

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
HUANUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



**FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACIÓN DEL
BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL, HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO, 2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
O B S T E T R A**

TESISTAS:

**GARAY SEVILLANO, MARIBEL
ROJAS ESQUIVEL, GABY SHEYLA**

ASESORA:

MG. DIGNA AMABILIA MANRIQUE DE LARA SUAREZ

**HUÁNUCO-PERÚ
2015**

**FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACIÓN DEL BLOQUEO
TUBÁRICO BILATERAL. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO. HUÁNUCO, 2015.**

DEDICATORIA

Dedico esta tesis A. DIOS, quien inspiro mi espíritu para la conclusión de esta tesis. A mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta tesis. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma.

AGRADECIMIENTO

A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mis padres que sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión.

RESUMEN

FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. HUÁNUCO, 2015.

La investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco 2015. La investigación fue de tipo básico y el nivel fue descriptivo con un diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 191 mujeres. El instrumento utilizado fue el cuestionario con ítems relacionado a las variables estudiadas. Los cuales, el resultado fue de $X^2 = 20.44 > 7.82$ entonces se aceptó la hipótesis de investigación (H_i). De esta manera, se llegaron a conclusiones: Los factores sociales (43%), los factores culturales (36%); los factores económicos (54%) y los factores psicológicos (55%) son predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en mujeres de la muestra estudiada.

Palabra Clave: Factores Sociales, Culturales, Económicos y Psicológicos; Bloqueo Tubárico Bilateral.

SUMMARY

Factors predisposing no acceptance of bilateral tubal blockage. Regional Hospital Hermilio Valdizan Medrano. Huánuco. 2015

The research was conducted in order to determine the predisposing factors that lead to the rejection of bilateral tubal blockage in the Hermilio Valdizan Medrano Regional Hospital of Huánuco 2015. The research was basic type and level was a descriptive correlational design. The sample consisted of 191 women. The instrument used was the questionnaire with items related to the variables studied. Which, the result was $X^2 = 20.44 > 7.82$ then the research hypothesis (H_i) was accepted. Thus, conclusions were reached: Social factors (43 %) , cultural factors (36 %) ; economic factors (54%) and psychological factors (55 %) are predisposing leading to the rejection of bilateral tubal blockage in women of the studied sample .

Keyword: social, cultural, economic and psychological; bilateral tubal blockage.

ÍNDICE

N°	Nombre	Página
I.	El problema	
1.1	Fundamentación del Problema	10
1.2	Formulación del Problema	13
1.3	Objetivos	14
1.4	Justificación	14
II.	Marco teórico	
2.1	Revisión de estudios realizados	16
2.2	Bases teóricas	19
2.3	Definición de términos básicos	40
III.	Hipótesis, Variable y Definiciones Operacionales	
3.1	Hipótesis	42
3.2	Sistema de variables	42
IV.	Marco metodológico	
4.1	Dimensión espacial y temporal de estudio	45
4.2	Tipo y nivel de investigación	45
4.3	Diseño de investigación	45
4.4	Diagrama	45
4.5	Criterio de selección	46
4.6	Población	46
4.7	Muestreo	48
4.8	Procedimiento y análisis de resultado	48
4.9	Técnicas e instrumento de recolección de datos	49
4.10	Validación	49
4.11	Procedimiento de información	49
4.12	Materiales	50
4.13	Presentación de datos	50
4.14	Aspecto ético	50
V.	Resultados	
5.1	Resultados	51
5.2	Análisis estadístico	
	Discusión de resultados	64
	Conclusiones	68
	Recomendaciones	69
	Referencias Bibliográficas	70
	ANEXOS	73

INTRODUCCIÓN

El tema de investigación que nos ocupa en esta tesis son los FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL. En este trabajo se toma el caso particular de la ligadura de trompas (LT) que es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico, en cual consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de los gametos (óvulo-espermatozoide). Sirve para evitar el embarazo en forma permanente.

Las primeras LT en EE.UU. fueron realizadas intracésárea por Samuel Smith Lungren, en Toledo, Ohio, en 1880, con el objetivo de evitar futuros embarazos de alto riesgo. Recién en 1961, en Japón, Uchida, realiza por primera vez la mini laparotomía para efectuar las LT, llegando a reportar más de 2000 ligaduras posparto.

Según la Organización Mundial de la Salud, la LT "consistiría en un procedimiento sencillo, que puede realizarse bajo anestesia local e implique una técnica de oclusión tubárica que ocasione un daño mínimo. Este procedimiento sería seguro, de gran eficacia, de fácil acceso y aceptable desde un punto de vista social, cultural, económico y psicológico".

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Por esterilización tubárica se entiende la interrupción de la permeabilidad de las trompas de Falopio mediante una intervención quirúrgica. Existen diversas técnicas, como la de la colocación de grapas, la extirpación de un pequeño segmento de la trompa, la coagulación tubárica ⁽¹⁾.

La mujer ha de saber que la intervención es un método anticonceptivo irreversible. La principal premisa para decidirse por este método es la convicción de no querer tener más hijos, junto con el rechazo por diversos motivos de la utilización de la píldora o del Dispositivo Intrauterino (DIU) ⁽²⁾.

Antes de optar por someterse a una esterilización tubárica debería quedar claro que soporta someterse a una pequeña intervención quirúrgica, con apertura de la cavidad abdominal y el consiguiente riesgo de complicaciones (aunque éste sea muy pequeña). Es recomendable tomarse una semana de reflexión antes de tomar la decisión definitiva.
AVSC ⁽³⁾

Si la esterilización se realiza aisladamente ésta se puede hacer laparoscópicamente (introducción de un aparato de aproximadamente el grosor de un lápiz) a través de una pequeña incisión en la pared abdominal para acceder a la cavidad abdominal. Por sí mismo, el método de la esterilización tiene la ventaja de presentar una fiabilidad muy elevada, aunque no puede excluirse la posibilidad (muy poco frecuente) de un fallo. Las afirmaciones de que la intervención incluye negativamente en el deseo sexual, o que puede afectar a la menstruación o incluso que provoca

obesidad, no tienen ninguna base. Sin embargo, con frecuencia aparecen conflictos emocionales relacionados con la irreversibilidad de la decisión ⁽⁴⁾.

Indicar un bloqueo tubárico bilateral puede ser fruto de libre elección de una mujer sana con propósitos de un método anticonceptivo debido a la existencia de factores que desaconseja la posibilidad de procreación, como algunas enfermedades clínicas o psiquiátricas, anomalías genéticas o posibles complicaciones obstétricas ⁽⁵⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección del bloqueo tubárico bilateral como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieren ciertas preocupaciones. Si los riesgos para realizar un bloqueo tubárico bilateral superan los beneficios, los métodos anticonceptivos de largo plazo y alta efectividad constituyen una alternativa válida.

Las decisiones deben tomarse, evaluando los riesgos y los beneficios del bloqueo tubárico bilateral en comparación con los riesgos del embarazo, y la disponibilidad y aceptabilidades de otros métodos anticonceptivos. Únicamente médicos bien capacitados están en condiciones de realizar los procedimientos, debiendo contar con ámbitos clínicos adecuados, y con equipos e insumos necesarios ⁽⁶⁾.

El bloqueo tubárico bilateral es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico, el cual consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de los gametos (óvulo-espermatozoide). Sirve para evitar el embarazo en forma permanente. Las primeras Ligaduras de Trompa en EE.UU. fueron realizadas intracésáreas por Samuel Smith

Lungren, en Toledo, Ohio, en 1880, con el objetivo de evitar futuros embarazos de alto riesgo. Recién en 1961, en Japón, uchida, realiza por primera vez la minilaparotomía para efectuar las ligaduras de las trompas, llegando a reportar más de 2000 ligaduras postparto. La revolución sexual de los años 60 y 70 marcó una etapa de cambio cultural en relación a la conducta sexual y anticoncepción de hombres y mujeres que, sumado el avance tecnológico de los procedimientos quirúrgicos, contribuyó a que la anticoncepción quirúrgica representara una forma segura eficaz de prevenir el embarazo. La fibra óptica inventada durante los primeros años de la década del 70, permitió realización de laparoscopías. Este procedimiento quirúrgico permitió abordar la cavidad abdomino - pelviana a través de una pequeña incisión con anestesia local, reduciendo los riesgos de la anestesia general, el dolor y los tiempos de recuperación post quirúrgica. La laparoscopia facilitó la realización de la ligadura tubárica y en la década del 90, se convirtió en el método anticonceptivo más popular en EE.UU. y según datos de IPPF en el año 2002 era utilizado por 190 millones de parejas. Más de 100 millones de mujeres en edad fértil han utilizado este procedimiento y se estima que más de 100 millones de mujeres de países en vías de desarrollo la solicitarán en los próximos 20 años. En EE.UU. más de 2 millones de mujeres entre 20 y 40 años realizaron el procedimiento entre 1994 y 1996, un promedio de 684,000 mujeres por año ⁽⁷⁾.

Los expertos suponen que las tasas extremadamente bajas de embarazo desde el sexto al décimo año continuaran a lo largo del décimo primero al vigésimo año. El embarazo es un evento raro después de un bloqueo

tubárico bilateral, por ello es difícil determinar las tasas exactas de embarazo a través de las fuentes de datos internacionales, tales como la encuesta demográfica y de salud (EDS) dado que no se reportan rutinariamente en conjunto con las tasas de embarazo de los otros métodos anticonceptivos ⁽⁸⁾.

En los países desarrollados la razón más frecuente que origina un arrepentimiento en las mujeres que se sometieron a un bloqueo tubárico bilateral, es el deseo de un nuevo hijo con una nueva pareja, mientras que en países en desarrollo es generalmente la muerte de un hijo, en especial de sexo masculino ⁽⁹⁾.

A pesar de que estos conceptos son ampliamente reconocidos, en el Perú y sus Regiones en la década de gobierno político del Ex-Presidente de la República en los años 90 se hizo una esterilización femenina en contra de su voluntad; llegando a obtenerse en las zonas rurales principalmente. Estos procesos de ligadura tubárica era crucial ante las diversas causas donde la población más vulnerable fue la mujer dado la multiparidad que se enfrentaba, la pobreza, el analfabetismo, la dispersión de las viviendas en las comunidades o población indígena. No obstante se estima que el 2% y el 3% de las mujeres fueron sometidas a la ligadura de trompas de Falopio, que esto fue un factor determinante de arrepentimiento ⁽¹⁰⁾.

De la misma forma en la Región Huánuco, se originaron dichas ligaduras tubáricas transcurridos épocas inolvidables, aún se desconocen los factores a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” de Huánuco, 2015?

1.3. Objetivos

Generales:

- Determinar los factores predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano” de Huánuco, 2015.

Específicos:

- Identificar las características generales de la muestra en estudio.
- Identificar los factores sociales predisponentes que incluyen a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral de la muestra en estudio.
- Describir los factores culturales predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral de la muestra en estudio.
- Conocer los factores económicos predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral de la muestra en estudio.
- Identificar los factores psicológicos predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico de la muestra en estudio.

1.4. Justificación

- Justificación teórica: el valor teórico de este trabajo se enfoca en el aporte de un conocimiento basado en la metodología científica sobre la relación entre los factores predisponentes y la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral, el cual servirá de ayuda como antecedente para futuras

investigaciones y para la sociedad y de este modo fortalecer y contribuir teorías que nos permitan analizar y enfocarnos desde el ámbito preventivo.

- **Justificación práctico:** frente a la problemática que se presentan de acuerdo a los resultados y la evaluación del estudio servirá de ayuda para identificar las estrategias destinadas a dar solución al problema investigado.
- **Justificación metodológica:** el estudio permitirá tener un diagnóstico de este problemática tan importante para que las instituciones, profesionales de salud tomen una metodología de trabajo basado en la valoración oportuna de los problemas reales y potenciales sobre la no aceptación del bloqueo tubárico, como ser bio-psico-social y realizando seguimiento epidemiológico.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

- Kulier, R., Boulvain, M¹¹ en EE.UU. (2010). Realiza un estudio sobre ligadura de trompas de Falopio con la técnica minilaparatomía versus laparoscopia. Se llevó a cabo un estudio observacional de los cuales concluyen: no se observó diferencia alguna entre las medidas de morbilidad severa entre los dos grupos. Hubo un número menor de casos estadísticamente significativo en el grupo de laparoscopia (OR: 1,89; IC 95% 1,38 a 2,59). Menor número de casos con lesiones vasculares leves en el grupo de laparoscopia (OR: 2,06; IC95%:1,18 a 3). La duración de la operación fue aproximadamente 5 minutos más breve el grupo de laparoscopia (diferencia ponderada de la media: 5,39; IC95%:4,22). En el grupo de minilaparotomía se observó un aumento significativo del dolor abdominal postoperatorio (OR: 3,33; a 5.61), en el uso de analgésicos (OR; 3,33IC95%:1,89 a 5,88) y en la prestación de síntomas leves en el seguimiento realizado entre 4 a 6 semanas posteriores a la intervención (OR: 1,96; IC95%:1,08 a 3,57).
- Rendón L ⁽¹²⁾ en México (2009). Realizó un estudio sobre: factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad Nuevo Horizonte Peten. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Por tanto, concluye: de un 45,6% de mujer que utilizaron los métodos anticonceptivos hormonales influyeron el factor cultural,

el 32,2% llevando el factor económico a la utilización de métodos anticonceptivos de barrera y los factores sociales influyendo a los métodos quirúrgicos en un 2,3%. De los cuales, en un porcentaje promedio de 35,7% de mujeres adolescentes rechazaron los métodos anticonceptivos por falta de orientaciones de los padres y profesionales de la salud.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

- Herrera Castro, M ⁽¹³⁾ en Chiclayo-Perú (2008). Realizo un estudio sobre: nivel de conocimiento y actitud para el uso de métodos anticonceptivos en mujeres primíparas – Belén. El estudio fue de tipo no experimental- correlacional. Asimismo concluye: un porcentaje promedio de 52,4% de mujeres entre edades 14-18 años desconocen los métodos anticonceptivos para posteriores cuidados de planificación. Por otra parte, un 67,6% presentaron actitudes negativas frente a la utilización de los tipos de métodos para evitar un embarazo no deseado por otra parte un 82,2% no conocen sobre el método quirúrgico de ligadura de trompas de Falopio.
- Tello Delgado ⁽¹⁴⁾ en lima-Perú (2010). Realizó un estudio sobre: planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en la población femenina en villa el salvador. El estudio fue de tipo descriptivo - transversal; concluye: las mujeres en edad-adolescente un 42,2% acuden al programa de planificación familiar y hacen uso del método hormonal a diferencia de las mujeres que hacen uso del método de barrera (24,3% mujeres añosas). Por otro lado las mujeres primíparas en un 36,3% usan métodos de abstinencia; el

62,3% de mujeres desconocen el método de esterilización quirúrgica.

2.1.3 Antecedentes Locales

- Cisneros E. ⁽¹⁵⁾. En Huánuco (2009). Realizo un estudio sobre: nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano. El estudio fue de tipo descriptivo. Concluye: el 33,2% de mujeres que acudieron al programa de control prenatal presentaron el nivel de conocimiento regular sobre los métodos anticonceptivos; el 4,5% hacen el uso del dispositivo intrauterino (DIU), y el 28,7 % las píldoras. El 45,2% presentaron el nivel de conocimiento malo, de estos el 12,3 % utilizan el dispositivo intrauterino (DIU) y el 16,4 % las píldoras. El 21,5% presentaron el nivel de conocimiento, de los cuales 6,2% utilizan el DIU y el 15,3% píldoras. Asimismo, la mayoría de las asistentes del programa (86,8% desconocían el método del ligadura de trompas de Falopio.
- Cadillo F. ⁽¹⁶⁾. En Huánuco (2010). Realizo un estudio sobre: factores e incidencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al programa de planificación familiar Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano. El estudio fue de tipo descriptivo-transversal. Concluye: las mujeres de edades entre 18 a 40 años que asistían a la orientación de planificación familiar, el 43,5% afirmaron que disponían del uso de métodos anticonceptivos hormonales, con incidencia de cuidados entre 60 mujeres por cada 100 mujeres en edad entre 30 a 40 años, por otra parte, el 56,5% de

mujeres que disponían del uso del DIU. Presentaban una incidencia entre 75 mujeres por cada 100 mujeres en edad fértil.

2.2. Bases teóricas

Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación. Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa en cuatro partes:

- El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal. El infundíbulo presenta numerosos pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito cuando se produce la ovulación para llevarlo al orificio abdominal de la trompa e introducirlo en el interior de la misma. Una de las fimbrias está sujeta al ovario correspondiente.
- La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito con el espermatozoide
- El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado.
- La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero. La pared de las trompas tiene una capa interna o mucosa con un

epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hasta el útero junto a células secretoras que producen nutrientes para el mismo, una capa intermedia de músculo liso cuyas contracciones peristálticas ayudan también, junto con los cilios de la mucosa, a transportar el ovocito, y una capa externa o serosa.

BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL

Es un método anticonceptivo consistente en la sección y ligadura de las trompas de Falopio, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con el útero. Es el método anticonceptivo que más de 150 millones de mujeres se ha esterilizado.

NOMBRES ALTERNATIVOS

- Cirugía de esterilización femenina
- Esterilización tubarica
- Ligadura trombatica
- Tubectomia
- Granovariosa
- Oclusión tubárica bilateral (OTB)
- Salpingociasi ⁽¹⁷⁾.

Indicaciones

Indicar un bloqueo tubárico bilateral puede ser fruto de libre elección de una mujer sana con propósito de anticonceptivo o debido a la existencia de factores que desaconsejan la posibilidad de procreación, como algunas enfermedades clínicas o psiquiátricas, anomalías genéticas o posibles complicaciones obstétricas.

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección del bloqueo tubárico bilateral como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieren ciertas precauciones.

La siguiente clasificación de las condiciones considerando cuatro categorías diferentes, está basada en una revisión de la evidencia epidemiológica y clínica pertinente a la elegibilidad médica.

CATEGORÍA:

1. **Aceptar:** no hay razones médicas para negar el bloqueo tubárico bilateral a una persona en esta condición.
2. **Cuidado:** el procedimiento normalmente se realiza en un ámbito de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
3. **Retrasar:** el procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.
4. **Especial:** el procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuentan con cirujanos y personal experimentado, el equipo necesario para proveer anestesia general y además apoyo médico de respaldo.

Además de estas condiciones, se requiere la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia.

Se deben ofrecer métodos temporales alternativos de anticoncepción si es necesario derivar a la paciente, o si hay cualquier otro retraso.

MOMENTO OPORTUNO PARA LA REALIZACION DEL BLOQUEO TUBÁRICOBILATERAL

Puede realizarse siempre y cuando el medico este seguro de que la mujer no está embarazada, luego de una adecuada consejería y del consentimiento informado dado por la mujer.

1. Bloqueo tubárico bilateral de intervalo

Es la que se realiza desvinculada del parto, sea la mujer nuligesta, nulípara o multípara.

Se aconseja realizar el bloqueo tubárico bilateral durante los primeros siete días del ciclo menstrual, en la fase proliferativa, ya que los tejidos están menos vascularizados en el postmestruo inmediato, lo que resulta favorable por razones técnicas quirúrgicas y, además, existe cierta seguridad de que la mujer no esté embarazada.

2. Asociada a una operación cesárea

El bloqueo tubárico bilateral asociada a una operación cesárea es la que se realiza conjuntamente con la operación cesárea.

La realización de un bloqueo tubárico bilateral no debería ser la única indicación para practicar una cesárea.

3. Postparto

El bloqueo tubárico bilateral es la que se realiza preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto, por razones técnicas quirúrgicas

y, además para aprovechar la oportunidad de la internación, ya que para algunas mujeres puede ser esta la única posibilidad de estar en contacto con un centro asistencial de salud.

Desde la perspectiva quirúrgica, la minilaparatomía ejecutada dentro de las 48 horas después de un parto vaginal, resulta más fácil de realizar que un bloqueo tubárico bilateral de intervalo, y es igual de segura y eficaz.

Dado al tamaño del útero en el postparto inmediato, las trompas de Falopio están más cercanas a la pared abdominal y puede accederse a ellas más fácilmente. Otra de las razones por la cual se aconseja evitar el bloqueo tubárico bilateral después de las 48 horas postparto es debido a que el riesgo de infección es mayor luego de ese lapso. En esos casos se recomienda realizar profilaxis con antibióticos ⁽¹⁸⁾.

REQUERIMIENTOS PREVIOS AL BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL

Una vez que la mujer ha tomado la decisión de realizar el procedimiento debe realizar una historia clínica detallada. Además de los datos personales y familiares incluyendo el número de hijos y el uso de métodos anticonceptivos, se deberá obtener información sobre enfermedades actuales y otras condiciones que pueden presentar un riesgo para la operación, incluyendo diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión, enfermedad pulmonar, como asma bronquitis; enfermedades de transmisión sexual, anemia; convulsiones, condiciones psiquiátricas, cualquier enfermedad o afección actual, operaciones relevantes anteriores, antecedentes de problema relacionados con la anestesia, alergias,

reacciones medicamentosas, uso de medicación concomitante, también se deberá realizar un examen general y pelviano ⁽¹⁹⁾.

Como parte de la evaluación pre quirúrgico se deben solicitar análisis completos de laboratorio que incluyen:

- Parámetros de coagulación
- Glucemia
- Hemograma
- Hepatograma
- Urea, creatinina, ácido úrico
- VIH (solo se pedirá a instancias de la mujer y su resultado no modificara la decisión de la práctica)
- Grupo sanguíneo y factor RH
- Electrocardiograma y evaluación cardiológica.
- Eventualmente radiografía de tórax
- Cualquier otro estudio que se considere necesario para garantizar la máxima seguridad en la realización del procedimiento.

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

A continuación se detallan las distintas técnicas quirúrgicas para la realización de un bloqueo tubárico.

1. Las vías de acceso pueden ser:
 - a. Abdominal
 - Laparoscopia
 - Minilaparotomía

b. Vaginal

- Histeroscopia
- Culdoscopia
- Colpotomía
- Otros: (essure, quinacrina)

2. Técnicas quirúrgicas de oclusión:

a. Ligadura y sección

- Pomeroy
- Parkland o pritchard
- Irving
- Cooke
- Uchida
- Madlener, aldrich.
- Kreoner

b. Eléctrica (electrocoagulación)

3. Mecánica

- Banda
- Clip

1. VIAS DE ACCESO

A. Abdominal

El bloqueo tubárico bilateral es el método que se utiliza con mayor frecuencia para la regulación de la fecundidad a escala mundial. En los países desarrollados el bloqueo tubárico bilateral generalmente se realiza mediante una laparoscopia en lugar de una

minilaparotomía ya que se considera que este método es seguro y efectivo. Por otro lado, en los países en vías de desarrollo, es posible que la minilaparotomía sea aun el método más utilizado.

El método ideal será aquél altamente efectivo, económico que puede realizar como parte de los servicios ambulatorios, que permita a la mujer reanudar rápidamente las actividades normales, que produzca una cicatriz mínima o invisible y que sea potencialmente reversible.

- **Laparoscopia**

El método laparoscópico utiliza una aguja delgada y larga que se inserta a través del ombligo hacia el interior de la cavidad peritoneal esta aguja se utiliza para introducir gas (principalmente dióxido de carbono). Posteriormente, al retirarse la aguja, se inserta un trocar dentro de la cavidad peritoneal. El laparoscopio se introduce a través de la vaina del trocar, y se realizan otras dos pequeñas incisiones para colocar pinzas que permitan maniobrar los órganos abdomino-pelvianos. La técnica real de oclusión de las trompas de Falopio se inició con una electrocoagulación unipolar, que luego evoluciono para convertirse en una electrocoagulación bipolar (electrocauterización), y sección la cual a su vez disminuyo los riegos de lesiones térmicas en los intestinos. Para simplificar la técnica laparoscópica, poco tiempo después se introdujeron otros métodos de oclusión, incluyendo el uso de clips y anillos.

- **Minilaparatomía**

Se trata de una laparotomía con una incisión de menos de 5 centímetros. La operación puede realizarse a través de una incisión por encima del pubis, o por debajo del ombligo si se realiza 48 horas después del parto. La cirugía es sencilla, se comienza por realizar la incisión descrita anteriormente atravesando la piel y hasta llegar a la fascia que recubre los músculos abdominales, es importante en este punto cortar pequeñas hemorragias que suceden al dañar la musculatura. Cuando se llega al peritoneo, se atraviesa y se alcanza el útero que puede ser movilizado y elevado de manera que se visualicen mejor las trompas de Falopio colgando de cada extremo del fondo uterino. Casi el único error grave que se puede cometer en este tipo de cirugía es confundir las trompas de Falopio con los ligamentos redondos que sujetan los extremos del útero al esqueleto de la pelvis.

B. Vaginal

- **Histeroscopia**

Consiste en realizar la esterilización de las trompas de Falopio desde dentro del útero, introduciendo el instrumental por la vagina y el cuello uterino. Sus ventajas son un menor costo económico, no necesitar incisiones en la piel ni anestesia general y un menor riesgo de accidentes dentro de la operación. La intervención se realiza con anestesia local, lo que permite a la mujer volver a su vida cotidiana en casi 24 horas. Las mujeres obesas o que hayan sido sometidas a

cirugías abdominales previas son completamente aptas para realizar la histeroscopia.

Se ha demostrado que esta técnica es efectiva para prevenir el embarazo en un 99,8% de los casos. Tras la cirugía se debe realizar una histerosalpingografía que compruebe si las trompas de Falopio han sido bloqueadas completamente, esta prueba consiste en introducir un líquido, que se puede ver con rayos X, a través del cuello uterino, de manera que pinta todo el interior uterino y, si no fuese por la ligadura de trompas, saldría a través de las trompas hacia la cavidad abdominal.

- **Culdoscopia**

Este método comprende la visualización de los órganos pélvicos insertando un culdoscopio por el fondo de saco posterior de la vagina y al mismo tiempo el empleo de un segundo instrumento para sacar los oviductos a través de la incisión en visión directa y efectuar la técnica de ligadura seleccionada

- **Colpotomía**

Es una técnica para esterilización de la mujer que se remonta a principios del siglo diecinueve, ha vuelto a despertar interés recientemente.

Colpotomía posterior

En la vía posterior usual se hace una incisión a través de la vagina, en el fondo de saco o bolsa de Douglas, situado entre la parte anterior del recto y la parte posterior del útero, para así visualizar las trompas de Falopio.

Colpotomía anterior

Supone alcanzar las trompas a través del fondo de saco vesico-uterino, en lugar de atravesar el fondo de saco de Douglas. Este procedimiento, frecuentemente empleado en el Japón

Puede accederse a las trompas por **colpotomía**, actualmente no recomendable por la OMS, o bien por **culdoscopia**, método que ha sido reemplazado por la laparoscopia.

También se han desarrollado métodos para bloquear el extremo proximal de la trompa:

- La aplicación de quinacrina o metilcianoacrilato a través de la cavidad uterina, lo que lleva a la irritación química de la mucosa tubarica y fibrosis.
- La intersección de dispositivos por histeroscopia, como el método Essure.

Essure es un método anticonceptivo de barrera, es decir, impide que el óvulo y el espermatozoide se encuentren físicamente. Además, este método anticonceptivo no contiene hormonas.

Es un pequeño muelle de titanio de 4 cm de largo, que se inserta en las trompas de Falopio para obstruir las mismas y no dejar pasar al óvulo ni al espermatozoide, y así impedir la fecundación y el embarazo.

Este pequeño dispositivo de titanio se coloca mediante un procedimiento llamado histeroscopia. ¿Y en qué consiste todo el trabajo de colocación? Es muy sencillo, no hay cortes ni incisiones, consiste en introducir, a través de la vagina, pasando por el cuello

del útero, una cámara (histeroscopio) que junto a otro dispositivo guían al especialista dentro de la cavidad uterina para poder ver con claridad y poder implantar el Essure en la zona de la trompa correspondiente.

Este procedimiento no se realiza con anestesia general, sino bajo una sedación suave, durante la cual la mujer permanece dormida, pero respirando por sí misma. Además, el procedimiento tiene una corta duración, alrededor de 15 minutos.

Este método anticonceptivo tarda tres meses en tener efectividad, por lo que se recomienda utilizar otro tipo de anticoncepción (que no sea el DIU) durante este tiempo.

Al igual que todos los procedimientos médicos, es posible que el Essure no sea adecuado para todas las mujeres. El procedimiento presenta ventajas, así como también conlleva ciertos riesgos.

Procedimiento Eesure.

Riesgos/cuidados:

- Difícil reversibilidad (solo por fertilización invitro).
- No es eficaz en un 100%.
- No siempre se logra una colocación satisfactoria de ambos dispositivos.
- Después del procedimiento se deberá utilizar otro método anticonceptivo durante un lapso mínimo de tres meses.
- La extracción de los dispositivos Eesure requiere cirugía.

Ventajas:

- Procedimiento rápido.
- No necesito anestesia general.
- Tiene una pronta recuperación.
- No se registraron efectos secundarios.
- Ausencia de cicatriz.

EVALUACION DE LAS DIFERENTES VIAS DE ACCESO

Se efectuó una revisión sistémica de los estudios que examinaron los métodos disponibles para acceder a la cavidad abdominal a través de la pared abdominal, ya sea mediante una minilaparatomía, laparoscopia o colposcopia, independientemente de la técnica utilizada (coagulación, anillos, clips, suturas o incisión). Se evaluaron la mortalidad quirúrgica y morbilidad severa (paro cardíaco, embolia pulmonar, lesiones intestinales o vasculares, que requieren cirugía adicional) y morbilidad leve (lesiones intestinales o vasculares que no requirieron cirugía adicional, hematoma postoperatorio de la herida o infección urinaria)

Así como también el fracaso del método quirúrgico (laparoscopia convertida a laparotomía o extensión de la incisión de la minilaparatomía).

En ninguno de los dos estudios clínicos más importantes se descubrieron caso de mortalidad quirúrgica ⁽²⁰⁾.

Minilaparatomía versus laparoscopia:

- No se diferencia alguna entre las medidas de morbilidad severa entre los dos grupos.

- Hubo un número menor de casos estadísticamente significativo en el grupo de laparoscopia con morbilidad total leve (OR:1,89;IC95%:1,38 a 2,59)
- Menor número de casos con lesiones vasculares leves en el grupo de laparoscopia (OR:2,06;IC95%:1,18 a 3)
- La duración de la operación fue aproximadamente 5 minutos más breves en el grupo de laparoscopia (diferencia ponderada de la media: 5,39; IC95%:4,55 a 6,22).
- En el grupo de minilaparotomía se observó un aumento significativo del dolor abdominal postoperatorio (OR: 4,19; IC 95%:3,13 a 5,61), en el uso de analgésicos (OR: 3,33; IC95%:1,89 a 5,88) y en la presentación de síntomas leves en el seguimiento realizado entre 4 a 6 semanas posteriores a la intervención (OR: 0,14; IC95%:1,08 a 3,57).

Minilaparotomía versus culdoscopia:

Las mujeres que se sometieron a culdoscopia presentaron un índice mayor de morbilidad severa, que las de grupo minilaparotomía (OR: 0,14; IC95%: 0,02 a 0,98).

Laparotomía versus culdoscopia:

En comparación con el grupo de laparoscopia un número significativamente mayor de mujeres del grupo culdoscopia sufrió morbilidad leve (OR: 0,20; IC95%:0,05 a 0,77)

En conclusión la morbilidad severa como resultado tanto de la laparoscopia como de la minilaparotomía, es muy poco frecuente.

La decisión respecto a qué método seleccionar se debe basar en distintos factores que incluyen el ámbito de realización, la experiencia de los cirujanos y la preferencia de la mujer.

Algunas organizaciones internacionales como la federación internacional de planificación de la familia (IPPF), 1999 y la asociación para la anticoncepción quirúrgica voluntaria de la federación mundial de la salud, 1988, no recomiendan la culposcopia, debido a que se le ha asociado con tasas elevadas de complicaciones, lo que concuerda con los datos obtenidos a través de los estudios clínicos controlados aleatorizados.

2. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE OCLUSIÓN

No se han realizado ensayos randomizados bien controlados en relación a las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para el bloqueo tubárico bilateral. Muchas de ellas han sido utilizadas por años y su uso recae más en la tradición, que en la evidencia científica. Las revisiones sobre el tema resaltan las ventajas desventajas.

A. Bloqueo y Sección

Esta técnica implica el bloqueo tubárico bilateral con material de sutura, la sección de las mismas y en algunas de ellas, también la exéresis de una porción de la trompa.

- **Técnicas de pomerooy.**

Es la más utilizada dentro de este grupo porque es simple y efectiva. Consiste en ligar la base de un pequeña asa de la trompa cerca de la porción media con suturas reabsorbibles, seccionando luego en la parte

superior (salpingectomía parcial) el material de sutura se absorbe rápidamente, reduciendo las posibilidades de inflamación y formación de una fistula que produzca la recanalización tubarica. Este procedimiento destruye aproximadamente de 3 a 4 cm de trompa, por lo cual, en el caso de tener que efectuar la reversión del bloqueo tubárico bilateral, ésta sería más dificultosa.

- **Técnicas de parkland o fritchard (o modificación de pomeroy)**

Esta técnica, a menudo utilizada en EE.UU. consiste en separar un pequeño segmento de la trompa del mesosalpinx, cada extremo es ligado y una porción de la trompa es removida.

Otras técnicas ligan la porción proximal de la trompa cerca del cuerpo uterino (técnica de Irving), en el ligamento redondo (técnica de cooke) o en el ligamento ancho (técnica de uchida). Otros métodos de ligadura tubarica incluyen la fimbriectomía o salpinguectomía (kreoner madlener, aldrich).

Todas estas técnicas son principalmente utilizadas cuando se elige la minilaparatomía como va de acceso.

B. Eléctricas (electrocoagulación uni o bipolar)

La electrocoagulación unipolar ha sido reemplazada por la bipolar debido a la severidad de complicaciones como injuria de intestinos, piel, o quemaduras en la cara o manos del operador. También se han reportado muertes con la coagulación unipolar.

La coagulación mini-bipolar y sección es excelente. (Causa más destrucción de la trompa que con métodos de obstrucción mecánica y las posibilidades de reversión son más bajas). En caso de existir un embarazo ectópico. Si se utiliza

la electrocoagulación, la trompa debe ser ocluida por lo menos 2 cm de distancia del cuerno uterino ya que si se realiza cercana al cuerno puede causar la formación de una fistula útero peritoneal.

3. Mecánicas.

Utilizan una banda o anillo de silicona o de goma (anillo de yoon) o clips (filshie, hulka) para sellar las trompas. En algunos países es el método de elección el bloqueo tubárico bilateral del intervalo por vía laparoscópica.

Según algunos autores, estos dispositivos son más seguros para las mujeres que la coagulación bipolar y pueden aumentar las posibilidades de reversibilidad entre aquellas pacientes que se arrepienten del bloqueo tubárico, y que solo una pequeña parte de las trompas es dañada con la utilización de estas técnicas, mientras que, con la coagulación unipolar, se daña el 50% de cada trompa. La principal desventaja de los clips y anillos es el mayor dolor postoperatorio asociado con estos procedimientos. La utilización de anestesia local intraoperatoria en las trompas ha demostrado que reduce el dolor postoperatorio. Por otro lado, si ocurre un embarazo, es menos probable que sea un embarazo ectópico si se han utilizado métodos mecánicos ⁽²¹⁾.

EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

En una revisión sistemática se evaluaron las distintas técnicas:

Anillo versus clip

La mortalidad menor (aquella que no lleva a una intervención mayor adicional) resulto más alta en el grupo tratado con anillos (OR: 2,15:95%IC1, 22-3,78). Las dificultades técnicas fueron menos frecuente en el grupo tratado con clips (OR:

2,15:95%IC1, 90-7,89) no hubo diferencias en cuanto a la tasa de falla entre ambos grupos (OR: 0,70.75%, IC0, 28.1, 76)

Pomeroy versus electrocoagulación.

Mayor probabilidad de morbilidad mayor (aquella que lleva intervenciones adicionales como transfusiones de sangre o procedimientos quirúrgicos adicionales) con la técnica de pomeroy modificada que con la electrocoagulación (OR 2, 8; 95%IC1, 13.7, 25). El dolor postoperatorio resulto ser mayor en el grupo de la técnica de pomeroy (OR 3,85; 95%I 2, 91-5,10).

Anillo versus electrocoagulación.

El dolor postoperatorio fue más frecuente en el grupo en el que se utilizó el anillo. No se reportaron embarazos.

El anillo demuestra tener tasas más altas de dificultades y de fallas técnicas durante el procedimiento comparado con la electrocoagulación o el clip de Filshie.

COMPLICACIONES DEL BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL.

Los índices de complicaciones son muy bajos, de acuerdo con la experiencia del equipo operador (1,2 % para la minilaparotomía y laparoscopia y el 4% para la vía vaginal).

Complicaciones inmediatas:

- Hemorragia superficial.
- Dolor en el sitio de la incisión.
- Hematoma subcutáneo o intraponeurótico.
- Infección de la herida.

- Fiebre postoperatoria.
- Lesiones de vejiga e intestino.
- Accidentes anestésicos.
- Lesiones vasculares leves (lesión del meso intestinal) o severas (lesión de venas o arterias iliacas aorta o cava).
- Hemorragias.
- Dolor pelviano (luego de colocación de anillos).
- Abscesos de cúpula vaginal y lesiones urológicas en la vía de a acceso vaginal.

SINDROME POST BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL.

La existencia del síndrome después del bloqueo tubárico bilateral fue reportada por primera vez por Williams y colaboradores en 1951, aunque no se ha llegado a establecer plenamente su existencia así como tampoco una clara relación causa efecto. Este síndrome puede incluir la exacerbación de las molestias premenstruales e irregularidades menstruales, incluyendo cambios en el área psicológica.

Una de las principales dificultades de constatar el síndrome del bloqueo tubárico bilateral es que muchos de los síntomas que lo conformarían también pueden presentarse como parte del proceso normal de envejecimiento de la mujer.

La hipótesis más popular acerca de la etiología del bloqueo tubárico bilateral es que proviene del daño vascular que se produce en el momento de la cirugía que puede producir un cambio funcional del ovario. Se ha detectado la presencia de varicosidades pelvianas después del procedimiento.

FALLA DEL MÉTODO.

El bloqueo tubárico es el único método permanente para la mujer que evita la concepción. La presencia de un embarazo, ya sea intrauterino o ectópico, evidencia su falla.

El embarazo puede deberse a una falla intrínseca del método:

- Recanalización: Los extremos de las trompas se reconectan espontáneamente.
- Aparición de una fistula en la parte ocluida que permita el paso de los gametos.
- Oclusión incompleta de las trompas.
- Deslizamiento del dispositivo utilizado.
- Error al colocar el dispositivo (colocación en otra estructura anatómica)
- Falta en el mantenimiento del equipo.
- Las tasas anuales de embarazo en caso de minilapatomía por medio de las salpingectomía parcial, comúnmente con las técnicas de pomeroy y Parkland, son muy bajas pero en caso de fracaso, la mayor incidencia es en el primer o segundo año después de la cirugía. Rara vez ocurre un embarazo después de transcurridos 5 años de efectuado el procedimiento

(22)

FACTORES DE RIESGO DE ARREPENTIMIENTO

Los siguientes son los factores de riesgo de arrepentimiento más frecuente en mujeres portadoras de un bloqueo tubárico bilateral.

- Mujeres menores de 25 años.

- Tener uno o dos niños.
- Relación inestable.
- Inseguridad en su decisión
- Sin pareja estable.
- Desconocimiento o acceso limitado a otras opciones de métodos anticonceptivos.
- Hijos del mismo sexo.
- Oposición de la pareja.
- Una adecuada consejería pre operatoria es fundamental para disminuir al mínimo la incidencia de arrepentimiento.

REVERSIBILIDAD

La mayoría de las mujeres que deciden someterse a una anticoncepción quirúrgica no se arrepienten de su elección cuando han recibido una adecuada consejería. No obstante se estima que entre 1 y el 3% de las mujeres pueden llegar a solicitar en un futuro la recanalización de las trompas. La razón más frecuente por la cual deciden la recanalización (78%) es debido al deseo de tener un hijo luego de haber formado una nueva pareja.

Factores que inciden en el éxito de la reversibilidad:

- Longitud de la trompa: mientras más largo sea el segmento no dañado de la trompa después de la oclusión mayores son las probabilidades de que la recanalización tenga éxito, mujeres a quienes se les había dejado una trompa de más de 5 cm. Tuvieron más embarazos después de la

recanalización quirúrgica comparadas con mujeres con una trompa viable menor de 3 cm.

- Tipo de técnica utilizada: en grupos de mujeres a las cuales se les realizó un procedimiento con clips o anillos las tasas de éxito pueden ser mayores (60% y 62% respectivamente). La mayoría de los estudios han demostrado que los mejores resultados se obtienen con técnicas microquirúrgicas.

En el bloqueo tubárico se utilizan las técnicas de pomeroy, Irving y Uchida son algo más difíciles de recanalizar. Las tasas de embarazo se sitúan entre el 45 y el 70%.

La electrocoagulación unipolar, que generalmente causa un extenso daño a las trompas y múltiples adherencias, es una técnica con la cual la recanalización ofrece mayor dificultad, la tasa de embarazo oscila entre el 25 y el 68% y presenta una mayor tasa de embarazo ectópico, aproximadamente el 5% comparado con el riesgo del 2% o menor que presentan las mujeres en las que se utilizaron otras técnicas.

- El sitio donde se realice la oclusión: también incide en la tasa de embarazo. Las realizadas en el istmo son las más fáciles de recanalizar.
- Edad de la mujer y tiempo transcurrido desde el bloqueo tubárico: en algunos centros no se realiza la operación de recanalización en mujeres mayores de 35 años ya que la infertilidad disminuye con la edad, y el riesgo de complicaciones durante el embarazo aumenta. Además de la edad, las posibilidades de recanalización exitosa disminuyen con el tiempo transcurrido desde el bloqueo tubárico, posiblemente debido a cambios graduales de la mucosa tubárica, que incluyen la pérdida de pliegues, de cilios y el crecimiento de pólipos.

- Índice de masa corporal (IMC) se consideró un factor que interviene significativamente en las tasas de embarazo, disminuyendo gradualmente a medida que aumenta el IMC.

En una serie de casos de reversión del bloqueo tubárico mediante laparoscopia se reportó tasas de embarazo de 31-73% con una tasa de asociación con el embarazo ectópico del 0.7%.

2.3. Definición de términos básicos

- **Factores:** son elementos o características que condicionan directa o indirectamente al individuo, familia o comunidad sobre los procesos indispensables para mantener el equilibrio bio-psico-social.
- **Aceptación:** índice de aprobación de salud individual mediante el cual la diferenciación o la individualización constituyen un objetivo a valorar.
- **Bloqueo tubárico:** consiste en seccionar o ligar las trompas de Falopio. Normalmente las trompas conducen los óvulos del ovario hasta el útero. La ligadura cierra este conducto y previene el embarazo porque evita que los espermatozoides lleguen a los óvulos y los fecunden.
- **Ligadura tubárica:** uno de los diferentes procedimientos de esterilización en el que se bloquean ambas trompas de Falopio para prevenir la concepción.
- **Essure:** es un método anticonceptivo de barrera, es decir, impide que el óvulo y el espermatozoide se encuentren físicamente.
- **El DIU:** es un dispositivo intrauterino en forma de T que, en general, es de plástico envuelto en cobre y que termina con uno o dos hilos que facilitan su implantación y extracción.

- **Operación:** intervención médica que se hace a una persona abriendo y cortando el tejido u órgano dañado con los instrumentos quirúrgicos adecuados.

III. HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. Hipótesis

Hi: los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" de Huánuco 2015.

Ho: los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos no son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" de Huánuco 2015.

3.2. Variables

3.2.1 Variable independiente

- Factores sociales, culturales, económicos y psicológicos.

3.2.2 Variable dependiente

- No aceptación del bloqueo tubárico bilateral.

3.2.3 Variables intervinientes:

- Edad.
- Grado de instrucción.
- Estado civil.
- Procedencia.

3.2.4. Definición operacional de variables, dimensiones e indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICACIONES	ESCALA DE MEDICION
Factores predisponentes	VARIABLE INDEPENDIENTE		
	Sociales	Información Relación inestable Inseguridad Oposición de la pareja.	Nominal
	Culturales	Desconocimiento Seguridad Uso de métodos anticonceptivos Creencia familiar.	Nominal
	Económico	ingreso económico ocupación	Nominal
	Psicológicos	miedo riesgos temor apoyo	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE			
No aceptación del bloqueo tubárico bilateral	Alta Baja	Mayor del 51% Menor del 50%	Ordinal
VARIABLES INTERVINIENTES			
Edad	Años	25 – 30 31 – 35 36 a mas	Razón
Grado de instrucción	Año de estudio	Sin estudios Primaria Secundaria superior	Ordinal
Estado civil	Clase social	Soltera Casada Conviviente Otros	Nominal
Procedencia	Zona geográfica	Urbana Rural Periurbana	nominal

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Dimensión espacial y temporal del estudio.

- Dimensión espacial: la investigación se realizó en el Hospital Regional “Hermilio Valdizan Medrano”, que se encuentra ubicado en la provincia y departamento de Huánuco, situado entre los jirones Constitución y Hermilio Valdizan..
- Temporal del estudio: el estudio se realizó entre los meses del 2015.

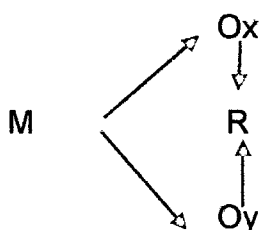
4.2. Tipo y nivel de investigación.

- Dimensión espacial: de acuerdo a los propósitos de la investigación y de la naturaleza del problema fue de tipo básico, porque estuvo destinada a aportar un cuerpo organizado de conocimientos científicos.
- Nivel de investigación: de acuerdo a la rigurosidad de la investigación el estudio es de nivel descriptivo, porque tuvo como objetivo determinar las características de un fenómeno y establecer relación entre variables en un determinado momento tal como se presentó.

4.3. Diseño de investigación.

Para la investigación se utilizó el diseño descriptivo correlacional. Dicho esquema corresponde:

4.4. Diagrama



Dónde:

M: Muestra de estudio

OX: Represento a la variable independiente

OY: Represento a la variable dependiente

R: Represento a la relación de ambas variables

4.5. Criterios de selección.

4.5.1 Criterios de inclusión

- Mujeres entre las edades 25 a más años.
- Mujeres del programa de planificación familiar.
- Mujeres que firman el consentimiento informado
- Mujeres que presentan más de 5 hijos.

4.5.2 Criterios de exclusión

- Mujeres que presentan enfermedades.
- Mujeres que acuden al control prenatal.
- Mujeres que no quieren participar en el estudio.

4.6. Población

La población para el estudio lo conformaron todas las mujeres que acuden al programa de planificación familiar del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, que es aproximadamente 380 mujeres.

Cálculo muestral

Tamaño de la muestra

Tamaño de la muestra para la población finita y conocida

Formula alfa:

$$n = \frac{Z^2 \cdot Pq \cdot N}{(N-1) E^2 + Pq Z^2}$$

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 380

Z: valor correspondiente a distribución de gauss = 0.05 = 1,96

P: prevalencia esperada del parámetro a evaluar = 50% = 0.5

q: 1 - p (si p = 50%, q = 50%) = 0.5

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 380}{379 \times 0.0025 + 0.25 \times 3.8416}$$
$$n = \frac{364.952}{0.9475 + 0.9604}$$

$$n = \frac{364.952}{1.9079}$$

n = 191 (muestra)

4.7. Muestreo.

La muestra estuvo representada por todas las mujeres que acudieron al programa de planificación familiar que es un total de 191 mujeres.

4.7.1 Tipo de muestreo.

Se utilizó el tipo de muestreo probabilístico estableciendo el siguiente proceso estadístico:

4.8. Procedimiento y análisis de resultados.

4.8.1 Procedimiento de recolección de datos.

Los datos fueron procesados a través del método semestral, porque la muestra es pequeña y, a la vez dicho método es económico, preciso y exacto.

Como auxiliar se utilizó el paquete estadístico SPSS. Para establecer las tablas y gráficos.

4.8.2 Análisis de resultados.

Lo datos fueron analizados mediante la estadística inferencial, confrontando los resultados mediante los objetivos y variables en estudio.

Para el análisis de la prueba de hipótesis se hizo uso de la significancia del chi-cuadrado, porque midió la escala nominal.

4.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

4.9.1 Técnicas:

- Fichas documentales, para recabar datos generales de la muestra de estudio.
- Entrevista, donde fueron entrevistadas las mujeres de la muestra de estudio.

4.9.2 Instrumentos:

- Para las fichas documentales como instrumento se revisó las historias clínicas de la muestra en estudio.
- Para la entrevista como instrumento se usó una guía de entrevistas con preguntas relacionadas a los factores predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárica bilateral.

4.10. Validación: se realizó a través del chi cuadrado (anexo2)

4.11. Procedimiento de información

Después de recolectar los datos de cada una de las integrantes de la muestra, estos fueron tabulados manualmente y vaciados en tablas estadísticas, se realizó el procedimiento estadístico descriptivo, que nos permitió cuantificar los resultados; para lo cual se utilizó el programa computarizado del paquete estadístico Microsoft Excel. Programa que facilitaran el cálculo de porcentajes, frecuencia, tablas y figuras; que posteriormente fueron interpretados y analizados.

4.12. Materiales

Se utilizó la ficha de cuestionario de encuesta

4.13. Presentación de datos

Se realizara a través de datos de tablas de distribución de porcentajes frecuencia y figuras correspondientes.

4.14. Aspecto ético

En cuanto a las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la custodia de los datos, cuáles fueron utilizadas solo como fines para el estudio de investigación.

Por otra parte, también se tuvo en cuenta el consentimiento informado de la muestra en estudio y permiso de la institución.

Asimismo, el estudio respondió a los cuidados de los principios básicos de la ética como la beneficencia, el respeto y la justicia.

V. RESULTADOS

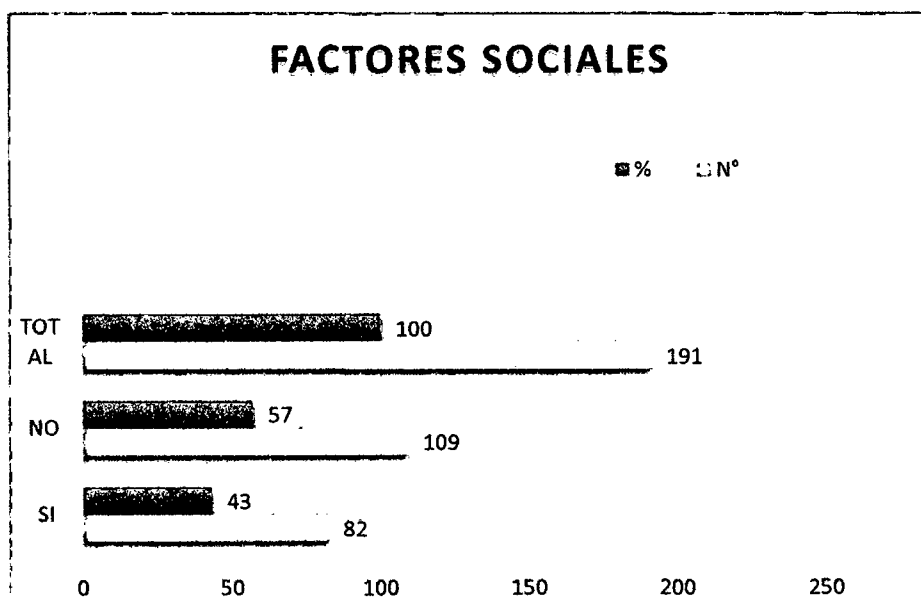
CUADRO N° 1

Muestra en estudio según factores sociales predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

FACTORES SOCIALES	EVALUACIÓN				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
A falta de información por el profesional de salud no acepta el bloqueo tubárico bilateral.	107	56	84	44	191	100
Por la relación inestable conyugal no acepta el bloqueo tubárico bilateral.	57	30	134	70	191	100
La inseguridad de su familia, es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral.	65	34	126	66	191	100
Por la oposición de la pareja, no acepta el bloqueo tubárico bilateral.	99	52	92	48	191	100
PROMEDIO TOTAL	82	43	109	57	191	100

Fuente: Guía de entrevista

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico nos indica que, el 57% (109) de la muestra estudiada afirmaron que los factores sociales no son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral y el 43% (82) afirmaron que si son predisponentes.

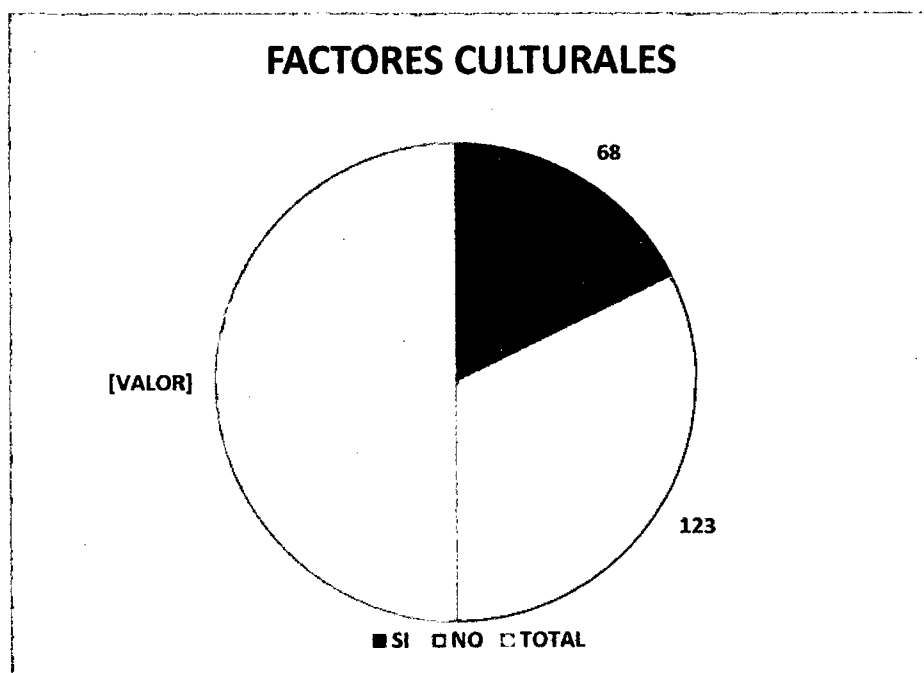
CUADRO N° 2

Muestra en estudio según factores culturales predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

FACTORES CULTURALES	EVALUACION				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Por el desconocimiento de la operación, no acepta el bloqueo tubárico bilateral.	99	52	92	48	191	100
Por la falta de seguridad familiar, no acepta el bloqueo tubárico bilateral.	57	30	134	70	191	100
El método anticonceptivo que usa, es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral.	65	34	126	66	191	100
Su familia influye para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral.	53	28	138	72	191	100
PROMEDIO TOTAL	68	36	123	64	191	100

Fuente: Guía de entrevista

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico señalan que, el 64% (123) de la muestra estudiada manifestaron que los factores culturales no son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral y el 36% (68) manifestaron que sí son predisponentes.

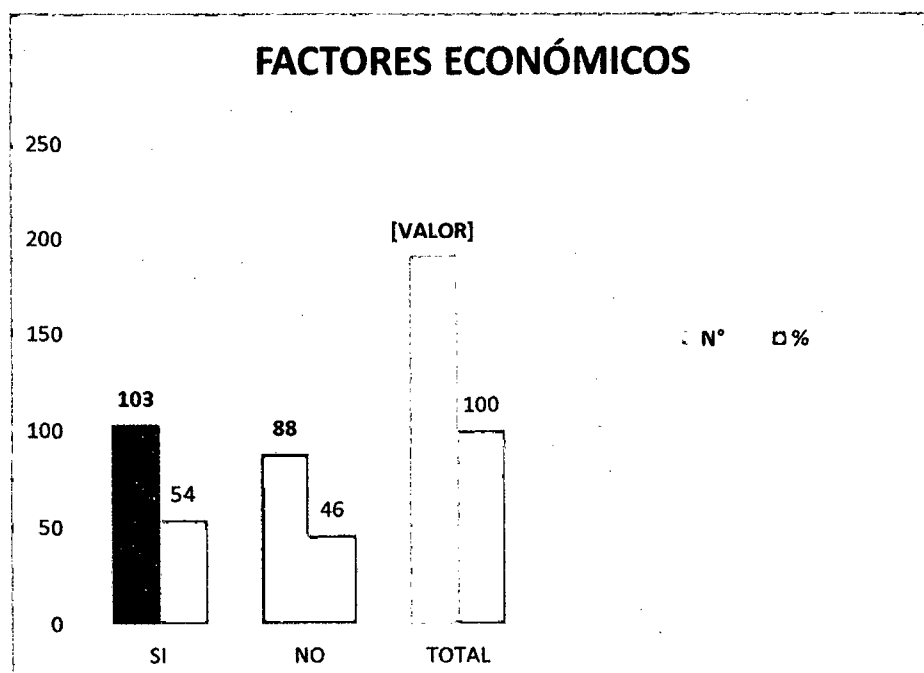
CUADRO N° 3

Muestra en estudio según factores económicos predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

FACTORES ECONÓMICOS	EVALUACION				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
El ingreso económico que percibe la familia, es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral.	99	52	92	48	191	100
Las actividades ocupacionales que realiza, es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral.	107	56	84	44	191	100
PROMEDIO TOTAL	103	54	88	46	191	100

Fuente: Guía de entrevista

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico indican que, el 54% (103) de la muestra estudiada afirmaron que los factores económicos si son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral y el 46% (88) afirmaron que no son predisponentes.

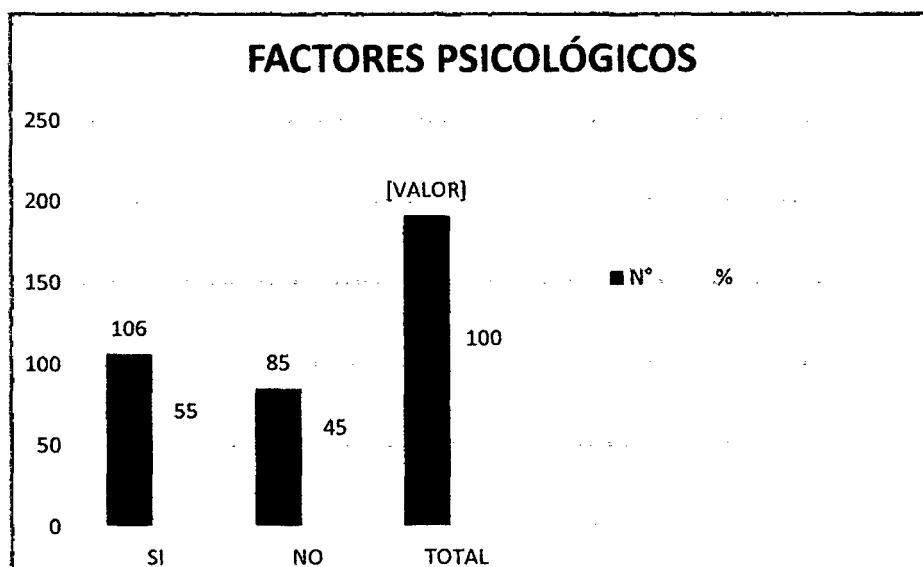
CUADRO N° 4

Muestra en estudio según factores psicológicos predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

FACTORES PSICOLÓGICOS	EVALUACION				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Por miedo a la operación, no acepta al bloqueo tubárico bilateral.	138	72	53	28	191	100
Los riesgos que presenta la operación es causa a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.	126	66	65	34	191	100
Por temor a no tener más hijos, no acepta el bloqueo tubárico bilateral.	53	28	138	72	191	100
Por falta de apoyo psicológico, no acepta el bloqueo tubárico bilateral.	107	56	84	44	191	100
PROMEDIO TOTAL	106	55	85	45	191	100

Fuente: Guía de entrevista

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico señalan que, el 55% (106) de la muestra estudiada manifestaron que los factores psicológicos si son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral y el 45% (85) manifestaron que no son predisponentes.

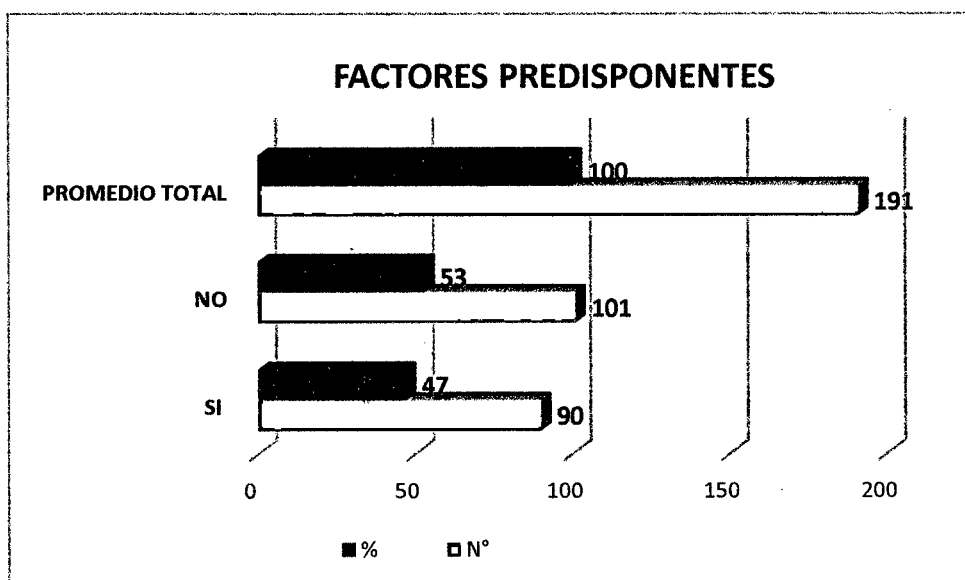
CUADRO N° 5

Muestra en estudio según factores predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBÁRICO BILATERAL	EVALUACION				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
SOCIALES	82	43	109	57	191	100
CULTURALES	68	36	123	64	191	100
ECONÓMICOS	103	54	88	46	191	100
PSICOLÓGICOS	106	55	85	45	191	100
PROMEDIO TOTAL	90	47	101	53	191	100

Fuente: Guía de entrevista

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

En el cuadro y gráfico se observa que, un promedio de 53% (101) de la muestra estudiada afirmaron que los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos no son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral y el 47% (90) afirmaron si son predisponentes.

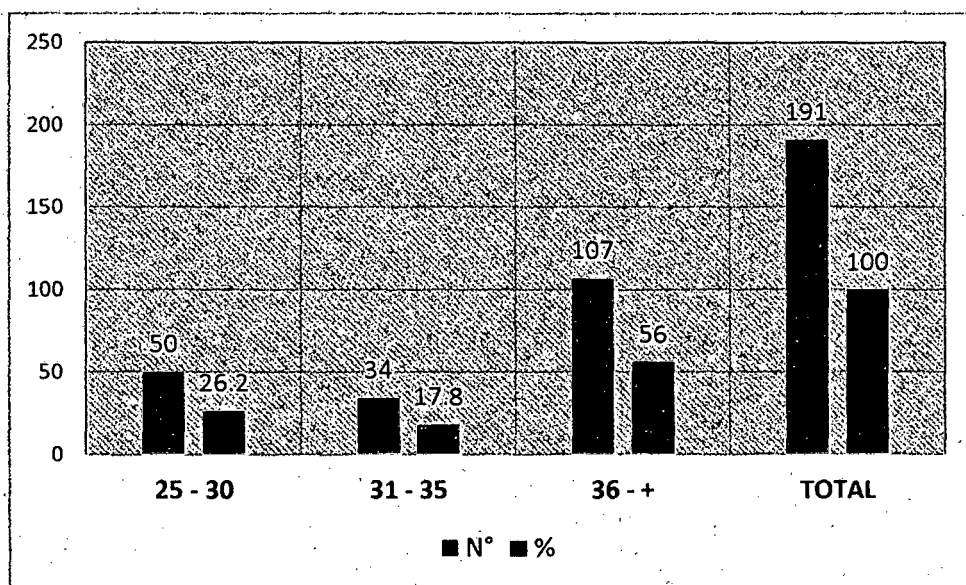
CUADRO N° 6

Mujeres de la muestra en estudio según edad en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

EDAD (años)	N°	%
25 – 30	50	26.2
31 – 35	34	17.8
36 – +	107	56.0
TOTAL	191	100.0

Fuente: Guía de entrevista.

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico nos indican que el, 56% (107) de la muestra estudiada presentaron edades entre 36 a más años, el 26.2% (50) entre 25 a 30 años y el 17.8% (34) entre 31 a 35 años.

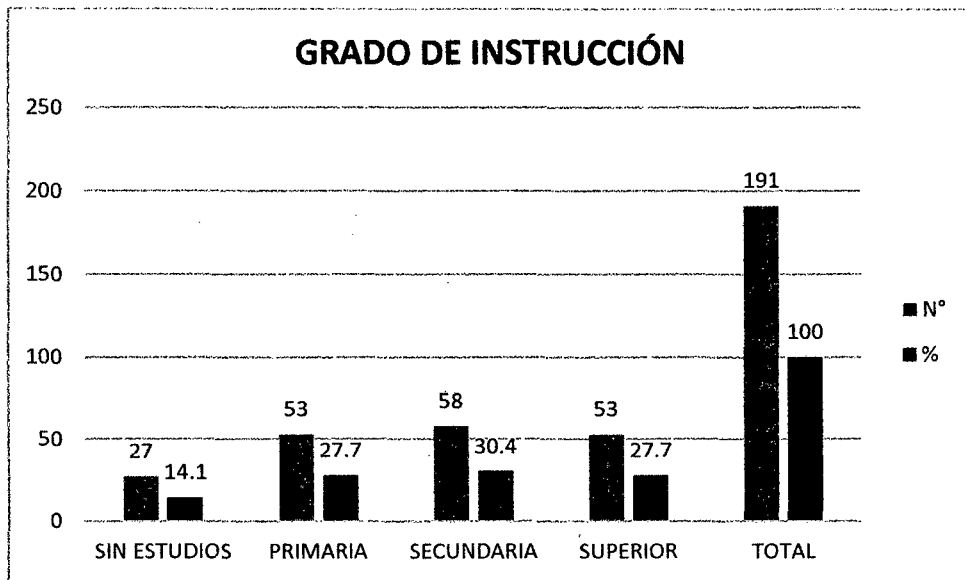
CUADRO N° 7

Mujeres de la muestra en estudio según grado de instrucción en el Hospital Regional Hermilio Valdizan - Huánuco 2015.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Sin estudios	27	14.1
Primaria	53	27.7
Secundaria	58	30.4
Superior	53	27.7
TOTAL	191	100.0

Fuente: Guía de entrevista.

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico señalan que el 30.4% (58) de la muestra estudiada presentaron el grado de instrucción secundaria, el 27.7% (53) superior, el 27.7% (53) primaria y el 14.1% (27) sin estudios.

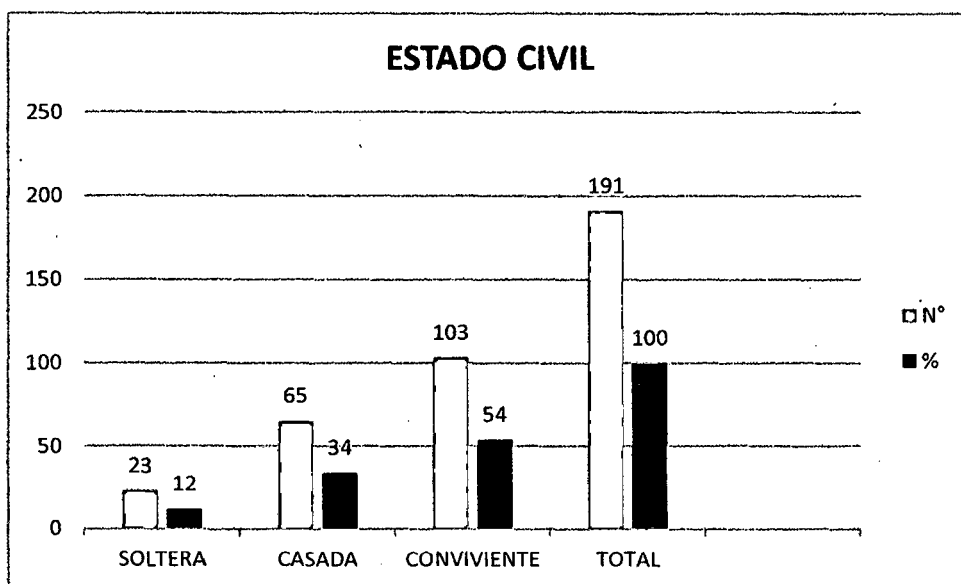
CUADRO N° 8

Mujeres de la muestra en estudio según estado civil en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	23	12.0
Casada	65	34.0
Conviviente	103	54.0
TOTAL	191	100.0

Fuente: Guía de entrevista.

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico muestran que, el 54% (103) de la muestra estudiada presentaron el estado civil conviviente, el 34% (65) casada y el 12% (23) soltera.

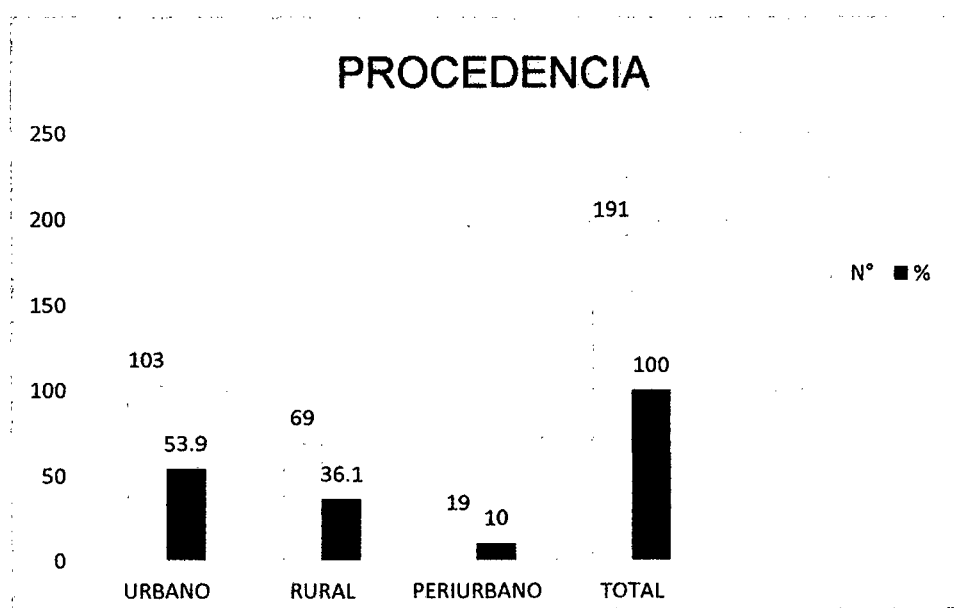
CUADRO N° 9

Mujeres de la muestra en estudio según procedencia en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015.

PROCEDENCIA	N°	%
Urbano	103	53.9
Rural	69	36.1
Periurbano	19	10.0
TOTAL	191	100.0

Fuente: Guía de entrevista.

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTREPRETACIÓN:

El cuadro y gráfico señalan que, el 53.9% (103) de la muestra estudiada fueron de procedencia urbano, el 36.1% (69) rural y el 10% (19) periurbano.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Según los resultados obtenidos se verificó a través de la prueba de hipótesis, llegando a obtener el resultado de $X^2 = 20.44$ mayor que 7.82 aceptando la hipótesis de investigación (Hi) que afirma: Los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco. Por lo tanto, se llegaron a conclusiones: Un promedio de 43% de mujeres participantes de la muestra estudiada afirmaron que los factores sociales son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral, según la tabla N° 1; el 36% afirmaron que los factores culturales son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral, según la tabla N° 2; el 54% afirmaron que los factores económicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral, según la tabla N° 3 y; el 55% afirmaron que los factores psicológicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral, según la tabla N° 4. Frente a ello, la Organización Mundial de la Salud dice: no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección del bloqueo tubárico bilateral como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieren ciertas preocupaciones. Si los riesgos para realizar un bloqueo tubárico bilateral superan los beneficios, los métodos anticonceptivos de largo plazo y alta efectividad constituyen una alternativa válida.

De los cuales, Rendón L. señala: un 45,6% de mujeres que utilizaron los métodos anticonceptivos hormonales influyeron el factor cultural, el 32,2% llevando el factor económico a la utilización de métodos anticonceptivos de barrera y los factores sociales influyendo a los métodos quirúrgicos en un

2,3%. De los cuales, en un porcentaje promedio de 35,7% de mujeres adolescentes rechazaron los métodos anticonceptivos por falta de orientaciones de los padres y profesionales de la salud. Dicho resultado que indica Rendón no presenta ninguna relación con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Por otro lado, Herrera Castro afirma, un porcentaje promedio de 52.4% de mujeres entre edades 14-18 años desconocen los métodos anticonceptivos para posteriores cuidados de planificación. Por otra parte, un 67,6% presentaron actitudes negativas frente a la utilización de los tipos de métodos para evitar un embarazo no deseado por otra parte un 82.2% no conocen sobre el método quirúrgico del bloqueo tubárico bilateral. Datos que interpreta Herrera no tiene ninguna similitud con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Asimismo, Tello presenta; las mujeres en edad adolescente un 42,2% acuden al programa de planificación familiar y hacen uso del método hormonal a diferencia de las mujeres que hacen uso del método de barrera (24,3% mujeres añosas). Por otro lado las mujeres primíparas en un 36,2% usan métodos de abstinencia; el 62,3% de mujeres desconocen el método de esterilización quirúrgica. Por ende dichos resultados que interpreta Tello no se asemeja directamente a los resultados encontrados en nuestro estudio.

Al respecto, Cisneros E. señala: el 33,2% de mujeres que acudieron al programa de control prenatal presentaron el nivel de conocimiento regular sobre los métodos anticonceptivos; el 4.5% hacen el uso del DIU, y el 28,7% las píldoras. El 45,2% presentaron el nivel de conocimiento malo, de estos el 12,3% utilizan el DIU y el 16,4% las píldoras. El 21.5% presentaron nivel de

conocimiento bueno, de los cuales 6,2% utilizan el DIU y el 15,3% píldoras. Asimismo, la mayoría de las asistentes del programa 86,8% desconocían el método de bloqueo tubárico bilateral. Dichos datos presentados por Cisneros, no tiene ninguna similitud con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Según Autor (1)³ dice: Antes de optar por someterse a una esterilización tubárica debería quedar claro que supone someterse a una pequeña intervención quirúrgica, con apertura de la cavidad abdominal y el consiguiente riesgo de complicaciones (aunque éste sea muy pequeño). Es recomendable tomarse unas semanas de reflexión antes de tomar la decisión definitiva.

Por otro lado, Autor (2)² señala: La mujer ha de saber que la intervención es un método anticonceptivo irreversible. La principal premisa para decidirse por este método es la convicción de no querer tener más hijos, junto con el rechazo por diversos motivos de la utilización de la píldora o del DIU.

CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados en la investigación se llegaron a conclusiones:

1. Según las características generales de la muestra estudiada, el 56% presentaron edades entre 36 a más años, un promedio de 58.1% presentaron grado de instrucción entre primaria y secundaria, el 54% eran de estado civil conviviente y, el 53.9% son de zona urbana.
2. Un porcentaje promedio de 43% de la muestra estudiada afirmaron que los factores sociales son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.
3. Un promedio de 36% de la muestra manifestaron que los factores culturales son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.
4. El 54% de la muestra estudiada afirmaron que los factores económicos son predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.
5. Un porcentaje de 55% de la muestra estudiada afirmaron que los factores psicológicos son predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.
6. Es indudable que, un promedio de 47% de mujeres de la muestra estudiada manifestaron que los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.
7. Según la prueba de hipótesis se obtuvo un resultado de $X^2 = 20.44$ es mayor que 7.82 luego se tiene que aceptar la H_1 , que afirma: los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.

RECOMENDACIONES

1. Las Instituciones y Profesionales de la Salud, especialmente el Profesional de Obstetricia deben informar sobre todos los métodos anticonceptivos para que la persona decida que método usar sin obligación.
2. Los servicios de Planificación Familiar en los centros de salud del Ministerio de Salud deben informar sobre la sexualidad, a elegir libremente el método de planificación familiar sin que nadie la presione y sin que nadie le obligue.
3. Las personas tienen derecho a buscar cariño y placer en sus relaciones sexuales, a decidir libremente cuando tener relaciones sexuales y a que se respete su intimidad. Tener hijos es una decisión, no es una obligación. Es así, que el profesional de Gineco-Obstetricia deben orientar con calidad profesional cuando y en qué momento deben realizarse el bloqueo tubárico bilateral.
4. Los profesionales y alumnos del pre-grado de la carrera de Obstetricia, deben realizar trabajos de investigación similares, de esta manera tener antecedentes para confrontar datos y dar solución al problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nardin JM, Kulier R, Boulvain M Técnicas para la interrupción de la permeabilidad tubárica para la esterilización de mujeres (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Enciclopedia Fundamento Temática Ilustrada. "método anticonceptivo" Oriente. Barcelona, 1998.
3. Domenzain Mario MD 1985. Oclusión tubarica minilaparatomía. Manual de Procedimientos. Familia Healt Internacional. marzo de 1985.
4. Huber y Fishburne, J. I. 1987. dosis analgésica equivalente para algunos analgésicos narcóticos cammon y ketamina. Asoc.para Antiooncepti6n quir6rgica Voluntaria. nueva York.
5. Huggins G. R. y Sondheimer, S.J. 1984. Las complicaciones de la esterilización femenina: Inmediata y retardados. Fertilidad y Esterilidad 41, N° 3: 337-355.
6. Organización Mundial de la Salud, Grupo de Trabajo sobre la esterilización femenina, el programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana. Minilaparotomía o laparoscopia para la esterilización. Am J Obstet Gynecol, 1982; 143: 645-652.
7. Moreno, L., Goldman, las tasas de fracaso N. anticonceptivos en los países en desarrollo: Evidencia de la demografía y las encuestas de salud. Int Fam Plan de Persp, 1991; 17: 44-49.

8. Allyn, D., Leton, D., Westcott, N., Hale, R. preesterilización el asesoramiento y el arrepentimiento de la mujer de tener sido esterilizado. *J Reprod Med*, 1986; 3: 1027-1032.
9. Villacorta A. Programa de Planificación Familiar en el Perú 1996; 1002-11.
10. En EE.UU. (2010). Kulier, R., Boulvain, M. realiza un estudio sobre ligadura de trompas de Falopio con la técnica minilaparatomía versus laparoscopia
11. En México (2009), Rendón L. Realizo un estudio sobre: factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva de la comunidad Nuevo Horizonte Peten.
12. En Chiclayo-Perú (2008) Herrera Castro, M. Realizo un estudio sobre: nivel de conocimiento y actitud para el uso de métodos anticonceptivos en mujeres primíparas – Belén.
13. En lima-Perú (2010). Tello Delgado. Realizó un estudio sobre: planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en la población femenino-villa el salvador.
14. En Huánuco (2009). Cisneros E. Realizo un estudio sobre: nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano.
15. En Huánuco (2010) Cadillo F. Realizo un estudio sobre: factores e incidencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres que acuden al programa de planificación familiar hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco.
16. Rueda González, Ricardo. Manual de esterilización Femenina, Bogotá, Impresa Ltda. 1977.

17. OMS. Esterilización Femenina: Guía para la prestación de servicios 1993: 14 - 195.
18. Chi, I., Petta, C., McPheeters, M. Una revisión de seguridad, eficacia, ventajas y desventajas, y las cuestiones de puerperal esterilización tubárica: una actualización. Adv anticoncepción, 199; 11: 187-206
19. Duffy, S., Marsh, F. y col. La esterilización femenina: un estudio comparativo de cohortes controlada de Essure frente esterilización laparoscópica. BJOG 2005; 112 (11) : 1522-28
20. Hirsch H, Käser O, Iklé F. Esterilización e Interrupción del Embarazo. Es: Atlas de Cirugía Ginecológica. 5ta. Edición. MARBAN LIBROS. Madrid - España 2000; 67-82.
21. Ministerio de Salud. Manual de Normas y Procedimientos párr Actividades Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria de. DISURS III Lima Norte 1997; 2 - 47.

ANEXO

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuáles son los factores predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" de Huánuco 2015?</p>	<p>GENERAL Determinar los factores predisponentes que conllevan a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano" de Huánuco 2015</p> <p>ESPECIFICO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar las características generales de la muestra en estudio. -Identificar los factores sociales. -Describir los factores culturales. -Conocer los factores económicos. -Identificar los factores psicológicos. 	<p>Hi: Los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.</p> <p>Ho: Los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos no son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores predisponentes.</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>No aceptación del bloqueo tubárico bilateral.</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de instrucción • Estado civil • Procedencia 	<p>AREA DE ESTUDIO</p> <p>La investigación se realizó en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, que se encuentra ubicado en la provincia y departamento de Huánuco, situado entre los dos jirones Constitución y Hermilio Valdizan.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Es descriptivo porque tuvo como objetivo determinar las características de un fenómeno y establecer relaciones entre variables en un determinado momento tal como se presentó.</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Básica porque estuvo destinada a aportar un cuerpo organizado de conocimiento científico.</p> <p>TECNICA</p> <p>Fichas documentales, entrevista.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Historias clínicas y guías de entrevista.</p>

ANEXO N° 2

CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS SEGÚN LA ESTADÍSTICA INFERENCIAL A TRAVÉS DE LA SIGNIFICANCIA DEL CHI CUADRADO:

$$\chi^2 : \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Donde:

χ^2 = ¿ ?

\sum = Sumatoria

F_o = Frecuencia observada

F_e = Frecuencia esperada

FACTORES PREDISPONENTES	EVALUACION		TOTAL
	SI	NO	
SOCIALES	82	109	191
CULTURALES	68	123	191
ECONÓMICOS	103	88	191
PSICOLÓGICOS	106	85	191
PROMEDIO TOTAL	359	405	764

La tabla corresponde a 4×2 ($4-1=3$) ($2-1=1$) = 3 grados de libertad a alfa 0.05 = 7.82 (F_o).

Para obtener la frecuencia esperada se realizó el siguiente cálculo:

Sociales	:	191	=	0.25
Culturales	:	191	=	0.25
Económicos	:	191	=	0.25
Psicológicos	:	<u>191</u>	=	<u>0.25</u>
		764		1.00

Luego para estimar la frecuencia esperada se multiplica de la siguiente manera:

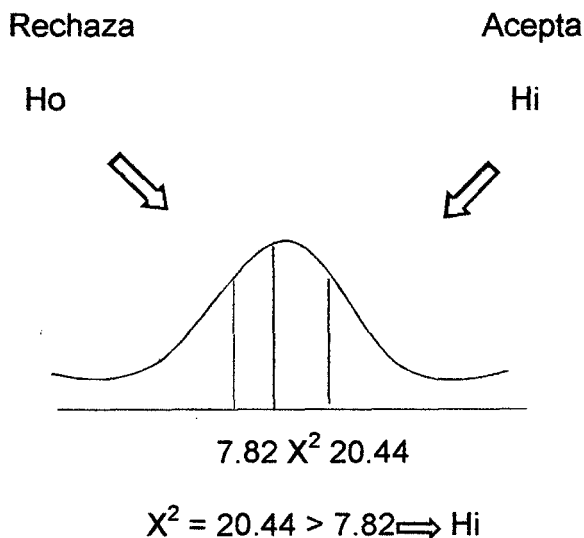
359 x 0.25	=	89.75	405 x 0.25	=	101.25
359 x 0.25	=	89.75	405 x 0.25	=	101.25
359 x 0.25	=	89.75	405 x 0.25	=	101.25
359 x 0.25	=	<u>89.75</u>	405 x 0.25	=	<u>101.25</u>
		359.00			405.00

Para facilitar el cálculo de X^2 a partir de la fórmula se utiliza la siguiente tabla de trabajo:

RELACIÓN	Fo	Fe	$(Fo-Fe)^2$	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
S – si	82	89.75	60.06	0.67
C – si	68	89.75	473.06	5.27
E – si	103	89.75	175.56	1.96
Ps – si	106	89.75	264.06	2.94
S – no	109	101.25	60.06	0.59
C – no	123	101.25	473.06	4.67
E – no	88	101.25	175.56	1.73
Ps – no	85	101.25	264.06	2.61
	764	764.00		20.44 X^2

Para el nivel de significancia de alfa 0.05 y 3 grados de libertad en la tabla de chi cuadrado se encuentra como punto crítico el valor de 7.82 que comparado con el valor de $X^2 = 20.44$ se deduce: $X^2 = 20.44$ es mayor que 7.82 luego se tiene que aceptar la hipótesis de investigación (H_i) lo que afirmaría: Los factores sociales, culturales, económicos y psicológicos son predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco.

LINEA DE SIGNIFICANCIA SEGÚN LA CAMPAÑA DE GAUSS





FORMATO DE APRECIACIÓN DEL EXPERTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO:.....

ESPECIALIDAD:.....

CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA:.....

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACIÓN DEL BLOQUEO TUBÉRICO BILATERAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. HUÁNUCO 2015".

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: medir la valides del contenido del instrumento.

II. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

Nº	INDICADORES	CRITERIOS	D 0-20 %	R 21-40 %	B 41-60 %	M 61-80 %	E 81-100 %
1	CLARIDAD	Los ítems están formulados con el lenguaje claro					
2	OBJETIVIDAD	El instrumento responde a los objetivos del problema					
3	ACTUALIDAD	El instrumento está de acuerdo a los avances científicos					
4	ORGANIZACIÓN	La estructura del instrumento, tiene una organización lógica y secuencial					
5	SUFICIENCIA	El instrumento es suficiente en calidad y cantidad.					
6	INTENCIONALIDAD	El instrumento es adecuado para establecer conocimiento acerca de los resultados obstétricos.					
7	CONSISTENCIA	El instrumento está basado en aspectos teóricos y científicos.					
8	COHERENCIA	El instrumento responde a la operacionalización de variables.					
9	METODOLOGÍA	Las estrategias metodológicas son adecuadas.					

D = Deficiente R = Regular B = Bueno MB = Muy Bueno E = Excelente

III. DECISIÓN DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado, reúne los requisitos validez SI () NO ()

IV. APORTES Y/O SUGERENCIAS:.....

FECHA:.....

.....

FIRMA Y SELLO



FORMATO DE APRECIACIÓN DEL EXPERTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EXPERTO: SILVERIO BRAVO CASTILLO

ESPECIALIDAD: LIC. ENFERMERO - ESPECIALISTA EN INVESTIGACION METODOLOGICO

CARGO E INSTITUCIÓN DONDE LABORA: INDEPENDIENTE - TOPICO-

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACIÓN DEL BLOQUEO TUBÉRICO BILATERAL DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. HUÁNUCO 2015".

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: medir la valides del contenido del instrumento.

II. APRECIACIÓN DEL EXPERTO

Nº	INDICADORES	CRITERIOS	D 0-20 %	R 21-40 %	B 41-60 %	M 61-80 %	E 81-100 %
1	CLARIDAD	Los ítems están formulados con el lenguaje claro				✓	
2	OBJETIVIDAD	El instrumento responde a los objetivos del problema					✓
3	ACTUALIDAD	El instrumento está de acuerdo a los avances científicos				✓	
4	ORGANIZACIÓN	La estructura del instrumento, tiene una organización lógica y secuencial					✓
5	SUFICIENCIA	El instrumento es suficiente en calidad y cantidad.				✓	✓
6	INTENCIONALIDAD	El instrumento es adecuado para establecer conocimiento acerca de los resultados obstétricos.					✓
7	CONSISTENCIA	El instrumento está basado en aspectos teóricos y científicos.					✓
8	COHERENCIA	El instrumento responde a la operacionalización de variables.					✓
9	METODOLÓGIA	Las estrategias metodológicas son adecuadas.					✓

D = Deficiente R = Regular B = Bueno MB = Muy Bueno E = Excelente

III. DECISIÓN DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado, reúne los requisitos validez SI () NO ()

IV. APORTES Y/O SUGERENCIAS: DICHO INSTRUMENTO ESTA APTO PARA SU APLICACION

FECHA:


 Sr. Silverio Bravo Castillo
 ENFERMERO
 C.E.P. 72846

FIRMA Y SELLO

ANEXO N° 3

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUÁNUCO

FACULTAD DE OBSTETRICIA

GUIA DE ENTREVISTA

Sra. Esta entrevista es anónima, le rogamos contestar con veracidad, lo cual nos permitirá recabar información para el estudio sobre “factores predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral”. A continuación se presenta algunas preguntas referido a los datos generales y sobre los factores frente a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral.

Las respuestas emitidas serán marcadas con un aspa (x) en los paréntesis vacíos.

Gracias.

I. DATOS GENERALES

1. ¿Qué edad tiene?
25 – 30 ()
31 – 35 ()
36 – mas ()
2. ¿Cuál es su grado de instrucción?
Sin estudios ()
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()
3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero ()

Casada ()

Conviviente ()

Otros ()

4. ¿de dónde proviene?

Zona urbana ()

Zona rural ()

Zona periurbana ()

II. DATOS SOBRE FACTORES SOCIALES

1. ¿A falta de información por parte del profesional de salud Ud. No acepta al bloqueo tubárico bilateral?

Si ()

No ()

2. ¿Por la relación inestable conyugal no acepta el bloqueo tubárico bilateral?

Si ()

No ()

3. ¿La inseguridad de su familia, es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral?

Si ()

No ()

4. ¿Por la oposición de la pareja, no acepta el bloqueo tubárico bilateral?

Si ()

No ()

III. DATOS SOBRE FACTORES CULTURALES.

1. ¿Por el desconocimiento de la operación, no acepta el bloqueo tubárico bilateral?

Si ()

No ()

2. ¿por la falta de seguridad familiar, no acepta el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()

3. ¿El método anticonceptivo que usa, es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()

4. ¿Cree que su familia influye para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()

IV. DATOS SOBRE FACTORES ECONÓMICOS.

1. ¿El ingreso económico que percibe la familia, es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()

2. ¿Las actividades ocupacionales que realiza. Es causa para no aceptar el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()

V. DATOS SOBRE FACTORES PSICOLÓGICOS

1. ¿Por miedo a la operación, no acepta el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()

3. ¿Los riesgos que presenta la operación es causa a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral?

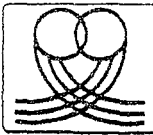
Si () No ()

4. ¿Por temor a no tener más hijos, no acepta el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()

5. ¿Por falta de apoyo psicológico, no acepta el bloqueo tubárico bilateral?

Si () No ()



DIRESA _____ ESTABLECIMIENTO _____ N° de Historia Clínica: _____

Consentimiento Informado y Solicitud para Ligadura de Trompas

Yo, _____ identificada con D.N.I. _____ y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas.

La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es de emergencia

Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entre 4-10 por 100,000 Ligadura de Trompas)

Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente

Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.

Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación

La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas

Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.

Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud

Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o otro establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique

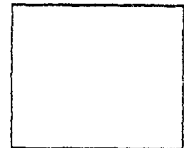
Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo,

Fecha: ____/____/____

Firma y sello del Personal
Que brinda la orientación y consejería

Firma de la Usuaría

Huella Digital

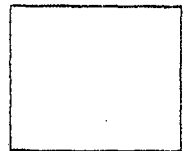


Si la usuaria es analfabeta, o presenta déficit mental o enfermedades psiquiátricas un parlante o testigo deberá firmar la siguiente declaración. Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____ Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I.

Huella Digital de el/la
Testigo



Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas

Fecha de la intervención ____/____/____

Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas

Yo, _____, con CMP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital de la usuaria

Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR ENCUESTA SOBRE
BLOQUEO TUBARICO BILATERAL**

Obst.: MARICELA MARCELO ARMAS

JEFA DE DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA

GABYSHEYLA ROJAS ESQUIVEL YMARIBELGARAY SEVILLNO ambas alumnas egresadas de la universidad nacional "HERMILIO VALDIZAN" DE HUÁNUCO con el grado de bachilleres en Obstetricia a Ud. Con el debido respeto nos presentamos y decimos:

Que en cumplimiento a la realización de una tesis titulada "**Factores predisponentes a la no aceptación del bloqueo tubárico bilateral. Hospital Regional Hermilio Valdizan. Huánuco 2015**". Con este propósito hemos visto por conveniente para hacer realidad nuestro trabajo realizar una encuesta sobre bloqueo tubárico bilateral para tal efecto solicitamos que nos conceda el permiso de encuestar en el Hospital Regional Hermilio Valdizan que se dará el día 08 de abril.

Por tanto:

Agradeciendo por anticipado su buena comprensión y aceptación.



Gaby Sheyla Rojas Esquivel

DNI. 47130602

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"



Obst. **MARICELA MARCELO ARMAS**

Jefa de Obstetricia

COP. 8837

Maribel Garay Sevillano

DNI. 45215607



PERU

Ministerio
de Salud

Gobierno
Regional Huánuco

Hospital Regional
Hermilio Valdizán

Huánuco, 05 de Junio del 2015

CARTA N° 32 -2015-GR-HCO-DRS-HRHVM-D-JUADI

Srta:

Gaby Sheyla, ROJAS ESQUIVEL
ALUMNA DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

HUANUCO

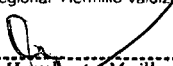
Presente.-

Es grato dirigirme a Usted, para saludarla muy cordialmente a la vez comunicar que contando con la Opinión Favorable de la Jefatura del Servicio de Obstetricia, ésta Dirección le autoriza efectuar la ejecución del Proyecto de Investigación "**FACTORES PREDISPONENTES A LO NO ACEPTACION DE BLOQUEO TUBARICO BILATERAL**" en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, así mismo exhortar, que una vez concluida su investigación asuma formalmente el compromiso de remitir, una copia del documento para la biblioteca de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital a mi cargo. Se remite el presente, a fin de que se le brinde las facilidades correspondientes.


Sin otro particular es propicia la oportunidad para renovarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano



Med. F. Humberto Maille Sevillano
CMP 15026 RNE 10656
DIRECTOR EJECUTIVO


FHMS/EMQH/lmqh
c.c. Arch.
05.06/15



PERU

Ministerio
de Salud

Gobierno
Regional Huánuco

Hospital Regional
Hermilio Valdizán

Huánuco, 05 de Junio del 2015

CARTA N° 33 -2015-GR-HCO-DRS-HRHVM-D-JUADI

Srta:

**Maribel, GARAY SEVILLANO
ALUMNA DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN**

HUANUCO

Presente.-

Es grato dirigirme a Usted, para saludarla muy cordialmente a la vez comunicar que contando con la Opinión Favorable de la Jefatura del Servicio de Obstetricia, ésta Dirección le autoriza efectuar la ejecución del Proyecto de Investigación "FACTORES PREDISPONENTES A LO NO ACEPTACION DE BLOQUEO TUBARICO BILATERAL" en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, así mismo exhortar, que una vez concluida su investigación asuma formalmente el compromiso de remitir, una copia del documento para la biblioteca de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital a mi cargo. Se remite el presente, a fin de que se le brinde las facilidades correspondientes.

Sin otro particular es propicia la oportunidad para renovarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizán" Medrano



Med. F. Humberto Maille Sevillano
CMP 15026 RNE 10656
DIRECTOR EJECUTIVO



RESOLUCIÓN N° 050-2014-D-F-OBST-UNHEVAL

Huánuco, 28 de enero del 2014.

VISTO;

La solicitud presentado por las alumnas **ROJAS ESQUIVEL Gaby y GARAY SEVILLANO Maribel** sobre exclusividad de tema y designación de asesor;

CONSIDERANDO:

Que, según solicitud N° 178520 las alumnas de la Facultad de Obstetricia **ROJAS ESQUIVEL Gaby y GARAY SEVILLANO Maribel**, solicitan la exclusividad del título (tema): "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO 2015" y nombramiento de asesora de tesis;

Que, con Proveído N° 012-DII-F-OBST-2014 el Instituto de Investigación, indica que hecho la verificación del título (tema) a Investigar: "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL EN EL HSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO 2015" queda registrado como exclusividad en el Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de una investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final designando para tal fin a la Mg. Digna Manrique De Lara Suárez, en el título a investigar: "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL EN EL HSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO 2015" de las alumnas **ROJAS ESQUIVEL Gaby y GARAY SEVILLANO Maribel**;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, de acuerdo a la Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de enero 2013;

SE RESUELVE:

- 1º APROBAR** como exclusividad el título de Investigación: "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO 2015" de las alumnas **ROJAS ESQUIVEL Gaby y GARAY SEVILLANO Maribel** y queda registrado en el Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2º NOMBRAR** a la Mg. Digna **MANRIQUE De Lara Suárez**, Asesora de las alumnas **ROJAS ESQUIVEL Gaby y GARAY SEVILLANO Maribel**; para la elaboración del Proyecto de Investigación hasta la presentación y sustentación del mismo.
- 3º DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

C.C.
IIFO
INTERESADOS
ARCHIVO

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Mg. Digna Manrique De Lara Suárez
DECANA



RESOLUCIÓN N° 082-2015-UNHEVAL-FOBST-D

Huánuco, 06 de abril del 2015

VISTO:

El Informe N° 001-VQS-JD-UNHEVAL-2015 del Mg. Victor Quispe Sulca y el Informe N° 001-RDLMH-JD-UNHEVAL-2015 de la Mg. Rosario De La Mata Huapaya de la Comisión Revisora Ad hoc del proyecto de tesis presentado por las alumnas **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby** de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que encontrándose el Informe N° 001-VQS-JD-UNHEVAL-2015 del Mg. Victor Quispe Sulca y el Informe N° 001-RDLMH-JD-UNHEVAL-2015 de la Mg. Rosario De La Mata Huapaya de la Comisión Revisora Ad hoc del proyecto de tesis titulado: "FACTORES PREDISONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.HUANUCO,2015" donde indica que se encuentran APTAS para su aprobación y ejecución;

Que, las alumnas **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby** adjunta 02 ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES PREDISONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.HUANUCO,2015", para su aprobación; habiendo quedado registrado en el Instituto de Investigación, el mismo que se encuentra inscrito en el Libro de Registro de la Facultad de Obstetricia; y, según el Art. 18° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad que indica "Emitida la Resolución del Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis";

Que, estando a las atribuciones conferidas al Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de enero del 2013;

SE RESUELVE:

1° APROBAR el Proyecto de Tesis titulado: "**FACTORES PREDISONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.HUANUCO,2015**" ,presentado por las alumnas **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby** de la Facultad de Obstetricia, asesorado por la Mg. Digna Manrique De Lara Suárez.

2° DAR A CONOCER la presente resolución a los órganos correspondientes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA


Mg. Digna M. Manrique de Lara Suarez
DECANA

CON DISTRIBUCIÓN
Expediente •
Instituto Invest.
Asesora



RESOLUCIÓN N° 0122-2015-UNHEVAL-FOBST-D

Huánuco , 22 de mayo del 2015.

VISTO;

La solicitud presentado por las alumnas GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby.

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 19ª del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad indica " Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis con el visto bueno de su Asesor y obteniendo el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Unico de trámite, se designe el Jurado de Tesis...". Art. 20ª dice:" El Jurado de Tesis es designado por el Decano, en coordinación con el Jefe de Departamento Académico y en ausencia con el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, en la que debe ser integrado por cuatro (04) profesores ordinarios, tres (03) serán titulares y un (01) accesitario..."

Que, las alumnas **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby**, ha culminado la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "FACTORES PREDISONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL.HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.HUANUCO.2015", bajo el asesoramiento de la Mg. Digna Manrique De Lara Suárez, quien con el Informe N° 002-DMDLS-ASESORA-FAC-OBST-2015 de fecha 19 de mayo del 2015, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis y que cumple con los estándares exigidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis.

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Obstetricia mediante Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 enero 2013;

SE RESUELVE:

1º DESIGNAR, dictaminadores de Jurado de la Teis titulada : "**FACTORES PREDISONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL.HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.HUANUCO.2015**", presentado por las alumnas **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby** debiendo el jurado estar integrado de la manera siguiente:


PRESIDENTE : Mg. Victor Quispe Sulca
SECRETARIA : Mg. Antonia Jeri Guerra
VOCAL : Mg. Rosario De La Mata Huápaya
ACCESITARIA : Mg. Yola Espinoza Tarazona

2º DISPONER, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.

AC. OBSTETRICIA
JURADOS
INTERESADOS
ARCHIVO

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA


Mg. Digna M. Manrique de Lara Suarez
DECANA



RESOLUCIÓN N° 0126-15-D-F-OBST-UNHEVAL
Huánuco, 04 de junio del 2015

VISTO:

La solicitud N° 0253640 de fecha 03 de junio del 2015 presentado por las bachilleres **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby**, quien pide fecha, hora para sustentación adjuntando los Informes de Tesis.:

CONSIDERANDO:

Que, las bachilleres **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby**, solicita fecha, hora y lugar para la Sustentación de su tesis: "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. HUANUCO, 2015";

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informa que se encuentran APTAS para ser sustentado dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad;

Que, el Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad en el Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, en su art. 27° dice : "Una vez completado el jurado de tesis señalar día, hora y lugar de la sustentación..."

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Obstetricia mediante Resolución N° 053--2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de Enero;

SE RESUELVE:

1° **FIJAR** como fecha de sustentación de la Tesis: "FACTORES PREDISPONENTES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL. HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO. HUANUCO, 2015 "; presentado por las bachilleres **GARAY SEVILLANO Maribel y ROJAS ESQUIVEL Gaby** :

DIA : MIERCOLES 10 DE JUNIO DEL 2015.

HORA : 11:00 A..M.

LUGAR : Aula 301 pab. III 3er. piso

2° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| - Mg. Víctor Quispe Sulca | Presidente |
| - Mg. Antonia Jeri Guerra | Secretaria |
| - Mg. Rosario De La Mata Huapaya | Vocal |
| - Mg. Yola Espinoza Tarazona | Accesitaria |

3° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

[Firma]

Mg. Digna A. Manrique de Lara Suárez
DECANA

CON DISTRIBUCIÓN
Expediente
Jurados
Interesado.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 10 días del mes de Septiembre del 2015 siendo las 11:00 horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el Aula 301, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "FACTORES PREDISPONETES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.HUANUCO 2015" presentado por la bachiller GARAY SEVILLANO Maribel para obtener el TITULO DE OBSTETRA estando integrado por los siguientes docentes:


- | | |
|----------------------------------|-------------|
| - Mg. Víctor Quispe Sulca | PRESIDENTE |
| - Mg. Antonia Jeri Guerra | SECRETARIA |
| - Mg. Rosario De La Mata Huapaya | VOCAL |
| - Mg. Yola Espinoza Tarazona | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

03 Papeleta (s) APROBADOS
— Papeleta (s) DESAPROBADOS


Con nota cuantitativa de: 17 y cualitativa de: MUY BUENO

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.
En fe, de lo cual firmamos.


Mg. Víctor Quispe Sulca
PRESIDENTE


Mg. Antonia Jeri Guerra
SECRETARIA


Mg. Rosario De La Mata Huapaya
VOCAL


Mg. Yola Espinoza Tarazona
ACCESITARIA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
 PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En la ciudad de Huánuco, a los 10 días del mes de Septiembre del 2015 siendo las 11:00 horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el Aula 301, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "FACTORES PREDISPONETES A LA NO ACEPTACION DEL BLOQUEO TUBARICO BILATERAL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO.HUANUCO 2015" presentado por la bachiller ROJAS ESQUIVEL Gaby para obtener el TITULO DE OBSTETRA estando integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| - Mg. Víctor Quispe Sulca | PRESIDENTE |
| - Mg. Antonia Jeri Guerra | SECRETARIA |
| - Mg. Rosario De La Mata Huapaya | VOCAL |
| - Mg. Yola Espinoza Tarazona | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

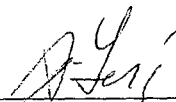
03 Papeleta (s) APROBADOS
 Papeleta (s) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 17 y cualitativa de: MUY BUENO

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.
 En fe, de lo cual firmamos.



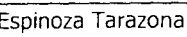
 Mg. Víctor Quispe Sulca
 PRESIDENTE



 Mg. Antonia Jeri Guerra
 SECRETARIA



 Mg. Rosario De La Mata Huapaya
 VOCAL



 Mg. Yola Espinoza Tarazona
 ACCESITARIA