UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

E.A.P DE OBSTETRICIA

TESIS

EFECTO DE LA MANIOBRA RITGEN MODIFICADO EN EL EXPULSIVO CON EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA DE PRIMIPARAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI AMARILIS - HUÁNUCO. 2016.

TESISTA:

BAYLÓN CANALES, Andrea del Rosario

MONTOYA CÉSPEDES, Jackeline Mercedes

ASESOR:

DR. LEÓN ROCANO ROJAS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

HUÁNUCO – PERÚ

2018

EFECTO DE LA MANIOBRA RITGEN MODIFICADO EN EL EXPULSIVO CON EPISIOTOMÍA RESTRICTIVA DE PRIMIPARAS. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI AMARILIS - HUÁNUCO. 2016.

DEDICATORIA

Nuestra tesis lo dedicamos principalmente a Dios, por ser nuestro inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A nuestros hermanos e hijos por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

AGRADECIMIENTO A:

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres: Andrés y Carmen; y, Gimbert y Madeleine, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

A nuestros hijos: Luana; y, Marco por llenarnos de alegría día tras día, por su paciencia brindada, al comprender nuestras largas horas de ausencia y siempre recibirnos con todo su amor incondicional.

Agradecemos a nuestros docentes de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional “HERMILIO VALDIZÁN”, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

Agradecemos también a los profesionales de salud del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” de manera especial al personal del servicio de OBSTETRICIA, quienes nos han guiado con su paciencia, ética y rectitud como profesionales.

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Amarilis – Huánuco, durante el año 2016; con el objetivo de determinar el efecto de la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas; utilizamos el diseño analítico de caso control, la muestra estuvo conformada por 62 primíparas: 31 para grupo control y 31 para grupo caso. Se recolectó datos a través de las historias clínicas, utilizando una ficha de recolección de datos. Los resultados encontrados fueron: 1. Características de la población, aspectos demográficos: edad promedio fue 25 años para ambos grupos; procedencia urbana (caso: 50% y control: 45%); estado civil conviviente (caso: 44% y control: 48%), grado de instrucción secundaria (caso: 35% y control: 34%). En los aspectos obstétricos: peso materno normal (caso: 42% y control: 45%); ponderado fetal, normal (caso: 50% y control: 42%); atención prenatal, controlada (40%) para ambos grupos. 2. La condición del periné después del expulsivo con la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo caso, fueron normales (47%) y patológicos (3%). 3. Las condiciones del periné después del expulsivo en las primíparas, sin la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo control, fueron normales (8%) y patológicos (42%). Concluyendo que es efectivo la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” Amarilis – Huánuco. 2016; comprobado mediante la estadística con la prueba no paramétrica de McNemar.

Palabras Clave: Maniobra, Ritgen Modificado, Expulsivo, Primíparas.

ABSTRACT

The present investigation was carried out in the Maternal and Child Hospital Carlos Ferrari Amarilis - Huánuco, during the year 2016; with the objective of determining the effect of Modified Ritgen Maneuver in the expulsive with restrictive primiparous episiotomy; we used the control case analytical design, the sample consisted of 62 primiparae: 31 for the control group and 31 for the case group. Data was collected through the medical records, using a data collection form. The results found were: 1. Characteristics of the population, demographic aspects: average age was 25 years for both groups; urban origin (case: 50% and control: 45%); cohabiting civil status (case: 44% and control: 48%), secondary education degree (case: 35% and control: 34%). In the obstetric aspects: normal maternal weight (case: 42% and control: 45%); weighted fetal, normal (case: 50% and control: 42%); prenatal care, controlled (40%) for both groups. 2. The condition of the perineum after the expulsive with the application of the Modified Ritgen maneuver, belonging to the case group, were normal (47%) and pathological (3%). 3. The conditions of the perineum after the expulsive in the primiparous, without the application of the Modified Ritgen maneuver, belonging to the control group, were normal (8%) and pathological (42%). Concluding that Modified Ritgen Maneuver in the expulsive with restrictive primiparous episiotomy is effective. Maternal and Child Hospital "Carlos Showing Ferrari" Amarilis - Huánuco. 2016; checked by statistics with McNemar's nonparametric test.

Key Words: Maneuver, Modified Ritgen, Expulsive, Primiparous.

INDICE

Contenido	Página
Dedicatoria…….	iii
Agradecimiento……	iv
Resumen……..	v
Introducción……...	
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Descripción del problema……..	09
1.2. Formulación del problema……...	11
1.3. Objetivo general y objetivos específicos……	12
1.4. Hipótesis general y específicas……	12
1.5. Variables……	13
1.6. Justificación……..……...	13
1.7. Limitaciones……..……...	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes……...	15
2.1.1. Internacionales…….....	15
2.1.2. Nacionales…….....	17
2.1.3. Locales……	18
2.2. Bases teóricas……..	18
2.3. Definición de términos básicos……	37
CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Ámbito……	38
3.2. Población……	38
3.3. Muestra……..	38
3.4. Nivel y Tipo de estudio…….	39
3.5. Diseño de investigación……...	40
3.6. Técnicas e instrumentos……..	40
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Análisis descriptivo……...	43
4.2. Análisis inferencial y contrastación de hipótesis…….	52
4.3. Discusión de resultados……..	53
CONCLUSIONES……...	55
SUGERENCIAS……	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS…….	57
ANEXOS……	60

INTRODUCCIÓN

El proceso del parto, en la segunda etapa incluye el expulsivo, acción que muchas veces se acompaña de eventos adversos, como la rigidez perineal, primiparidad, feto macrosómico, prematuridad, presentación pélvica e inminencia de rotura perineal. Este riesgo se puede prevenir si se aplica correctamente maniobras de protección del periné, entre ellas se encuentran la maniobra de Ritgen Modificada, actualmente protocolizada por el Ministerio de Salud del Perú, pero no ejecutada en muchas Instituciones, junto a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, donde hacen un llamado a reflexiones en relación con las intervenciones del obstetra.

En este sentido, el objetivo de nuestra investigación es conocer el uso de la maniobra en un grupo caso y en un grupo control, sobre las intervenciones para la prevención del trauma perineal, entendiendo el parto como una vivencia y experiencia positiva, natural, y humana para la mujer, el recién nacido y la familia.

La investigación está compuesta por IV Capítulos de redacción: I. El problema de investigación, donde se consideran los siguientes aspectos: fundamentación del problema, objetivos, hipótesis, variables, justificación, limitaciones. II. Marco teórico, cuenta con los siguientes aspectos: antecedentes, bases teóricas y definiciones conceptuales. III. Metodología, donde se incluyen: ámbito, población, muestra, nivel y tipo de estudio, diseño, técnicas e instrumentos, proceso de recolección de datos. IV. Resultados y Discusión; incrementándose Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

El trauma perineal es una de las principales y más frecuentes complicaciones que tienen lugar durante el periodo expulsivo del parto. Éste período, también denominado segunda etapa del parto, es aquel que tiene lugar entre el momento en el que se alcanza la dilatación completa y el instante en el que se lleva a cabo la expulsión fetal.[1]

El trauma perineal se define como cualquier tipo de lesión o daño que sucede en el perineo durante el parto, pudiendo aparecer en forma de desgarro perineal (espontáneo) o como consecuencia de la realización de una episiotomía por parte del profesional que atiende el parto. La aparición de este problema habitualmente ocasiona molestias, dolor, incontinencia o dispareunia en las semanas o meses posteriores al parto, alargando así el proceso de recuperación de la mujer.[2]

La elevada morbilidad que ocasiona este tipo de traumatismos hace que las matronas y el resto de profesionales que preparan o atienden el parto, tengan una especial preocupación por evitar o disminuir su aparición.[2]

La mayoría de estudios epidemiológicos que analizan los factores de riesgo de la incontinencia de orina y fecal en la mujer señalan el embarazo y el parto como los factores principales. El embarazo por sí mismo representa un riesgo para el suelo pélvico. Las hormonas que se secretan

durante el embarazo están ligadas a cambios en el tejido conjuntivo, que disminuye la fuerza tensora y favorece la incontinencia.[3]

El trauma obstétrico durante el parto vaginal puede producir incontinencia como consecuencia de tres hechos: Un suelo pélvico excesivamente relajado, secundario a la distensión de músculos y fascias que se producen durante el parto vaginal. Lesiones directas como desgarros y episiotomías y que pueden afectar al soporte y a la posición de la vejiga, recto y el útero o a lesiones del esfínter anal. Lesión directa de los nervios por compresión o elongación excesiva y prolongada de éstos, lo cual impide que el músculo pubococcígeo y los esfínteres se contraigan de forma voluntaria o refleja.[3]

A nivel mundial, los índices informados de su práctica son de un 62,5% en Estados Unidos[4], 30% en Europa y una mayor proporción en América Latina; 30 % al 35 % de los partos vaginales incluyen episiotomía en los últimos años está tasa ha disminuido considerablemente y se está convirtiendo en una técnica del pasado, como resultado de los nuevos conocimientos sobre los efectos secundarios de episiotomías. En EE.UU la incidencia de episiotomía en partos vaginales espontáneos ha descendido desde un 60, 9% en 1979 a un 22,5% en 2016[4]. En Reino Unido, durante la mitad del siglo XX, la episiotomía era una práctica muy común, cuyas tasas ascendían a un 96% entre las nulíparas y un 71% entre las multíparas[5]. Mientras que en el en el Norte y Europa Occidental la incidencia varían entre 9,7% en Suecia y un 87,3% en España[6].

En el Perú la episiotomía sistemática que se aplica en los hospitales o centros de salud u otras instituciones prestadoras de salud arrojan porcentajes de hasta el 92,3% y en la Región Huánuco incluye el 90% del uso de la episiotomía en el parto en forma rutinaria.[7]

Por lo mencionado pretendemos investigar con la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el efecto de la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco. 2016?

Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características de salud de la población objeto de estudio?
2. ¿En qué condiciones se encuentra el periné de la primípara después del expulsivo con la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo caso?
3. ¿En qué condiciones se encuentra el periné de la primípara después del expulsivo sin la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo control?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el efecto de la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” Amarilis – Huánuco. 2016

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características de salud de la población objeto de estudio.
2. Conocer las condiciones del periné de la primípara después del expulsivo con la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo caso.
3. Conocer las condiciones del periné de la primípara después del expulsivo sin la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo control.

1.4. Hipótesis General y Específicas

H_i: Hipótesis General: Investigación

Es efectivo la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” Amarilis – Huánuco. 2016.

Ho: Hipótesis General: Nula

No es efectivo la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” Amarilis – Huánuco. 2016.

1.5. Variables

1.5.1. Variable 1: Maniobra Ritgen Modificado

1.5.2. Variable 2: Expulsivo

1.5.3. Operacionalización de Variables:

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de Medición	Valor
Variable Independiente	Maniobra de Ritgen Modificado	Positivo	Cualitativo Nominal	Si No
		Negativo		Si No
Variable Dependiente	Expulsivo	Normal	Cualitativo Nominal	Si No
		Patológico		Si No
Variable Interviniente	Peso Macrosómico del Producto Obesidad de la Parturienta			

1.6. Justificación

Teóricamente, las diversas lesiones que se presentan en el canal del parto, mayoritariamente se debe a la inadecuada protección del periné en el expulsivo, la Maniobra de Ritgen Modificado nos permite proteger adecuadamente el periné sin necesidad de realizar la episiotomía, razón que beneficia a la parturienta reduciendo la morbilidad en la zona perineal.

Numerosos estudios han demostrado que el parto en forma natural es mejor que aplicando la cirugía menor como lo es la episiotomía y la episiorrafia, al no aplicar existe riesgo en la salud de la parturienta de presentar desgarros y/o lesiones en la zona perineal y vaginal, motivo por el cual se realiza la maniobra de protección del periné denominado Rtigen Modificado.

Socialmente una puérpera con cirugía menor presenta limitaciones y cuidado en la zona perineal, ocasionando depender de otra persona para realizar sus actividades cotidianas, afectando el vínculo familiar y social.

La Maniobra de Ritgen Modificado se ejecuta en la práctica clínica y puede protocolizarse, el profesional de salud que atiende el parto, utiliza a criterio clínico o no lo utiliza, con los resultados de esta investigación se puede capacitar para el uso en todos los partos del Hospital Materno Infantil.

1.7. Limitaciones

Estuvo limitado por:

El espacio en la investigación, la unidad del archivo central se ubica en un espacio reducido, y existe masificación de historias clínicas en el Hospital.

Los permisos por parte de la Dirección del Hospital, son dificultosos ya que los trámites administrativos son muy burocráticos. Existen historias clínicas incompletas e ilegibles.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Internacionales

Ferreira Couto, Cristina Manuela; Fernandes Carneiro, Marinha, el año 2017 en Portugal realizaron la investigación denominada: prevención del trauma perineal cuyo objetivo mantener la integridad del perineo materno, durante la fase activa del segundo periodo del trabajo de parto. Los autores realizaron una investigación de diseño descriptivo histórico donde identificaron evidencias científicas para mantener la integridad del periné donde tuvieron los resultados: la actuación de la matrona en la prevención del trauma perineal debe seguir un conjunto secuencial de intervenciones entre ellos utilizar la maniobra de protección del periné también llamado Ritgen; incentivar el ejercicio físico moderado, tres veces por semana, durante el embarazo; incentivar a la mujer para la realización del masaje perineal, desde la 30ª semana de gestación; promover la restricción de la manipulación perineal durante el trabajo de parto, haciendo solamente masaje suave, alentando el tirón espontáneo y el cambio de posición de la madre y, además, proceder a la aplicación de gasas calientes en el perineo, y preferir el apoyo perineal simple cuando se aplica la maniobra de Ritgen. En todo el proceso, promover el empoderamiento de la mujer mediante el apoyo y la confianza. Concluyeron que las intervenciones son señaladas como beneficiosas en la prevención del trauma perineal. No obstante, su aplicación exige más evidencia, así como una efectiva divulgación de sus resultados por parte de los equipos

multidisciplinares y de la comunidad con la presentación de los beneficios para la salud de la mujer, la familia y la sociedad.[8]

Ferreira Couto, Cristina Manuela; Fernández Carneiro, Marinha, el año 2017 en Portugal realizaron la investigación denominada: prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura, los autores realizaron una investigación de diseño descriptivo histórico, con el objetivo de conocer si la maniobra de Ritgen modificada disminuía el riesgo de laceraciones perineales de tercer y cuarto grado, comparativamente con el apoyo perineal simple. Los resultados evidenciaron que la tasa de laceraciones de tercer y cuarto grado fue de 5,5% (n = 38) en mujeres a las que se les realizó la maniobra de Ritgen y de 4,4% (n = 32) en las que se le realizó el apoyo perineal simple. Por lo tanto, se concluye que la maniobra de Ritgen modificada no disminuye el riesgo de lesión del esfínter anal durante el periodo expulsivo, al menos no cuando es realizada durante la contracción.[9]

Ballesteros Meseguer Carmen, el año 2014 en España Murcia realiza la investigación titulada: factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia cuyo objetivo fue identificar la percepción en relación al procedimiento de formación de protección, utilizó un diseño descriptivo de nivel relacional, como instrumento utilizó una encuesta con escala de Likert resultando lo siguiente: totalmente en desacuerdo (,764); desacuerdo (,191); acuerdo(-,118); totalmente de acuerdo(-,248) todos los resultados

saturan encima de 0,05; siendo la percepción de no formación adecuada para la protección adecuada del periné en el expulsivo del parto.[10]

2.1.2 Nacionales

Gutiérrez Rojas Johan Emanuel, el 2017 en Lima Perú, realizó la investigación denominada: Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales en las pacientes gestantes del Hospital de Ventanilla como estudio prospectivo, Julio a Diciembre del 2016, cuyo objetivo fue: conocer si las medidas somatométricas guardan relación con la ocurrencia de desgarros, principalmente una posición perineal anterior y otros factores de riesgo asociados. El autor utilizó un diseño analítico caso control, donde obtuvo un grupo de casos de 41 gestantes con horquilla vaginal anterior normal y otro de controles de 123 gestantes con una horquilla posterior normal. Se tomaron datos sobre otros factores de riesgo importantes. Se las siguió durante el periodo entre el último control prenatal y el parto. Los resultados obtenidos fueron identificó a una horquilla vaginal anterior como factor de riesgo (RR 3.12, IC 95% 2.08-4.68 p<0,05), otros factores identificados fueron: grupo étnico caucasoide (RR 3.06, IC 95% 2.19-4.29 p<0.05), ser madre joven (RR 2.5, IC 95% 1.68-3.73 p<0.05), madre añosa (RR 2.21, IC 95% 1.45-3.39 p<0.05), nuliparidad (RR 5.80, IC 95% 2.98-11.292 p<0.05), macrosomía fetal (OR 3.32, IC 95% 1.30-8.47 p<0.05) y expulsivo prolongado (RR 2.74, IC 95% 1.84-4.07 p<0.05).[11]

2.1.3 Locales

Basilio Cruz Silvia Lina, el año 2016 en Huánuco, Perú realizó la investigación denominada: preparación del perineo versus uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones pos parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huanuco-2016, cuyo objetivo fue determinar las diferencias significativas entre la preparación del perineo y el uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones post parto en mujeres nulíparas, la investigación tuvo un diseño cuasi experimental de tipo longitudinal y prospectivo, la investigadora llego a los siguientes resultados: a través de la prueba U de Mann Whitney se evidenció diferencias estadísticamente significativas en la prevención de complicaciones en el grupo de mujeres con preparación y protección perineal a través de la Maniobra de Ritgen Modificado y uso sistemático de episiotomía respecto al número de días en que iniciaron la deambulación (U=342,500 y p=0,000). Concluyendo que las complicaciones son mayores en mujeres con uso sistemático de episiotomía, frente a las mujeres que recibieron preparación perineal.[12]

2.1 Bases teóricas

2.1.1 Maniobra de Ritgen Modificado[13]

La Maniobra de Ritgen es un procedimiento obstétrico para la atención de la segunda fase del parto cuando el feto es expulsado, tiene como finalidad la protección del periné de la madre cuando la vía del nacimiento es vaginal en presentación cefálica pretendiéndose evitar los desgarros perineales. Esta maniobra de hace parte de la

atención tipo Hands – On (manos-en) de la segunda etapa del parto. En esta maniobra se manipula el periné en contraposición a la atención tipo Hands – Poised (manos quietas), en la cual no se toca el periné en ningún momento de la segunda etapa.

En la maniobra de Ritgen el mentón fetal se alcanza entre el ano y el cóccix y se tira interiormente, mientras se utilizan los dedos de la otra mano sobre el occipucio fetal para controlar la velocidad del parto y mantener la flexión de la cabeza fetal (Cunningham 2005; Jönsson 2008).

La maniobra de Ritgen se denomina "modificada" (Jönsson 2008) cuando se realiza durante una contracción, en lugar de entre las contracciones como originalmente se recomendó (Cunningham 2008).

Las técnicas de apoyo desaceleran el parto de la cabeza, lo que le permite al perineo extenderse lentamente, y por lo tanto que se reduzca el traumatismo perineal (Downe 2003). Lo anterior explica por qué los asistentes del parto, a la vez que utilizan las técnicas de apoyo, habitualmente les piden a las mujeres que respiren en vez de pujar cuando aparece la cabeza del feto. Generalmente el parto de los hombros del feto es ayudado en primer lugar por la tracción descendente para liberar el hombro anterior, y posteriormente el hombro posterior al guiar al feto en una curva ascendente (Downe 2003).

1. Definición del parto normal

El parto se define como el proceso fisiológico que pone fin al embarazo por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares.[14]

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500gramos (igual o mayor a las 22 semanas completas) para otros 20 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación.

Ya que el parto indica el fin de la gestación, se puede dar de manera espontánea, esto es, comenzar a transcurrir sin intervención alguna, o por lo contrario puede ser inducido y/o provocado en su inicio, y ser dirigido con medicamentos en su evolución.

2. Determinismo del parto

El conocimiento del parto es aún desconocido en gran medida existen elementos y factores bien convincentes, sin embargo cada uno de ellos parece ser insuficiente en algunos de sus aspectos. La importancia clínica del conocimiento de este proceso fisiológico complejo reside en la mejor compresión del inicio del trabajo de parto en fetos pre términos y por lo tanto un mejor diagnóstico y manejo terapéutico de esta situación clínica. Los procesos fisiológicos que regulan el parto y el inicio del trabajo de parto todavía siguen en definición. Sin embargo, está claro que el inicio del trabajo de parto representa la culminación de una serie de

cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. Estos se deben a señales autocrinas y paracrinas que emanan de la madre como del feto. Sus aportaciones relativas varían entre las distintas especies y son estas diferencias las que complican la aclaración de los factores exactos que regulan el parto humano.

El cuidadoso determinismo de la duración de la gestación proporciona el tiempo suficiente para que el feto se desarrolle, madure y adquiera habilidades necesarias para realizar la transición desde un ser dependiente, hasta ser capaz de vivir en forma autónoma fuera del útero. Ya en tiempos antiguos se intentaba esclarecer cómo se iniciaba el trabajo de parto, es por ello que Hipócrates defendía que el feto participaba en cierto modo en el trabajo de parto. Galeno atribuía la casualidad de la dilatación del cuello uterino. Mauriceau propugnaba que el parto se iniciaba cuando la fibra muscular uterina llegaba al límite de su distensibilidad, mientras que Schroeder señalaba la importancia del despegamiento de las membranas en el polo inferior del huevo. Actualmente una serie de hipótesis han sido propuestas para explicar el mecanismo del inicio de este proceso, tales como los cambios en la relación de la concentración de estrógenos-progesterona, aumento en el número de receptores de oxitocina, aumento en la producción de uterotoninas (agentes que inducen contracciones uterinas) por las membranas ovulares. Ninguna de estas hipótesis sin embargo ha logrado dar una respuesta global, sino respuestas parciales e insatisfactorias.

Motor del parto

Denominamos con el término de motor de parto a las fuerzas dinámicas que determinan la dilatación del conducto de parto y la expulsión del feto y de sus anexos al exterior.[15]

Son las fuerzas que impulsan al objeto del parto a través del canal del parto. Nos referimos a las contracciones uterinas y a la prensa muscular abdominal.

Objeto del parto

Se ha identificado al feto como tal, desde el punto de vista mecánico, el tamaño y la estática.

La cabeza fetal es la parte más importante, sobre todo por su tamaño. Es un ovoide con un armazón óseo, pero con cierta plasticidad, pues las suturas no están osificadas y en los vértices de unión de los huesos planos se forman unas fontanelas no cubiertas aún de hueso. Durante la expulsión de la cabeza fetal se producen fenómenos de cabalgamiento y de desalineamiento entre los huesos que conforman la bóveda craneal del feto.[16]

En cuanto a la estática fetal: tenemos que considerar cuatro términos:

Actitud: Es la relación que guardan entre sí las distintas partes del feto y en parte es el resultado de la acomodación del feto a la forma y tamaño de la cavidad uterina. Habitualmente la actitud es la de flexión completa.

El feto se dobla o flexiona sobre sí mismo, de tal forma que la espalda adquiere una marcada convexidad; la cabeza se flexiona acusadamente, de manera que el mentón casi se encuentra en contacto con el pecho, los mismos se flexionan sobre el abdomen, y las piernas se doblan a la altura de las rodillas. En las presentaciones cefálicas los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de lado paralelo a los lados, mientras el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades pélvicas. Esta postura característica es producto de la forma de crecimiento del feto y su acomodación dentro de la cavidad uterina.[17]

Situación: Es la relación entre el eje longitudinal de la madre y el feto. Puede ser longitudinal (el eje longitudinal del útero y el fetal coinciden), transversa (los ejes longitudinales materno y fetal son perpendiculares) u oblicua (los ejes forman un ángulo de 45º), pero esta situación generalmente se convierte en longitudinal o transversa en el transcurso del parto.

Se encuentra en situación longitudinal en más del 99% de los trabajos de parto a término. Factores predisponentes para la situación transversa incluyen multiparidad, placenta previa, Polihidramnios y anomalías uterinas.[18]

Presentación: Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna.

También se la define como, aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzado dentro del conducto de parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal. Por lo tanto, en situaciones longitudinales la parte que se presenta es la cabeza o la pelis, que dan lugar a las presentaciones cefálicas y pélvicas, respectivamente.[19]

Cefálica: según la actitud, la presentación cefálica puede ser de occipucio o vértice (la cabeza está fuertemente flexionada y el punto guía es la fontanela menor); de sincipucio (cabeza algo deflexionada y el punto guía es la sutura sagital); bregmática (cabeza más deflexionada que en la presentación de sincipucio y el punto guía es la fontanela mayor o bregmática); de frente (punto guía es la sutura metópica); y de cara (es el grado máximo de deflexión de la cabeza fetal y el punto guía es la línea medio-facial, que se identifica con el mentón).

Podálica: según la actitud fetal podemos hablar de nalgas puras o simples (el feto se halla con los muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas extendidas por delante del tórax); nalgas completas o incompletas (el feto tiene flexionados los muslos sobre el abdomen y flexionadas las rodillas o sólo una, respectivamente); de pies completos o incompletos (presentando los dos pies sólo uno); de rodillas completas o incompletas.

Compleja: resultado de una situación oblicua o transversa. El feto puede presentar cualquier parte en relación con el plano de entrada en la pelvis.

Posición:[20] Es la relación que hay entre el dorso del feto y el abdomen materno, considerando éste como una circunferencia completa. En la situación longitudinal es:

- Dorso anterior: el dorso del feto está en contacto con la línea medio ventral del abdomen materno.
- Dorso izquierda/derecha anterior: dorso fetal a 45º a la izquierda/derecha de la línea medio ventral del abdomen materno.
- Dorso izquierda/derecha transverso: dorso fetal a 90º a la izquierda/derecha de la línea medio ventral del abdomen materno.
- Dorso izquierda/derecha posterior: dorso fetal a 135º a la izquierda/derecha de la línea medio ventral del abdomen materno.
- Dorso posterior: el dorso del feto está en contacto con la línea medio dorsal del abdomen materno.

En las situaciones transversas, llamamos anterior o posterior a la relación del dorso del feto con el abdomen materno según el dorso del feto esté en contacto con la línea medio ventral del abdomen materno o con la medio dorsal, respectivamente; y

dependiendo de dónde se encuentre la cabeza fetal en el abdomen materno hablaremos de céfalo derecha o izquierda.

También se llama posición a la relación del punto guía fetal y las paredes de la pelvis materna. En la presentación cefálica suele ser el occipucio, el sacro en la presentación de nalgas, el mentón en la cara y el acromion en la presentación de hombros. En relación a la pelvis materna hablamos de posición izquierda, derecha, anterior (en relación con la sínfisis del pubis) y posterior (en relación con el sacro).

Progresión mecánica del móvil

Aunque por motivos didácticos se describen los movimientos por separado, muchos tienen lugar casi de forma simultánea.

Encajamiento en el estrecho superior

Previamente al descenso fetal debe haberse producido el encajamiento. El encajamiento se produce cuando el DBP (máximo diámetro sagital) sobrepasa el estrecho superior de la pelvis y, por tanto, el punto guía de la presentación se localiza en el tercer plano de Hodge.

Para realizar esta acomodación la cabeza debe orientarse en el diámetro pelviano más conveniente y aminorar sus diámetros, modificando su actitud. De esta manera y con tal objeto, la cabeza ejecuta dos movimientos asociados: se orienta en un diámetro

oblicuo y además se flexiona. Al orientarse en el oblicuo lo hace con más frecuencia en el izquierdo que en el derecho.[21]

Dado este punto se puede asumir una pelvis capaz a las dimensiones fetales. Se iniciado el trabajo de parto, sobre todo en multíparas. En primíparas se suele producir antes el encajamiento que se acompaña, a continuación, del descenso fetal, mientras que en multíparas el descenso suele empezar con el encajamiento. En la mayoría de casos el vértice entra en la pelvis materna en posición transversa u oblicua, más frecuentemente izquierda. El canal pelviano es irregular y no siempre todos los diámetros cefálicos pasan a través de los pelvianos por lo que la cabeza fetal debe ir cambiando de posición para adaptarse al canal del parto.

Descenso

Los diámetros de la pelvis ósea por debajo del estrecho superior son sensiblemente iguales luego, para descender, la cabeza no necesita cambiar de orientación ni de actitud.[22]

Además, para favorecer su descenso, el feto debe adaptarse a la curvatura del sacro con pequeñas desviaciones de la cabeza. Cuando la sutura sagital equidista de pubis y sacro nos encontramos ante una presentación sinclítica. El descenso de la cabeza puede realizarse en sinclitismo o asinclitismo. La desviación lateral de la cabeza hasta una posición más anterior o posterior en la pelvis se conoce con el nombre de asinclitismo.

Grados moderados de asinclitismo son la norma durante el trabajo de parto normal para facilitar el descenso fetal. Así, en el asinclitismo anterior (oblicuidad de Naegele) se nos presenta el parietal anterior y la línea sagital se acerca más al sacro. Si el asinclitismo es posterior (oblicuidad de Litzmann-Varnier) la línea sagital queda más cerca de la sínfisis pubiana y es el parietal posterior del feto el que más se presenta. El descenso fetal consiste en el engranaje de toda una serie de movimientos que permiten el acoplamiento del feto al canal del parto. Es un mecanismo dinámico favorecido por la presión ejercida por los músculos abdominales, la presión del líquido amniótico y el impulso de la fuerza ejercida por las contracciones uterinas.

Flexión

La flexión inicial de la cabeza (que luego se acentuará) se explica bien por la ley de las palancas. Dada la situación excéntrica que ocupa la columna vertebral en su articulación con la cabeza, cuando esta mantiene una actitud intermedia entre la flexión y la extensión, se distingue dos brazos de palanca en el diámetro anteroposterior de la cabeza: el largo, entre columna y mentón, y el corto, entre columna y occipucio. El conducto del parto ofrece mayor resistencia al brazo largo de la palanca, y en consecuencia se produce la flexión cefálica.[23]

Cuando la cabeza va descendiendo se encuentra resistencias (cuello y paredes de la pelvis) por lo que debe realizar un

movimiento de flexión, aproximando el mentón al tórax, para pasar de presentar el diámetro fronto-occipital (12 cm) a presentar el menor diámetro cefálico (suboccipito-bregmático de 9,5 cm). De esta manera se ejerce un mecanismo de palanca.

Rotación Interna

Es un movimiento de rotación por el cual el feto adapta su diámetro mayor al nuevo diámetro mayor del estrecho inferior, el anteroposterior. Parece que este movimiento está inducido por factores pelvianos que determinan la rotación interna de la cabeza. El movimiento más frecuente es la rotación del occipucio hacia la sínfisis pubiana, aunque también puede rotar hacia la concavidad sacra. De esta forma el feto realiza una traslación de 90º si había penetrado en el diámetro transverso de la pelvis o de 45º si lo había hecho en diámetro oblicuo.

De forma simultánea con la rotación interna de la cabeza, se produce la orientación de los hombros en el estrecho superior de la pelvis. Cuando la cabeza rota a occípito-anterior, el diámetro biacromial se orienta en el diámetro transverso para después ir descendiendo. La cabeza hasta entonces en su mecanismo a través del desfiladero pélvico ha realizado tres movimientos: 1. Ha descendido (encajamiento); es decir que por su progreso, penetró profundamente cambiando de altura, 2. Se ha reducido cambiando de actitud (flexionándose), 3. Ha cambiado de variedad de posición efectuando un movimiento de rotación.[24]

Extensión

La cabeza en posición anteroposterior y flexionada llega al IV plano de Hodge con el occipucio por debajo de la sínfisis púbica. A continuación se produce una extensión o deflexión cervical que hace que la base del occipital contacte directamente con el borde inferior de la sínfisis, ejerciendo un movimiento de palanca. Se aprecia la salida progresiva por la vulva de sincipucio, sutura mayor o bregma, frente, nariz, boca y mentón.

La cabeza nace conforme al occipucio bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón, pasan de forma sucesiva hacia el borde anterior del perineo.[25]

Si no se extendiese y descendiera en flexión chocaría directamente contra la pared posterior del periné, desgarrando los tejidos. Inmediatamente después de la expulsión se flexiona de nuevo y el mentón apoya en la región anal.

Restitución o rotación externa

Mientras que en el momento de la deflexión, los hombros del feto se orientan en la pelvis penetrando en ella por el diámetro transverso, el feto con la cabeza apoyada en el periné realiza una restitución de su posición con una rotación externa a posición transversa, de forma que se coloca en la misma posición que tenía al entrar en la pelvis.

Por lo tanto, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis y el otro es posterior. Al parecer, dicho movimiento se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza.[26]

Con esta rotación externa se consigue, a su vez, la rotación del cuerpo para adoptar el diámetro biacromial con el diámetro antero-posterior del estrecho inferior de la pelvis.

Expulsión fetal

El resto del feto sale rápidamente, casi sin un mecanismo determinado, por eso se dice que se escamotea, y por esta razón el parto de vértice como todos los partos en cefálica, se estudia solo en seis tiempos.[27]

Tras la expulsión de los hombros, primero el anterior por debajo del pubis y luego el posterior por el periné, se produce la expulsión del resto del cuerpo sin dificultad.

3. Parto: periodo expulsivo

Periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior. Es la fase más espectacular y en la que el descenso de la cabeza fetal es más acelerado y llamativo, aunque ésta se inicia en la fase de dilatación.

Cuando el cuello se ha dilatado totalmente, las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos del pujo. Durante el periodo expulsivo la

frecuencia de las contracciones aumentan hasta un promedio de 5 cada 10 minutos y la intensidad sube hasta 47mmHg. La actividad uterina promedia es de 235 UM. La más alta que se registra durante el embarazo y el parto normal. El tono promedio es de 12mmHg.[28]

La duración clínica aproximada de ese periodo es de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en multíparas. Este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, se consideran normales los tiempos de 2 horas de expulsivo en primigestas y de 1 hora en multíparas.[29]

En esta fase se distinguen tres periodos:

- Encajamiento de la cabeza en el estrecho superior de la pelvis.
- Descenso de la presentación: Por lo general el descenso comienza durante la fase de máxima dilatación cervical, suele observarse durante la fase de desaceleración en la segunda fase del parto. La velocidad de descenso es de 3,3 cm/h en nulíparas y de 6,6 cm/h en multíparas. El diagnóstico se establece cuando el periodo de observación de este es de 2 horas con tres exploraciones vaginales.[30]
- Expulsivo.

4. Episiotomía Restrictiva

La episiotomía es el agrandamiento del orificio de la vagina mediante, ubicado en el periné de la parturienta, aumento que se realiza, mediante maniobras aplicadas adecuadamente, sin

necesidad de realizar el corte del periné durante la última parte del período expulsivo, está es aplicada únicamente a consideración del profesional que atiende el parto.[31]

La práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva, limitada únicamente a los casos en que a criterio de quien asiste el parto, que considere necesaria. Se practicará cuando el periné es apropiado para el acceso al feto. La episiotomía restrictiva parece tener un cierto número de beneficios en comparación con la práctica de la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones, no hay diferencias con respecto a la mayoría de las medidas de dolor y al trauma perineal o vaginal severo. No obstante, con el uso restrictivo de la episiotomía, las episiotomías no previenen desgarros en o a través del esfínter anal ni desgarros vaginales. De hecho, los desgarros profundos casi nunca ocurren cuando no se realiza una episiotomía. Aun cuando se reparen correctamente, los desgarros del esfínter anal pueden causar problemas crónicos de dolor coital o incontinencia fecal o de flatulencia más adelante en la vida. Además, las laceraciones anales predisponen a las fístulas recto-vaginales. Si una mujer no tiene una episiotomía, probablemente sufra un pequeño desgarro, pero con raras excepciones el desgarro no será, en el peor de los casos, peor que una episiotomía. Las episiotomías no previenen la relajación de la musculatura del piso pélvico. Por lo tanto, no previenen la incontinencia urinaria ni mejoran la satisfacción sexual. No es más fácil reparar una

episiotomía que un desgarro. Las episiotomías no sanan mejor que los desgarros. Las episiotomías no son menos dolorosas que los desgarros. Pueden causar problemas prolongados de dolor, especialmente durante las relaciones sexuales. Las episiotomías no previenen lesiones durante el nacimiento, ni daño cerebral del feto. Las episiotomías aumentan la pérdida de sangre. Como con cualquier otro procedimiento quirúrgico, las episiotomías pueden provocar infecciones, incluyendo infecciones fatales. Las epidurales aumentan la necesidad de una episiotomía. También aumentan la probabilidad de que se requieran de instrumentos durante el alumbramiento. La intervención de instrumentos durante el parto aumenta la probabilidad tanto de episiotomías como de desgarres profundos. La posición de litotomía aumenta la necesidad de una episiotomía, probablemente porque el perineo está demasiado estirado.[32] Parto es el proceso por el cual los productos de la concepción salen normalmente al exterior. Está dividido en 3 periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento; fases de parto: latente, aceleración y aceleración máxima y desaceleración.

5. Primigesta: consideraciones anatómicas

Útero en la mujer nulígesta, el cuerpo generalmente triangular, ofrece dos caras y tres bordes, uno superior y dos laterales. Cuerpo uterino, la cara posterior, más abombada, cubierta por el peritoneo en toda su extensión, ofrece en la línea media una cresta roma. Esta cresta, más destacada en las personas jóvenes, es perceptible al

tacto; es sin duda el vestigio de la fusión de los conductos de Müller que dan origen al útero. El borde superior o fondo del útero está tendido entre los dos ángulos laterales. Representa la parte más ancha del órgano.

Cuello uterino, tiene la forma de hinchado en su parte media, con el orificio externo en forma circular. Su vértice tiene un agujero, ordinariamente redondeado, de 4 a 7 milímetros de diámetro; a veces tiene la forma de una hendidura transversal: el orificio inferior de cuello; conduce a la cavidad uterina. Divide al cuello en dos mitades o labios, uno anterior y otro posterior: el labio anterior, es a la vez más grueso y más prominente que el posterior; en cambio, es mucho más corto, pues la vagina se eleva menos por delante que por detrás, el hocico de tenca presenta, en condiciones fisiológicas normales, una superficie irregular, una coloración blancorrosada, de consistencia dura. La vagina se inserta en el contorno del cuello y lo divide en varios segmentos.

Formaciones labiales o labios de la vulva, son dos repliegues tegumentarios, que constituyen las partes laterales de la vulva. Los labios mayores, son repliegues cutáneos, que miden 7 u 8 centímetros de largo por 2 ó 3 centímetros de ancho y que ocupan la parte externa de la vulva, son gruesos, firmes y resistentes en las nuligestas, se hacen delgados y fláccidos en las mujeres en gestación. Conformación exterior y relaciones. Alargados de delante atrás y aplanados transversalmente, presentan dos caras, dos bordes y dos extremidades. La cara externa, convexa, de color

obscuro, corresponde al muslo, del cual está separada por el surco genitocrural. Está cubierta de pelos. La cara interna, de color obscuro, y con pelos en su parte inferior, de color rosado y sin pelos en su parte superior, corresponde al labio menor, del cual está separado por el surco interlabial. El borde superior o adherente, grueso, corresponde a las ramas isquiopubianas. El borde inferior o libre, más tenue o delgado, ligeramente convexo de delante atrás, corresponde, en la línea media, al borde de igual nombre del labio mayor del lado opuesto. Las dos extremidades, reuniéndose entre sí en la línea media, forman las comisuras de la vulva: comisura anterior, redondeada en forma de arco, que se continúa con el monte de Venus; comisura posterior u horquilla, delgada y muy aparente.

Constitución anatómica. Cada uno de los labios mayores comprende cinco capas, superpuestas del modo siguiente, de la periferia a la profundidad: 1ª, un revestimiento cutáneo; 2ª, una capa de fibras musculares lisas, que constituyen el dartos de la mujer; 3ª, una capa de tejido celular, más o menos rico en grasa; 4ª, una capa de haces elásticos que forman membrana y constituyen el saco elástico del labio mayor; 5ª, en el interior de este saco, una masa celuloadiposa, a la cual viene en parte a terminar el abanico tendinoso del ligamento redondo. Labios menores, son otros repliegues cutáneos, situados por dentro de los precedentes, y que miden de 30 a 35 milímetros de largo por 10 a 15 de ancho. Conformación exterior y relaciones. De igual orientación que los

labios mayores, presentan, como estos últimos, dos caras, dos bordes y dos extremidades. La cara externa, plana, corresponde al labio mayor. La cara interna, igualmente plana, corresponde a la del lado opuesto. El borde superior o adherente está adosado al bulbo de la vagina. El borde inferior o libre, convexo y delgado, flota en la hendidura vulvar. La extremidad anterior se divide en dos hojas: una posterior, muy corta, que va a la cara posterior del clítoris y forma, con la del lado opuesto, el frenillo del clítoris, y una hoja anterior, más larga, que, reuniéndose delante del clítoris con la del lado opuesto, forma el capuchón o prepucio. La extremidad posterior, más delgada que la precedente, se pierde insensiblemente en la cara interna del labio mayor correspondiente. Constitución anatómica. Los labios menores están formados por una doble hoja tegumentaria (membrana de transición entre la piel y la mucosa) que en el centro del repliegue aprisiona una delgada capa de tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas, pero desprovisto de grasa. [33]

2.3. Definición de términos básicos

1. **Maniobra de Ritgen Modificado.-** Aplicación de técnica de protección del periné que incluye salida brusca de la cabeza fetal y protección del periné región anterior y posterior.

2. **Expulsivo.**- periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior en el trabajo de parto. Es la fase más espectacular y en la que el descenso de la cabeza fetal es más acelerado y llamativo.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1.1. Ámbito de Estudio

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis, perteneciente al Ministerio de Salud, que se encuentra ubicada en Paucarbamba, en la Av. Micaela Bastidas, perteneciente a Región Huánuco.

1.2. Población

Estuvo compuesta por n= 62 primigestas, atendidas desde inicio enero hasta diciembre del año 2016.

Características de la Población

Criterios de selección para uniformizar a todas las gestantes con la misma posibilidad de ser escogidos, atendidas en el Hospital Materno Infantil:

1. Parturientas desde la fase activa de trabajo de parto.
2. Parturientas con curva de parto normal.
3. Parturientas sin patologías asociadas o antes del embarazo.

Calculo de la muestra, mediante la fórmula β: para caso control.

Datos:

Frecuencia de exposición entre los casos	0,10
Frecuencia de exposición entre los controles	0,40
Valor tipificado a detectar	2,00
Nivel de seguridad	0,95
Potencia	0,80
Número de controles por caso	1

Fórmula:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} * \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = 31$$

Calculo muestral: n=31 caso / n=31 control

Tipo de Muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

Unidad de análisis: gestantes.

Unidad de muestreo: gestantes primíparas.

Marco muestral: relación de gestantes primíparas en trabajo de parto.

1.3. Nivel y Tipo de Estudio

Nivel: Aplicativo.- Son estudios con intervención para resolver problemas (maniobra de Ritgen Modificado, ya fue aplicado), en el campo de la salud, según el autor José Supo.[34]

Tipo de investigación:

No experimental.- Porque no se manipuló la variable independiente.

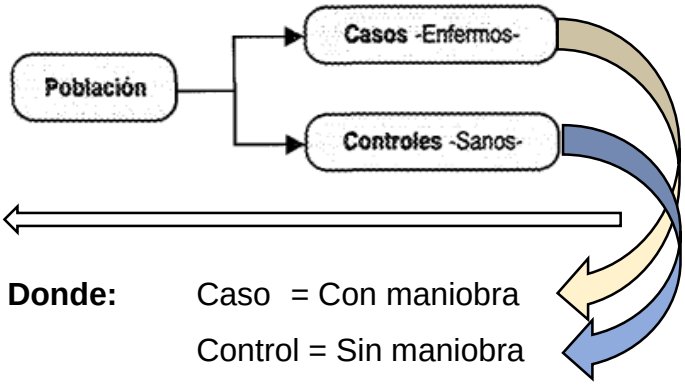
Retrospectivo.- Porque según el tiempo de ocurrencia de los hechos, los datos fueron recolectaron de hechos pasados.

Transversal.- porque se recolectaron los datos en un solo momento.

Información obtenida del autor Fernández Cáceres.[35]

1.4. Diseño de Investigación

Diseño: Epidemiológico en la modalidad **analítico** de caso control**,** cuyo esquema se presenta:



Donde: Caso = Con maniobra
Control = Sin maniobra

1.5. Técnicas e Instrumentos

1.5.1. Técnica: Análisis documental, es una de las operaciones fundamentales de la cadena documental; es un conjunto de operaciones encaminadas a representar un documento y su contenido bajo una forma diferente de su forma original, con la finalidad posibilitar su recuperación posterior e identificarlo.[36]

1.5.2. Instrumento: Ficha de recolección de datos, la cual se elaboró considerando las variables en estudio, con la finalidad de establecer si la aplicación de la maniobra de Ritgen modificado disminuye las lesiones en el periné en un expulsivo sin episiotomía en la primípara.

1.5.3. Fuente: Secundaria por ser registros de fuente indirecta.

1.5.4. Validación de Instrumentos:

Los instrumentos de recolección de datos, fueron sometidos a una validez cualitativa de contenido, en la cual se consideraron los siguientes tipos de validez:

Se realizó una validez cualitativa de contenido, teniendo en consideración el juicio de 3 jueces expertos a los fines de juzgar, de manera independiente, la “bondad” de los ítems del instrumento, en términos de la relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo en la formulación de los ítems. Cada experto recibió suficiente información escrita acerca de: la relevancia; coherencia, suficiencia, claridad. Del mismo modo, cada juez recibió un instrumento de validación en el cual se recogió la información. Finalmente, se recogió dichos instrumentos para su respectiva corrección.

1.5.5. Plan de Recolección y Organización de Datos:

Adaptación, el manejo fue indirecto. Selección, todas las historias con la misma posibilidad de ser escogidos. Identificación, con el registro adecuado se procedió a llenar la ficha de recolección de datos.

1.5.6. Procesamiento y Presentación de Datos

Técnica de Recojo de Datos

Planificación de actividades.

Realizar los trámites para la obtención de los permisos.

Selección de las historias clínicas.

Codificación de la información: cómo se codificaron la información.

Control de calidad de la información: seguimiento y el proceso.

1.5.7. Técnica de Procesamiento de Datos

Elaboración de la base de datos en programa estadístico SPSS.

Elaboración de las tablas representando a cada objetivo planteado.

Elaboración de las figuras para presentación e interpretación.

1.5.8. Técnica de Presentación de Datos

La estadística descriptiva, a través de la comparación de medias y graficada en un histograma con curva de normalidad y brecha.

1.5.9. Aspectos éticos, se utilizó el análisis de documentos como la historia clínica y la ficha perinatal para la investigación, la cual no conlleva a ningún riesgo, catalogado como excepción de análisis del comité de ética.[37]

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis descriptivos:

CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LAS PRIMÍPARAS DEL GRUPO CASO Y GRUPO CONTROL

Tabla 1. Aspectos Demográficos: Edad de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría: Edad	G. Caso	G. Control
Media	24,97	25,52
Desviación Estándar	6,46	6,26
Mínima	15	16
Máxima	41	39
Total = 62	31	31

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 1, muestra los aspectos demográficos: Edad de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, donde se evidencia la edad media del grupo caso: 25 años y la edad media del grupo control 25 años, no existe brechas, existe una distribución normal y equiparada entre las edades de ambos grupos.

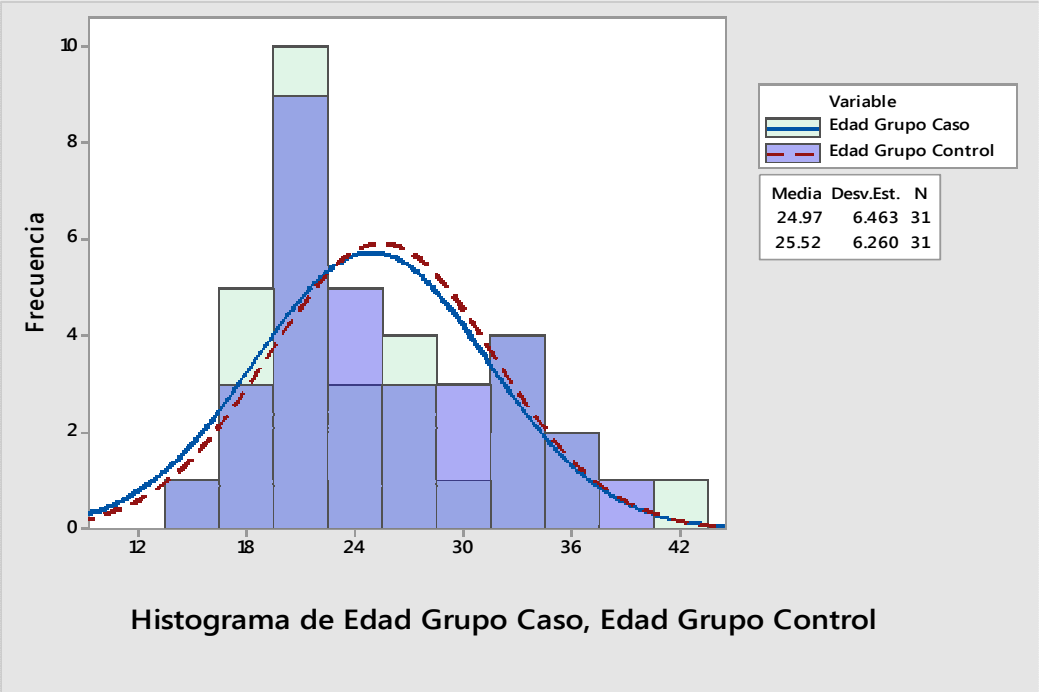


Figura 01. Figura de aspectos demográficos: Edad de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Tabla 2. Aspectos Demográficos: Procedencia de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
	Caso		Control	
Procedencia	**fi**	**%**	**fi**	**%**
Rural	00	00	03	05
Urbana	31	50	28	45
Total	**31**	**50**	**62**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 2, muestra el aspecto demográfico: Procedencia de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia mayor frecuencia proceden de la zona urbana para ambos grupos [31 (50%)] y [28 (45%)].

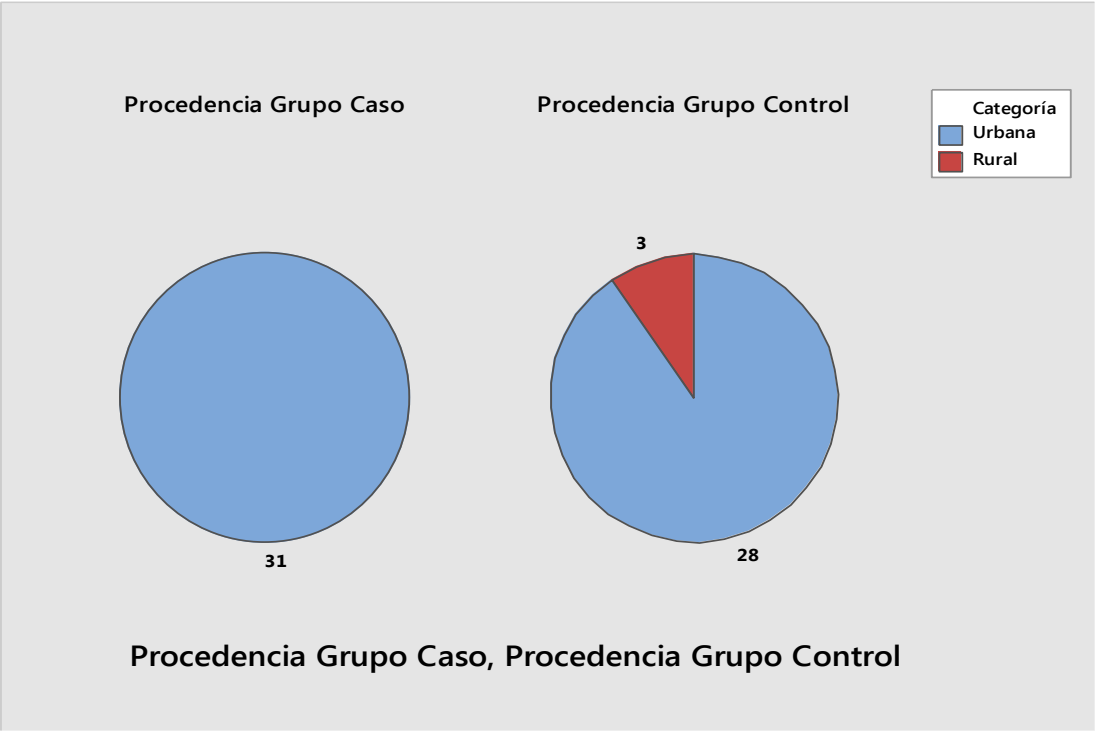


Figura 02. Figura de aspectos demográficos: Procedencia de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Tabla 3. Aspectos Demográficos: Estado Civil de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
Estado Civil	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Soltera	04	06	01	02
Casada	00	00	00	00
Conviviente	27	44	30	48
Total	**31**	**50**	**31**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 3, muestra el aspecto demográfico: Estado Civil de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia que la mayor frecuencia son las convivientes, para ambos grupos [27 (44%)] y [30 (48%)].

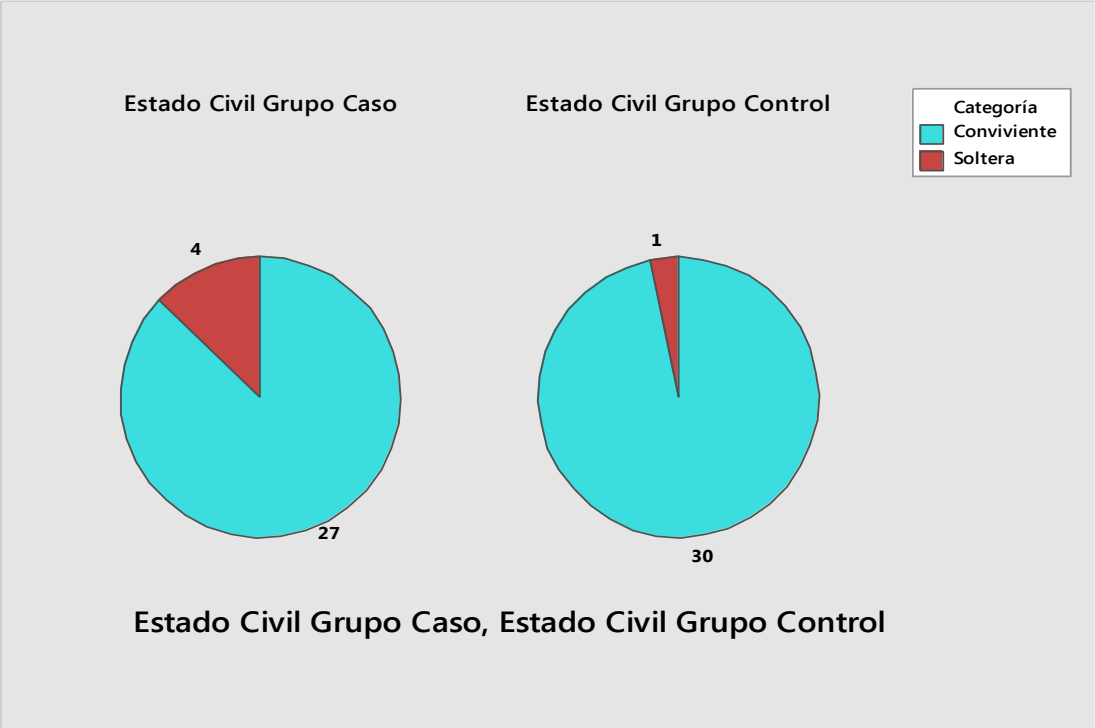


Figura 03. Aspectos demográficos: Estado Civil de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Tabla 4. Aspectos Demográficos: Grado de Instrucción de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
Grado de Instrucción	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Sin Instrucción	00	00	00	00
Primaria	00	00	01	01
Secundaria	22	35	21	34
Superior	09	15	09	15
Total	**31**	**50**	**31**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 4, muestra el aspecto demográfico: Grado de Instrucción de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia que la mayor frecuencia tienen estudios secundarios demostrando un nivel adecuado en ambos grupos [22 (35%)] y [21(34%)].

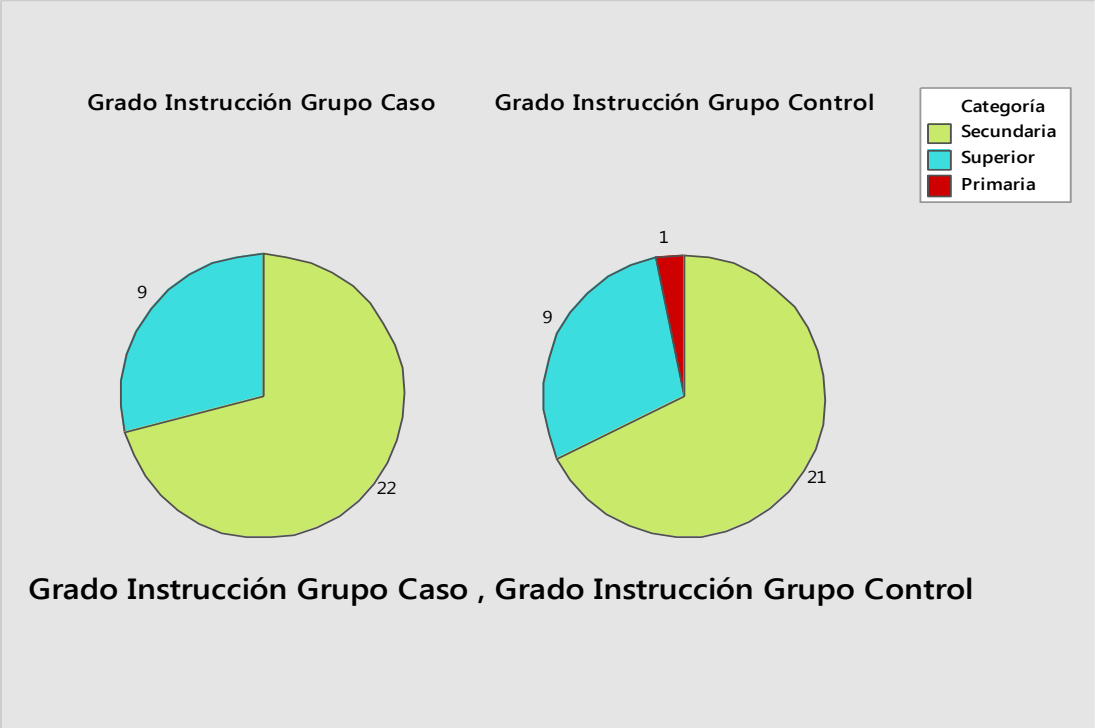


Figura 04. Aspectos demográficos: Grado de Instrucción de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

ASPECTOS OBSTÉTRICOS DE LAS GESTANTES DEL GRUPO CASO Y GRUPO CONTROL

Tabla 5. Aspectos Obstétricos: Peso Materno de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
Peso materno	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Normal	26	42	28	45
Sobre peso	05	08	03	05
Obesidad	00	00	00	00
Total	**31**	**50**	**31**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 5, muestra el aspecto obstétrico: Peso corporal materno en primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia que la mayor frecuencia es la presencia del peso normal en ambos grupos [26 (42%)] y [28 (45%)].

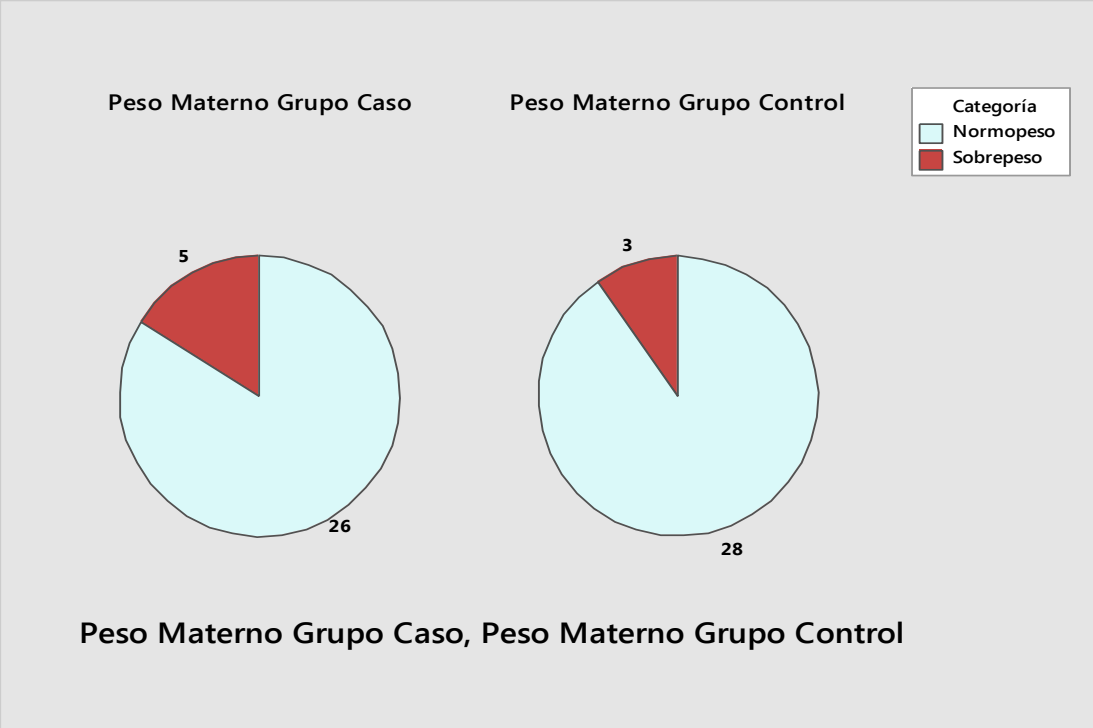


Figura 05. Aspectos obstétricos: Peso corporal Materno de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Tabla 6. Aspectos Obstétricos: Ponderado fetal de los casos y controles de las primigestas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
Ponderado fetal	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Bajo peso	00	00	00	00
Normal	31	50	26	42
Macrosómico	00	00	05	03
Total	**31**	**50**	**31**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 6, muestra el aspecto obstétrico: Ponderado fetal en las primigestas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia que la mayor frecuencia es la presencia del peso normal en ambos casos [31 (50%)] y [26 (42%)] y el dato, relevante es la presencia de macrosomía fetal en el grupo control [5(3%)].

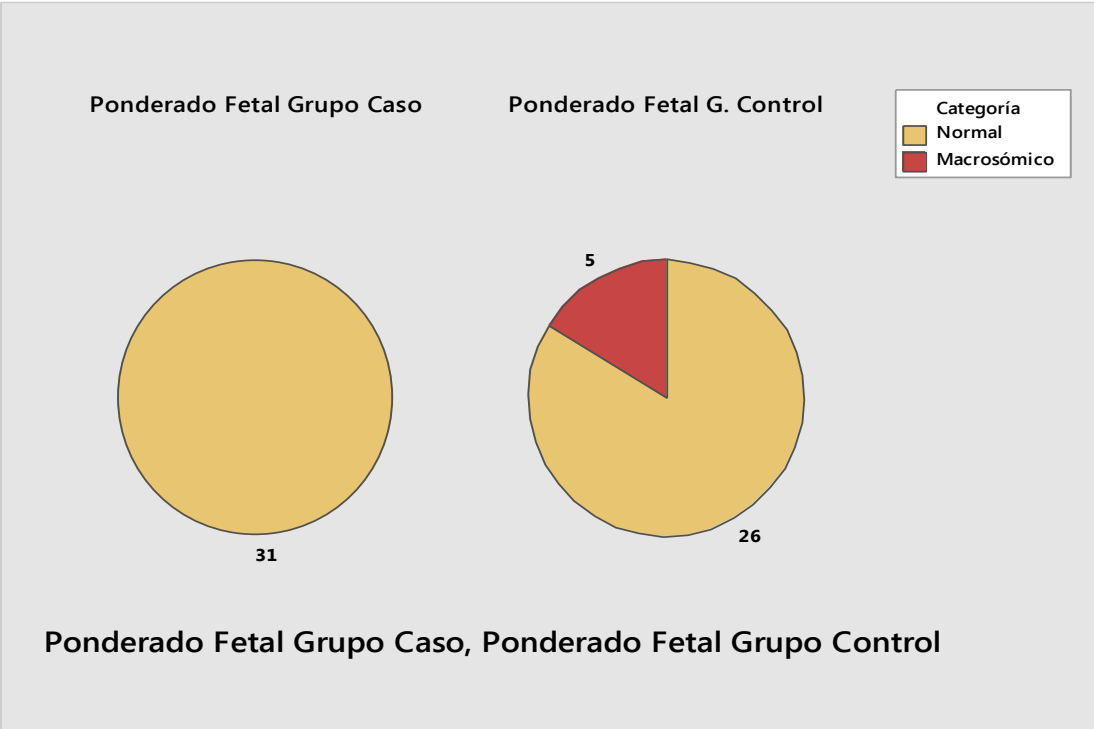


Figura 06. Aspectos obstétricos: Ponderado fetal de los casos y controles de las primigestas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Tabla 7. Aspectos Obstétricos: Atención Prenatal de los casos y controles de primigestas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
Atención Prenatal	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Sin Atención Prenatal	00	00	00	00
Controlada	25	40	25	40
No controlada	06	10	06	10
Total	**31**	**50**	**31**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 7, muestra el aspecto obstétrico: Atención Prenatal en primigestas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia que en la mayor frecuencia para ambos grupos, es la gestante controlada [25 (40%)].

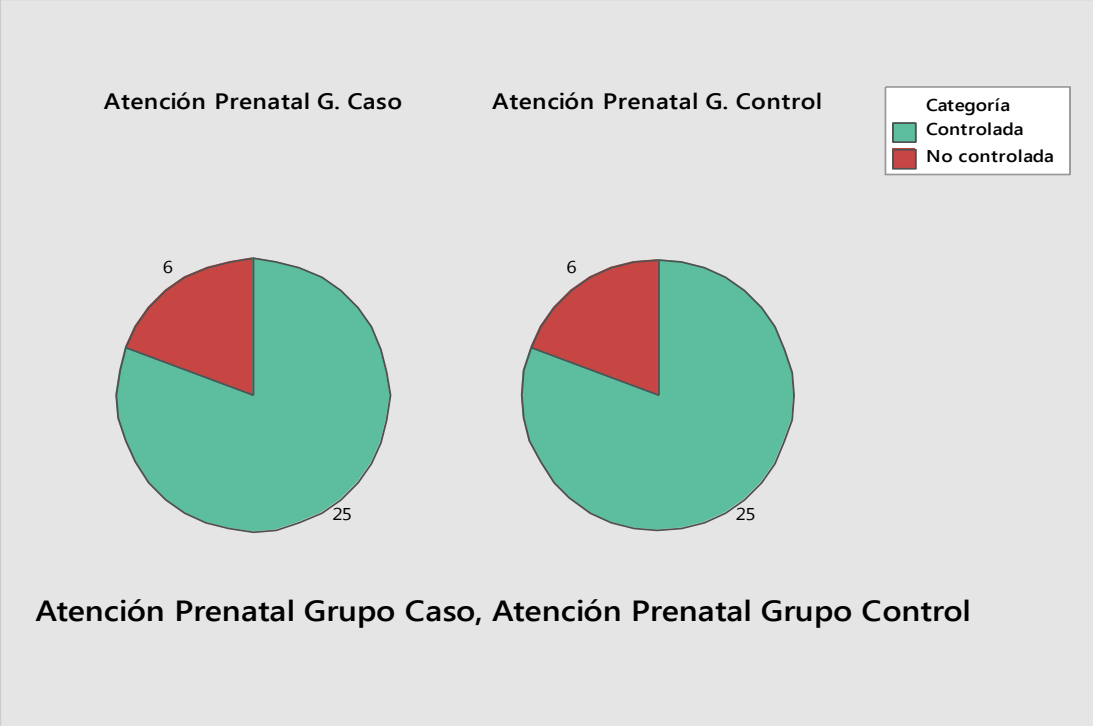


Figura 07. Aspectos obstétricos: Atención Prenatal de los casos y controles de primigestas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Tabla 8. Condición del periné antes del expulsivo de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
Condición del periné antes del expulsivo	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Normal	31	50	31	50
Patológico	00	00	00	00
Total	**31**	**50**	**31**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 8, muestra, la condición del periné antes del expulsivo en los casos y controles en primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia, para ambos grupos: normal [31 (50%)].

Figura 08. Condición del periné antes del expulsivo de los casos y controles de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Tabla 9. Condición del periné después del expulsivo de los casos con maniobra y controles sin maniobra de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría	n= 62			
Condición del periné después del expulsivo	Caso		Control	
	fi	%	fi	%
Normal	29	47	05	08
Patológico	02	03	26	42
Total	**31**	**50**	**31**	**50**

Fuente. Ficha de recolección de datos (Anexo 02).

Interpretación.- La tabla y figura 9, muestra, la condición del periné después del expulsivo en los casos y controles en primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016, se evidencia, para el grupo caso donde se aplicó la Maniobra: normal [29 (47%)] y para el grupo control donde no se aplicó la Maniobra: normal [5 (8%)], apreciándose una brecha bastante considerable entre ambos grupos.

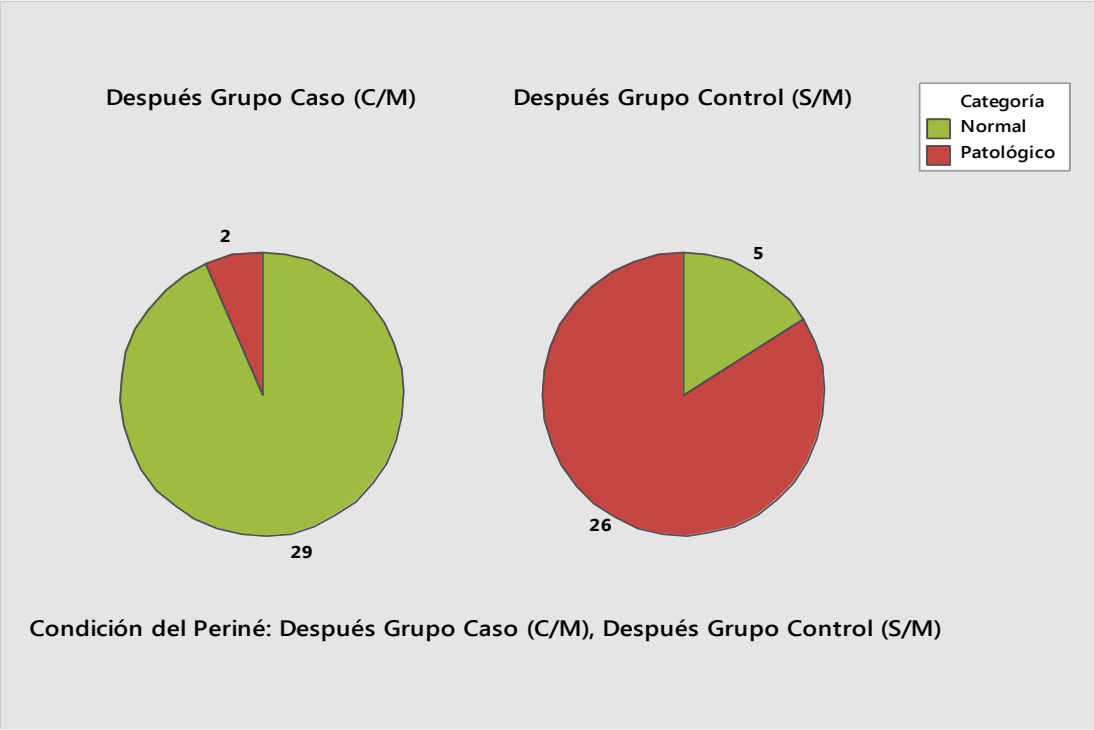


Figura 09. Condición del periné después del expulsivo de los casos con maniobra y controles sin maniobra de primíparas, usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

4.2 Análisis inferencial y contrastación de hipótesis

Cuadro 1. Condición del periné antes y después del expulsivo en el grupo caso (con maniobra), usuarias del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco, 2016.

Categoría: Periné		Después			
		Normal		Patológico	
Antes	Normal	29	a	2	b
	Patológico	0	c	0	d

*Fuente. Estadística. *P= 0,000*

Para la contrastación de la prueba de hipótesis, se utilizó la prueba de McNemar:

Fórmula: $X^2 = \frac{(\ |A-D\ |-1)2}{A+D}$

Remplazo: $X^2 = \frac{([29-0]-1)2}{29+0} = \frac{(28)2}{29} = \frac{784}{29}$ = 27,03

GL= 1; Valor tabular**:** 3,84; IC (0,5948; 0,9536); p= 0,000

Análisis: En el cuadro N°1 observamos, el valor obtenido de la Prueba de McNemar $X^2{}_M$ = 27,03 > valor de la tabla = 3,84; así mismo la significancia asintótica p= 0,000 > nivel de significancia de 0,05. Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación: Es efectivo la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco. 2016.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La media de la edad fue de 25 años para ambos grupos; la edad mínima 15 años para el grupo caso y 16 años para el grupo control, habiendo similitud entre ambos; la edad máxima en el grupo caso 41 años y 39 años para el grupo control, ambas con cifras semejantes.

Con respecto a los aspectos demográficos según la procedencia de la zona urbana, en ambos grupos existe parecido (50% y 45%), lo cual pone en evidencia la cercanía al Hospital Materno; estado civil conviviente también registra cifras de similitud entre ambos grupos (44% y 48%); grado de instrucción secundaria presentó porcentajes cercanos (35% y 34%), la cifra que demarca diferencias está en un porcentaje bastante considerable, el nivel superior (15%). Así mismo, se aprecia el peso materno, normal en ambos grupos con datos próximos (42% y 45%), el sobre peso está con porcentaje bajo; ponderado fetal normal llega (50% y 42%) respectivamente, considerando sólo 3% para la macrosomía fetal; atención prenatal controlada (40%) para ambos grupos.

Con respecto a la condición del periné antes del expulsivo en ambos grupos fue normal (50%); en cuanto a la condición del periné después del expulsivo: grupo caso, fue normal (47%) y grupo control, fue normal (8%) apreciándose una brecha ancha; en concordancia con la investigación de Ferreira Couto, Cristina Manuela; Fernandes Carneiro, Marinha[38], donde concluyen que las intervenciones son señaladas como beneficiosas en la prevención del trauma perineal.

Así mismo la investigación de los mismos autores en otra investigación refiere laceraciones del periné del 5,5% donde no se aplicó la maniobra, teniendo concordancia con nuestra investigación donde hubo 3%.

En cuanto a nuestros resultados de la investigación, discrepando con la investigación del autor Gutiérrez Rojas Johan Emanuel[39], donde manifiesta que los desgarros se deben a la constitución alterada de la horquilla anterior en la población de origen caucásica.

CONCLUSIONES

Concluimos con lo siguiente:

1. Las características de salud de la población, aspectos demográficos: Edad media 25 años; procedencia urbana; estado civil conviviente; grado de instrucción secundaria. Los aspectos obstétricos de las primíparas: peso materno normal; ponderado fetal normal; atención prenatal controlada.

2. Las condiciones del periné después del expulsivo con la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo caso, fueron normales (47%) y patológicos (3%).

3. Las condiciones del periné después del expulsivo en las primíparas, sin la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo control, fueron normales (8%) y patológicos (42%).

La estadística, a través de la prueba de Mc Menar, nos muestra una cifra calcular mayor que la cifra tabular, lo cual nos lleva a rechazar la hipótesis nula; y aceptamos la hipótesis de investigación, donde: Es efectivo la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” Amarilis – Huánuco. 2016.

SUGERENCIAS

A los Profesionales de Salud del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” – Amarilis - Huánuco.

1. Sensibilizar a las primíparas con edades promedio de 25 años; las procedentes de las zonas urbanas; a las de condición civil convivientes; de instrucción secundaria, a tener un parto por vía vaginal, sabiendo que se le puede aplicar maniobras para proteger la integridad del periné y evitar la morbilidad en la zona.

2. Las condiciones del periné con la aplicación de la maniobra, están en condiciones de protección, sugerimos a los obstetras que laboran en sala de partos del Hospital Materno, aplicar en forma rutinaria y a los directivos realizar la capacitación de las competencias a todos los profesionales del área.

3. Las condiciones del periné sin la aplicación de la maniobra, están en condiciones de no protección, sugerimos a los obstetras que laboran en sala de partos del Hospital Materno, capacitar en el uso de la maniobra de Ritgen Modificada a los grupos nuevos de pasantes por sala de partos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Sanidad del Gobierno Español. Atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 1ª ed. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.

2. Luque M, Ruiz G, Merino I, et al. ¿Es eficaz el masaje perineal antenatal y en el período expulsivo del parto?. Inquietudes. España. 2008;38:19-22

3. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Barcelona: FAME. 2007; Pp. 18.

4. Ho J, Pattanittum P. Japaraja R, et al. Influencia del entrenamiento en el uso y la generación de evidencia sobre la práctica de la episiotomía y el trauma perineal. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. 2010; 111: 13-18.

5. Viswanathan M. Hartmann K, Palmieiri R, et al. El uso de la episiotomía en obstetricia cuidado: una revisión sistemática. Evid Rep Technol Assess 2015; 112: 1-8.

6. McCandlish R, Bowler U, Van H, et al. Un ensayo aleatorio controlado de la atención en el perineo durante la segunda etapa del trabajo de parto normal. Br J Obstest Gynaecol 2017; 105: 1262-1272.

7. Pujay A. Complicaciones de la aplicación sistemática de la episiotomía en gestantes nulíparas atendidas en trabajo de parto", Hospital de Tingo María, Enero-Diciembre 2015.

8. Ferreira C, Fernandes M. Prevención del trauma perineal durante la fase activa del segundo periodo del trabajo de parto. Portugal. 2017; Pp.2-13.

9. Ferreira C, Fernandes M. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. Rev. Enfermería Global. Portugal. 2017 (47): 545-546.

10. Ballesteros C. Factores que condicionan la práctica de la episiotomía en el marco de la estrategia de atención al parto normal en un hospital universitario de la Región de Murcia. España. 2014; pp.146.

11. Gutiérrez J. Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales en las pacientes gestantes del Hospital de Ventanilla como estudio prospectivo, Julio a Diciembre del 2016. Perú, Lima. 2017; pp.4.

12. Basilio S. Preparación del perineo versus uso sistemático de la episiotomía en la prevención de complicaciones pos parto en nulíparas del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huanuco-2016. Perú, Huánuco. 2016; pp. 12-13.

13. Asheim V, Nilsen A, Lukasse M, ET AL.Técnicas perineales durante el período expulsivo del trabajo de parto para reducir el traumatismo perineal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672

14. Bajo J, et al. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Editorial Gráficas Marte. España. 2007; pp. 360.

15. Usandizaga A, De la Puente A. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2° ed. Madrid: Editorial McGRAw-Hill. España. 2004; pp.187.

16. Bajo J, et al. *Op Cit.* pp. 369.

17. Cunningham W, y et al. Obstetricia. Texas: Editorial McGraw-Hill. USA. 2011; pp.375.

18. Cunningham W, y et al. Ibíd. pp. 374.

19. Cunningham W, y et al. Ibíd. pp. 375.

20. Bajo J, et al. *Op Cit.* pp. 370 -371.

21. Schwarcz R, Duvergues G, Díaz T y et al. Obstetricia. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. Argentina. 1986; pp. 458.

22. Schwarcz R, Duvergues G, Díaz T y et al. Ibíd. pp. 458.

23. Usandizaga A, De la Puente A. *Op.cit*. pp. 206.

24. Schwarcz R, Duvergues G, Díaz T y et al. *Op Cit*. pp. 461.

25. Cunningham W, y et al. Op. Cit. pp. 380. .

26. Cunningham W, y et al. Ibíd. pp. 381.

27. Schwarcz R, Duvergues G, Díaz T y et al. *Op Cit*. pp. 464.

28. Schwarcz R, Duvergues G, Díaz T y et al. *Op Cit*. pp. 438.

29. Bajo J, et al. *Op Cit.* pp. 382.

30. Bajo J, et al. Ibíd. pp. 382-383.

31. Domínguez F. Estudio comparativo de episiotomía restrictiva versus episiotomía rutinaria, y la incidencia de desgarro perineal severo (tesis doctoral). Santiago: UNAH. 2007.

32. Lesama S. Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH. 2007; Vol.10:01.

33. Testud L. En: Anatomía de los órganos genitales de la mujer. Tratado de anatomía humana. 4 ed. Barcelona: Salvat. España. 1984; pp.1200-1320.

34. Supo J. Seminario de investigación científica para ciencias de la salud. Perú, Arequipa. 2014; pp. 2.

35. Fernández C, Hernández R, y Baptista P. Metodología dela investigación. Mcgraw - Hill Interamericana de México. Colombia, Bogotá. 1997; pp. 128.

36. Castillo L. Análisis documental: Segundo cuatrimestre. Rev. Elemental investigación: España. 2005; pp. 1240.

37. Universidad Cayetano Heredia. Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación. Perú. 2002.

38. Ferreira C, Fernandes M. Prevención del trauma perineal durante la fase activa del segundo periodo del trabajo de parto. Portugal. 2017; pp.2-13.

39. Gutiérrez J. Influencia de la somatometría perineal sobre los desgarros perineales en las pacientes gestantes del Hospital de Ventanilla como estudio prospectivo, Julio a Diciembre del 2016. Perú, Lima. 2017; pp.4.

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
OBJETIVO GENERAL: ¿Cuál es el efecto de la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco. 2016? **PROBLEMAS ESPECIFICOS:** 1. ¿Cuáles son las características de salud de la población objeto de estudio? 2. ¿En qué condiciones se encuentra el periné de la primípara después del expulsivo con la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo caso? 3. ¿En qué condiciones se encuentra el periné de la primípara después del expulsivo sin la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo control?	**OBJETIVO GENERAL:** Determinar el efecto de la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco. 2016 **OBJETIVOS ESPECIFICOS:** 1. Identificar las características de salud de la población objeto de estudio. 2. Conocer las condiciones del periné de la primípara después del expulsivo con la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo caso. 3. Conocer las condiciones del periné de la primípara después del expulsivo sin la aplicación de la maniobra de Ritgen Modificado, perteneciente al grupo control.	**Hi** Es efectivo la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco. 2016. **H^0** No es efectivo la Maniobra de Ritgen Modificado en el expulsivo con episiotomía restrictiva de primíparas. Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" Amarilis – Huánuco. 2016.	**Variable I:** Maniobra de Ritgen Modificado **Variable D:** Expulsivo	**Tipo de investigación:** No Experimental Retrospectivo Transversal **Nivel de investigación:** Aplicativo **Diseño:** Analítico de Casos Control

ANEXO N°2

INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código:……...

I. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN:

A. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

Edad materna: _____

Procedencia: Rural ( ) Urbana ( )

Estado Civil: Casada ( ) Soltera ( ) Conviviente ( )

Grado de Instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

B. ASPECTOS OBSTÉTRICOS:

Peso materno:

a. Normal
b. Sobre peso
c. Obesidad

Ponderado fetal:

a. Bajo peso
b. Normal
c. Macrosómico

Atención pre natal

a. Sin control pre natal
b. Controlada
c. No controlada

C. DINÁMICA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Antes del expulsivo condiciones del periné:

a. Normal
b. Patológico (desgarros y laceraciones)

Después del expulsivo condiciones del periné:

c. Normal
d. Patológico (desgarros y laceraciones)