

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CONOCIMIENTOS EN PACIENTES PUÉRPERAS, SOBRE AUTOCUIDADO DE EPISIOTOMÍA Y
SIGNOS DE INFECCIÓN.**

HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, JULIO 2018.

TESIS DE GRADO

MIRIAM CLARISSA ORTÍZ ALVARADO
CARNET 12663-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

**CONOCIMIENTOS EN PACIENTES PUÉRPERAS, SOBRE AUTOCUIDADO DE EPISIOTOMÍA Y
SIGNOS DE INFECCIÓN.**

HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, JULIO 2018.
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
MIRIAM CLARISSA ORTÍZ ALVARADO

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. LESTER ARIEL GIRÓN ROMERO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. EDGAR ENRIQUE CHAVEZ BARILLAS
LIC. BLANCA MAGDANY QUIROA ROBLEDO
LIC. CLAUDIA MARIA DE LEÓN LEON



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Comité de Tesis

VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION

Guatemala, 12 de julio de 2018

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **CONOCIMIENTO EN PACIENTES PUÉPERAS SOBRE AUTOCUIDADO DE EPISIOTOMÍA Y SIGNOS DE INFECCIÓN**, de la estudiante **Miriam Clarissa Ortiz Alvarado** con **carne N°1266312**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Lester Ariel Girón Romero
MSc. Ginecología y Obstetricia
C.C. No. 15,522

Lester Ariel Girón Romero
Asesor de Investigación

Cc/

- Archivo
- Gestor Académico de FCS



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 091020-2018

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante MIRIAM CLARISSA ORTÍZ ALVARADO, Carnet 12663-12 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09714-2018 de fecha 21 de agosto de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**CONOCIMIENTOS EN PACIENTES PUÉRPERAS, SOBRE AUTOCUIDADO DE
EPISIOTOMÍA Y SIGNOS DE INFECCIÓN.**

HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, JULIO 2018.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de agosto del año 2018.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a la Virgen María

Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por darme la fortaleza aún en los días más difíciles.

A mis padres

Agustín Ortiz y Miriam Alvarado, por su apoyo incondicional, por ser unos padres responsables y comprometidos con nuestra educación, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado, por todo su amor y comprensión, gracias por ser un ejemplo y por siempre motivarnos a ser mejor.

A mis hermanas

Lilian y Fátima, por su comprensión, apoyo, cariño, por sus ánimos y por estar conmigo en todo momento.

A mi familia

A mis tías, tíos, padrinos y primos, por todo su apoyo y buenos deseos a lo largo de este proceso.

A mi tutor

Dr. Jose Luis Chacón, por todo su apoyo, paciencia y por compartir sus conocimientos conmigo.

A mi asesor

Dr. Lester Ariel Girón, por su ayuda y constante guía durante el desarrollo de esta tesis.

A mis amigas y compañeros de la carrera

Por todo su apoyo de manera desinteresada, por su comprensión y acompañamiento a lo largo de mi carrera.

RESUMEN

Antecedentes: La episiotomía definida como una incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, con el objetivo de ampliar las partes blandas y facilitar la expulsión del producto, durante el parto. Siendo un procedimiento quirúrgico, tiene riesgos, entre ellos las infecciones las cuales son la primera causa de dehiscencia de episiorrafia; los factores que lo favorecen son falta de asepsia, así como falta de autocuidado.

Objetivos: Determinar el conocimiento de las pacientes sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal. Para ello se calcularon promedios e intervalos de confianza al 95%.

Resultados: De las 100 pacientes encuestadas se obtuvo una media de 49.8 \pm 20.3 puntos en el conocimiento general, donde el 22% tiene un adecuado conocimiento mientras que el 78% no lo tiene. En cuanto al conocimiento sobre infección de episiotomía la media fue de 46.6 \pm 17.21 puntos y en autocuidado fue de 53.5 \pm 24.4 puntos.

Conclusiones: La mayoría de las pacientes no tiene conocimientos adecuados sobre autocuidado ni signos de infección y no está asociado a la escolaridad. Las pacientes mostraron deficiencias en reconocer los síntomas de una herida infectada al igual que la identificación y descripción correcta del procedimiento. Se observaron deficiencias en saber reconocer el periodo ideal para iniciar vida sexual y en el cuidado de la herida. La paciente promedio es una mujer primípara, mayor de 18 años, unida, con baja escolaridad y sin trabajo remunerado.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEORICO.....	3
1. Episiotomía	
1.1 Definición	
1.2 Epidemiología	
1.3 Propósitos de la episiotomía	
1.4 Criterios de la episiotomía	
1.5 Momentos de la episiotomía	
1.6 Dolor después de la episiotomía	
2. Infección puerperal	
2.1 Definición	
2.2 Factores predisponentes	
2.2.1 Generales	
2.2.2 Específicos	
2.3 Agentes etiológicos	
2.4 Fiebre puerperal	
2.5 Patogenia	
2.6 Formas clínicas	
2.6.1 Infección puerperal localizada	
2.6.2 Infección puerperal propagada	
3. Episiotomía complicada	
3.1 Definición	
3.2 Factores predisponentes	
3.3 Diagnóstico de infección	
3.4 Complicaciones tardías	
3.5 Tratamiento	
4. Alta hospitalaria obstétrica posparto	
4.1 Definición	
4.2 Alta clínica	
4.3 Informe de alta	
OBJETIVOS.....	10
MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	23
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28
ANEXO 1.....	30
ANEXO 2.....	34

INTRODUCCIÓN

La episiotomía se define como una incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, con el objetivo de ampliar las partes blandas y facilitar la expulsión del producto, durante el parto.¹ Al igual que cualquier procedimiento quirúrgico, la episiotomía acarrea un sin número de riesgos: hemorragias, formación de hematomas e infección.² Teniendo por tanto, mayor riesgo los partos atendidos en instituciones públicas, donde por normativa internacional, a toda paciente primípara se le realiza episiotomía.

La infección de episiotomía se diagnostica según criterios clínicos.³ Los signos y síntomas que se describen para una episiotomía infectada son principalmente fiebre, dolor, eritema, sensibilidad, inflamación, secreción purulenta y dehiscencia.⁴ La episiotomía se relaciona con morbilidad significativa y complicaciones como desgarros o extensiones de tercero y cuarto grado, dehiscencia, incontinencia rectal, formación de fistulas, infección y muerte.⁴

En un Informe Ramin y colaboradores se encontró que 27 (79%) de 34 mujeres experimentaron dehiscencia secundaria a infección, de estas 86% mujeres con episiotomía de línea media y 69% de aquellas con episiotomía medio lateral.⁵ Brooks Salazar, en un estudio realizado en Guatemala, menciona que la incidencia de infección es del 42,2% esto demostrado mediante cultivos, presentándose con mayor frecuencia en primíparas, tipo de episiotomía lateral y atendidas por médico especialista; sin embargo, se aclara que el índice puede ser más alto ya que solo se realizaron 90 cultivos de 190 episiotomías realizadas.⁷

En este sentido, la paciente Gineco-obstétrica tiene un riesgo relativamente mayor de sufrir infecciones concomitantes, primero porque durante el embarazo existe una supresión natural de funciones inmunitarias para alojar al injerto fetal, y segundo, porque los sitios a intervenir tienen por naturaleza flora bacteriana saprofita que en un momento dado puede condicionar patología, aún con las medidas de asepsia y antisepsia que se llevan a cabo de rutina.^{8,9} Las infecciones de episiotomía son la primera causa de dehiscencia de episiorrafia; los factores que lo favorecen son falta de asepsia y protección antibiótica, así como la falta de autocuidado.⁹

Por tanto, los cuidados en el puerperio adquieren especial relevancia, ya que después del parto comienza una etapa vital crítica para la mujer. Y es aquí donde toma importancia la educación para la salud que se debe impartir a la puérpera a nivel intrahospitalario tras el parto, con el fin de evitar repercusiones durante este periodo.¹⁰

El Hospital Roosevelt, al ser un hospital público y de referencia, atiende más de 9,000 partos al año, según estadísticas del año 2015. Por lo que teniendo en cuenta la magnitud de la población, la calidad de la misma y el poco acceso a la salud que existe en Guatemala, resulta importante informar y educar a los pacientes antes de su egreso.

En el Hospital Roosevelt de Guatemala no existe actualmente un programa que proporcione educación a todas las pacientes puérperas inmediatas sobre las posibles complicaciones de episiotomía, los signos de aparición temprana y cuidados durante el puerperio.

Brindar estrategias de conocimiento durante el puerperio resulta esencial en el cuidado de la salud materna y como parte de las obligaciones sanitarias.

Este estudio tendrá como utilidad una base para la realización de un programa o estrategia de educación para las pacientes egresadas sobre cuidados durante el puerperio, con el fin de poder identificar de manera precoz complicaciones durante este periodo, logrando disminuir la tasa de morbilidad materna junto con costos hospitalarios.

MARCO TEÓRICO

1. Episiotomía

1.1 Definición

La episiotomía, en un sentido estricto, es una incisión de las partes pudendas y la perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, el término *episiotomía* suele usarse como sinónimo de *perineotomía*.¹³

La episiotomía en tanto se define como una incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, con el objetivo de ampliar las partes blandas y facilitar la expulsión del producto, durante el parto.¹⁴

La incisión puede realizarse en la línea media para la episiotomía media o es posible empezar en la línea media pero dirigirse hacia fuera y abajo en dirección opuesta del recto, lo que constituye una episiotomía medio lateral.¹³

1.2 Epidemiología

Este procedimiento se realiza de forma variada en distintos países. Según datos obtenidos de trabajos realizados entre 1996 y 2012, en los Estados Unidos se le realiza al 62,5% de las madres nulíparas, primigestas con feto único vivo, 30% en Europa (Suecia con el porcentaje más bajo con el 9,7%) y 90 al 100% en Países Latinoamericanos y lugares como Taiwán.¹⁵

1.3 Propósitos de la episiotomía

La episiotomía se aceptó por diversos motivos, por ejemplo la sustitución de una incisión quirúrgica recta, que era más fácil de reparar y por la laceración irregular observada desde otros puntos de vista. Además de las creencias de que el dolor posoperatorio es menor y la cicatrización mejor con una episiotomía, en comparación con un desgarro.¹³

Otro beneficio que se citaba, pero que no estaba comprobado para la práctica regular de la episiotomía, era que prevenía las complicaciones relacionadas con el piso pélvico, es decir los defectos de soporte de la pared vaginal y la incontinencia.¹³

Sin embargo, distintos estudios de observación sistemática se vinculaba con aumento de la incidencia de desgarros del esfínter anal y el recto.¹³

El American College of Obstetricians and Gynecologists concluyó que el uso restringido de la episiotomía era preferible que el sistemático. Los autores sostienen

que el procedimiento debe aplicarse de manera selectiva bajo indicaciones apropiadas, en donde se incluyen indicaciones fetales como Distrofia de hombros y producto pélvico, aplicación de fórceps o extractor al vacío, posiciones occipito-posteriores y casos en los que pueda ocurrir rotura del perineo si no se practica una episiotomía. La regla final es que no existe un sustituto para el juicio quirúrgico y el sentido común.¹³

1.4 Criterios de la episiotomía

La indicación precisa para la realización de la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal y es de polémica los beneficios sobre los trastornos de la estática pélvica, facilitando abreviar la expulsión fetal y maniobras obstétricas.

El beneficio perineal de la episiotomía, fundamentalmente a largo plazo, ha sido actualmente cuestionado por los resultados de varias y amplias series internacionales. Ninguno de los trabajos publicados ha sido capaz hasta la fecha de proporcionar una respuesta clara en cuanto al posible efecto preventivo sobre los trastornos de la estática pélvica y la incontinencia urinaria.

1.5 Momentos de la episiotomía

La episiotomía se debe llevar a cabo cuando es visible un diámetro de 3 a 4 cm de la cabeza durante una contracción. Cuando se utiliza durante el parto con fórceps, la mayor parte de los obstetras practican la episiotomía tras la aplicación de las hojas.¹³

1.6 Dolor después de la episiotomía

La analgesia mediante bloqueo puede ayudar a aliviar el dolor peroneal postoperatorio. La aplicación de paquetes de hielo ayuda a mitigar el edema y aliviar las molestias. Los analgésicos como la codeína confieren alivio considerable. Debido a que el dolor puede ser señal de un gran hematoma vulvar, paravaginal o isquiorrectal, o de celulitis perineal, es indispensable revisar esos sitios de forma cuidadosa si el dolor es intenso o persistente.¹³

2. Infección puerperal

2.1 Definición

Se define infección puerperal como cualquier infección bacteriana del aparato genital después del parto.¹³

Es un proceso séptico originado en el aparato genital femenino, localizado o generalizado, que se manifiesta en el puerperio. Es necesario que la puérpera presente una temperatura igual o superior a 38°C al menos durante dos días y entre el segundo y décimo día tras el parto.¹⁶

También se define como una enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación.¹⁷

2.2 Factores Predisponentes

2.2.1 Generales

- Anemia
- Desnutrición
- Obesidad
- Enfermedades crónicas debilitantes
- Pobreza, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes.¹⁷

2.2.3 Específicos

Durante el embarazo

- Control prenatal deficiente
- Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud
- Infecciones de vías urinarias
- Infecciones cervicovaginales
- Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos
- Rotura prematura de membranas (RPM) de más de 6 horas.
- Óbito fetal

Durante el parto

- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
- Corioamnionitis
- Parto instrumentado (utilización de fórceps)
- Desgarros cervicales y vaginoperineales mal reparados
- Revisión manual de la cavidad uterina
- Pérdida hemática mayor de 500 mL.¹⁷

2.3 Agentes etiológicos

Los agentes que con más frecuencia se aíslan son Streptococcus grupo B, *Streptococcus anaerobios*, *Escherichia coli* y diversas especies de bacteroides.¹⁶

La *Chlamydia trachomatis* suele observarse como agente responsable de las endometritis de inicio tardío (aparecidas entre los tres días a las seis semanas después del parto). Por el contrario, la aparición de fiebre en las primeras 12 horas del puerperio se asocia a menudo con bacteriemias por Streptococcus del grupo B.¹⁶

El espectro microbiano es distinto en las endometritis que aparecen a pesar de la administración de antibióticos profilácticos (cefalosporinas). En estos casos, suele aislarse enterococos y enterobacterias.¹⁶

2.4 Fiebre puerperal

Hay muchos factores que pueden causar fiebre durante el puerperio y la mayoría de las fiebres persistentes en este período se debe a infecciones del aparato genital. Se debe tomar en cuenta que la fiebre que aparece en las primeras 24 horas después del parto es debido en la mayoría de las veces a una infección pélvica agresiva por estreptococos del grupo A. Existen otras causas como las ingurgitaciones mamarias, pielonefritis o complicaciones respiratorias después de la cesárea que se deben tomar en cuenta.¹³

2.5 Patogenia

La infección puerperal después de un parto vaginal casi siempre se encuentra en el sitio de implantación de la placenta, la decidua y el miometrio adyacente, o las laceraciones de cuello uterino y vagina. La patogenia de la infección uterina después de una cesárea corresponde a la de una incisión quirúrgica infectada. Las bacterias que colonizan el cuello uterino y la vagina llegan hasta el líquido amniótico durante el trabajo de parto y después del parto invaden el tejido uterino desvitalizado.

A continuación aparece una celulitis parametrial con infección del tejido conectivo fibroareolar retroperitoneal pélvico con el tratamiento temprano, la infección se contiene dentro de los tejidos paravaginales, pero puede extenderse a un plano profundo de la pelvis.¹³

2.6 Formas Clínicas

2.6.1 Infección puerperal localizada

Se define como la infección de las lesiones, laceraciones o pérdida de continuidad del perineo, vulva, vagina y cuello mal reparados, en el sitio de la episiorrafia, en la herida quirúrgica de la operación cesárea o en el endometrio (endometritis).¹⁷

1.6.2 Infección puerperal propagada

En ésta forma clínica se compromete varios órganos genitales internos y el peritoneo, y si no se les trata oportunamente pueden llegar a condicionar un estado de choque séptico a través de diferentes vías de propagación de la infección.¹⁷

3. Episiotomía complicada

3.1 Definición

Se define como la presencia de complicaciones de una episiotomía siendo las más frecuentes: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, dehiscencia y por supuesto infección.¹⁸

3.2 Factores predisponentes

Las infecciones de episiotomía se presentan entre el 0.5% al 3% de los casos. Los factores que la favorecen son la falta de asepsia, la existencia de un hematoma, sutura incorrecta, múltiples tactos o partos distócicos, higiene postoperatoria insuficiente, infecciones genitales previas o ruptura prematura de membranas sin protección antibiótica.¹⁸

3.3 Diagnóstico de infección

El diagnóstico se debe sustentar en la historia clínica obstétrica y de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente. En presencia de dolor, fiebre o hemorragia en la paciente en puerperio, realizar una exploración física dirigida con sospecha de infección localizada en la episiotomía. Son datos de sospecha de infección de episiotomía la presencia de:

- Dolor en sitio de episiotomía
- Secreción purulenta
- Edema

- Fiebre¹⁸

El diagnóstico se debe sustentar en la historia clínica obstétrica y de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente. En presencia de dolor, fiebre o hemorragia en la paciente en puerperio, realizar una exploración física dirigida con sospecha de infección localizada en la episiotomía.¹⁸

Se han descrito casos de celulitis perineal, cuyo punto de partida es la episiotomía en una infección típicamente polimicrobiana que normalmente afecta a pacientes con factores de riesgo que predisponen a la inoculación y extensión de estas bacterias.¹⁸

Las infecciones de episiotomía se presentan entre el 0.5% al 3% de los casos. Los factores que favorecen son falta de asepsia, la existencia de un hematoma, sutura incorrecta, múltiples tactos o partos distócicos, higiene postoperatoria insuficiente, infecciones genitales previas, o ruptura prematura de membranas sin protección antibiótica.¹⁸

3.4 Complicaciones tardías

Las complicaciones tardías más frecuentes son:

- Dolor perineal con o sin vida sexual
- Procesos adherenciales vaginales o bridas
- Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía
- Quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor.
- Fistulas recto vaginales.¹⁸

3.5 Tratamiento

En el tracto genitourinario, los microorganismos más frecuentes que causan morbilidad postparto como fiebre, endometritis, infección de la episiotomía con o sin desgarro vaginal es la flora mixta aerobia y anaerobia con un predominio de microorganismos gram negativos como Enterococos, Estreptococos del grupo B, los Estafilococos, bacilos gram negativos y los anaerobios, *Gardnerella vaginalis*, *Staphylococcus aureus* y bacterias Anaerobias del cuello uterino.¹⁸

Las cefalosporinas de primera y tercera generación son de primera elección por su acción de amplio espectro y mínimo riesgo de reacción alérgica en procedimientos obstétricos. En caso de alergias a cefalosporinas utilizar la clindamicina o eritromicina.¹⁸

En pacientes con desgarros perineales postparto el uso de antibióticos de amplio espectro es recomendable ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica

por materia fecal. Cualquier absceso debe ser drenado y tratado posteriormente con cuidados locales.¹⁸

La infección de episiotomía puede manifestarse en su forma no abscedada y abscedada lo cual condicionaría el tratamiento quirúrgico de esta última. Dentro de los fármacos útiles en episiotomía infectada se encuentran:

- Eritromicina
- Cefalosporinas de segunda generación
- Cefalosporinas de tercera generación
- Clindamicina
- Metronidazol en casos de contaminación con materia fecal.¹⁸

4. Alta hospitalaria obstétrica posparto

4.1 Definición

Se considera alta hospitalaria obstétrica posparto a una alta por orden médica al considerarse que la paciente no precisa cuidados hospitalarios.¹⁶

4.2 Alta clínica

Las condiciones son las siguientes:

- Paciente apirética desde 48 horas previas al alta.
- No muestra sintomatología excepto las propias del puerperio normal.
- Exploración de alta:

La cual consiste en la exploración mamaria, la revisión de la herida perineal y tacto vaginal.¹⁶

4.3 Informe de alta

Se entregará a la paciente un informe escrito en el que consten los siguientes puntos:

- Mención de la patología gestacional si la hubiera.
- Condiciones de la paciente en el momento de admisión.
- Si es necesario, suplementación con hierro y ácido fólico durante todo el puerperio, o durante todo el período de lactancia en la paciente con lactancia natural.¹⁶

OBJETIVOS

Objetivo General:

1. Determinar el conocimiento de las pacientes sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

- Descriptivo, transversal.

Población

- Todas las mujeres puérperas con episiotomía.

Muestra

- Para la determinación de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$\frac{Npq}{(N - 1)D + pq}$$

N = 2,328 (La estimación de la población se basó en estadísticas del Hospital Roosevelt del año 2015, se tomará en cuenta un trimestre como población total.)

p = 0.5

q = 0.5

D = 0.0025

Utilizando un error de:

$$D \frac{(E)^2}{4} = 0.0025$$

E = 0.1

Por lo tanto:

$$\frac{(2,328)(0.5)(0.5)}{(2,328 - 1)(0.0025) + (0.5)(0.5)} = 96$$

Por lo tanto, la muestra fue de 100 mujeres puérperas con episiotomía, ingresadas en la unidad de primer piso posparto del Hospital Roosevelt durante el mes de julio a octubre del 2017. La muestra se tomó en forma aleatoria cada semana, durante el periodo de cuatro meses. Se utilizó un listado por número de camas diariamente, donde se escogió de forma aleatoria 7 números, los cuales representarán la cama de la paciente seleccionada, por lo que cada paciente del listado tuvo las mismas posibilidades de participar. Por tanto, cada semana se escogió 7 pacientes para participar en el estudio y de esa forma cumplir con la muestra obtenida.

Criterios de inclusión

- Mujer puérpera con episiotomía realizada en Hospital Roosevelt.

Criterios de exclusión

- Mujer que no hable español.

Técnicas e instrumentos

La técnica que se utilizó fue la entrevista a cada paciente y el instrumento un cuestionario elaborado de acuerdo a objetivos. Por lo que se realizaron visitas al servicio de primer piso postparto del Hospital Roosevelt, para captar a las participantes, solicitando su consentimiento informado y disponibilidad de tiempo para la resolución del cuestionario.

El cuestionario constó de dos fases, la primera incluyó los datos generales de la madre y antecedentes de importancia. En la segunda fase se evaluó los conocimientos de la paciente sobre los signos de infección de episiotomía y su autocuidado.

Se procedió a validar el cuestionario con un grupo de pacientes del mismo servicio de primer piso postparto. La población fue similar a la del estudio, pero no se incluyó en el estudio.

Manejo y análisis estadístico

Para el presente estudio, se elaboró una base de datos en Excel en la cual se ingresaron los datos obtenidos del instrumento para posteriormente ser analizado en base a la elaboración de indicadores y describir el conocimiento que poseen las pacientes puérperas del Hospital Roosevelt con respecto a los signos de infección de episiotomía y su autocuidado. Para ello, se calcularon promedios de los conocimientos en base a dos categorías, sobre signos de infección y sobre el autocuidado de episiotomía. Se realizó una estadística descriptiva de las pacientes evaluadas.

Debido a que se consideró importante conocer la presencia de asociación entre alguna de las características personales (edad, grado de escolaridad y número de gestas) de los pacientes con los indicadores de conocimiento; se realizaron cruces, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado y ANOVA.

RESULTADOS

Durante 4 meses del período de estudio se realizaron 100 encuestas a 100 pacientes ingresadas en la unidad de primer piso post parto del Hospital Roosevelt. La edad promedio de las pacientes fue de 21 años, con una edad mínima de 15 años y una máxima de 37 años. De las pacientes menores de edad sólo 4 pacientes tenían 15 años, el resto se encontraba entre los 16 y 17 años.

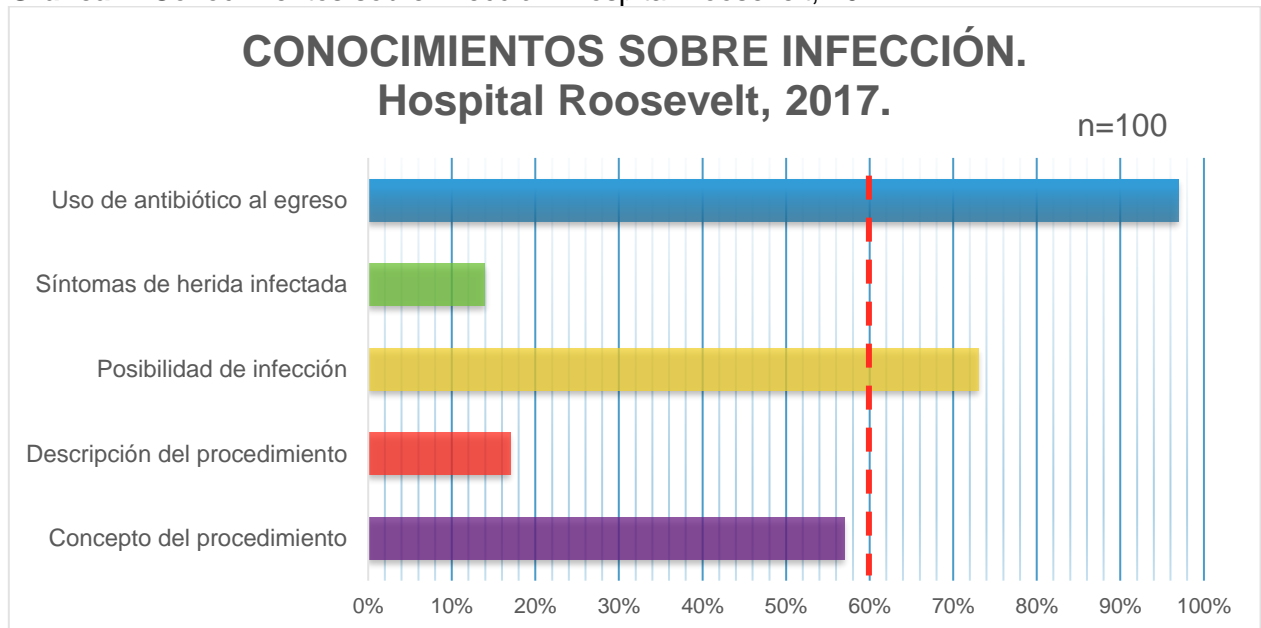
Cuadro 1. Características de las pacientes encuestadas. Conocimiento sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección. Hospital Roosevelt 2017.

Características epidemiológicas		Porcentaje	IC 95%
Grupo de edad	Mayor o igual a 18 años	77%	(67.7 - 84.2)
	Menor de 18 años	23%	(15.7 - 32.2)
Estado civil	Unida	57%	(47.2 - 66.2)
	Soltera	26%	(18.3 - 35.4)
	Casada	17%	(10.8 - 25.6)
Escolaridad	Primaria	43%	(33.7 - 52.7)
	Secundaria	41%	(31.8 - 50.8)
	Ninguna	7%	(3.2 - 13.9)
	Diversificado	7%	(3.2 - 13.9)
	Universitaria	2%	(0 - 7.4)
Ocupación	Ama de casa	86%	(77.7 - 91.6)
	Estudiante	8%	(3.9 - 15.9)
	Otros	6%	(2.5 - 12.7)
Origen	Guatemala	67%	(57.2 - 75.4)
	Jutiapa	6%	(2.5 - 12.7)
	San Marcos	5%	(1.8 - 11.4)
	Quiché	5%	(1.8 - 11.4)
	Suchitepéquez	2%	(0.1 - 7.4)
	Sacatepéquez	2%	(0.1 - 7.4)
	Escuintla	2%	(0.1 - 7.4)
	Chimaltenango	2%	(0.1 - 7.4)
	Chiquimula	2%	(0.1 - 7.4)
	El Progreso	1%	(0 - 5.9)
	Zacapa	1%	(0 - 5.9)
	Quetzaltenango	1%	(0 - 5.9)
	El Salvador	1%	(0 - 5.9)
	Religión	Evangélica	46%
Católica		39%	(30 - 48.8)
Ninguna		14%	(8.4 - 22.2)
Testigos de Jehová		1%	(0 - 5.9)
Número de gestas	Primípara	72%	(62.4 - 79.9)
	Múltipara	28%	(20.1 - 37.5)

Fuente: Informe final de tesis.

Conocimientos evaluados sobre infección de episiotomía. Hospital Roosevelt, 2017.

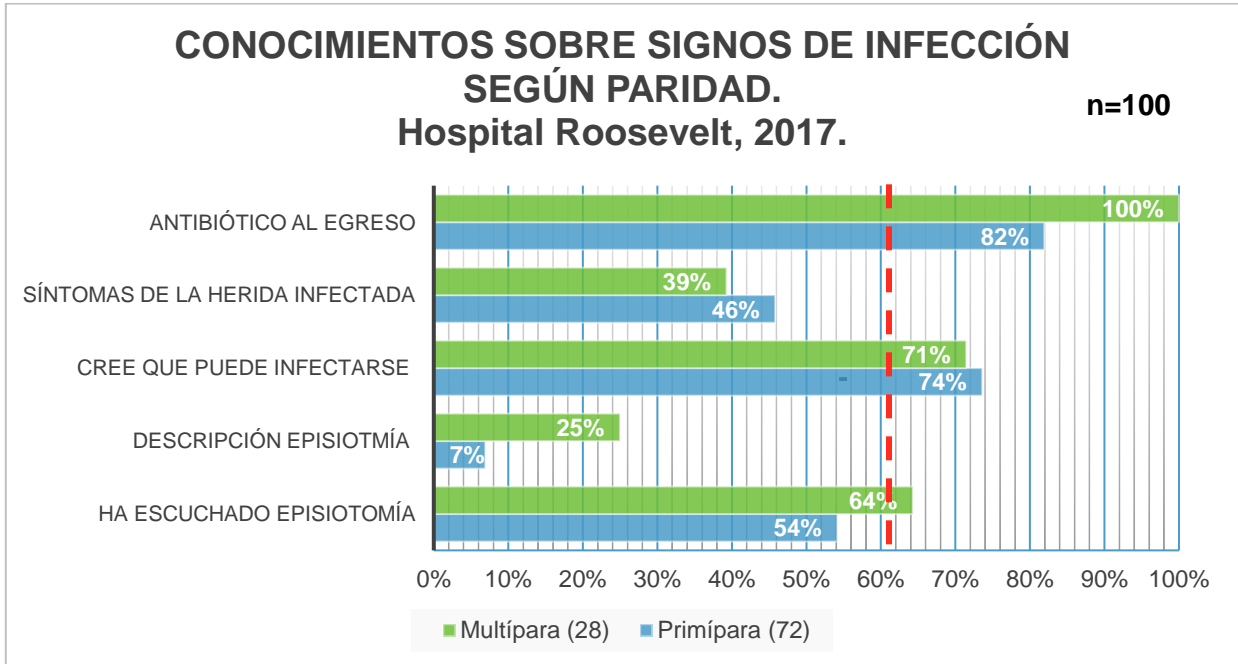
Gráfica 1. Conocimientos sobre infección. Hospital Roosevelt, 2017.



Fuente: Informe final de tesis.

- - - indica el límite de conocimiento adecuado.

Gráfica 2. Conocimientos sobre signos de infección según paridad. Hospital Roosevelt, 2017.



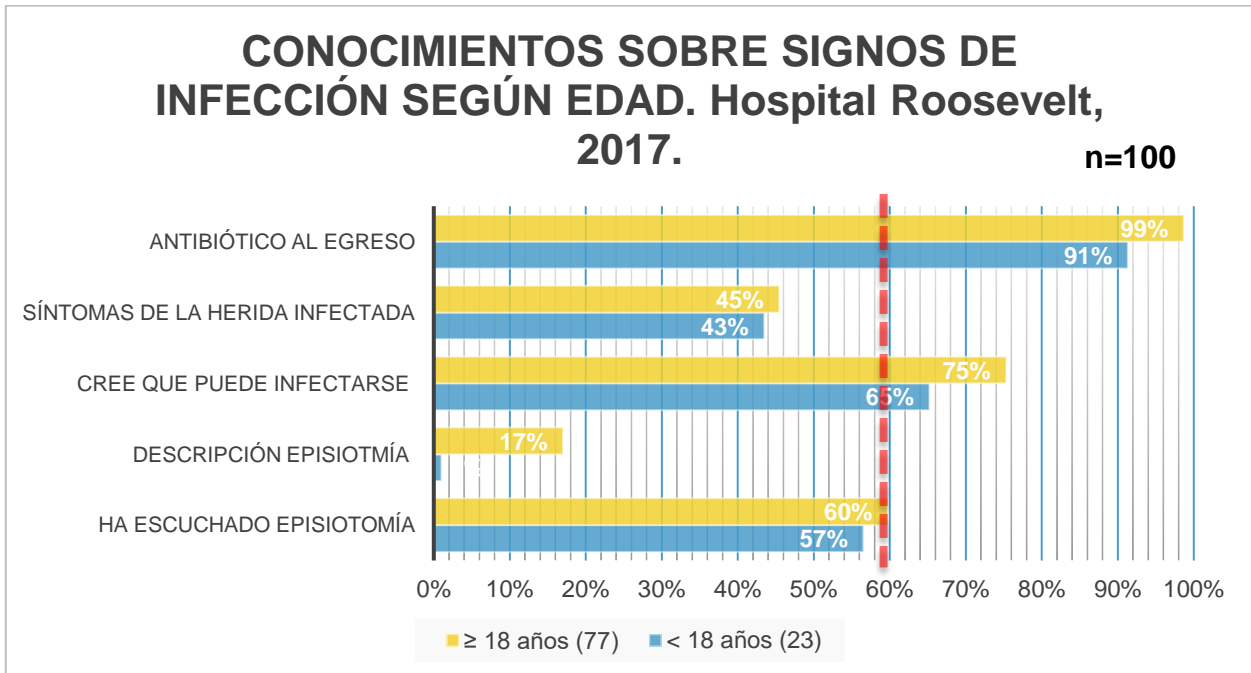
Fuente: Informe final de tesis.

- - - indica el límite de conocimiento adecuado.

Cuadro 2. Asociación entre descripción de episiotomía y paridad. Hospital Roosevelt 2017.

Variable	Odds Ratio	X ² (Corregido)	p (Exacto de Fisher)
Descripción de episiotomía	4.466 (1.28-15.55)	4.63	0.019

Gráfica 3. Conocimientos sobre signos de infección según edad. Hospital Roosevelt 2017.



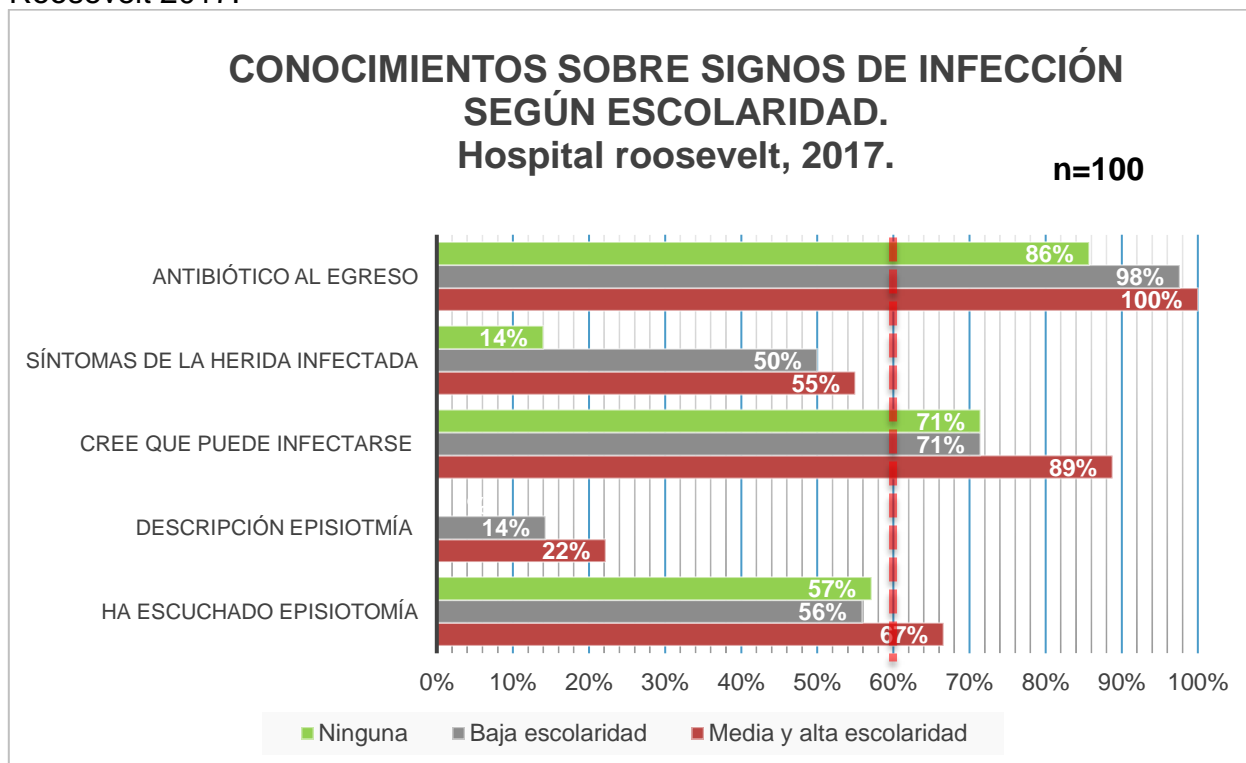
Fuente: Informe final de tesis.

--- indica el límite de conocimiento adecuado.

Cuadro 3. Asociación entre descripción de episiotomía y edad. Hospital Roosevelt 2017.

Variable	Odds Ratio	X ² (Corregido)	p (Exacto de Fisher)
Descripción de episiotomía	4.746 (0.58-38.34)	1.57	0.098

Gráfica 4. Conocimientos sobre signos de infección según escolaridad. Hospital Roosevelt 2017.



Fuente: Informe final de tesis.

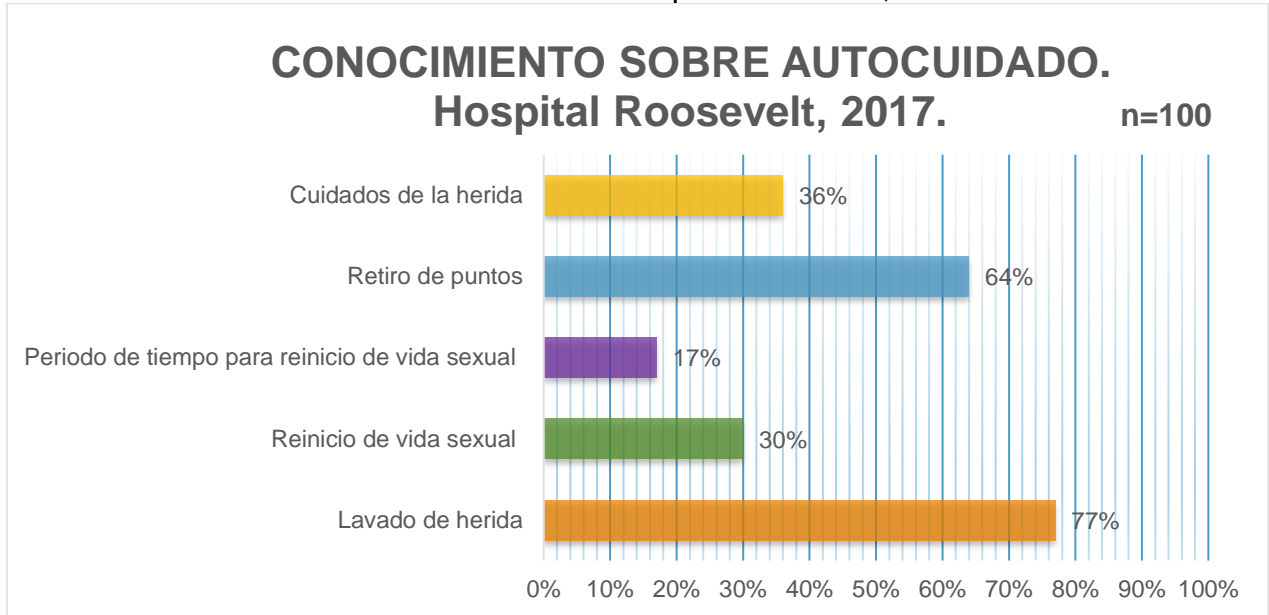
- - - indica el límite de conocimiento adecuado.

Cuadro 4. Asociación entre síntomas de herida infectada y escolaridad. Hospital Roosevelt 2017.

Variable	Odds Ratio	X ² (Corregido)	p (Exacto de Fisher)
Síntomas de herida (ninguna y baja escolaridad)	6.00 (0.692-52.017)	2.02	0.074
Síntomas de herida (Ninguna y alta escolaridad)	7.500 (0.620- 90.650)	1.37	0.120

Conocimientos sobre autocuidado de episiotomía. Hospital Roosevelt, 2017.

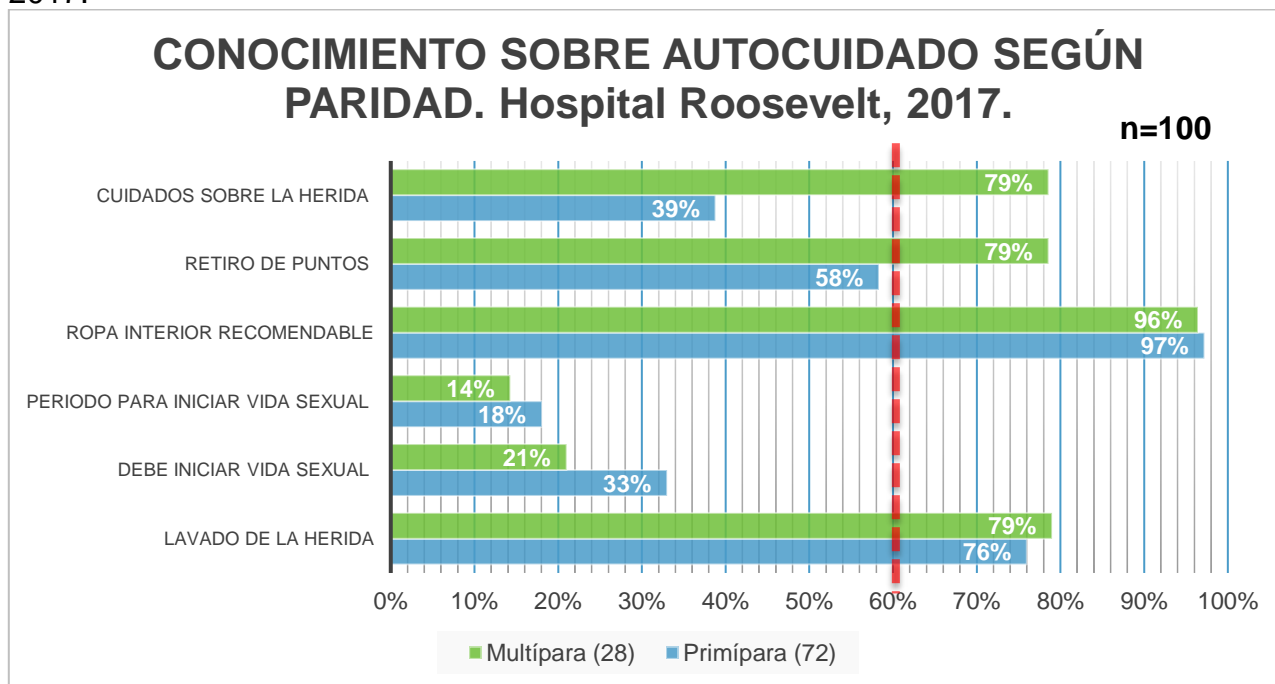
Gráfica 5. Conocimientos sobre infección. Hospital Roosevelt, 2017.



Fuente: Informe final de tesis.

- - - indica el límite de conocimiento adecuado.

Gráfica 6. Conocimiento sobre autocuidado según paridad. Hospital Roosevelt 2017.



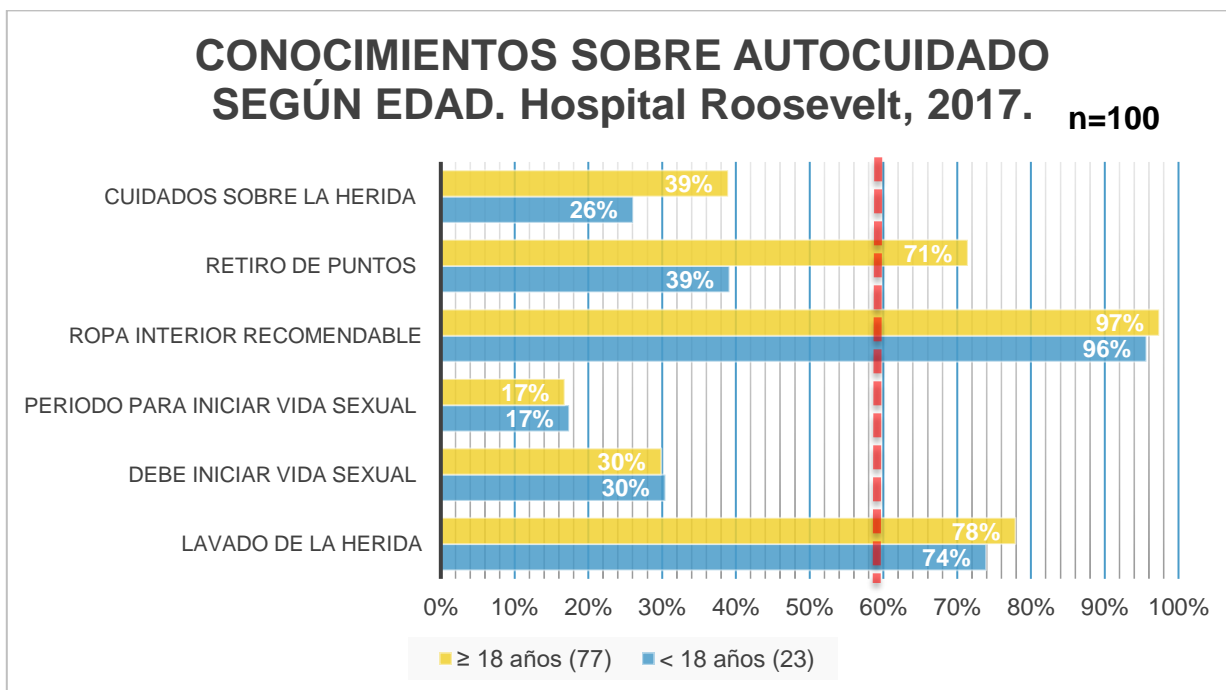
Fuente: Informe final de tesis.

--- indica el límite de conocimiento adecuado.

Cuadro 5. Asociación entre cuidados de la herida y paridad. Hospital Roosevelt 2017.

Variable	Odds Ratio	X ² (Corregido)	p (Exacto de Fisher)
Cuidados sobre la herida	5.761 (2.078-15.97)	11.16	0.0003

Gráfica 7. Conocimientos sobre autocuidado según edad. Hospital Roosevelt 2017.



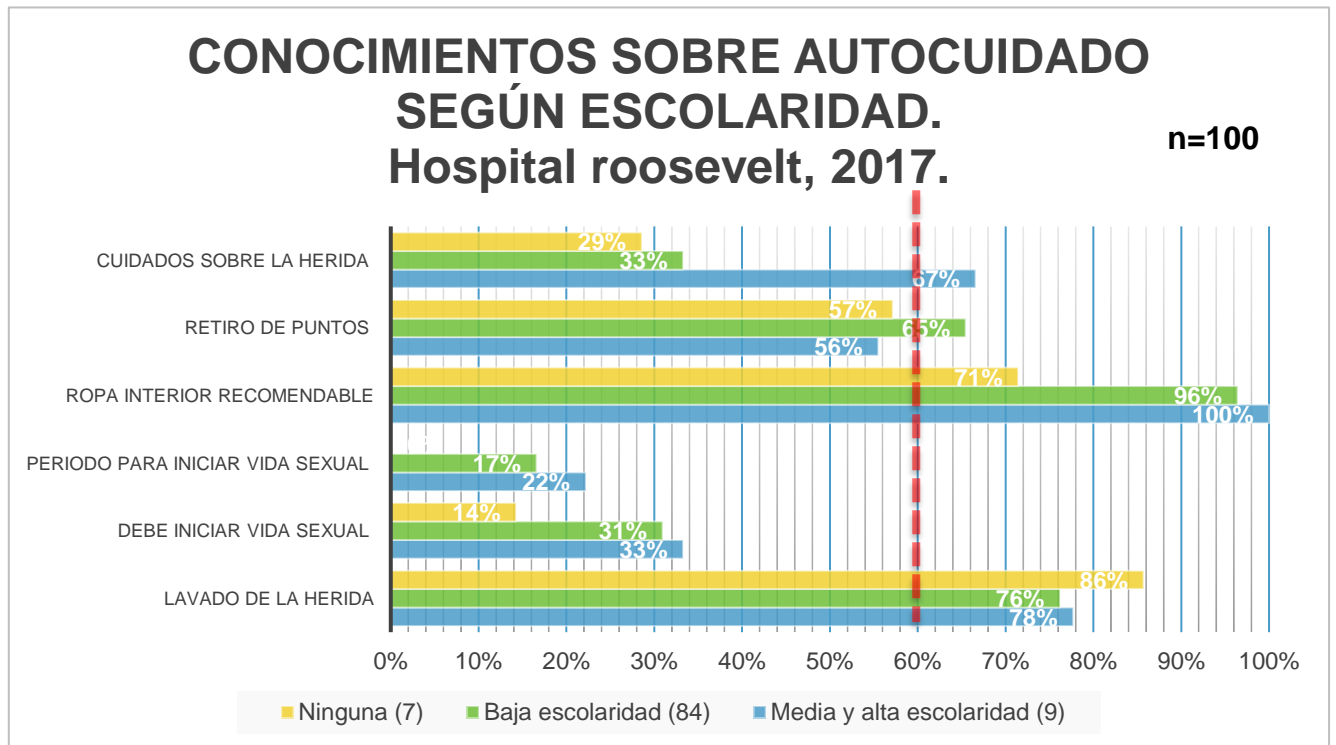
Fuente: Informe final de tesis.

- - - indica el límite de conocimiento adecuado.

Cuadro 6. Asociación entre retiro de puntos y edad. Hospital Roosevelt 2017.

Variable	Odds Ratio	X ² (Corregido)	p (Exacto de Fisher)
Retiro de puntos	3.88 (1.470-10.284)	6.67	0.0054

Gráfica 8. Conocimientos sobre autocuidado según escolaridad. Hospital Roosevelt 2017.



Fuente: Informe final de tesis.

--- indica el límite de conocimiento adecuado.

Cuadro 7. Asociación entre cuidados de herida y escolaridad. Hospital Roosevelt 2017.

Variable	Odds Ratio	X ² (Corregido)	p (Exacto de Fisher)
Cuidados de herida (Ninguna y alta escolaridad)	5.00 (0.584-42.79)	1.0159	0.1573

Cuadro 8. Conocimientos sobre Infección de episiotomía. Hospital Roosevelt, 2017.

	Porcentaje	Media	IC 95%
Adecuado (60 a 100 puntos)	40%	46.64 ± 17.21 puntos	(43.22 – 50.05)
No adecuado (Menor de 60 puntos)	60%		

Fuentes: Informe final de tesis.

Cuadro 9. Conocimientos sobre autocuidado de episiotomía. Hospital Roosevelt, 2017.

	Porcentaje	Media	IC 95%
Adecuado (60 a 100 puntos)	42%	53.5 ± 24.42 puntos	(48.65 – 58.34)
No adecuado (Menor de 60 puntos)	58%		

Fuentes: Informe final de tesis.

Cuadro 10. Conocimiento general sobre autocuidado de episiotomía y signos de infección. Hospital Roosevelt, 2017.

	Porcentaje	Media	IC 95%
Adecuado (60 a 100 puntos)	22%	49.8 ± 20.3 puntos	(45.77 – 53.82)
No adecuado (< de 60 puntos)	78%		

Fuente: Informe final de tesis.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base a las características epidemiológicas de las pacientes cabe destacar que de las 100 pacientes encuestadas más de dos tercios eran mayores de edad, siendo menos de un tercio puérperas menores de edad, de las cuales 4 pacientes tenían 15 años y ninguna menos de 15 años. Haciendo énfasis en la edad debido a las implicaciones legales en nuestro país, ya que según el Código Penal de Guatemala en sus artículos 173 y 174, establece como delito de violación a todo acto sexual con una niña menor de 14 años, aun cuando no exista violencia física o psicológica, el cual se considera agravado al existir un embarazo. En cuanto al estado civil más de la mitad solamente se encontraban unidas, un cuarto se encontraba solteras y sólo el 17% se encontraban casadas.

Por otro lado, la mayoría de las pacientes tenía un bajo grado de escolaridad, encontrándose en primaria y secundaria con un 43% y 41% respectivamente, tomando en cuenta que sólo 2% de las pacientes tenía un grado universitario. Ser ama de casa fue la ocupación que predominó con un 86%, seguido de un 8% de pacientes que eran estudiantes. El departamento de Guatemala, es el departamento donde reside la gran mayoría de las pacientes del estudio, con un 67%, sin embargo le siguen registros de otros 12 departamentos, entre ellos Jutiapa, Quiché, San Marcos, entre otros. Lo que nos indica que el Hospital Roosevelt es de referencia en nuestro país.

Por otro lado, la mayoría de las pacientes refirieron profesar una religión y en cuanto a la paridad, las primíparas representaron al menos tres cuartos de las pacientes encuestadas. (ver tabla no. 1)

Los conocimientos evaluados se dividieron en dos categorías, signos de infección y autocuidado de episiotomía. El indicador no. 10, que mide el conocimiento sobre signos de infección de episiotomía, fue investigado por medio de las preguntas 1.1, 1.2, 2, 3 y 5. La media de punteo fue de 46.6 puntos, donde el 40% de las pacientes tuvo un conocimiento adecuado y el 60% de los pacientes un conocimiento no adecuado, con lo cual se evidenció que la mayoría de las pacientes no tiene un adecuado conocimiento sobre signos de infección de episiotomía. (ver tabla no.3)

Se evidenciaron deficiencias que se necesitan reforzar previo al egreso de las pacientes; dentro de la evaluación de signos de infección, tanto primíparas como múltiparas mostraron deficiencia en saber reconocer los síntomas de la herida infectada y en saber describir la episiotomía. (ver gráfica 2) En donde se evidenció que las múltiparas tienen mayor conocimiento que las primíparas sobre la descripción de la episiotomía ($P=0.019$) y sobre esa misma pregunta las múltiparas tienen 4.4 veces más posibilidad (OR) de tener un conocimiento adecuado sobre las primíparas.

Tomando en cuenta la edad de las pacientes tanto las mayores como las menores de edad mostraron deficiencias en la identificación de los síntomas de la herida, el conocimiento y la descripción de la episiotomía, (ver gráfica 3). A nivel general no se encontró asociación significativa (ANOVA $P=0.206$) entre edad y conocimientos

sobre signos de infección (ver anexo no.5), por lo que la edad no es determinante en cuanto al nivel de conocimiento.

Tomando en cuenta la escolaridad las deficiencias también se mostraron en saber reconocer los síntomas de una herida de episiotomía infectada y en saber describir de forma correcta del procedimiento. (ver gráfica 4.) En la asociación de la escolaridad y los conocimientos sobre signos de infección de episiotomía se obtuvo que las pacientes que obtuvieron una mayor media de punteo fueron las pacientes que cursaron diversificado con 59.18 puntos, a pesar de ser el grupo con mejores resultados los mismos no fueron satisfactorios para obtener un conocimiento adecuado. No se evidenció asociación significativa (ANOVA $P=0.138$) entre el grado de escolaridad y el conocimiento, a pesar de que se esperaba que ésta variable tuviera influencia directa. (ver anexo no.1)

Sin embargo, llama la atención que, pese a los resultados, más de la mitad de las pacientes frente a la primera pregunta sobre si conocía el procedimiento que le habían realizado, dijo conocer o haber escuchado del mismo. (ver anexo no. 8) A pesar de esto se pudo evidenciar que de las pacientes que afirmaron conocer del procedimiento, la gran mayoría (83%) tenían conceptos erróneos sobre la episiotomía, entre los cuales vale mencionar frases como “me realizaron una cesárea”, “no pudo ser parto normal y tuvieron que operarme” o “tuve una complicación muy grande”. Lo que deja en evidencia que, o las pacientes no tenían ningún conocimiento sobre el procedimiento que les habían realizado (43%) o tenían conceptos erróneos sobre el mismo (47%). Lo que nos deja sólo con un 10% de pacientes que conocía del procedimiento y tenía un concepto válido y aplicable para describir la episiotomía.

El indicador no. 12, que mide el conocimiento sobre autocuidado de episiotomía, fue investigado por medio de las preguntas 4,6.1,6.2,7,8 y 9. (ver tabla no.7) Se obtuvo una media de 53.5 puntos, donde el 42% en general tuvo un conocimiento adecuado y el 58% no tuvo conocimiento adecuado. (ver cuadro 2)

De los conocimientos sobre autocuidado tanto las multíparas como las primíparas tuvieron deficiencias en saber reconocer el periodo ideal para inicio de vida sexual luego de la realización del procedimiento. Siendo un factor importante dado que las relaciones sexuales plenas no son aconsejables, desde el punto de vista médico, hasta 4 a 6 semanas después del parto, tiempo en el que se expulsan los loquios, se cierra el cuello del útero y mejora el canal del parto. Es decir, una vez finalizado el puerperio.¹⁹

Se evidenció que las primíparas tuvieron deficiencias en reconocer que los puntos de la herida no se retiran y en el reconocimiento de algún cuidado sobre la herida, en esta última pregunta se evidenció que las multíparas tenían mayor conocimiento ($P=0.003$) y 5.7 veces más posibilidad (OR) de tener un adecuado conocimiento.

De acuerdo a la edad, las pacientes mayores de edad obtuvieron un mayor conocimiento ($P=0.005$) y 3.8 veces más posibilidad (OR) de tener un conocimiento

adecuado que las menores de edad para reconocer que los puntos de la herida no se retiran.

En la asociación de la escolaridad y los conocimientos sobre autocuidado de episiotomía se obtuvo que las pacientes que obtuvieron mayor media de punteo fueron las pacientes con grado de escolaridad de diversificado con 69.04 puntos y las pacientes que obtuvieron una menor media de punteo fueron las pacientes con grado de escolaridad universitaria con 25 puntos, sin embargo, no existe ninguna asociación significativa (ANOVA $P=0.142$) entre el grado de escolaridad y el conocimiento sobre autocuidado de episiotomía. (ver anexo no. 2).

Según los datos globales las pacientes obtuvieron mejor conocimiento sobre autocuidado que sobre signos de infección, evidenciando en autocuidado una mejor distribución de los puntos donde 20% de las pacientes obtuvo un excelente conocimiento (75-100 puntos) (ver tabla no. 6). Vale la pena rescatar que una de las preguntas con mejor puntuación obtuvo fue el conocimiento sobre lavado de la herida, en el cual tres cuartos de las pacientes obtuvieron una nota adecuada. Por lo que se debe reforzar este conocimiento, teniendo en cuenta que ésta es una de las prácticas más importantes dentro del autocuidado durante el postparto.¹⁹

En general, de las 100 pacientes encuestadas se obtuvo una media de 49.8 puntos en, con una mediana de 50 puntos. Menos de un cuarto de las pacientes tiene un adecuado conocimiento. (ver tabla no. 2)

Se logró establecer que la paridad y la edad de las pacientes tienen relación estadísticamente significativa con el conocimiento adecuado sobre la descripción de episiotomía, cuidados de la herida y retiro de puntos. Logrando identificar a las pacientes menores de edad y las primíparas como grupos clave para la difusión de la información, tomando en cuenta que constituyen un grupo mayoritario.

Por tanto, se puede utilizar un programa de educación continua para todas las pacientes en general, con el fin de mejorar los conocimientos previo a su egreso y que puedan ser aplicados en sus viviendas, con el propósito de prevenir complicaciones de la episiotomía en las pacientes.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes no tiene conocimientos adecuados sobre autocuidado ni signos de infección y no está asociado la escolaridad.
2. Las pacientes mostraron deficiencias en reconocer los síntomas de una herida infectada al igual que la identificación y descripción correcta del procedimiento.
3. Se observaron deficiencias en saber reconocer el periodo ideal para iniciar vida sexual y en el cuidado de la herida.
4. El 90% de las pacientes no conocía del procedimiento y no tenía un concepto válido y aplicable para describir la episiotomía.
5. La paciente promedio es una mujer primípara, mayor de 18 años, unida, con baja escolaridad y sin trabajo remunerado.

RECOMENDACIONES

1. Proponer e introducir un programa educativo para las pacientes puérperas previo a ser dadas de alta del hospital, en el cual se informe sobre:
 - Los síntomas de una herida de episiotomía infectada y la identificación y descripción correcta del procedimiento.
 - El período ideal para iniciar de vida sexual luego de la realización de la episiotomía y en el reconocimiento de cuidado sobre los puntos de la herida.

2. Fortalecer la concientización sobre información, educación y divulgación sobre autocuidado de episiotomía y sus complicaciones tanto en las pacientes como en el personal médico.

3. Creación de guías o charlas educativas respecto al tema a pacientes atendidas en su control prenatal de consulta externa del Hospital Roosevelt.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Bensor R. Curso y atención del trabajo de parto y parto normal. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. 5ta Ed. Editorial México 1998. 203-204pp.
- (2) Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. *BMJ* 2004;295:749-51
- (3) Organización panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud en el puerperio. Módulo V. Washington, DC: OPS 2014. Archivo PDF. [Consulta: abril 2016].
- (4) Larry C. Gilstrap, III. Episiotomía Infectada. Sebastian faro, M.D. David E. Soper, M.D. Enfermedades infecciosas en la mujer. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2001. 226-231
- (5) Ramin Sm, Ramus RM, Little BB, Gilstrap LC III: Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:1104.
- (6) Sánchez F. A. Routine use of episiotomy and associated complications in nulliparous women vaginal delivery needs of the hospital in support of sullana. *Obstetra. Universidad Cesar Vallejo de Trujillo. Revista Salud, Sexualidad y Sociedad.* Año 2009. Disponible en PDF: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>. Consulta: Marzo 2016.
- (7) Brooks Salaza, E. E. Infección de Episiotomías. [Tesis licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; Agosto de 1,999.
- (8) Cunningham F. Anatomía y fisiología maternas y fetales. En: F. Gary Cunningham. Kenneth J. Leveno. Steven L. Bloom. John C. Hauth. Larry C. Gilstrap III. Katharine D. Wenstrom Williams *Obstetricia*. 23ª edición. México: McGraw-Hill Interamerican; 2010. 374-407.107-135.
- (9) Little S. et al. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 164:1104-1107.
- (10) Ponce M. Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria. Unidad de hospitalización posparto. Hospital Universitario Virgen del Valme. Sevilla, España. Monografía, publicación 2005. Archivo PDF. [Consulta Marzo 2016.]
- (11) Rodríguez, E. Sánchez, M. Complicaciones del uso rutinario de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en el hospital II – 2 Minsa Tarapoto. Periodo 2010 [Tesis Maestría]. Perú: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2010.
- (12) Almarzouqi F, Grieb G, Klink C, Bauerschlag D, Fuchs P, Alharbi Z, et. al. "Fatal Necrotizing Fasciitis following Episiotomy". *PudMed* [Revista en

ANEXOS



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Medicina

Guatemala, ____ de _____ del 2017.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título de Tesis: "CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOCUIDADO DE EPISIOTOMÍA Y SIGNOS DE INFECCION EN PACIENTES PUERPERAS"

Sección 1. DATOS GENERALES

Nombre de la paciente:	
No. de registro:	
Edad:	Estado civil:
Peso:	
Talla:	
Lugar de nacimiento:	
Etnia:	
Residencia actual:	
Escolaridad:	
Ocupación:	
Religión:	

Sección 2. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades Pediátricas: Enfermedades propias de la niñez: sarampión, paperas, varicela, tos ferina, escarlatina, fiebre reumática, difteria.

Enfermedades del adulto: hospitalización previa, alergias, cirugías, traumatológico, transfusional, diabetes, hipertensión, infarto de miocardio, tuberculosis, hepatitis enfermedades tropicales o parasitarias

Sección 3. ANTECEDENTES NUTRICIONALES (alimentación):

Sección 4. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Menarquía: _____

Regularidad ciclo menstrual: _____

Fecha última menstruación: _____

Inicio de vida sexual: _____ No. de parejas sexuales: _____

Gestas: _____

Partos: _____ Atendidos en: _____ Complicaciones: _____

Fecha de último parto: _____

Cesáreas: _____ Atendida en: _____ Fecha: _____

_____ Causas: _____

Abortos: _____ Causas _____

Óbito Fetal _____ Causas _____

CUESTIONARIO

Instrucciones: Responda el siguiente cuestionario de acuerdo a su conocimiento y experiencia. Subraye o circule la respuesta correcta.

1. ¿Conoce ud que procedimiento le realizaron? (describalo con sus palabras)

Si

No

No sé

2. ¿Cree usted que la herida puede infectarse?

Sí

No

No sé

3. ¿Qué síntomas puede presentar si la herida está infectada? (Puede elegir más de uno)

a) Fiebre

b) Dolor en el estómago

c) Inflamación

d) Dolor intenso y persistente en la herida

e) Salida de pus

4. ¿Se debe lavar la herida con agua y jabón?

Sí

No

No sé

5. ¿Se le indicó el uso de antibiótico a su egreso?

Sí

No

No sé

6. ¿Sabe en qué periodo de tiempo puede iniciar vida sexual? (describalo con sus palabras)

Si

No

No sé

7. ¿Qué ropa interior es recomendable usar?

- a) Ropa interior ajustada o apretada
- b) Ropa interior caliente
- c) Ropa interior cómoda y preferiblemente de algodón
- d) No sé

8. ¿Sabe usted si debe quitarse los puntos de la herida?

- a) No, se caen solos
- b) Sí
- c) No sé

9. ¿Qué cuidados conoce o le han mencionado sobre la herida?

ANEXOS 2

Anexo 1. Asociación de escolaridad y conocimientos sobre signos de infección de episiotomía

Indicador	Variable		Media	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nivel de conocimiento en escala de 0 a 100 puntos	Escolaridad	Ninguna n=7	38.77 puntos	29%	47%
		Primaria n=43	43.85 puntos	33%	52%
		Secundaria n=41	48.60 puntos	38%	57%
		Diversificado n=7	59.18 puntos	49%	68%
		Universitaria n=2	50 puntos	40%	59%
ANOVA: P= 0.138					

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 2. Asociación de escolaridad y conocimientos sobre autocuidado de episiotomía

Indicador	Variable		Media	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nivel de conocimiento en escala de 0 a 100 puntos	Escolaridad	Ninguna n=7	47.61 puntos	37%	57%
		Primaria n=43	55.81 puntos	45%	64%
		Secundaria n=41	50.81 puntos	40%	59%
		Diversificado n=7	69.04 puntos	59%	77%
		Universitaria n=2	25 puntos	17%	34%
ANOVA: P= 0.142					

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 3. Asociación de número de gestas y conocimientos sobre signos de infección de episiotomía

Indicador	Variable		Media	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nivel de conocimiento en escala de 0 a 100 puntos	Número de gestas	Primípara n=28	46.68 puntos	38%	57%
		Múltipara n=72	46.62 puntos	38%	57%
	ANOVA: P= 0.988				

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 4. Asociación de número de gestas y conocimientos sobre autocuidado de episiotomía

Indicador	Variable		Media	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nivel de conocimiento en escala de 0 a 100 puntos	Número de gestas	Primípara n=28	52.97 puntos	43%	62%
		Múltipara n=72	53.70 puntos	44%	63%
	ANOVA: P= 0.894				

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 5. Asociación de edad y conocimientos sobre signos de infección de episiotomía

Indicador	Variable		Media	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nivel de conocimiento en escala de 0 a 100 puntos	Rango de edad	Menor de 18 años n=25	42.85 puntos	34%	53%
		Mayor o igual a 18 años n=75	47.90 puntos	38%	58%
	ANOVA: P= 0.206				

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 6. Asociación de edad y conocimientos sobre autocuidado de episiotomía

Indicador	Variable		Media	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nivel de conocimiento en escala de 0 a 100 puntos	Rango de edad	Menor de 18 años n=25	55.77 puntos	46%	65%
		Mayor o igual a 18 años n=75	46.66 puntos	38%	57%
	ANOVA: P= 0.107				

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 7. Evaluación de conocimiento sobre signos de infección de episiotomía.
N=100

Evaluación de conocimientos sobre Infección	Porcentaje %	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite superior
Mal conocimiento 0-40 pts	30%	21.8%	39.6%
Regular conocimiento 41-60 pts	47%	37.5%	56.7%
Buen conocimiento 61-74 pts	21%	14.1%	30%
Excelente conocimiento 75-100 pts	2%	0%	7.4%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 8. Buen conocimiento sobre concepto del procedimiento. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 1		
Buen conocimiento sobre concepto del procedimiento	Porcentaje 57% (47.2 – 66.2)	Media: 11.9 puntos
Variable	Indicador	Porcentaje
Primípara (72)	39	54.16%
Múltipara (28)	18	64.28%
< 18 años (23)	13	56.52%
≥ 18 años (77)	46	59.74%
Baja escolaridad (84) (primaria y secundaria)	47	55.9%
Media y alta escolaridad (9) (diversificado y universidad)	6	66.6%
Ninguna (7)	4	57.14%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 9. Buen conocimiento sobre la descripción del procedimiento. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 1.1		
Buen conocimiento sobre la descripción del procedimiento	Porcentaje 17% (10.8 – 25.6)	Media:
Variable	Indicador	Porcentaje
Primípara (72)	5	6.9%
Múltipara (28)	7	25%
< 18 años (23)	0	0%
≥ 18 años (77)	14	18.14%
Baja escolaridad (84)	12	14.28%
Media y alta escolaridad (9)	2	22.2%
Ninguna (7)	0	0%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 10. Buen conocimiento sobre posibilidad de infección. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 2		
Buen conocimiento sobre posibilidad de infección	Porcentaje 73% (63.5 – 80.7)	Media:
Variable	Indicador	
Primípara (72)	53	73.61%
Múltipara (28)	20	71.43%
< 18 años (23)	15	65.21%
≥ 18 años (77)	58	75.32%
Baja escolaridad (84)	60	71.42%
Media y alta escolaridad (9)	8	88.8%
Ninguna (7)	5	71.43%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 11. Buen conocimiento sobre síntomas de herida infectada. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 3		
Buen conocimiento sobre síntomas de herida infectada	Porcentaje 14% (8.4 – 2.2)	Media:
Variable	Indicador	
Primípara (72)	33	45.83%
Múltipara (28)	11	39.29%
< 18 años (23)	10	43.48%
≥ 18 años (77)	35	45.45%
Baja escolaridad (84)	42	50%
Media y alta escolaridad (9)	5	55.55%
Ninguna (7)	1	14%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 12. Buen conocimiento sobre uso de antibiótico al egreso. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 5	Porcentaje	Media:
Buen conocimiento sobre uso de antibiótico al egreso	97% (91.1 – 99.3)	
Variable	Indicador	
Primípara (72)	69	81.94%
Múltipara (28)	28	100%
< 18 años (23)	21	91.30%
≥ 18 años (77)	76	98.7%
Baja escolaridad (84)	82	97.61%
Media y alta escolaridad (9)	9	100%
Ninguna (7)	6	85.71%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 13. Evaluación de conocimiento sobre autocuidado de episiotomía. N=100. Hospital Roosevelt 2017.

Evaluación de conocimientos sobre Autocuidado	Porcentaje %	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite Inferior	Límite superior
Mal conocimiento 0-40 pts	35%	26.3%	44.7%
Regular conocimiento 41-60 pts	24%	16.6%	33.2%
Buen conocimiento 61-74 pts	21%	14.1%	30%
Excelente conocimiento 75-100 pts	20%	13.2%	28.9%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 14. Buen conocimiento sobre lavado de herida. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 4	Porcentaje	Media:
Buen conocimiento sobre lavado de herida	77% (67.7 – 84.2)	
Variable	Indicador	
Primípara (72)	55	76.38%
Múltipara (28)	22	78.57%
< 18 años (23)	17	73.91%
≥ 18 años (77)	60	77.92%
Baja escolaridad (84)	64	76.19%
Media y alta escolaridad (9)	7	77.7%
Ninguna (7)	6	85.71%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 15. Buen conocimiento sobre inicio de vida sexual luego de episiotomía. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 6.1	Porcentaje	Media:
Buen conocimiento sobre inicio de vida sexual luego de episiotomía	30% (21.8 – 39.6)	
Variable	Indicador	
Primípara (72)	24	33.3%
Múltipara (28)	6	21.43%
< 18 años (23)	7	30.43%
≥ 18 años (77)	23	29.87%
Baja escolaridad (84)	26	30.95%
Media y alta escolaridad (9)	3	33.3%
Ninguna (7)	1	14.28%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 16. Buen conocimiento sobre periodo de tiempo para inicio de vida sexual luego de episiotomía. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 6.2	Porcentaje	Media:
Buen conocimiento sobre periodo de tiempo para inicio de vida sexual luego de episiotomía	17% (10.8 – 25.6)	
Variable	Indicador	
Primípara (72)	13	18.05%
Múltipara (28)	4	14.28%
< 18 años (23)	4	17.39%
≥ 18 años (77)	13	16.8%
Baja escolaridad (84)	14	16.6%
Media y alta escolaridad (9)	2	22.2%
Ninguna (7)	0	0%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 17. Buen conocimiento sobre tipo de ropa interior recomendable. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 7	Porcentaje	Media:
Buen conocimiento sobre tipo de ropa interior recomendable	97% (91.1 – 99.3)	
Variable	Indicador	
Primípara (72)	70	97.2%
Múltipara (28)	27	96.42%
< 18 años (23)	22	95.65%
≥ 18 años (77)	75	97.40%
Baja escolaridad (84)	81	96.43%
Media y alta escolaridad (9)	9	100%
Ninguna (7)	5	71.43%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 18. Buen conocimiento sobre retiro de puntos. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 8	Porcentaje	Media:
Buen conocimiento sobre retiro de puntos	64% (54.2 – 72.7)	
Variable	Indicador	
Primípara (72)	42	58.33%
Múltipara (28)	22	78.57%
< 18 años (23)	9	39.13%
≥ 18 años (77)	55	71.43%
Baja escolaridad (84)	55	65.47%
Media y alta escolaridad (9)	5	55.5%
Ninguna (7)	4	57.14%

Fuente: Informe final de tesis.

Anexo 19. Buen conocimiento sobre cuidados de la herida. Hospital Roosevelt 2017.

Pregunta no. 9	Porcentaje	Media:
Buen conocimiento sobre cuidados de la herida	36% (27.7 – 45.7)	
Variable	Indicador	
Primípara (72)	28	38.8%
Múltipara (28)	22	78.57%
< 18 años (23)	6	26.08%
≥ 18 años (77)	30	38.96%
Baja escolaridad (84)	28	33.3%
Media y alta escolaridad (9)	6	66.6%
Ninguna (7)	2	28.57%

Fuente: Informe final de tesis.