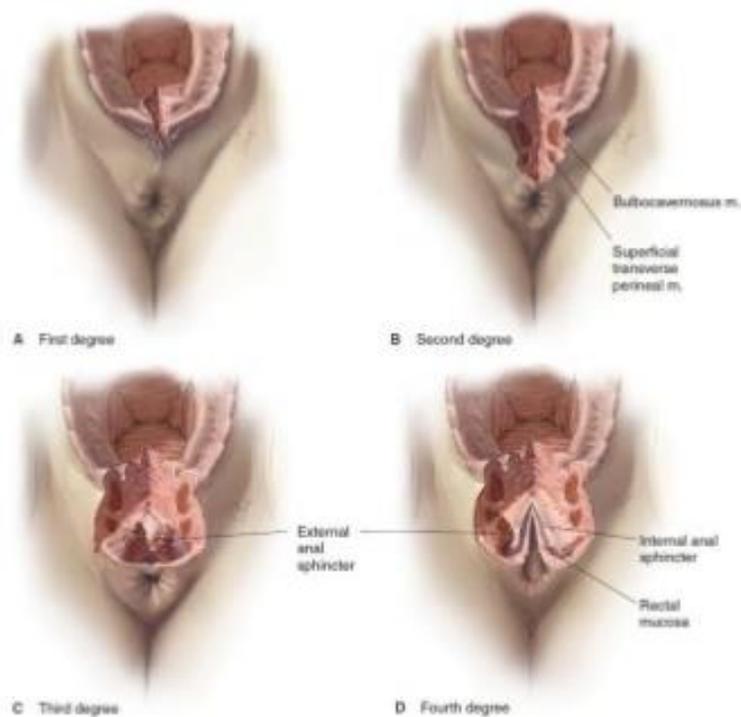


Figura 3. Desgarros del canal del parto
Fuente: Williams Obstetricia F. Gary y Cols 21 edición

2. **Sangrado.** - Salida hemática a través de los vasos que se afectan con el corte de la episiotomía
3. **Hematomas.** - Es la acumulación de tejido sanguíneo, los cuales pueden instalarse en la zona vulvar consiguiendo comprometer los vasos que conectan a la arteria pudenda, incluyendo la hemorroidal posterior. Los hematomas también pueden comprometer la zona vulvovaginal, la cual compromete a la rama descendente de la arteria uterina. Una vez diagnosticado el hematoma este debe drenarse en forma inmediata ¹⁵.
4. **Dolor en la zona de episiorrafia.** - Producido por hematoma o edema de la zona, el cual cede con analgésicos.

COMPLICACIONES MEDIATAS ^{15,16}

1. **Infección en la episiorrafia.** – La infección en la zona de la episiorrafia es considerada multicausal debida a factores nutricionales, institucionales como sutura imperfecta, mala higiene, tactos vaginales a repetición etc. Inicia su aparición después de las 48 a 72 horas posteriores al parto, puede conllevar a abscesos dehiscencias o fístulas, la infección puede deberse a la agresión de flora mixta: aerobia y anaerobia.

Sintomatología. - Dolor, secreción purulenta, inflamación y fiebre.

Tratamiento. – Cefalosporinas de primera generación, en caso de alergias utilizar clindamicina 600 mg cada 8 horas vía endovenosa y metronidazol en caso de contaminación por elementos fecales.

2. **Dehiscencia de episiorrafia.** – Trataremos este tópico en un acápite aparte por ser problema principal de nuestro estudio.
3. **Granulomas.** – Es una pequeña área de inflamación como mecanismo de defensa que tiende a cercar cuerpos raros para impedir que se irradien como bacterias, hongos etc. Se muestran con mayor periodicidad en la zona del extremo vaginal, por lo que es necesario que se extirpen y su base debe ser cauterizada con ácido tricloroacético o electrocauterio¹⁷.

COMPLICACIONES TARDIAS ¹⁷

1. **Fibrosis.**- Se encuentra generalmente en la complicación de episiotomías medio lateral con mayor incidencia en las que se prolongan. Se produce también cuando se utiliza demasiado material o este no es el correcto.

2. Fístulas.- Tiene mayor incidencia en una episiotomía mediana de complicación prolongada hasta llegar a la luz rectal, que ha podido ser inadvertida, o por presentar infección secundaria.
3. Dispareunia.- Es un trastorno sexual femenino que consiste en presentar dolor en la zona de genitales, durante y después de realizar relaciones sexuales.

1.3.3 EPISIORRAFIA ^{10,19}

Es la reparación o sutura de la episiotomía, después de producirse el alumbramiento siempre y cuando la parturiente se encuentre hemodinámicamente estable. Se realiza teniendo especial cuidado en la reconstrucción anatómica de los tejidos, para ello se utiliza suturas especiales de absorción rápida como el vicryl, catgut crómico etc. La reparación anatómica debe de hacerse en la medida de lo posible respetando la integridad de la zona seccionada, esto ayuda a la púérpera en la recuperación total de los músculos evitando la aparición de cicatrices que puedan convertirse en patológicas

1.3.3.1 PROCEDIMIENTOS ^{9,16}

- Se efectúa el procedimiento bajo anestesia local.
- Lavado de la vulva y periné
- Colocación de campos protectores estériles.
- Revisión de la vulva, vagina y si fuera necesario realizar tacto rectal para detectar daño.
- Evitar introducir apósitos intra vaginal

- Identificar el ángulo superior más profundo de la incisión del plano mucoso/vagina. Colocar el primer punto a 1 cm, por encima del ángulo superior de la incisión vaginal hasta detrás de las carúnculas himeneales, con suturas reabsorbibles, catgut crómico 2/0, de preferencia para los tejidos de mucosa, submucosa y músculo intermedio^{19,20}
- En caso se requiera reparar esfínter y su fascia se recomienda utilizar catgut crómico 0, y para la mucosa rectal utilizar cromado intestinal 3/0 ^{21,22}
- La reparación pos carúncula himeneal se realiza por debajo de ellas de atrás hacia adelante fijándolas con punto de mucosa a mucosa hasta la horquilla vulvar ²².
- Con sutura continua se repara el músculo bulbo cavernoso, bajando hasta el vértice perineal, pasando luego a piel y celular subcutáneo sin interrupción con sutura intradérmica.
- No olvidar verificar el bloqueo anestésico
- El plano muscular se aproxima mediante puntos separados, el inicio es desde la parte más profunda hacia la más superficial.
- Se debe identificar tanto al musculo bulbo cavernoso como al perineal superficial transverso.
- Efectuada la episiorrafia inspeccionar la línea de sutura, limpiar la vagina, remover los campos y realizar tacto rectal para comprobar la integridad del esfínter y el recto ²³

- Finalmente se toca con una solución antiséptica y se comunica a la usuaria el tipo de sutura utilizada y los cuidados e higiene para prevenir una infección.

La episiorrafia en la episiotomía mediana, se extiende hasta el extremo perineal y no se compromete más allá de la fascia del esfínter externo del ano²². En el plano medio se visualizan las fibras más externas del músculo transverso profundo.

La episiorrafia medio lateral, es igual no debe visualizarse el esfínter, no debe implicar más allá del plano medio²³.

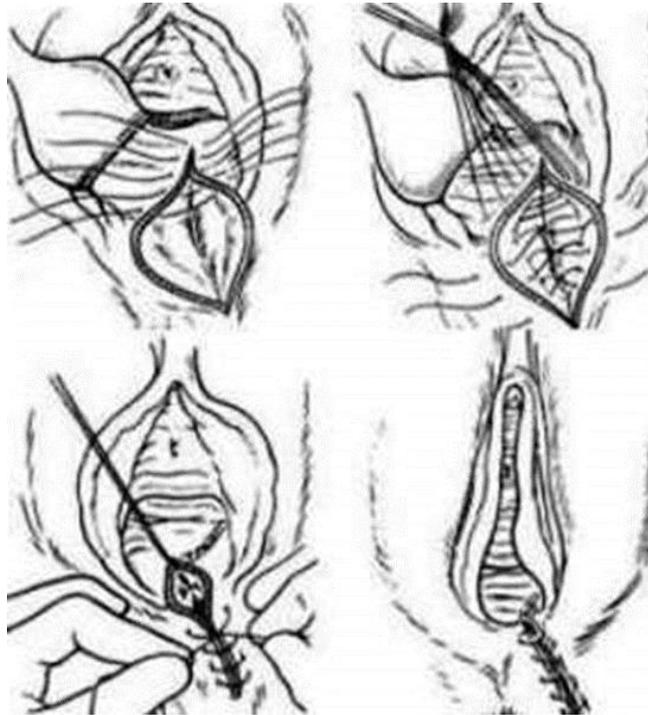


Figura 4. Técnica de la episiorrafia
Fuente: Williams Obstetricia F. Gary y Cols 21 edición

1.3.3.2 COMPLICACIONES DE LA EPISIORRAFIA

Llamamos complicaciones de la episiorrafia a todo evento patológico que se sucede en la sutura perineal pos parto.

1.3.3.3 DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA^{19,20,21}

Es una complicación mediata de la episiorrafia que consiste en la separación de tejidos unidos mediante sutura en el pos alumbramiento. Se asocia generalmente a la infección de la herida ²²

La incidencia se localiza entre 0.1 y 2.1% del total de episiotomías. Coexisten factores predisponentes para que se pueda llevar a cabo la dehiscencia de episiorrafia y son ^{20,24} :

- Infección bacteriana de la piel.- Puede ocasionar celulitis perineal polimicrobiana, por aseo deficiente y por mala asepsia y antisepsia en la zona de episiotomía.
- Aseo deficiente
- Estreñimiento.- Por el esfuerzo que se realiza en el pujo.
- Virus de papiloma humano.- Altera el sistema inmunológico
- Tabaquismo.- Provoca vaso constricción, el cual compromete la oxigenación tisular.
- Obesidad.- Alarga el proceso de cicatrización, por la mala funcionabilidad del sistema autoinmune.
- Hemorragia excesiva.- Anemia
- Hematomas
- Edad extrema.
- Anemia.- Presenta disminución de aportes calórico proteicos necesarios para el proceso de cicatrización.
- Flujo vaginal persistente o infecciones de trasmisión sexual.

- Trastornos de la coagulación.- Al estar alterada la cascada de coagulación, la cicatrización de los tejidos es exigua.



Figura 5. Dehiscencia completa de plano muscular profundo y superficial con integridad de plano vaginal
Fuente: Mirador clínico²⁵

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 en exudado seroso, serosanguinolento o purulento, de esta forma, se produce la dehiscencia completa de la episiorrafia, por ello, la infección y la dehiscencia están asociados. El dolor local y la disuria, con o sin retención urinaria son síntomas habituales ¹⁸.

Se han descrito casos excepcionales de celulitis perineal, cuyo punto de partida era en la episiotomía, es una infección típicamente

polimicrobiana que normalmente afecta a pacientes con factores de riesgo que predisponen a la inoculación y extensión de estas bacterias.

1.3.3.4 TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA

REPARACIÓN ^{15,23}

Se debe realizar la abertura total de la herida complicada, bajo efectos de sedación y retirar el tejido necrótico y restos de trozo de suturas quirúrgicas, se debe descartar posible fascitis (infección bacteriana rara que se propaga rápidamente).

Curación y limpieza de herida cada 12 u 8 horas, con solución antiséptica y agua estéril.

Antibiótico terapia

Cuando la herida se encuentra totalmente granulada sin signos de exudado y celulitis, se realizará la resutura.

1.3.4 MARCO CONCEPTUAL

- Episiotomía: Corte realizado en la zona del periné, cuyo objetivo es facilitar la salida fetal con la finalidad de disminuir lesiones en el feto o en el canal blando del parto ⁶.
- Episiorrafia: Es la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto.
- Dehiscencia de episiorrafia: Es una complicación mediata de la episiorrafia que consiste en la separación de tejidos unidos mediante

sutura en el pos alumbramiento. Se asocia generalmente a la infección de la herida ²².

- Anemia: La anemia en la gestación se define como el nivel bajo de hemoglobina, en el primer trimestre menor a 11 g/dl, en el segundo trimestre menor a 10.5 g/dl, en el tercer trimestre menos de 11 g/dl. La hemoglobina transporta el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo dentro de los glóbulos rojos o hamatíes, por lo que es imprescindible para una buena respiración (oxigenación) de los tejidos. A nivel del periné puede ocasionar que los tejidos sean friables ²³.
- Infección: Signos de flogosis, edema, rubor y calor con la presencia de exudado seroso, serosanguinolento y purulento.
- Factor de riesgo: Son aquellos rasgos, características de un individuo asociado con una probabilidad de experimentar un daño en su salud.
- Hematoma: Asociado casi siempre a las episiotomías medio laterales con prolongación, su aparición es temprana y la sintomatología que lo acompaña es dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido ¹².

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer qué factores de riesgo se asocian con la dehiscencia de episiorrafia en puérpera adolescente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer que los factores de riesgo institucionales determinan dehiscencia de episiorrafia.
- Conocer si la anemia condiciona dehiscencia de episiorrafia.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

ANANMESIS

A. FILIACIÓN

- a) Nombre completo : Y. Y. M. R.
- b) Edad : 17 años (16 años al inicio del 1er Control prenatal).

- c) Sexo : Mujer.
- d) Raza : Mestiza.
- e) Grado instrucción : Secundaria incompleta.
- f) Ocupación actual : Estudiante.
- g) Religión : Católica.
- h) Estado Civil : Soltera.
- i) Idioma : Español.
- j) Lugar / fecha nacimiento.: Tacna, 02-05-1998.
- k) Domicilio : Tacna
- l) Fecha caso clínico: 21-05-2018.
- m) Tipo anamnesis : Indirecta.

B. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Acude gestante adolescente acompañada de pareja para control prenatal.

1. Apetito : Normal.
2. Sed : Normal.
3. Sueño : Normal.
4. Micción: Normal. Volumen normal (500 a 1500 ml).
5. Deposiciones: Normal. Olor fétido.

C. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes fisiológicos

- Pre natales: Embarazo normal de 9 meses, sin enfermedades intercurrentes.

- Nacida de parto: Eutócico de 9 meses de gestación (a término).
- Lactancia y ablactancia: Lactancia materna exclusiva hasta 6 meses, ablactancia a 6 meses. Lactancia materna hasta los 2 años.
- Inmunizaciones: Refiere que todas (sin especificar).
- Dentición: Refiere normal, sin alteraciones.
- Desarrollo psicomotor: Refiere normal, sin alteraciones.

Antecedentes ginecológicos

- Menarquia: 12 años, sin dolor.
- Cantidad: Regular.
- Inicio relaciones coitales: 14 años.
- Dispareunia: No refiere.
- Prurito vulvar: No refiere.
- Uso de metodología anticonceptiva No.
- Examen de mamas: No.
- Cirugías gineco-obstétricas: No.
- Régimen catamenial: 3 días, cada 30 días
- Dismenorrea: No.
- N° Parejas sexuales: 1.
- Flujo genital: No refiere.

- Papanicolaou: No se hizo
- Infección de transmisión sexual: No

Antecedentes obstétricos

- Formula obstétrica: G: 0 P:0 P:0 A: 0 HV:0
- Gravidez :0
- Partos :0
- Prematuros: 0
- Abortos :0
- Hijos vivos :0

Antecedentes generales y socio económicos

- Vivienda: De sus padres
- Animales domésticos: No.
- Material: Noble.
- N° Habitaciones: 04.
- Recojo de Basura Si.
- Frecuencia de recojo de basura: Interdiario.
- Zona: Urbana.
- Servicios: Si: agua, luz, desagüe.
- Silo: No.
- N° Habitaciones: 02.
- Hábitos nocivos: Alcohol: No.
Café o té: No.
Tabaco: No.

- Gaseosas: No.
- Uso hierbas No.
- Alimentación: Carbohidratos: Excesivo.
Proteínas: Suficiente.
Grasas: Suficiente.

Antecedentes patológicos

- Enfermedades de la infancia: No refiere.
- Enfermedades en la adultez: No aplica.
- Intervenciones quirúrgicas: No refiere.
- Transfusiones: No refiere.
- Alergias (medicamentos, alimentos): No refiere.
- Enfermedades en adolescencia: No refiere.
- Accidentes o traumatismos No refiere.
- Hospitalizaciones: No refiere.

Antecedentes familiares

- Su padre: Vivo y sano.
- Su madre: Viva y sana.
- Sus hermanos: 2 Vivos y sanos.
- Su pareja: Vivo y sano.

Antecedentes sociales

- Grupo familiar: Vive con los padres.
- Horas de trabajo: 10.
- Horas de sueño: 08.

- Practica deportes: No.
- Relación con la familia: Buena.

Antecedentes económicos

- Fuente de trabajo: Comerciante de ropa usada. (Pareja estudia mecánica automotriz).

Ingreso mensual: S/. 300 además, recibe ayuda de los padres.

D. EMBARAZO ACTUAL CONTROL PRE NATAL

- Fórmula obstétrica: G 1 P 0000.
- FUM: 15-01-2015.
- FPP: 21-10-2015.
- EG: 11 semanas 6 días.
- Evaluación nutricional: Peso habitual de 46 kg, Talla: 152 cm.
- IMC: Normal (20.99)
- Peso actual: 48.5 kg.
- Ganancia de peso: 2.5 kg.
- Actividad Sexual: No refiere.
- Gestación planificada: No.
- Molestias I Trimestre: No refiere.
- Ecografía N° 1: No tiene
- Medicamentos: Niega
- Vacunas antitetánicas: 01 previa.

E. EXAMEN FÍSICO

EXAMEN GENERAL

Estado general / nutrición / hidratación:

Aparente buen estado general (ABEG) aparente buen estado de nutrición (ABEN)
aparente buen estado de hidratación (ABEH).

Estado de conciencia: Lúcida orientada en tiempo y espacio (LOTEP).

Funciones vitales:

- Presión arterial: 100/60 mmHg.
(Óptima: <120/<80 mmHg).
- Pulso: 74 por minuto (normal: 60-100 por minuto).
- Frecuencia respiratoria: 20 por minuto (Normal: 14-24 por minuto).
- Temperatura: 36,7° C (Normal: 36.5-37.5 °C).

Aspecto general

- Facies: Normal.
- Posición: Decúbito dorsal.
- Constitución: Normo esplácnico (normal, armoniosa).
- Deambulación Eubásica (normal).
- Actitud: Activa.

EXAMEN REGIONAL O POR SISTEMAS

Piel

- Elasticidad: Normal.
- Humedad: Normal.

- Lesiones: Ninguna.

Faneras

- Alteraciones: Ninguna.
- Color de cabello: Negro.
- Uñas: Llenado capilar normal.

Celular sub cutáneo

Normal.

Examen regional

Cabeza

- a) Posición, forma, tamaño: Erecta, normo céfalo, mesaticéfalo.
- b) Región orbitaria: Pestañas implantación normal, párpados normales, conjuntivas palpebrales normales (rojas).
- c) Región nasal aurículo mastoidea: Nariz recta, pabellón auricular formación adecuada.
- d) Boca: Labios delgados; mucosa oral rosada y húmeda; encías rosadas y húmedas; lengua rosada, húmeda y papilada; dientes completos.
- e) Cuello: Posición central, tamaño regular, forma cilíndrica y movilidad activa.

Tórax-pulmones

- a) Inspección: Forma: Elíptico (adulto normal), Pezones conformados. Simetría: Mamas simétricas.

Cardiovascular

- a) Inspección: Aparentemente normal.
- b) Palpación: Aparentemente normal.
- c) Percusión: Aparentemente normal.
- d) Auscultación: Aparentemente normal.

Abdomen

- a) Inspección:
 - Forma y volumen: Globuloso.
 - Características de la piel: Sin alteraciones.
 - Cicatriz umbilical: Aplanada.
 - Pared abdominal: Movimientos de respiración.

- b) Palpación, percusión y auscultación:
 - Aparentemente normal .

Riñón

- a) Puño percusión lumbar: Aparentemente normal.

Osteomuscular

- a) Inspección de columna (cervical, dorsal, lumbar, sacro iliáca, curvaturas), extremidades superiores y extremidades inferiores: Aparentemente normal.

Neurológico

- a) Conciencia: Lúcido, orientada en tiempo espacio

EXAMEN GINECOLÓGICO OBSTÉTRICO

- a) Mamas:
 - Simétricas: Si.
 - Piel: Apariencia normal.
 - Tamaño: Pequeñas.
 - Areola y pezón: Normal, conformado.
- b) Abdomen:
 - Altura uterina: No aplica
 - Estrías: No se evidencia
 - Línea bruna: No se evidencia
- c) Genitales externos e internos:
 - Inspección: De nulípara.
 - Palpación:
 - Tacto vaginal: Vagina amplia elástica profunda.
 - Papanicolaou: Se realiza toma de muestra de Papanicolaou.
 - Flujo vaginal: En escasa cantidad
- d) Extremidades inferiores:
 - Varices: No.
 - Edemas: No.

F. DIAGNÓSTICO:

- 1) Primigesta de 11.6 semanas por FUR.
- 2) Examen de mamas.
- 3) Toma de Papanicolaou.

- 4) Síndrome de flujo vaginal.
- 5) Consejería procreativa.
- 6) Bajo peso.
- 7) Orientación y consejería nutricional.
- 8) Consejería pre test.
- 9) Prueba rápida VIH.
- 10) Consejería post test No reactivo.
- 11) Prueba rápida sífilis.

G. TRATAMIENTO

- Ácido fólico: 1 tableta vía oral, cada 24 horas, por 30 días.

H. INDICACIONES

- Interconsulta a medicina general.
- Interconsulta a consultorio dental.
- Se solicita batería de análisis de laboratorio de la gestante.

I. CONTRAREFERENCIA

El establecimiento de contrareferencia fué el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en el cual la paciente egresó con el diagnóstico de egreso:

- 1) Parto eutócico.
- 2) Puérpera mediata.
- 3) Adolescente
- 4) Anemia moderada

J. CONTROLES DE PUERPERIO

1. CONSULTORIO DE OBSTETRICIA

1er CONTROL DE PUERPERIO

Fecha: 26-10-2015. 08:40 Horas.

Edad: 17 años

Peso: 58 kg.

Talla: 1,52 m.

Temperatura : 36,2 °C.

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Frecuencia cardiaca: 68 por minuto

Presión arterial: 100/70 mmHg.

Anamnesis o motivo de consulta:

Acude a consulta por control de puerperio. Refiere: parto el 19-10-2015, recién nacido de sexo mujer, peso 3750 g, talla 52 cm. parto eutócico en

Hospital Hipólito Unánue de Tacna. Paciente refiere que el tiempo de su parto fue “largo”

Actualmente refiere ardor y dolor en zona de episiotomía acompañada de eliminación de secreción al parecer purulenta.

Funciones biológicas: Apetito: Normal. Sueño: Normal. Sed: Normal.

Orina: Normal. Deposiciones: Estreñimiento

Examen físico:

Aparente regular estado general, Mamas: turgentes secretantes, pezones formados a la expresión elimina secreción láctea Abdomen: blando, depresible. Genitales externos: se observa dehiscencia de episiorrafia plano superficial paredes congestivas enrojecidas. Miembros inferiores: sin edemas ni várices.

Impresión diagnóstica:

- 1) Control post parto
- 2) Dehiscencia de sutura.
- 3) Puérpera mediata

Tratamiento/indicaciones:

- Educación sanitaria.
- Interconsulta de Medicina.

Cita: 2-11-2015.

Motivo: Control

2. CONSULTORIO DE MEDICINA

Fecha: 26-10-2015 19:30 Horas.

Edad: 17 años. Peso: 58 kg. Talla: 1,52 m. T°: 36,2°C,

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto.

Frecuencia cardiaca: 68 por minuto

Presión arterial: 100/70 mmHg.

Anamnesis o motivo de consulta:

Dolor en zona de episiorrafia. Fecha de último parto(FUP): 19-10-2015, parto eutócico.

Funciones.Biológicas: Apetito: Normal. Sueño: Normal. Sed: Normal.

Orina: Normal. Deposiciones: Normal.

Examen físico:

AREG, ABEN, ABEH, Activa. Genitales externos: episiorrafia suelta en 4 cm, con presencia de escasa secreción purulenta.

Impresión diagnóstica:

- 1) Puerpera tardía.
- 2) Dehiscencia de episiorrafia infectada.

Tratamiento/indicaciones:

- Dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, vía oral, por 5 días
- Naproxeno 550 mg cada 12 horas, vía oral, por 5 días.
- Rifocina spray tópico cada 8 horas, por 3 días.

Cita: 1-11-2015.

Motivo: Sutura.

CONSULTORIO DE MEDICINA

Fecha: 1-11-2015. 19:45 horas.

Edad: 17 años. Peso: 58 kg. Talla: 1,52 m. T°: 36,5°C.

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Talla: 1,52 m.

T°: 36,2°C.

FR: 20 por minuto.

FC: 68 por minuto.

Presión arterial : 90/60 mmHg.

Anamnesis o motivo de consulta:

Paciente acude a curación de episiorrafia.

Funciones Biológicas Apetito: Normal. Sueño: Normal. Sed: Normal.

Orina: Normal. Deposiciones: Normal.

Examen físico:

Aparente regular estado general. Vagina: se encuentra episiorrafia entre abierta. Se realiza la curación.

Impresión diagnóstica: Dehiscencia de episiorrafia

Tratamiento/indicaciones: Curación

Cita: 05-11-2015.

Motivo: Curación (2).

**CONSULTORIO DE OBSTETRICIA CURACION (2) – 2º CONTROL DE
PUERPERIO**

Fecha: 05-11-2015. 14:45 horas.

Edad: 17 años

Peso: 57.5 kg.

Talla: 1,53 m.

T°: 36,2°C.

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto.

Frecuencia cardiaca: 68 por minuto.

Presión arterial: 90/60 mmHg.

Anamnesis o motivo de consulta:

Paciente acude por curación de episiorrafia con dehiscencia. Refiere parto en Hospital el día 19-10-2015. RN: sexo mujer. Peso: 3750 g.

Funciones Biológicas (Fs.Bs): Apetito: Normal. Sueño: Normal. Sed: Normal. Orina: Normal. Depositiones: Estreñimiento.

Examen físico:

Lúcida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP).

Abdomen: útero intrapélvico.

Examen ginecológico: dehiscencia de episiorrafia.

Impresión diagnóstica:

- 1) Curación dehiscencia episiorrafia.
- 2) Lactancia materna exclusiva.
- 3) Consejería en planificación familiar.
- 4) Puérpera de 16 días (2 control).

Tratamiento/indicaciones:

- Higiene perineal Mañana, tarde y noche

Cita: 07-11-2015.

Motivo: Curación (3)

CONSULTORIO DE OBSTETRICIA

Fecha: 16-11-2015. 10:00 horas.

Edad: 17 años

Peso: 58 kg.

Talla: 1,53 m.

Anamnesis o motivo de consulta:

Paciente acude a consulta para curación de dehiscencia de episiorrafia.

Asintomática.

Funciones Biológicas:

Apetito: Normal.

Sueño: Normal.

Sed: Normal.

Orina: Normal.

Deposiciones: Normal.

Examen físico:

Aparente regular estado general Aparente regular estado de Nutrición

Lúcido orientado en tiempo espacio y persona. Mamas: secretantes turgentes sin particularidades. Genitales externos: de primípara, se procede a realizar curación. Miembros inferiores: no edema, no varices.

Impresión diagnóstica:

- 1) Dehiscencia de episiorrafia resuelta
- 2) Consejería en planificación familiar.
- 3) Inicio Método hormonal trimestral (1).

Tratamiento/indicaciones:

- Educación sanitaria.
- Higiene perineal Mañana, tarde y noche
- Solutres 1 gr. Intramuscular

Cita: 16-02-2016.

2.3 DISCUSIÓN

Uno de los factores de riesgo según la investigación realizada por Guevara ⁴ el 42.1% presentó periodo expulsivo prolongado. De igual forma en la Guía de episiotomía complicada ¹⁵ no los presenta como factor de riesgo además el trabajo de parto prolongado, lo cual coincide con el caso clínico en estudio el cual tuvo un periodo expulsivo prolongado.

Podemos coincidir con los estudios de Flores ³ y Guevara ⁴ que la anemia es un factor de riesgo para desarrollar dehiscencias. En nuestro caso clínico la paciente presenta una anemia moderada con la que egresó del hospital, y lo cual se veía ya desde el tercer trimestre de embarazo que tenía una hemoglobina de 9.8 g/dl.

Las infecciones vaginales como antecedente para desarrollar dehiscencias de episiorrafia fué también encontrado como un factor de riesgo en nuestro paciente, algo muy similar en la investigación de Flores ³ que encuentra asociación infecciones y anemia para desarrollar dehiscencias de episiorrafia. En la bibliografía de Brooks ¹⁸ y Guía de práctica clínica SALUD, SEDENA, SEMAR ¹⁵ encontramos que las infecciones vaginales previas al parto o mal tratadas producen friabilidad de los tejidos de la zona vaginal lo cual no ayuda en la cicatrización correcta de la sutura produciéndose de esa manera las dehiscencias.

2.4 CONCLUSIONES

- La anemia moderada es un factor de riesgo importante asociado a las dehiscencias de episiorrafias en el presente caso clínico.
- Las infecciones genitales previas es un factor de riesgo asociado a las dehiscencias de episiorrafias.
- Las dehiscencias de episiorrafias se pueden prevenir con un adecuado tratamiento de estas patologías encontradas (anemia e infecciones genitales) durante la etapa del embarazo.

2.5 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que durante los controles prenatales se traten las infecciones genitales de las gestantes, pues esta se presentó como factor de riesgo importante en las dehiscencias de episiorrafias.
- Se ha visto también que la anemia es un factor de riesgo para desarrollar dehiscencias de episiorrafias, por lo cual se recomienda brindar consejerías de carácter nutricional permanente y tratarlas a tiempo para disminuir esta patología, pues se ve que la anemia es un factor de riesgo para diferentes patologías durante el embarazo.
- La educación no solo se debe brindar a la gestante sino también a la pareja y familia; en las clases de psicoprofilaxis obstétrica se debe aprovechar en educar a la familia cuando acuden con ellos. Muchas veces la gestante se va concientizada pero en sus hogares encuentra nuevamente las creencias, como por ejemplo “no tomar pastillas”, cuando les brindamos el sulfato ferroso para prevenir la anemia.

- Se sugiere realizar más estudios prospectivos sobre el tema y tomando en cuenta otros factores tales como experiencia del profesional, cobertura antibiótica, tipo de sutura, tipos de hilos de sutura, etc,
- Para los establecimientos de primer nivel de atención se debe detectar y atender los factores de riesgo que presentan las gestantes para evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barreto Alveranga, Marina y cols. “Evaluación de la curación de la episiotomía: confiabilidad de la escala de enrojecimiento, edema, equimosis, drenaje, aproximación (REEDA). 2015 Universidad de Sao Paulo. Brasil. Disponible en www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00162.pdf
2. Ramirez D. Uso de poligalactina 9/0 2/0 vs catgut crómico 0 en episiorrafias de pacientes primigestas. Hospital Vicente Corral Moscoso-Cuenca-2010,
3. Flores A, Edgar. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero-diciembre 2013 (Tesis de Médico Cirujano). Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina. Trujillo 2014.
4. Guevara C, Maricela. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Lima 2014 (Tesis de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. EAP de Obstetricia. Lima 2015
5. Albino S, Frank. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana Piura, 2005
6. G, Belizan Caroli,. Epsiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). En la biblioteca Cochrane Plus, 2008 N°4. Oxford. <http://www.update-software.com> (traducida de Cochrane Library 2008)

7. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Washington (DC), 2011
8. Centro de Salud Ciudad Nueva de Tacna, informe HIS MIS 2015.
9. Pages. Gustavo, Martell Alfredo. Intervenciones Menores. Lesiones del canal del parto. Cap 41- 2008. Disponible en:

http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones_moderna/OM-41.pdf.
10. Cabero L, Saldivar D. Ramirez D, Operatoria Obstétrica: una visión actual. México. Editorial Médica Panamericana, 2009
11. Moreira C. Torres A. Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación. Ecuador. Universidad Técnica Particular de Loja. Departamento de Ciencias de la Salud. 2013
12. Vergara G. Episiotomía. Colombia. E.S.E Clínica Rafael Calvo. 2009.
Disponible en :
<http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EPISIOTOMIA.pdf>
13. Kalis V. Laine K, Leeuw de JW. Ismail KM, Tincello DG. Clasificación of episiotomy: towards a standardization of terminology. BJOG. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology . 2012. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304364.
14. Zamora Cifuentes LG. 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. Riobamba. Ecuador. Escuela de Medicina- 2011. Disponible en:

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3443/1/94T00106.pdf>.

15. Gobierno Federal de México. Prevención, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de episiotomía complicada. Guía de referencia rápida. SALUD, SEDENA, SEMAR. México 2013. disponible en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx>

16. Jiménez A. Guía de episiotomía y episiorrafia. Colombia E.S.E Hospital San Francisco de Asís. 2013

17. Dimitrov A. Tsenov D. Ganeva. Causas de complicaciones en la cicatrización de la episiotomía.. Akush Ginekol. 2009

18. Brooks E. Infección de episiotomías. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1999

19. Uygur D, Yesidalglar N, Kis S, T Sipahi. Reparación temprana de la dehiscencia de episiotomía. Aust.2004

20. Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal. De Anda Aguilar L., Castañeda Solis A. et al Caso CONAMED. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 60, n.o 5, septiembre-octubre 2017

21. William, Obstetricia 22 edición Mc. Graw –Hill.2006. New York

22. Calvo C., E.S.E. Clínica de maternidad Episiotomía disponible en:
<https://www.academia.edu/8103788/Episiotom%C3%ADa-Episiiorrafia>

23. Garay Cunningham, F y col. Williams Obstetric 20 ava edición 1998

24. Organización Mundial de la Salud. Deficiencia de hierro y anemia. OMS, página oficial <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.html>
25. Mirador clínico, Complejo hospitalario universitario de Albacete. Dehiscencia de episiotomía 2013 disponible en:
http://www.chospab.es/miradorclinico/index.php?option=com_content&view=article&id=496%3Adehiscencia-de-episiotomia&catid=338%3Avulva&Itemid=394&lang=en
26. Berzaín M, Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Revista Científica Ciencia Médica. vol.17.Nº2 Cochabamba. Bolivia 2014.