UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INFECCION DE EPISIOTOMIAS

ELOISA EUDORA BROOKS SALAZAR

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, AGOSTO DE 1,999.

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición y análisis del problema	3
III.	Justificación	5
IV.	Objetivos	6
V.	Revisión bibliográfica	8
VI.	Metodología	19
VII.	Presentación y análisis de resultados	27
VIII.	Conclusiones	40
IX.	Recomendaciones	41
X.	Resumen	42
XI.	Revisión bibliográfica	43
XII.	Anexos	45

I. INTRODUCCION

La infección de episiotomía es una complicación médica frecuente en el período puerperal, con importantes repercusiones maternas, como fascitis necrotizante, choque séptico y en casos extremos la muerte de la mujer.

El presente estudio se realizó para establecer la incidencia de infección de episiotomía, así como la correlación que pudiera existir entre ésta y la paridad, el tipo de antiséptico utilizado, el personal que atiende el parto y el tipo de episiotomía realizada en 90 pacientes que asistieron a control puerperal, después de haber resuelto su embarazo en las Maternidades Periféricas de las Zonas 13 y 19 de la ciudad de Guatemala. Además se planteó conocer por medio de cultivos cuales son los gérmenes más frecuentes.

La incidencia de infección de episiotomía encontrada fue para la Maternidad de la zona 13 del 16.6% y para la Maternidad de la zona 19 del 25.7%. Las pacientes que presentaron mayor número de cultivos positivos fueron las primíparas y el tipo de episiotomía que más se infectó fue la variante mediolateral.

En el presente estudio se observó que no hay relación entre la presencia de signos y síntomas clínicos y el proceso infeccioso en las pacientes a quienes se les realizó episiotomía.

El microorganismo que más se aisló fue E. colli con 17 casos positivos. El único antiséptico utilizado es Hibitane.

Dado que la incidencia de infección de episiotomía es elevado se recomienda al personal médico y paramédico

encargado de la atención del parto y puerperio proporcionar plan educacional referente al cuidado de la episiotomía con el propósito de evitar complicaciones.

II. DEFINICION Y ANALISIS DE PROBLEMA

La episiotomía es una operación que se realiza acompañada de una vaginotomía y se define como una incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, con el objeto de ampliar las partes blandas y facilitar la expulsión del producto.(3,6,9)

La episiotomía es la incisión de la región pudenda, mientras que la perineotomía es la incisión del periné, pero estos dos términos se utilizan como sinónimos. La episiotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente en obstetricia.(9)

Sorprendentemente, las infecciones de las heridas perineales, incluyendo episiotomías y desgarros reparados, son relativamente poco corrientes si consideramos el grado de contaminación bacteriana que acompaña el parto. La importancia del diagnóstico de infección de episiotomía radica, en que si se deja evolucionar sin tratamiento dará lugar al desarrollo de fascitis necrotizante la cual pondría en riesgo la vida materna.(9)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Area de Salud Guatemala Sur, ha puesto interés en mejorar la calidad de atención en salud que presta a la población y es por ello que han puesto al servicio público las Maternidades Periféricas para descentralizar la atención materno infantil de los servicios de salud del tercer nivel.

Estas maternidades prestan servicios de atención del parto, consulta externa y control de niño sano, refiriendo

casos de alto riesgo a los hospitales nacionales para que reciban atención especializada.

Las maternidades periféricas son atendidas por personal médico y paramédico para que la atención prestada sea de calidad y segura. Sin embargo se ha observado que algunas pacientes atendidas de parto eutócico simple y que se les realiza episiotomía, se infectan.

En este estudio se determinó la incidencia de infección de episiotomías así como algunas variables relacionadas en las Maternidades Periféricas de las zonas 13 y 19 de ésta capital

III. JUSTIFICACION

La infección de la episiotomía es poco frecuente durante el período puerperal, sin embargo cuando se presenta pone en peligro el bienestar materno. Los riesgos que ponen en peligro este bienestar van desde una infección ligera hasta una fascitis necrotizante la cual sin tratamiento reporta una mortalidad prácticamente universal. (6,9)

La fascitis necrotizante a nivel de la episiotomía puede afectar cualquiera de las múltiples capas aponeuróticas superficiales y profundas, por lo que es posible que se extienda a muslos, glúteos y pared abdominal. La incidencia de infección de episiotomías varía de 0.05% a 0.35% en un estudio realizado en el University of Michigan Hospital y en el County Wayne Hospital en el año de 1,992. y su importancia radica en que forma parte de las patologías que desencadenan fiebre puerperal.(9)

Conocer la incidencia de infección de episiotomías y los factores asociados permitirá planificar y ejecutar a corto plazo las medidas correctivas para disminuir el problema y prevenir sus consecuencias.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Describir el problema de la infección de episiotomías en las pacientes atendidas en las Maternidades Periféricas de las zonas 13 y 19 de ésta capital durante el período comprendido del 17 de junio al 17 de julio de 1,999.

ESPECIFICOS:

1. Determinar la incidencia de infección de episiotomías.
2. Identificar el día postparto en que con más frecuencia la paciente refiere que se infectó la episiotomía.
3. Relacionar el número de gestas y partos con la infección de episiotomía.
4. Relacionar el tipo de personal que atiende el parto con la infección de episiotomía.
5. Evaluar qué tipo de antiséptico es utilizado durante el parto al realizar la episiotomía.
6. Identificar el tipo de episiotomía que se infecta con más frecuencia.
7. Identificar el tipo de complicación más frecuente asociado a infección de episiotomía.

8. Describir los signos y síntomas asociados a infección de episiotomía.
9. Identificar por medio de Gram y cultivo el germen más frecuente causante de infección de episiotomías.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. EPISIOTOMIA:

La episiotomía es una operación que se realiza acompañada de una vaginotomía y se define como una incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, con el objeto de ampliar las partes blandas y facilitar la expulsión del producto. (3,6,9)

La episiotomía es la incisión de la región pudenda, mientras que la perineotomía es la incisión del periné, pero estos dos términos se utilizan como sinónimos, la episiotomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente en obstetricia. (9)

Este procedimiento quirúrgico ofrece las siguientes ventajas:

a. Evita laceraciones vaginoperineales.
b. Acorta el segundo período del trabajo de parto.
c. Reduce el trauma fetal.
d. Sirve como profilaxis de los problemas de estética pelvigenital (cistocele, rectocele).

Por las razones anteriores la episiotomía se practica en forma electiva, sin embargo, tiene sus indicaciones precisas en:

a. Pacientes primigestas.
b. Multíparas con episiotomías previas (cuando sea necesario).
c. Aplicación de fórceps
d. Productos prematuros o macrosómicos.

e. Distocia de hombros
f. Nacimiento de nalgas
g. Posiciones occipito posteriores (3,6,9)

La episiotomía fue descrita por primera vez por Ould en 1742, proponiendo que el uso de ésta es prevenir el desgarro perineal, la relajación pélvica y proteger al feto de daño.(17)

La episiotomía se convirtió en parte de la rutina obstétrica en los Estados Unidos en los años de 1940. Desde años atrás, numerosos estudios fueron frustrados al definir bien los riesgos y beneficios de este procedimiento. La disminución de laceraciones fue propuesta como uno de los beneficios de la episiotomía, sin embargo, se vio que su uso ocupa el segundo lugar en desgarros perineales, esto sugiere fuertemente que está asociada con el incremento de trauma perineal severo, en las formas de tercer y cuarto grado de laceración. (3,6,17)

Las ventajas que proporciona una episiotomía han sido cuestionados por algunos autores como: Larsson (1991) Sleep (1984) y Viktrup (1992). Un beneficio atribuido a menudo a la episiotomía sistemática, pero no probado, es que previene la relajación pélvica, pero si la incisión se hace en el momento de distensión máxima, este beneficio podría estar limitado.

Gass (1986) Wilcox (1995) y cols. sostienen que la episiotomía sistemática se relaciona con mayor frecuencia de desgarros rectales y del esfínter anal.

En un estudio realizado en el Hospital de Neuquén en la provincia de Neuquén en la República de Argentina en 1995 se observó que la variable con mayor efecto en la indicación de la episiotomía fue la paridad. Se concluyó en el estudio

que se realizaba episiotomía casi de rutina en las parturientas nulíparas, que hay diferencias significativas en cuanto a su indicación en primíparas y que éstas se incrementan con la paridad.(4)

En 1995 para el parto de bajo riesgo en la provincia de Neuquén se elaboraron normas de atención, una de las cuales recomendaba reservar la episiotomía para los casos en los cuales existiese alto riesgo de desgarro. Sobre la base de las indicaciones de episiotomía y los problemas que parece plantear su realización rutinaria, se formuló la hipótesis de que la frecuencia de episiotomías realizadas en los establecimientos donde se atienden partos ha de ser distinta y que esta variación puede estar relacionada con diferencias en la conducta de los profesionales y en la población atendida.(4)

Entre agosto de 1990 y julio de 1992, dos hospitales de la provincia Argentina de Neuquén (Hospital Bouquet Roldán y el Hospital Neuquén) participaron en un estudio multicéntrico coordinado por el Centro Rosarino de Estudios Perinatales. En dicho estudio se comparó la episiotomía rutinaria practicada en nulíparas y primíparas con la episiotomía selectiva, es decir restringida a mujeres en las cuales estaba indicada. En las conclusiones de la investigación se recomendó abandonar la episiotomía de rutina y se indicó que no estaba justificado realizar episiotomías en más de 30% de las pacientes para prevenir traumatismos perineales graves, por cuanto la incidencia de desgarros de tercero y cuarto grados fueron similares en los dos grupos de estudio (1.5 y 1.2%, respectivamente).(4)

Si la episiotomía se realiza demasiado pronto, la hemorragia por la herida puede ser considerable durante el tiempo que transcurre entre la incisión y el nacimiento del

niño. Si se practica demasiado tarde, los músculos del suelo perineal ya se habrán distendido excesivamente y se habrá frustrado uno de los objetivos de la operación. La costumbre es practicar la episiotomía cuando en el transcurso de una contracción es visible un diámetro de 3-4cm de cabeza fetal.(9)

TIPOS DE EPISIOTOMIAS:

a. Mediana
b. Mediolateral
c. Lateral

EPISIOTOMIA MEDIANA:

Se realiza una incisión que parte de la horquilla vulvar al ano, de ésta forma se secciona solamente el rafé aponeurótico del periné hasta llegar a la cercanía del esfínter anal, respetando la integridad de éste músculo. Esta episiotomía es menos sangrante, de fácil sutura, ya que no secciona músculo aponeurótico, y es de buen resultado estético, pero tiene el inconveniente de que si se prolonga puede afectar el esfínter anal, el plexo hemorroidal y la propia mucosa anorrectal, de reconstrucción más difícil.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

a. Fácil de reparar
b. Escasas dificultades de cicatrización
c. Infrecuente dolor en el puerperio
d. No causa dispareunia
e. Resultados anatómicos casi siempre excelentes
f. Poca hemorragia
g. Ocasiona desgarro de tercer y cuarto grado (1,3,5,9)

EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL:

Esta incisión se efectúa también partiendo de la horquilla vulvar dirigiéndose hacia abajo y afuera, puede realizarse tanto del lado derecho como del izquierdo, este tipo de incisión se recomienda cuando se emplea fórceps, cuando hay evidencia de macrosomía fetal o el periné es poco amplio.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

a. Más difícil de reparar
b. Más dificultades de cicatrización
c. Dolor en un tercio de los casos, durante algunos días
d. Dispareunia ocasional
e. Resultados anatómicos finales defectuosos en el 10% de los casos
f. Hemorragia en regular cantidad
g. La extensión a través de esfínter anal es poco frecuente. (1,3,5,9)

EPISIOTOMIA LATERAL:

No es aconsejable el uso de este tipo de incisión, ya que implica seccionar completamente el bulbo cavernoso, que es el más sangrante y además suele dejar cicatriz antiestética.

En este tipo de episiotomía la incisión se realiza en la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior del labio mayor y se dirige en forma diagonal hacia la tuberosidad isquiática, abarcando en la sección todos los tejidos del labio

mayor, se incide en profundidad, en la medida de la ampliación vulvar necesaria. (1,3,5,9,15)

TECNICA QUIRURGICA DE LA EPISIOTOMIA:

Se coloca a la paciente en posición ginecológica o de litotomía. Previa colocación de campos estériles se realiza asepsia y antisepsia en región perineal, región vulvar, cara interna de los muslos y región suprapúbica.

Se infiltra con Lidocaina al 1 o 2% el trayecto de los tejidos a incidir, tanto el plano superficial como el profundo, se incide luego con una tijera de Mayo recta el sitio elegido para realizar la episiotomía. (3,19)

EPISIORRAFIA:

El momento oportuno para reparar la episiotomía ha de ser hasta que se ha expulsado la placenta y así esto permite al ginecólogo prestar atención a los signos de desprendimiento placentario y extraer el órgano en cuanto se separa. Se cree que la expulsión precoz de la placenta disminuye la pérdida de sangre. Otra ventaja de esta práctica es que la reparación de la episiotomía no se ve interrumpida a causa de la evidente necesidad de extraer la placenta, en particular. Si es necesario proceder a la extracción manual, generalmente no es necesaria la reinfiltración de los tejidos. (8,9,12)

Se afrontan los tejidos iguales de ambos lados de la incisión, es decir mucosa con mucosa, vagina y piel con piel el periné.

Se procede a la sutura de la siguiente forma:

Primero: afrontando los planos musculares, evitando dejar espacios muertos, con puntos separados de Catgut 00.

Segundo: se procede a suturar la mucosa vaginal, comenzando por el ángulo de la misma, con puntos separados de Catgut 00 o Surjet 00 a punto pasado.

Tercero: Se sutura piel con puntos separados de Catgut Cromado 00.

Una rigurosa antisepsia de la región durante los días siguientes garantiza el éxito de la sutura. (8,12,14,19)

COMPLICACIONES DE LA EPISIORRAFIA:

a. Infecciones
b. Hematomas
c. Dehiscencia de episiorrafia

INFECCION Y DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA:

La infección localizada de la episiotomía es la infección puerperal más usual de los órganos genitales externos. Los bordes de la herida en aposición se vuelven rojos y parduscos, y edematizan. A menudo las suturas desgarran los tejidos edematosos permitiendo que los bordes necróticos de la herida se abran liberando un exudado seroso, serosanguinolento o francamente purulento. De esta forma, se produce a continuación la dehiscencia completa. El dolor local y la disuria, con o sin retención urinaria son síntomas habituales.

Afortunadamente, siempre que el drenaje sea adecuado pocas veces son graves las infecciones superficiales, pero si el exudado purulento esta confinado dentro de un espacio cerrado por la sutura, la infección se puede acompañar de escalofríos y fiebre.

La fascitis necrotizante es una complicación poco usual pero frecuentemente mortal, de las infecciones de heridas perineales y vaginales y es la infección de tejidos blandos y profundos que afecta músculos y aponeurosis. Este tipo de infecciones puede extenderse a partir de cualquier infección adyacente a bordes mioaponeuróticos, incluyendo incisiones quirúrgicas y otras heridas.(9)

La mortalidad es prácticamente universal sin tratamiento quirúrgico y se acerca al 50% aunque se practique una extirpación agresiva la cual incluye un desbridamiento vulvar extenso con drenaje y exéresis de la aponeurosis abdominal en muslos y los glúteos.(9)

Las bacterias que causan estas infecciones perineales parecen ser similares a las que causan otros procesos infecciosos pélvicos, predominando los anaerobios. Habitualmente se aíslan cocos anaerobios Gram positivos o Clostridium perfringens, junto con cocos aerobios o Escherichia coli, pero se han descrito así mismo Streptococos del grupo B.

Aunque algunas infecciones pueden desarrollarse dentro del día siguiente al parto, generalmente no causan síntomas hasta después de 3 o 5 días. (7,9)

Factores predisponentes para la dehiscencia de episiorrafia:

- Infección

- Virus del papiloma humano
- Fumar cigarrillos
- Transtornos de coagulación (14)

FLORA NORMAL DE LA VAGINA:

La vagina después del nacimiento empieza a ser colonizada por cierto tipo de microorganismos que son importantes para el mantenimiento del Ph ácido y no permite el crecimiento de otro tipo de agentes que produzcan algún tipo de patología en la mujer.

Los microorganismos principales de la flora vaginal son:

- ✓ Lactobacilos aerobios
- ✓ Streptococo betahemolítico
- ✓ Streptococos anaerobios
- ✓ Ureaplasma urealiticum
- ✓ Otros

La flora vaginal sufre cambios en el transcurso de la vida, y la presencia de microorganismos oportunistas colonizan el área vaginal produciendo patología.

Los microorganismos suelen ser de virulencia moderada y la mayor parte no pone en peligro la vida del individuo.

Los microorganismos causales de infección de episiotomía casi siempre provienen de la flora microbiana de la porción inferior del aparato genital. (6,11)

TRATAMIENTO DE INFECCION DE EPISIOTOMIAS

Como toda herida quirúrgica infectada debe tratarse posibilitando el drenaje, se debe de retirar la sutura y abrir la herida infectada. No hacer esto puede conducir no solo a la extensión de la infección al tejido conectivo paracervical y paravaginal, sino a un resultado anatómico final peor; debe aplicarse antibióticos de amplio espectro, aliviar el dolor con analgésicos eficaces y sondaje vesical en caso haya retención urinaria, se recomienda que cuando se produce dehiscencia de la episiotomía especialmente cuando se asocia a infección no debe de intentarse la reparación al menos durante 3 a 4 meses, esto permite la vascularización adecuada del tejido afectado y ayuda a la granulación tisular y a la resolución de la infección y la celulitis. (7,14,15,18)

REPARACION TEMPRANA DE LA DEHISCENCIA DE LA EPISIOTOMIA:

Se considera realizar reparación temprana en mujeres sin datos de infección.

Protocolo para la reparación temprana de la dehiscencia de una episiotomía infectada:

- ✓ Abrir la herida completamente
- ✓ Retirar suturas
- ✓ Descartar posibles fascitis
- ✓ Desbridamiento
- ✓ Limpieza de la herida al menos dos veces al día
- ✓ Baño de asiento después de la defecación
- ✓ Antibióticos.
- ✓ Preparación oral del intestino con electrolitos el día anterior a la cirugía.
- ✓ Preparación secundaria, cuando la herida esta libre de

Infección, celulitis y exudados y cubierta por tejido de granulación.

VENTAJAS DE LA REPARACION TEMPRANA DE LA DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA

- ✓ Se evita una cloaca
- ✓ Continencia fecal
- ✓ Función sexual
- ✓ No se requiere cirugía mayor subsiguiente
- ✓ Disminuye la estancia hospitalaria
- ✓ Menor riesgo de litigio (7,14,15,18)

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de carácter descriptivo transversal.

SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO:

Se incluyeron a todas las pacientes y su expediente clínico que fueron atendidas en las maternidades periféricas de las zonas 13 y 19 y que se les realizó episiotomía, en el período comprendido del 17 de junio al 17 de julio de 1999.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

1. INCLUSION:
   Toda paciente con episiotomía, no importando edad, paridad y que fueron atendidas por personal médico o paramédico de las Maternidades Periféricas, dentro de sus instalaciones durante el período del 17 de junio al 17 de julio de 1999.

2. EXCLUSION:
   Pacientes a quien no se les realizó episiotomía.

   Pacientes que fueron atendidas fuera de las instalaciones de las Maternidades Periféricas.

VARIABLES A ESTUDIAR

1. INCIDENCIA

Conceptual: en estadística sanitaria, es la proporción de enfermos nuevos de una enfermedad en un espacio de tiempo.

Operacional número total de casos de infección de episiotomías en relación al número de episiotomías realizadas del 17 de junio al 17 de julio de 1999, según resultado de Gram y cultivo.

Tipo de Variable: numérica.

Unidad de Medida: número de casos de infección de episiotomías.

2. GESTAS

Conceptual: número de embarazos que ha tenido una mujer.
Operacional: número de embarazos que refiera la paciente y según expediente.

Tipo de Variable: numérica.

Unidad de Medida: 1-2-3-4-5 o más.

3. PARIDAD

Conceptual: número de partos.

Operacional: número de partos que ha tenido la paciente y según expediente.

Tipo de Variable: numérica.

Unidad de Medida: 1-2-3-4-5 o más.

4. PERSONAL QUE ATIENDE EL PARTO

Conceptual: toda persona capacitada para la atención del parto.

Operacional: persona que atiende el parto, según expediente.

Tipo de Variable: nominal.

Unidad de Medida: médico o Comadrona capacitada.

5. ANTISEPTICO

Conceptual: sustancia destructora de los gérmenes infectivos.

Operacional: tipo de antiséptico utilizado según expediente.

Tipo de Variable: nominal.

Unidad de medida: hibitane, merteolate, alcohol, agua oxigenada, otros.

6. TIPO DE EPISIOTOMIA

Conceptual: incisión quirúrgica a nivel vulvo perineal que puede ser: mediana, mediolateral y lateral.

Operacional: tipo de episiotomía que se le realice a la paciente según expedientè y examen ginecológico.

Tipo de Variable: nominal.

Unidad de Medida: mediana, mediolateral y lateral.

7. SIGNOS Y SINTOMAS

Conceptual: datos observados por Médico y referidos por la paciente al momento de la consulta.

Operacional: signos y síntomas encontrados al momento del examen físico.

Tipo de variable: nominal.

Unidad de medida: temperatura en grados centígrados, hematoma, dehiscencia, rubor, dolor, calor, edema y secreción.

8. GERMEN

Conceptual: microorganismo o bacteria dañina para la salud del individuo.

Operacional: se identifica la presencia del microorganismo en el área afectada.

Tipo de Variable: nominal

Unidad de Medida: por medio de Gram y Cultivo.

Instrumento de Medida: Gram y Cultivo. Staphilococo, Sptreptococo, Ureaplasma, E. colli.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Se citaron a todas las pacientes a quienes se les realizó episiotomía al 5to. día post-parto para ser evaluadas clínicamente y ginecológicamente por médico especialista y médico investigador, para observar si existen cambios inflamatorios a nivel de episiotomía.

A toda paciente con cambios inflamatorios en la episiotomía y sospecha de infección, se le realizó Gram y cultivo y monitoreo de temperatura corporal oral para confirmar el diagnóstico. Se tuvo a la vista el expediente clínico de cada paciente para obtener datos importantes relacionados con el parto y su relación con infección de episiotomía.

ASPECTOS ETICOS

1. No se realizó ningún procedimiento invasivo al momento de tomar la muestra.
2. Los gastos necesarios para la realización del estudio fueron realizados por el estudiante investigador.
3. La participación de las pacientes en el presente estudio fue voluntaria.

RECURSOS:

1. HUMANOS:

   Médicos de las Maternidades Periféricas de las zonas 13 y 19 de esta Capital.

   Personal de Laboratorio de Microbiológico.

   Personal de Bibliotecas.

2. FISICOS:

   Instalaciones de las Maternidades Periféricas
   Laboratorio de Microbiológico.
   Boleta de recolección de datos
   Porta y cubre objetos
   Cajilla de Cultivos
   Guantes quirúrgicos estériles
   Hisopos
   Refrigeradora
   Vehículo para transportar las muestras
   Utiles de escritorio
   Bibliotecas, Universidad de San Carlos de Guatemala

3. ECONOMICOS:

Gram y Cultivos:	Q	3,000.00
Fotocopias	Q.	40.00
Utiles de Oficina	Q.	20.00
Gasolina	Q.	200.00
Impresión de Tesis	Q.	900.00
Total:	Q.	4,160.00

INFECCION DE EPISIOTOMIAS
ESTUDIO REALIZADO CON PACIENTES ATENDIDAS EN MATERNIDADES PERIFERICAS DE LAS ZONAS 13 Y 19 EN EL PERIODO DEL 17 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 1,999.

CUADRO No. 1

INCIDENCIA DE INFECCION DE EPISIOTOMIAS

ZONAS	TOTAL EPISIO TOMIAS	TOTAL DE CULTI VOS	CULTIVOS NEGATI VOS	CULTIVOS POSITI VOS	% DE CULTIVOS POSITI VOS
ZONA 13	120	50	30	20	16.6
ZONA 19	70	40	22	18	25.7
TOTAL	190	90	52	38	42.2

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

La incidencia de infección de episiotomía basados en los cultivos realizados es de 42.2%, sin embargo ésta puede ser más alta ya que de 190 episiotomías solo se logró realizar 90 cultivos.

Analizando los resultados obtenidos y comparándolos con los datos reportados en la literatura consultada donde

indican que la incidencia de infección de episiotomías varía de 0.05% a 0.35%, en éste estudio se infiere que la incidencia de infección de epsiotomía es alta.(9)

INFECCION DE EPISIOTOMIAS
ESTUDIO REALIZADO CON PACIENTES ATENDIDAS EN LAS MATERNIDADES PERIFERICAS DE LAS ZONAS 13 Y 19 EN EL PERIODO DEL 17 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 1,999.

CUADRO No. 2

RELACION ENTRE PARIDAD Y CULTIVOS POSITIVOS

ZONAS	PRIMER PARTO	SEGUNDO PARTO	TERCER PARTO	CUARTO PARTO O MAS
ZONA 13	11	7	1	1
ZONA 19	13	4	1	0
TOTAL	24	11	2	1

FUENTE: Boleta de Recolección de datos.

En el presente cuadro podemos observar que en ambas maternidades el mayor número de cultivos positivos corresponden a las pacientes primíparas, ya que es a éste grupo a quienes se les realiza episiotomía con mayor frecuencia.

INFECCION DE EPISIOTOMIAS
ESTUDIO REALIZADO CON PACIENTES ATENDIDAS EN LAS MATERNIDADES PERIFERICAS DE LAS ZONAS 13 Y 19 EN EL PERIODO DEL 17 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 1,999.

CUADRO No. 3

RELACION ENTRE PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO Y CULTIVOS POSITIVOS

PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO	CULTIVO POSITIVO ZONA 13	CULTIVO POSITIVO ZONA 19
MEDICO	20	18
TOTAL	20	18

FUENTE. Boleta de recolección de datos.

Observamos la relación entre infección de episiotomía y personal que atendió el parto. En ambas Maternidades Periféricas los partos con episiotomía deben ser atendidos por médicos especialistas, sin embargo al momento de revisar los expedientes clínicos se pudo observar que en algunos no figuraba la firma del médico especialista responsable del parto, de donde podría inferirse que por alguna razón fueron atendidos por otro tipo de personal.

El número de partos atendidos en la Maternidad Periférica de la Zona 13 fue de 296, de los cuales el 80% (236 partos) fueron atendidos por médico especialista y el 20% (60 partos) restante por comadrona adiestrada.

En la Maternidad Periférica de la zona 19 el número de partos atendidos en el período fue de 250, de los cuales el 70% (175 partos) fueron atendidos por médico especialista y el 30% (75% partos) restante por comadrona adiestrada.

En base a lo anterior, podemos deducir que el tipo de personal que atiende el parto en las Maternidades mencionadas, podría influir a que haya una alta incidencia de infecciones en episiotomías realizadas.

INFECCION DE EPISIOTOMIA
ESTUDIO REALIZADO CON PACIENTES ATENDIDAS EN LAS MATERNIDADES PERIFERICAS DE LAS ZONAS 13 Y 19 EN EL PERIODO DEL 17 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 1,999.

CUADRO No. 4

RELACION ENTRE EL TIPO DE EPISIOTOMIA REALIZAD Y CULTIVOS POSITIVOS

TIPO DE EPISIOTOMIA	CULTIVO POSITIVO ZONA 13	CULTIVO POSITIVO ZONA 19
MEDIANA	4	5
MEDIO LATERAL	16	13
TOTAL	20	18

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En el presente cuadro se observa la asociación entre, infección de episiotomía y el tipo de episiotomía realizada.

En ambas Maternidades Periféricas se observó que la mayoría de episiotomías infectadas fueron mediolaterales encontrándose que en la Maternidad Periférica de la Zona 13 de los 20 casos positivos 16 fueron mediolaterales y únicamente 4 fueron medianas. En la Maternidad de la Zona

19 de los 18 casos positivos 13 fueron mediolaterales y 5 fueron madianas.

De los 38 cultivos positivos únicamente 9 (23.68%) eran de episiotomías medianas, y 29 (76.32%) eran episiotomias medioloateral. Esto podría deberse a que el tipo de episiotomía mediana, según lo reporta la literatura aumenta el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado, por lo que no se realiza con mucha frecuencia, utilizándose la variante mediolateral para evitar éste tipo de complicaciones.(1,3,5,9,).

INFECCION DE EPISIOTOMIAS
ESTUDIO REALIZADO CON PACIENTES ATENDIDAS EN LAS MATERNIDADES PERIFERICAS DE LAS ZONAS 13 Y 19 EN EL PERIODO DEL 17 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 1,999

CUADRO No. 5

RELACION ENTRE SIGNOS, SINTOMAS Y CULTIVOS POSITIVOS

SIGNOS Y SINTOMAS	CULTIVO POSITIVO ZONA 13	CULTIVO POSITIVO ZONA 19
DOLOR	100%	61%
RUBOR	80%	88%
EDEMA	60%	33%
SECRECION	55%	72%
DE-HISCENCIA	30%	44%
FIEBRE	15%	22%
CALOR	10%	5%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En el presente cuadro se observa que la relación existente entre, signo, síntoma y cultivo positivo en ambas Maternidades Periféricas presentan resultados similares.

Sin embargo se puede decir que la presencia de algunos de estos signos y síntomas no necesariamente nos indica la existencia de un proceso infeccioso, ya que muchos casos

negativos presentaron similar sintomatología a los casos positivos.

INFECION DE EPISIOTOMIAS
ESTUDIO REALIZADO CON PACIENTES ATENDIDAS EN LAS MATERNIDADES PERIFERICAS DE LAS ZONAS 13 Y 19 EN EL PERIODO DEL 17 DE JUNIO AL 17 DE JULIO DE 1,999.

CUADRO No. 6

GERMENES MAS FRECUENTEMENTE AISLADOS

GERMEN	ZONA 13	ZONA 19
E. colli	9	8
Staphilococo s.p.	6	4
Enterobacter aerogenes	0	5
Enterobacter aglomerans	2	0
Streptococo s.p.	2	0
Staphilococo *b*	1	1
Staphilococo epidermidis	0	1

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Los microorganismos que más se aislaron fueron comunes en ambas Maternidades Periféricas. E. colli predominó como microorganismo infectante, seguido de Staphilococo sp., Enterobacter aerogenes, Streptococo, Enterobacter aglomerans, Staphilococo *beta*, y por último Staphilococo epidermidis.

Como se reporta en la literatura los microorganismos causantes de infección de episiotomía casi siempre provienen de la flora microbiana de la porción inferior del aparato genital, tal y como se demuestra en este estudio.

VIII. CONCLUSIONES

1. La incidencia de infección de episiotomía basada en los cultivos realizados en las Maternidades Periféricas de las Zonas 13 y 19 es del 16.6% y 25.7% respectivamente, lo cual es mucho más alto que lo reportado por la literatura.

2. En este estudio la infección de episiotomías se presentó con más frecuencia en primíparas, en el tipo de episiotomía mediolateral y atendidas por médico especialista.

3. Los gérmenes más frecuentes fueron los enteropatógenos dentro de los cuales el principal fue E. colli.

4. Se observó que los signos y síntomas estudiados no guardan relación con la presencia o ausencia de infección de episiotomía.

IX. RECOMENDACIONES

1. Hacer énfasis en la importancia del control de pueperio a toda paciente, especialmente a las que se les realizó episiotomía.

2. Proporcionar seguimiento a toda paciente que presente infección de episiotomía.

3. Que el personal de salud encargado de atender el parto guarde las medidas de asepsia y antisepsia al momento de atender el parto y al realizar la episiotomía.

4. Que únicamente el personal autorizado realice éste procedimiento quirúrgico para evitar complicaciones.

5. Que el personal de salud encargado de ofrecer control de puerperio, proporcione plan educacional sobre las medidas higiénicas y cuidado de episiotomía.

6. Realizar campañas a nivel nacional para promover el control de puerperio.

X. RESUMEN

Durante el período del 17 de junio al 17 de julio de 1,999 se estudió a 90 pacientes que asistieron a control puerperal a la consulta externa de las Maternidades Periféricas de las zonas 13 y 19 respectivamente. A estas pacientes se les realizó Gram y cultivo de episiotomía, para determinar la incidencia de infección.

Se obtuvieron en la Maternidad Periférica de la zona 13 20 cultivos positivos (16.6%) y 30 cultivos negativos. En la Maternidad Periférica de la zona 19 se obtuvieron 18 cultivos positivos (25.7%) y 22 cultivos negativos.

En ambas maternidades las pacientes primíparas presentaron mayor número de cultivos positivos ya que es a éste grupo a quienes se les realiza episiotomía con mayor frecuencia. La episiotomía mediolateral presentó mayor número de casos positivos debido a que es éste tipo de episiotomía la que más se realiza en nuestro medio.

Los microorganismos que más se aislaron fueron: E. colli, Staphilococo sp., Enterobacter aerogenes, Enterobacter aglomerans, Streptococo sp., Stafilococo *beta*, Staphilococo epidermidis.

Se recomienda al personal médico y paramédico guardar los lineamientos establecidos para la atención del parto y que sea el médico especialista el encargado de realizar la episiotomía y así evitar complicaciones.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Bartscht, J. et al. Episiotomy. Scyarra; 1 – 12pp.

2. Bid J., E. Microbiología Médica 11ª. Ed, México D.F. El Manual Moderno S.A. de C.V. 1995, 588pp.

3. Benson R. Curso y atención del trabajo de parto y parto normal. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. 5ta. Ed. Editorial México 1989; 203 – 204pp.

4. Cravchik J. et.al. Indicaciones de episiotomía en maternidades públicas de Neuquén, Argentina. Revista Panam. De Salud Pública Vol.4 No.1 Julio 1998 26 –31 pp.

5. González J. et al. Obstetricia. 4ta. Ed. Editorial Salvat, 1995. 245 – 246pp.

6. Helwig J. et al. La episiotomía media, aumenta el riesgo de desgarro de tercer y cuarto grado en partos vaginales. Revista Chilena de Obstet Ginecol. Vol 58 No. 6; año 1993. 487pp.

7. Little S. et al. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. Am J Obstet Gynecol. 1992; 164: 1104 – 1107pp.

8. Mondragón H. Operaciones ampliadoras del canal del parto. Obstetricia básica ilustrada. 3ra. Ed. Editorial México Trillas; 1989; 203 – 206pp.

9. MacDonald P. et al. Episiotomía. Williams Obstetricia 4ta Ed. Editorial Masson: 1996: 375 – 452pp.

10. Navarro E. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12ª. Ed. Editorial Salvat. 1991. 1209pp.

11. Ovalle A. et al. Flora microbiana genital en embarazo con y sin riesgo de infección. Revista Chilena de Obstet Ginecol. Vol 61, No.1, año 1996. 5 – 11pp.

12. Pritchard J. et al. Episiotomía y Reparación. Williams Obstetricia. 3ª. Ed. Editorial Salvat: 1986; 337 – 340pp.

13. Rouviere H. Anatomia Humana. 9ª. Ed. Barcelona. Editorial Masson 1991. 229 – 633 – 655pp.

14. Ramin S. et al. Episiorrafia y reparación temprana de su dehiscencia. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1994:55 – 762pp.

15. Ramin S. et. al Episiorrafia y reparación temprana de su dehiscencia. Clínicas Obstétricas y Genecológicas. 1996: 866 – 875pp.

16. Sabiston D. Tratado de patología quirúrgica. 14ª. Ed. Vol 1, Editorial Interamericana: 1991; 344pp.

17. Schaefer E. et al. Complicaciones quirúrgicas en obstet ginecol. Diagnóstico y tratamiento. 7ª. Ed. Editorial Salvat; 1986: 2 – 4pp.

18. Silva S. et al. Cicatrización de las heridas, factores que la perturban, mecanismos de infección. Revista Chilena de obstet ginecol. Vol. 58, No. 6; año 1993: 155 – 165pp.

19. Schwarcs R. et al. Obstetricia. 4ª. Ed. Editorial El Ateneo:1988; 344 – 345pp.

XII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Unidad de Tesis

INFECCION DE EPISIOTOMIAS MATERNIDADES PERIFERICAS, ZONAS 13 Y 19 17 DE JUNIO AL 17 DE JULIO 1999.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

RESPONSABLE: ELOISA E. BROOKS.

Fecha:_____Zona:_____Muestra No._____
1.Nombre de paciente:_____
2.Fecha del parto:_____3.Días postparto:_____

4. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

Gestas:_____Partos:_____

5. PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO:

Medico Especialista:_____ Comadrona Capacitada:____

6. ANTISEPTICO UTILIZADO:

Que Tipo:
Hibitane:_____ Alcohol:_____
Mertiolate:_____ Agua Oxigenada:_____
Timerosal:_____Otros:_____