

**UNIVERSIDAD NACIONAL “DANIEL
ALCIDES CARRIÓN”**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“MINTHOSTACHYS MOLLIS Y SU RELACIÓN
ANTISEPTICA A NIVEL DE HERIDAS
EPISIOTOMIZADAS; HOSPITAL II ESSALUD PASCO -
ENERO DEL 2015”**

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRICES

Bach. NOLASCO OSORIO, Erika Liz

Bach. SALAZAR CLAUDIO, Maribel.

CERRO DE PASCO – PERÚ.

2015

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo:

A Dios que me ha dado la vida y fortaleza
para terminar este proyecto de investigación,

A mis Padres por estar ahí cuando más los
necesité; en especial a mi madre por su ayuda
constante, cooperación y ayudarme en los
momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a Dios por darme la salud que tengo. Y también quiero agradecer a todos mis maestros ya que ellos me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día, también agradezco a mis padres porque ellos estuvieron en los días más difíciles de mi vida como estudiante. Estoy seguro que mis metas planteadas darán fruto en el futuro y por ende me debo esforzar cada día para ser mejor en todo lugar sin olvidar el respeto que engrandece a la persona

ÍNDICE

	PAG.
DEDICATORIA	
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

RESUMEN

La *Minthostachys Mollis* (Muña), es un arbusto muy aromático, pubescente, de 0,50 a 1,50 m de altura que crece en forma de mata. Hojas ovaladas, de base por lo general redondeada, de 2-3 cm de largo por 1-2 cm de ancho, bordes aserrados, de aro enteros y voluptuosas, con pecíolos de 5-10 mm. Flores en las axilas de las hojas en cimas de 4 inflorescencias por nudo, con pedúnculos cortos de hasta 10 mm de largo, con 10-20 flores cada uno; cáliz de más o menos 2 mm de largo, corola de color blanco, tubo de más o menos 3 mm de largo. Florece en verano¹.

El Uso medicinal de la muña es atribuida por que son las que Alivia eficazmente los cólicos estomacales. Carminativo, (favorece la expulsión de gases Analgésico, Afecciones respiratorias, Antiséptico. Entre los

componentes aislados mencionan: l-beta pineno, l-limoneno, pulegona, +-mentona, l-mentona, d-isomentona, hidroxilactona, ácido piperínico².

Hieronymus, en el libro "Plantae Diaphoricae Florae Argentinae" que escribió en 1882 dice: "Esta hierba muy aromática contiene el mismo aceite que las especies de *Mentha*. Se usa para aromatizar el aguardiente y para la fabricación de un licor." "La infusión teiforme se toma para indigestiones, dolores de vientre, diarreas, vómitos, etc. y los serranos de Córdoba aseguran que la han empleado con buen éxito contra el cólera. El aceite volátil podría extraerse para ser usado como la *Mentha peperita* L. en caso de debilidad crónica de los ojos y dolores reumáticos de las ojeras y de los dientes"³.

En nuestra actualidad el tratamiento a través de las incisiones quirúrgicas que han salvado la vida de muchas personas, pero este a su vez pone en riesgo la vida del individuo y trae complicaciones en el proceso de cicatrización, debido al rompimiento de la primera línea de defensa contra la infección⁴.

De esta manera nos referimos a un aspecto particular que es el proceso de cicatrización en su fase de epitelialización, en heridas post-traumáticas, lo cual, durante el tiempo de este proceso, pasa muchos cambios bioquímicos y celulares para la formación de un nuevo tejido que este a su vez tiene un tiempo establecido de acuerdo a estudios ya realizados⁵.

La episiotomía, es un procedimiento quirúrgico que agranda la abertura de la vagina durante el parto, a través de una incisión en el perineo, la piel y músculos que se encuentran entre la vulva y ano. Se realiza con frecuencia en mujeres que están dando a luz a su primer hijo, y son sometidas a este procedimiento. Por décadas, las episiotomías han sido practicadas como un procedimiento de rutina para acelerar el parto durante la segunda etapa del período de dilatación, así como para prevenir desgarros de la vagina de la madre, en especial desgarros serios que puedan extenderse hasta la uretra o el ano. También se creía que el procedimiento disminuía el traumatismo del bebé y protegía los músculos vaginales de la madre⁶.

Por lo que nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la eficacia de la *Minthostachys Mollis* y su relación con los efectos clínicos a nivel de heridas episiotomizadas; Hospital II EsSalud Pasco – Enero 2015?

El objetivo general guió el estudio fue: Determinar la eficacia de la *Minthostachys Mollis* con los efectos clínicos a nivel de heridas episiotomizadas en pacientes puérperas.

Guiados con los siguientes objetivos específicos:

1. Elegir las pacientes gestantes en trabajo de parto sin factores de riesgos obstétricos usando criterios clínicos de inclusión y exclusión para ambos grupos de estudio.

2. Reemplazar la terapia de *Minthostachys Mollis* según protocolo en el control de la flora microbiológica de la herida episiotomizadas.
3. Instalar el protocolo tradicional al grupo control según protocolo en el grupo experimental de la flora microbiológica de la herida episiotomizada.
4. Analizar y monitorizar los signos clínicos según la evolución cronológica clínica de la herida post episiotomizada a ambos grupos de estudio.
5. Demostrar la eficacia en el manejo de los signos clínicos a ambos grupos de estudio de la herida post episiotomizada.

La hipótesis de investigación que se sometió a prueba fue: La *Minthostachys Mollis* tiene efectos clínicos favorables a nivel de heridas episiotomizadas en pacientes a prueba que son las puérperas inmediatas.

El presente estudio de investigación por las características que posee se asumió como referencia, a la clasificación dada por Méndez I., Namira D. Por lo que se aplicó el tipo de investigación EXPERIMENTAL.

En la presente se utilizó los métodos generales tales como analítico, sintético y método particular como el experimental con ayuda del método estadístico que cuenta con un metodológico propio. Según R.H Sampieri el diseño que se utilizó fue de Experimentos verdaderos de tipo diseño con post prueba únicamente de grupo de control.

Y la población estuvieron consideradas todas las pacientes puérperas episiotomizadas, con una muestra donde se utilizó la técnica NO PROBABILÍSTICA de tipo intencional, ya que para la selección de cada grupo se considerará la aleatoriedad teniendo presente los criterios de inclusión y exclusión por lo que se tomaron 96 pacientes, 48 para cada grupo de estudio.

Por lo que en el presente estudio se pudieron arribar a los siguientes resultados:

1. Que del 100% de la población muestral el 83% tuvieron una secreción hemática a las 8 horas de ser evaluadas, y que el 16.7%) con la secreción serohemática a la misma hora de evaluación. Y la siguiente evaluación realizada a las 40 y 48 horas más del 50% de la población en estudio ya no tuvieron secreciones de ningún tipo.

2. Que del 100% de la población muestral, el 83% tuvieron una secreción hemática a las 8 horas de ser evaluadas y que el 16.7% con secreción serohemática evaluadas a la misma hora. Y la siguiente evaluación realizada a las 48 horas a más; el 50% tuvo una secreción serosa y que esto aproximadamente a las 72 horas, disminuyó la secreción.

3. De que a las 8 horas de evaluado el grado de eritema, era al 100% en todo el grupo experimental y que posteriormente, a las 16 horas el 83.3% tuvo un grado de eritema marcado y que el 16.7% con un grado de eritema medianamente marcado y que de ello evaluadas a las 40 y 48 horas a más el 50% de las pacientes post episiotomizadas ya no tenían ningún grado de eritema.

4. De que, a las 8 horas de evaluado, el grado de eritema era al 100% en toda la muestra y que eso se mantenía hasta la segunda evaluación que fue a las 16 horas, posteriormente, se evaluó a las 40 y 48 horas más del 50% de las pacientes pos episiotomizadas y realizada un tipo de sutura discontinúa mantenía un grado de eritema mediano de 2 cruces.

5. Del 100% de la población en estudio a las 8 horas evaluadas el 83.3 no presentaron tejido de granulación y que tan solo el 16.7% con un escaso presencia de tejido de granulación. Y posteriormente evaluado a las 24 horas el 33.3% de la población de pacientes post episiotomizadas presentaron un moderado tejido de

granulación. Y el 66.6% de ellos seguían presentando escaso tejido de granulación.

6. Del 100% de la población en estudio; a las 8 y 16 horas evaluadas el total de ellos pacientes se mantenía con la ausencia de tejido de granulación; y que a las 24 horas el 16.7% presentaron un escaso tejido de granulación. Y posteriormente evaluado a las 48 horas a más; que se incluye aproximadamente hasta las 72 horas, el 25% presentaron un moderado tejido de granulación. Y el 66.6% de ellos seguían presentando escaso tejido de granulación.

7. Del 100% de la muestra total de las pacientes pos episiotomizadas; el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (experimental y de control), de los cuales el 41.7% no tenían ninguna eficacia y el 8.3% de las pacientes pos episiotomizadas mostraron la pequeña eficacia estos pertenecientes a grupo control, demostrando la falta eficaz en la fase de epitelialización a base de la terapéutica tradicional en relación al tipo de sutura. Y que más por el contrario en el grupo experimental, el 8.3% mostraban una evaluación

altamente eficaz ya que a las 32 horas estas heridas tuvieron una resolución de la fase de epitelialización y el 25% alcanzaron una evaluación eficaz ya que a las 40 horas demostraban el termino de aparición de la fase de epitelialización.

8. Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada con valor de $P = 0.00032040$ por lo que P es menor a 0.05 lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

INTRODUCCIÓN

El retraso de la cicatrización de heridas y la evolución lenta y complicada de la misma son un gran problema para el personal de salud muchos son los agentes que determinan que este proceso resulte lento como los agentes locales y los generales. La inflamación lleva también a un retraso en la cicatrización y cierre de la misma⁷.

Varias investigaciones se han realizado en búsqueda de mejores resultados ya sea a través de mejores sustancias o técnicas en el manejo de las heridas quirúrgicas o infectadas⁸.

El Perú presenta una riqueza y mega diversidad de plantas medicinales nativas, que es uno de los pilares de la etnofarmacología y la medicina tradicional, desde la época del Incanato hasta la actualidad⁹.

Siendo estas utilizadas en forma empírica por sus bondades terapéuticas en el cuidado y restauración de la salud. Dentro de este contexto, los aceites esenciales (AE) son productos naturales de gran valor e importancia económica. La bioactividad de los AE se investiga a partir de los efectos farmacológicos que son producidos por sus metabolitos, los cuales son obtenidos por diferentes técnicas fisicoquímicas a partir de las hojas¹⁰.

Son pocas las plantas peruanas que han validado su uso tradicional, una de estas es la *Minthostachys mollis*, conocida popularmente como muña, la cual es usada para el tratamiento de dolencias de las vías respiratorias y digestivas¹¹.

La muña habita en los diferentes pisos ecológicos de nuestra serranía crece entre 2500 y 3500 msnm, donde existe en abundancia. Es una planta hemicriptófila que durante el invierno (frío y seco) desaparecen sus hojas para brotar nuevamente con las primeras lluvias de la primavera¹².

Diversos estudios han mostrado su efecto antibacteriano e insecticida, otros han explorado qué metabolitos están presentes en su aceite esencial¹³.

Antes de considerar los procesos de reparación tisular, es importante tener presente que la cicatrización, es el resultado de la regeneración de los tejidos y del cierre de una herida; la cicatrización no es un fenómeno aislado y su evolución está condicionada por una serie

de factores bioquímicos a nivel de la solución de continuidad que representa la lesión, por unos cambios en las estructuras tisulares y por una serie de procesos que determinan la formación de la cicatriz¹⁴.

Si una episiotomía es necesaria, justo antes de que su bebé nazca, mientras la cabeza se encuentra a punto de coronar, su Obstetrix le inyectará un anestésico local en la parte inferior del canal vaginal y hará una incisión¹⁵.

Existen dos tipos de incisiones: media y mediolateral. La incisión media va recta desde la vagina hasta el ano; la incisión mediolateral se hace en ángulo desde la vagina al ano. La incisión mediolateral se considera que tiene menos riesgo de desgarrarse hasta el ano, pero es más difícil de reparar y tarda más en cicatrizar que la media. Su Obstetrix entonces recibe al bebé a través de la abertura agrandada, seguido de la placenta. La incisión se sutura inmediatamente después del parto¹⁶.

Por este motivo nos hemos planteado realizar un estudio para evaluar la eficacia en la cicatrización del apósito con aceite esencial *Minthostachys mollis* o “muña”, en episiotomías¹⁸.

El informe de Tesis está conformado por las siguientes partes; Resumen, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y Anexos.

Las Autoras

MATERIAL Y MÉTODO

1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación por las características que posee se asumió como referencia, a la clasificación dada por Méndez I., Namira D. Por lo que se aplicó el tipo de investigación **EXPERIMENTAL** que incluye a los siguientes criterios:

- Por la comparación de poblaciones: **Comparativo.**
- Por el Período en que se capta la información: **Prospectivo.**
- Por la Evolución del fenómeno estudiado: **Longitudinal.**
- Por la interferencia del investigador: **Experimental.**

2.- MÉTODO

En la presente se utilizó los métodos generales tales como analítico, sintético y método particular como el experimental con ayuda del método estadístico que cuenta con un propio metodológico propio

3.- DISEÑO

Según R.H Sampieri el diseño que se utilizo fue de Experimentos verdaderos de tipo DISEÑO CON POST PRUEBA ÚNICAMENTE Y GRUPO DE CONTROL cuya fórmula es la siguiente:

RG₁	X	O₁
RG₂	-	O₂

DONDE:

- R** = Asignación al azar o aleatorización.
- G₁** = Grupo a prueba.
- G₂** = Grupo control
- X** = Minthostachys Mollis
- O** = Medición a los sujetos de ambos grupos

4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:** Están consideradas todas las pacientes puérperas inmediatas episiotomizadas.
- **Muestra:** Se utilizó la técnica NO PROBABILÍSTICA de tipo intencional, ya que para la selección de cada

grupo se considerara la aleatoriedad teniendo presente los criterios de inclusión y exclusión por lo que se tomaron 96 pacientes, 48 para cada grupo de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes gestantes sin compromiso sistémico.
- Pacientes gestantes sin ARO.
- Pacientes que no sean fármacos dependientes.
- Pacientes gestantes sin complicaciones durante la labor del parto.
- Pacientes sin compromiso hemático inmunológico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no reúna los requisitos establecidos en el criterio de inclusión.

5.- INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se aplicó los siguientes instrumentos para la recolección de los datos:

- a) Ficha de observaciones clínicas.
- b) Protocolo de la administración de la *minthostachys mollis*.
- c) Guía de observación.

Las técnicas de recolección de datos serán:

- a) Observación.
- b) Entrevista.

6.- ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio tuvo como sede del hospital II EsSalud Pasco, ubicado en el distrito de Chaupimarca el departamento de Pasco de la localidad de Cerro de Pasco, distritos de Yanacancha, se encuentra situado a 4,380 metros sobre el nivel del mar. El distrito de Chaupimarca se encuentra ubicado en el extremo sur de la provincia de Cerro de Pasco, aproximadamente a 2 Km de distancia de la capital de la provincia.

En cuanto al clima el distrito de Chaupimarca presenta un clima frío, con temperaturas entre 0°C durante la noche y menor de 15°C durante el día. Se presentan fenómenos como las nevadas, granizadas y lluvias en los meses de invierno, desde diciembre a marzo; y heladas desde los meses de abril a noviembre en épocas de verano.

El distrito de Chaupimarca tiene una población de 31238 habitantes de la provincia de Cerro de Pasco. De los cuales más del 50% de habitantes son asegurados y acuden al Hospital ESSALUD – PASCO.

El Hospital II ESSALUD – PASCO se encuentra ubicado al sur de la ciudad de Cerro de Pasco en el distrito de Chaupimarca, provincia de Pasco. Limita por el:

- NORTE: con el Barrio de Ayapoto
- SUR : con el Barrio Buenos Aires
- ESTE : con el distrito de Simón Bolívar
- OESTE : con el Barrio La Esperanza.

EL Hospital II ESSALUD – PASCO es un hospital general que brinda servicios de hospitalización en medicina, cirugía, traumatología, pediatría, neonatología y maternidad; consulta externa en medicina, cirugía, traumatología, pediatría, obstetricia, dental, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología, gastroenterología, psicología, nutrición, tóxico, y de promoción y prevención a través de programas de salud como es el Programa Del Centro De Prevención Y Riesgo De Trabajo De ESSALUD Pasco.

El programa de control de la hipertensión arterial está dirigida a personas aseguradas ya que este programa actualmente viene funcionando con un médico y enfermera e la implementación y ejecución de este programa.

RESULTADOS

CUADRO N° 01

**EVALUACIÓN CLÍNICA DEL TIPO DE SECRECIÓN SEGÚN CRONOLOGÍA DE EVOLUCIÓN
DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL. HOSPITAL II ESSALUD
PASCO - ENERO DEL 2015**

TIPO DE SECRECIÓN	CRONOLOGÍA DE EVOLUCIÓN (HERIDAS)											
	8 horas		16horas		24 horas		32 horas		40 horas		48 horas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hemática	40	83.3	00	0.0	00	0.0	00	0.0	00	0.0	00	0.0
Serohemática	08	16.7	40	83.3	40	83.3	00	0.0	00	0.0	00	0.0
Serosa	00	0.0	08	16.7	08	16.7	32	66.6	08	16.7	00	0.0
Sin secreción	00	0.0	0	0.00	00	0.0	16	33.4	40	83.3	48	100
TOTAL	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100

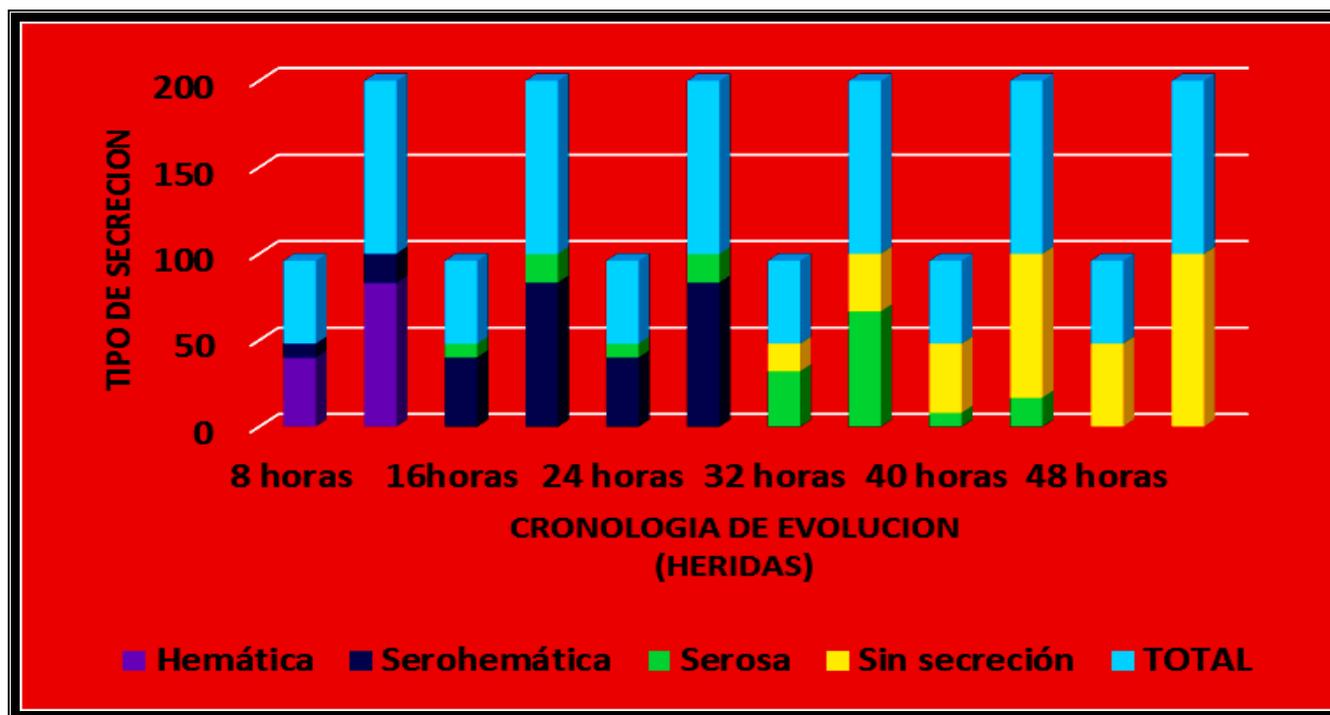
FUENTE: Ficha de observaciones clínicas y Guía de observación.

COMENTARIO DEL CUADRO N° 01

En el presente cuadro estadístico de una sola entrada, donde se observa el tipo de secreción; como signo clásico para una buena fase de cicatrización de una herida; esta post aplicación de la solución de la muña en la herida episiotomizadas al grupo experimental, en los diferentes tiempos medidos, encontramos lo siguiente.

Que del 100% de la población muestral el 83% tuvieron una secreción hemática a las 8 horas de ser evaluadas, y que el 16.7% con la secreción serohemática a la misma hora de evaluación. Y la siguiente evaluación realizada a las 40 y 48 horas más; el 50% de la población en estudio ya no tuvieron secreciones de ningún tipo.

GRÁFICO Nº 01
EVALUACIÓN CLÍNICA DEL TIPO DE SECRECIÓN SEGÚN CRONOLOGÍA DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS
EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL. HOSPITAL II ESSALUD
PASCO - ENERO DEL 2015



FUENTE: CUADRO 01.

CUADRO Nº 02

**EVALUACIÓN CLÍNICA DEL TIPO DE SECRECIÓN SEGÚN CRONOLOGÍA DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS
EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO CONTROL. HOSPITAL II ESSALUD**

PASCO – ENERO 2015

TIPO DE SECRECIÓN	CRONOLOGÍA DE EVOLUCIÓN (HERIDAS)											
	8 horas		16 horas		24 horas		32 horas		40 horas		48 horas a más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hemática	40	83.3	40	83.3	24	50	00	00	00	00	00	00
Serohemática	08	16.7	08	16.7	16	33.3	32	66.7	16	33.3	04	8.3
Serosa	00	00	00	00	08	16.7	12	25	24	50	32	66.7
Sin secreción	00	00	00	00	00	00	04	8.3	08	16.7	12	25
TOTAL	48	100	24	100	48	100	48	100	48	100	48	100

FUENTE: Ficha de observaciones clínicas y Guía de observación..

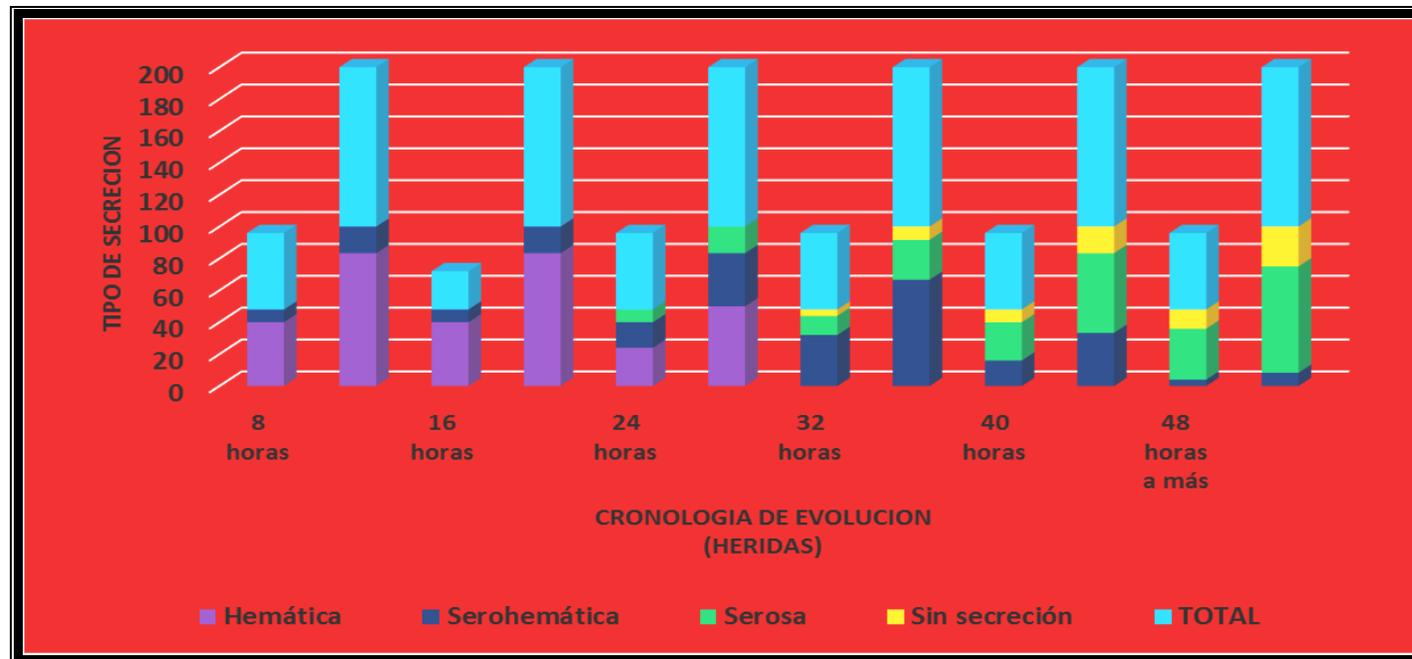
COMENTARIO DEL CUADRO N° 02

Del mismo modo este cuadro estadístico es similar al anterior pero con la diferencia que se trata del grupo control con la solución tradicional que se utiliza en el servicio, donde se observa el tipo de secreción como signo clásico para una buena fase de cicatrización de una herida; con la sutura discontinua, esto medido en los diferentes tiempos, encontramos lo siguiente:

Que del 100% de la población muestral, el 83% tuvieron una secreción hemática a las 8 horas de ser evaluadas y que el 16.7% con secreción serohemática evaluadas a la misma hora. Y la siguiente evaluación realizada a las 48 horas a más; el 50% tuvo una secreción serosa y que esto aproximadamente a las 72 horas descendió la secreción.

GRAFICO N° 02

**GRÁFICO N° EVALUACIÓN CLÍNICA DEL TIPO DE SECRECIÓN SEGÚN CRONOLOGÍA DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS
EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO CONTROL. HOSPITAL II ESSALUD PASCO –
ENERO DEL 2015**



FUENTE: CUADRO 02

CUADRO N° 03

**DATO CLÍNICO DE ERITEMA SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN
PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL HOSPITAL II ESSALUD**

PASCO – ENERO DEL 2015

DATO CLÍNICO DE ERITEMA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN (HERIDAS)											
	8 horas		16 horas		24 horas		32 horas		40 horas		48 horas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N ^a	%	Nº	%	Nº	%
(-) Negativo	00	0.0	00	0.0	00	00	08	16.7	32	66.6	48	100
(+) Mediano Marcado	00	0.0	08	16.7	16	33.4	24	50.0	16	33.4	00	0.0
(++) Marcado	48	100	40	83.3	32	66.6	16	33.3	00	0.0	00	0.0
TOTAL	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100

FUENTE: Ficha de observaciones clínicas y Guía de observación..

COMENTARIO DEL CUADRO N° 03

Y teniendo como referencia la evaluación de la variable eritema post aplicación de la muñía para el grupo experimental según el tiempo a que se evalúa; los datos resaltantes son:

De que a las 8 horas de evaluado el grado de eritema, era al 100% en todo el grupo experimental y que posteriormente, a las 16 horas el 83.3% tuvo un grado de eritema marcado y que el 16.7% con un grado de eritema medianamente marcado y que de ello evaluadas a las 40 y 48 horas a más el 50% de las pacientes pos episiotomizadas ya no tenían ningún grado de eritema.

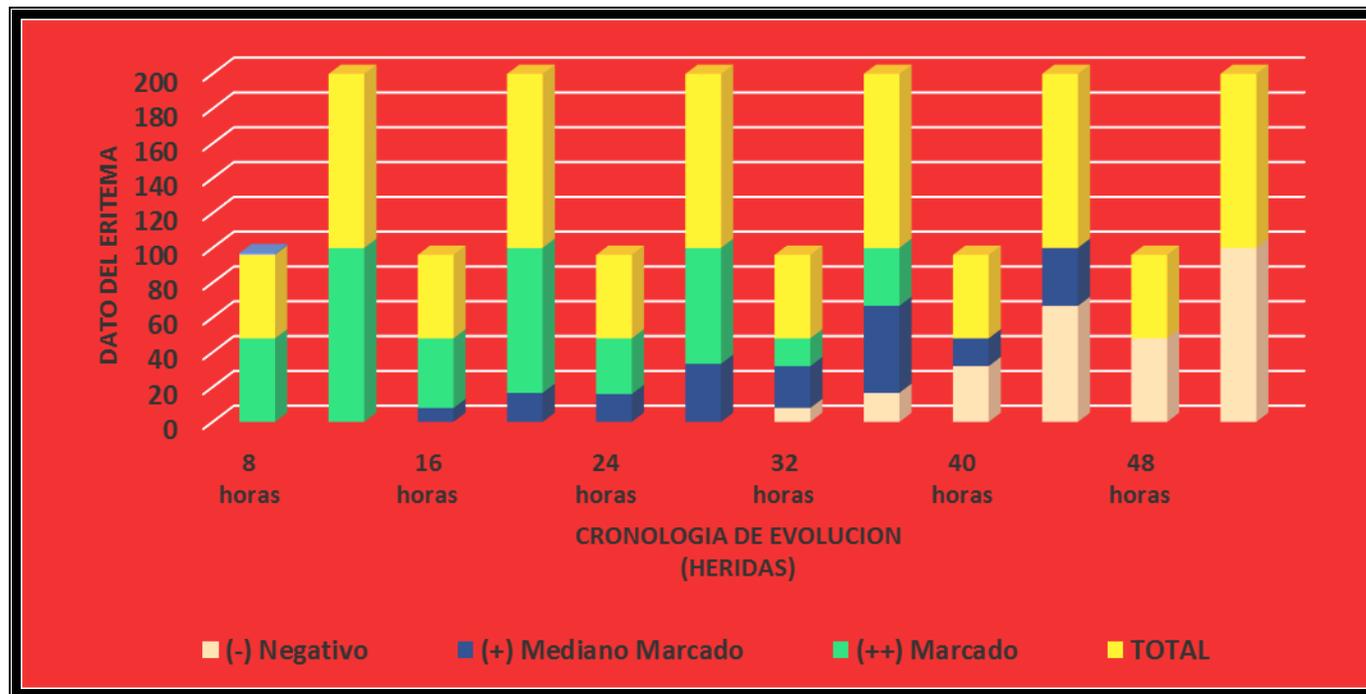
Esto demostrándonos que también es efectivo sobre la gran vascularización a nivel de la herida y que restablece la perfusión sanguínea como un buen signo de cicatrización favorable.

GRÁFICO Nº 03

DATO CLÍNICO DE ERITEMA SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN

PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL HOSPITAL II ESSALUD -

PASCO ENERO DEL 2015



FUENTE: CUADRO 03.

CUADRO N° 04

**DATO CLÍNICO DE ERITEMA SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN
PACIENTES DEL GRUPO CONTROL. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN PASCO JULIO DEL 2012.**

DATO CLÍNICO DE ERITEMA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN (HERIDAS)											
	8 horas		16 horas		24 horas		32 horas		40 horas		48 horas a más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N ^a	%	Nº	%	Nº	%
(-) Negativo	00	00	00	00	00	00	00	00	04	8.3	08	16.7
(+) Mediano Marcado	00	00	00	00	08	16.7	16	33.3	28	58.4	40	83.3
(++) Marcado	48	100	48	100	40	83.3	32	66.7	16	33.3	00	00
TOTAL	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100

FUENTE: Ficha de observaciones clínicas y Guía de observación.

COMENTARIO DEL CUADRO N° 04

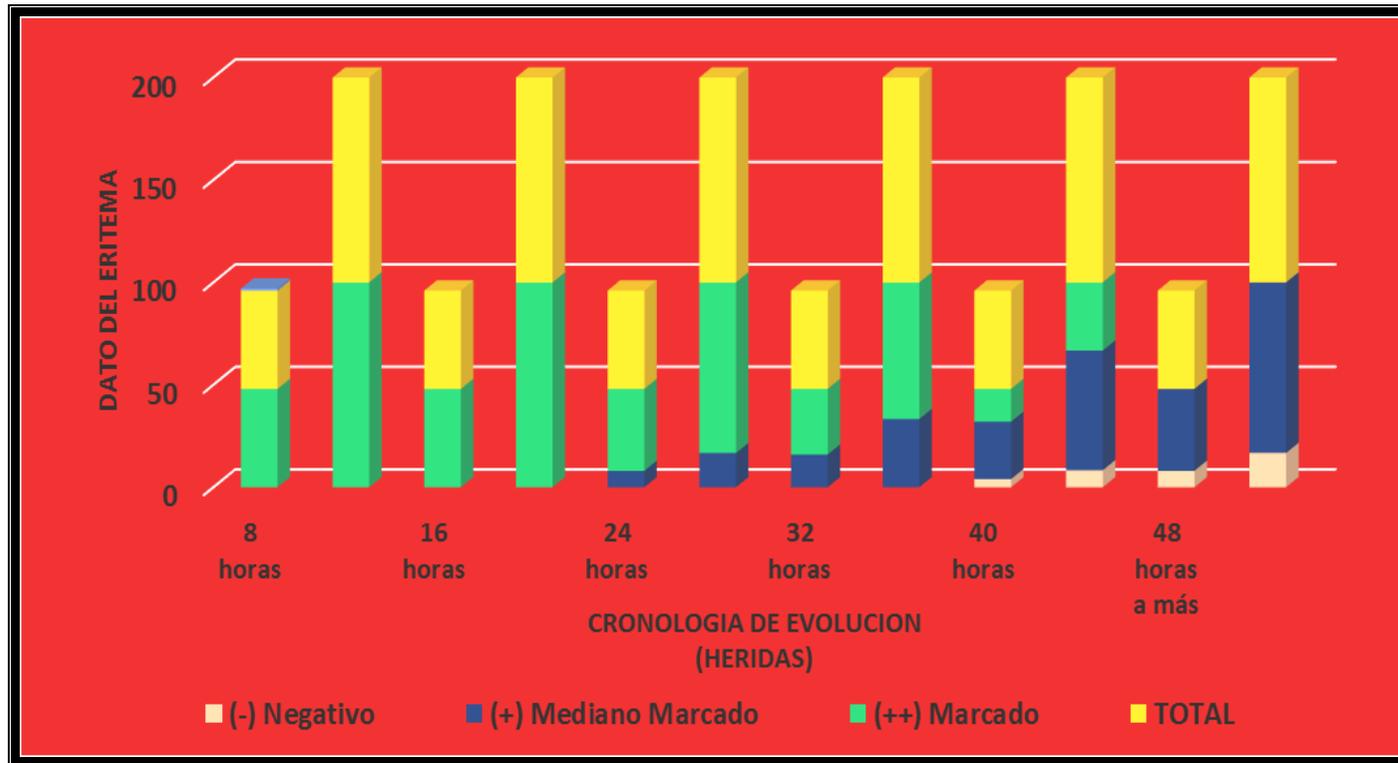
Y es Indudable evaluar la misma variable para el grupo control teniendo como referencia al eritema post sutura; según el tiempo a que se evalúa; los datos son resaltantes tal como:

De que, a las 8 horas de evaluado, el grado de eritema era al 100% en toda la muestra y que eso se mantenía hasta la segunda evaluación que fue a las 16 horas, posteriormente, se evaluó a las 40 y 48 horas más del 50% de las pacientes pos episiotomizadas y realizada un tipo de sutura discontinúa mantenía un grado de eritema mediano de 2 cruces

Esto demostrándonos que también similar al anterior signo clínico pues seguía el eritema en el grupo control y por lo que no es efectivo sobre la gran vascularización al nivel de la herida y que tampoco restablece la perfusión sanguínea como un buen signo de cicatrización favorable.

GRÁFICO Nº 04

DATO CLÍNICO DE ERITEMA SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO CONTROL. HOSPITAL II ESSALUD PASCO ENERO DEL 2015



FUENTE: CUADRO 04

CUADRO Nº 05

**PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS
EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL. HOSPITAL II ESSALUD PASCO – ENERO DEL
2015**

PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN (HERIDAS)											
	8 horas		16 horas		24 horas		32 horas		40 horas		48 horas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abundante	00	0.0	00	0.0	00	0.0	08	16.7	16	33.4	48	100
Moderado	00	0.0	00	0.0	16	33.4	08	16.7	32	66.6	00	0.0
Escaso	08	16.7	16	33.4	32	66.6	32	66.6	00	0.0	00	0.0
Ausente	40	83.3	32	66.6	00	0.0	00	0.0	00	0.0	00	0.0
TOTAL	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100

FUENTE: Ficha de observaciones clínicas y Guía de observación.

COMENTARIO DEL CUADRO N° 05

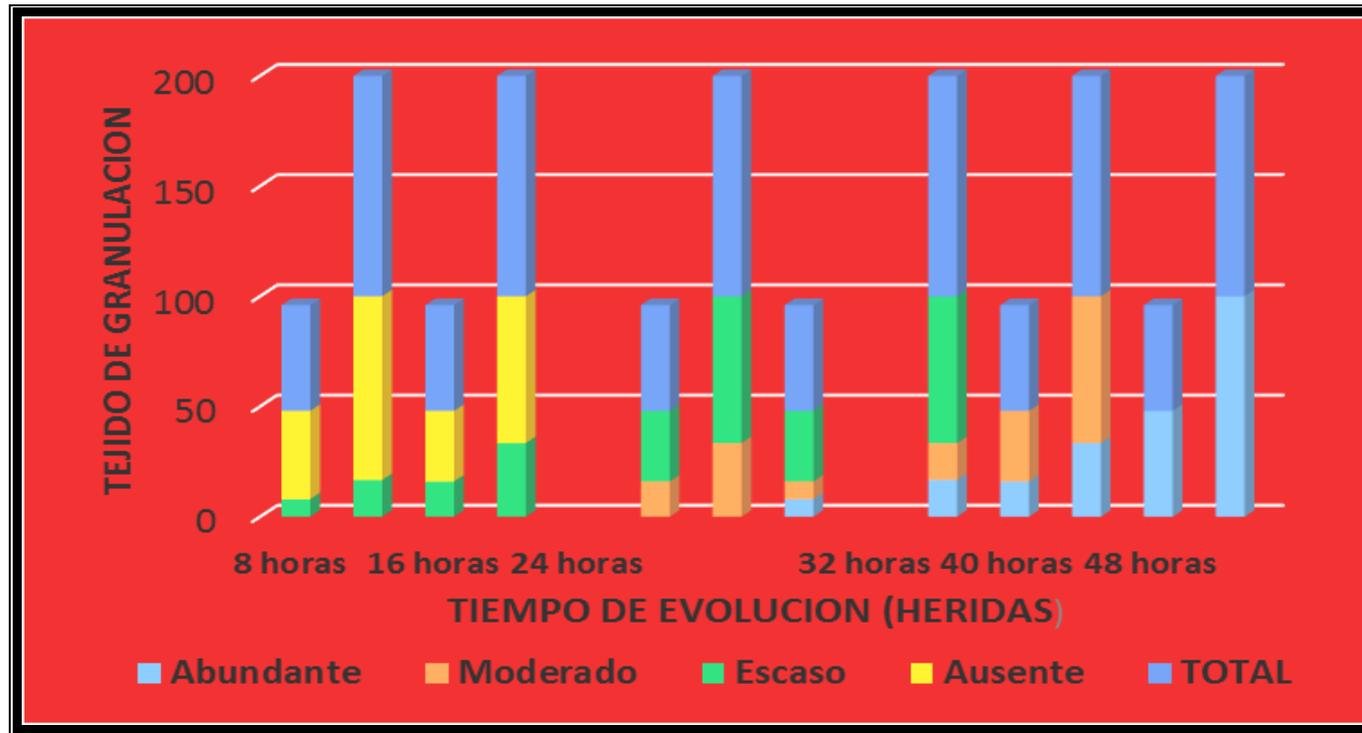
Evidentemente el signo patognomónico de una buena Epitelialización es la presencia de tejido de granulación una capa fina y blanquecina que según teoría esto aparece a más de 48 horas, evaluada al grupo experimental pudimos hallar los siguientes resultados:

Del 100% de la población en estudio a las 8 Horas evaluadas el 83.3% no presentaron tejido de granulación y que tan solo el 16.7% con un escaso presencia de tejido de granulación. Y posteriormente evaluado a las 24 horas el 33.3% de la población de pacientes post episiotomizadas presentaron un moderado tejido de granulación. Y el 66.6% de ellos seguían presentando escaso tejido de granulación.

Y una vez evaluado a las 48 horas el total de la población muestral presentaron abundante tejido de granulación; esto demostrándonos que la muñía ayuda a que los fibroblastos formen los elementos importantes de la síntesis de colágeno de la herida con la presencia de tejido epitelial antiguo (costra) y su posterior desprendimiento de la misma para dar pasó a otro tejido epitelial nuevo.

GRÁFICO Nº 05

PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS
EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL. HOSPITAL II ESSALUD
PASCO - ENERO DEL 2015



FUENTE: CUADRO 05.

CUADRO N° 06

**PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS
EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO CONTROL. HOSPITAL II ESSALUD**

PASCO - ENERO DEL 2015

PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN (HERIDAS)											
	8 horas		16 horas		24 horas		32 horas		40 horas		48 horas a más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abundante	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Moderado	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	12	25
Escaso	00	00	00	00	08	16.7	16	33.3	24	50	32	66.7
Ausente	48	100	48	100	40	83.3	32	66.7	24	50	04	8.3
TOTAL	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100	48	100

FUENTE: Ficha de observaciones clínicas y Guía de observación.

COMENTARIO DEL CUADRO N° 06

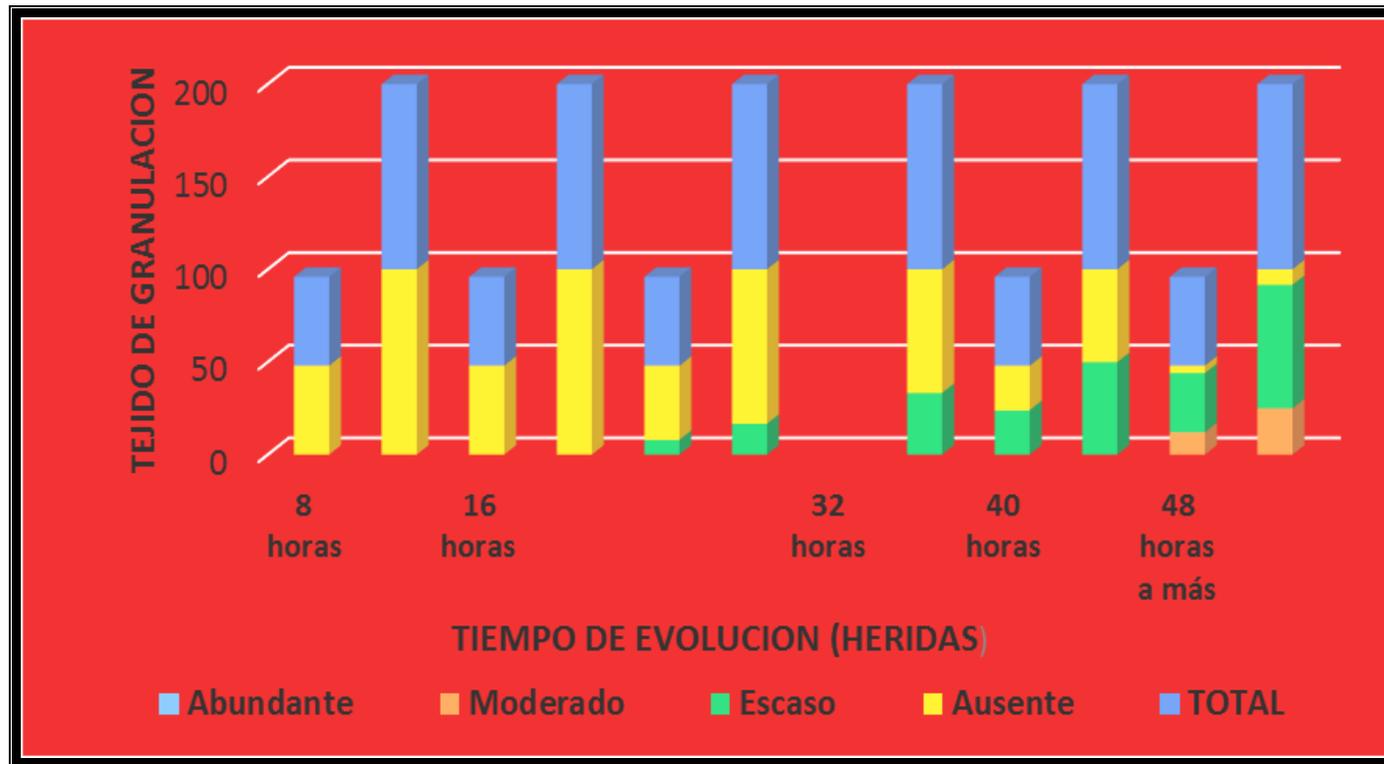
Es evidente, así como el anterior grupo también al de control se evaluó el signo patognomónico de una buena Epitelialización con la presencia de tejido de granulación donde pudimos hallar los siguientes resultados:

Del 100% de la población en estudio; a las 8 y 16 Horas evaluadas el total de ellos pacientes se mantenía con la ausencia de tejido de granulación; y que a las 24 horas el 16.7% presentaron un escaso tejido de granulación. Y posteriormente evaluado a las 48 horas a más; que se incluye aproximadamente hasta las 72 horas, el 25% presentaron un moderado tejido de granulación. Y el 66.6% de ellos seguían presentando escaso tejido de granulación.

Esto demostrándonos que la aplicación del protocolo tradicional de sutura no ayuda a que los fibroblastos formen los elementos importantes de la síntesis de colágeno.

GRÁFICO Nº 06

PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES DEL GRUPO CONTROL. HOSPITAL ESSALUD PASCO ENERO DEL 2015.



FUENTE: CUADRO 06

CUADRO N° 07

**EFICACIA EN EL TIEMPO DE PRESENTACIÓN DE LA FASE DE EPITELIALIZACION SEGÚN
GRUPO DE ESTUDIO, DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES PUÉRPERAS HOSPITAL II ESSALUD
PASCO - ENERO DEL 2015**

GRADO DE EFICACIA	FASES DE EPITELIALIZACION				TOTAL	
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Altamente eficaz	00	00	08	8.3	08	8.3
Eficaz	00	00	24	25	24	25
Pequeño eficaz	08	8.3	16	16.7	24	25
Ninguno eficaz	40	41.7	00	00	40	41.7
TOTAL	48	50	48	50	96	100

FUENTE: Ficha de observaciones clínicas, Protocolo de administración de la muña y Guía de observación.

$$X_c^2 = 18.67 > X_r^2 (gl = 3 \quad \alpha = 0.05) = 7.81$$

H_0 = Se rechaza

H_i = Se acepta

COMENTARIO DEL CUADRO N° 07

En el epilogo de la presentación de los cuadros estadísticos de doble entrada donde se relacionan, dos variables el grado de eficacia expresado en el tiempo de presentación de la fase de epitelialización; según grupos de estudio donde asumimos los siguientes resultados.

Del 100% de la muestra total de las pacientes pos episiotomizadas; el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (experimental y de control), de los cuales el 41.7% no tenían ninguna eficacia y el 8.3% de las pacientes pos episiotomizadas mostraron la pequeña eficacia estos pertenecientes a grupo control, demostrando la falta eficaz en la fase de epitelialización a base de la terapéutica tradicional en relación al tipo de sutura.

Y que más por el contrario en el grupo experimental, el 8.3% mostraban una evaluación altamente eficaz ya que a las 32 horas estas heridas tuvieron una resolución de la fase de epitelialización y el 25% alcanzaron una evaluación eficaz ya que a las 40 horas demostraban el termino de aparición de la fase de epitelialización.

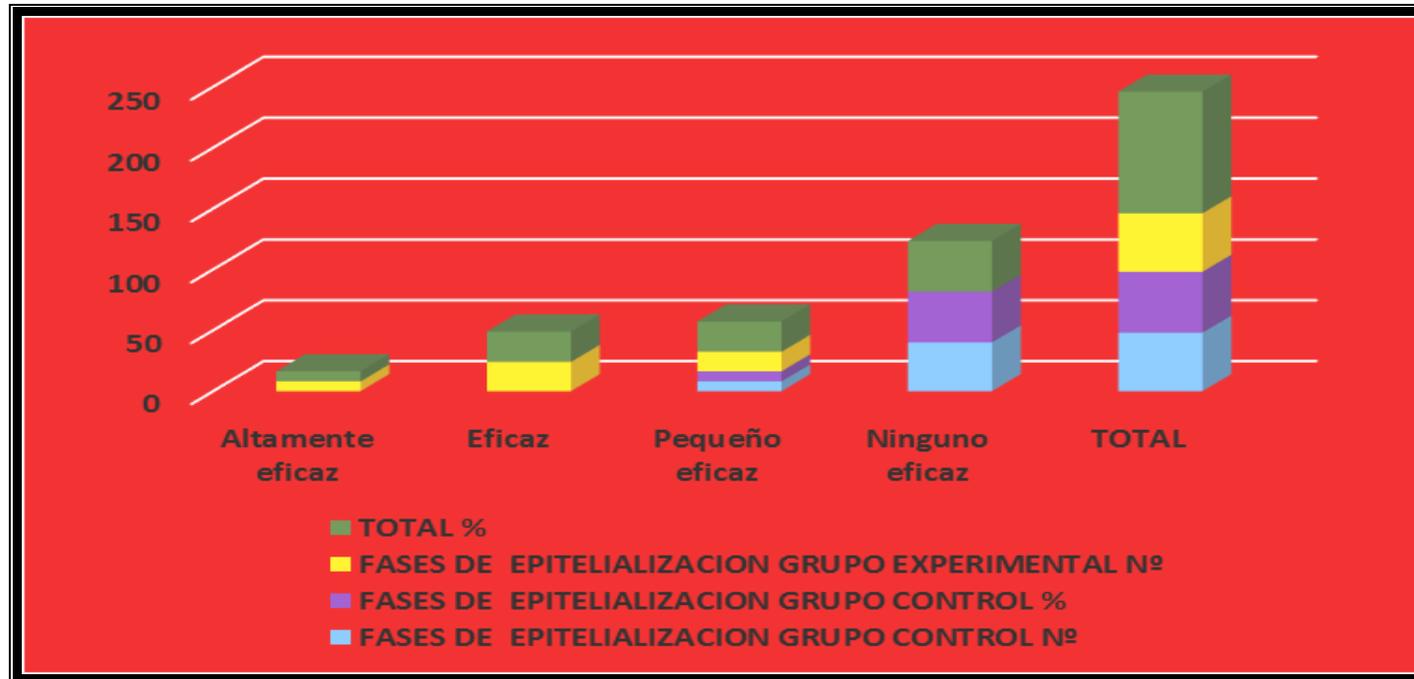
Es evidente mencionar que comparando los resultados obtenidos; el mayor porcentaje pertenecen al grupo experimental que tuvieron una evaluación de eficaz y altamente eficaz con respecto al grupo control que solo se quedó la pequeña eficaz demostrándonos en el tiempo que es

efectivo en la fase de epitelialización la utilización de la muña en relación a la terapéutica tradicional.

Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada con valor de $P = 0.00032040$ por lo que P es menor a 0.05 lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

GRÁFICO Nº 07

EFICACIA EN EL TIEMPO DE PRESENTACIÓN DE LA FASE DE EPITELIALIZACION SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO, DE LAS HERIDAS EPISIOTOMIZADAS EN PACIENTES PUÉRPERAS HOSPITAL II ESSALUD PASCO - ENERO DEL 2015



FUENTE: CUADRO 07

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el efecto del apósito con aceite esencial de *Minthostachys mollis* (muña) en episiotomías realizadas en pacientes del Hospital II EsSalud – Pasco¹⁹.

Los resultados demostraron una mejoría en la cicatrización, en especial al provocar menor reacción inflamatoria debido a los flavonoides que es el principio activo presenta en el aceite esencial de *Minthostachys mollis* (muña) y que han sido validados por muchos estudios. Se observa menor presencia de células PMN (polimorfonucleares – neutrófilos), macrófagos y linfocitos²⁰.

Esto se debe a la presencia de flavonoides así como lo demuestra el estudio de Primo (2001). A su vez otro estudio también menciona el efecto antibacteriano del *Minthostachys mollis* como el

trabajo de Inga y Guerra en el 2000, quienes demostraron mediante un estudio las propiedades bactericidas / bacteriostáticas del aceite esencial de *Minthostachys mollis* frente a *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *B. cereus* MC, *Salmonella typhi*, *S. sonnei* MC, *Escherichia coli* ATCC. 25922 y *K. pneumoniae* ATCC 10031. Además de la acción fungistático / fungicida para *Fusarium moniliforme* y *Aspergiüus níge*.

El efecto antibacteriano también es sobre bacterias facultativas así lo demuestra el estudio de Primo & col en 2001 que estudia, a 45 *Minthostachys verticillata* "Peperina", observándose buena actividad antibacteriana contra *S. aureus*, *B. cereus*, *E. coli* P. Mirabilis y antiviral contra el virus Herpes Simplex Tipo 1 y el virus de la Pseudorrabia, aunque con escasa actividad contra *P. aeruginosa*. La epitelización también fue favorable al utilizar el aceite esencial de muña esto por el efecto citoprotector que nos brindan los flavonoides presentes en el aceite.

Esto también es demostrado con el estudio realizado por Martínez (2002), quien menciona que los flavonoides retiran oxígeno reactivo especialmente en forma de aniones superóxidos, radicales hidroxilos, peróxidos lipídicos o hidroperóxidos. De esta manera bloquean la acción deletérea de dichas sustancias sobre las células. Sus efectos citoprotectores son, por ejemplo, bien potentes en fibroblastos de la piel humana, queratinocitos, células endoteliales y ganglios sensoriales cultivados en presencia de sulfoxina-butionina, un inhibidor irreversible del

glutación sintetasa. (10, 17) El aceite esencial inactiva a las bacterias presentes en la primera fase de la cicatrización de tal manera que el efecto antibacteriano fue eficaz esto está demostrado con nuestros resultados en la cual hay menos cantidad de células PMN (polimorfonucleares) ,linfocitos y macrófagos ;estos datos están contrastados también con Martínez (2002) quien menciona que los flavonoides además combaten la inflamación y las alergias y aumentan la efectividad de las células natural killer del sistema inmunológico. De hecho, se ha demostrado que los flavonoides pertenecientes a plantas medicinales de Tafi del Valle, Tucumán (Argentina), tienen actividad antimicrobiana. Muchos de estos efectos antiinflamatorios y antialérgicos 46 podrían explicarse a través de su acción inhibidora sobre el factor de transcripción nuclear kappa B, activador de muchas citocinas proinflamatorias. También ejercerían su acción antiinflamatoria al inhibir las actividades enzimáticas del metabolismo del ácido araquidónico por la vía de la 5-lipooxigenasa, así como por su actividad antiproteolítica al inhibir algunas proteasas de la matriz.

Algunos estudios están dando mayor fuerza al **uso de aceites esenciales mucho más aquellos en los que el principal principio activo son los flavonoides así como el estudio de Salmon (1994) & Ornachea(1979)** después de realizar sus estudios sobre *Minthostachys mollis* (muña) en cuanto a su composición química encontraron que los aceites esenciales están constituidos por compuestos predominantemente

hidrocarbonatos llamados terpenos y sesqui terpenos y actúan como soporte de los compuestos oxigenados, como alcoholes, aldehídos, cetonas y esteres a los cuales se debe preponderantemente su aroma.

Estudios están demostrando el increíble poder curativo de los aceites esenciales, debido a que crean un ambiente en el que no pueden vivir las bacterias, hongos y virus, ya que contiene flavonoides y la mayoría de los detectados responden a estructuras de flavonoles 3'-4' dihidroxilados en el anillo B, glicosilados en posición C3.

Y para trascender con nuestros resultados en el plano investigativo asumimos el soporte bioestadística por lo que nuestro resultado se sometió a estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada con valor de $P = 0.00032040$ por lo que P es menor a 0.05 lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

CONCLUSIONES

1. Que del 100% de la población muestral el 83% tuvieron una secreción hemática a las 8 horas de ser evaluadas, y que el 16.7%) con la secreción serohemática a la misma hora de evaluación. Y la siguiente evaluación realizada a las 40 y 48 horas más; el 50% de la población en estudio ya no tuvieron secreciones de ningún tipo.
2. Que del 100% de la población muestral, el 83% tuvieron una secreción hemática a las 8 horas de ser evaluadas y que el 16.7% con secreción serohemática evaluadas a la misma hora. Y la siguiente evaluación realizada a las 48 horas a más; el 50% tuvo una secreción serosa y que esto aproximadamente a las 72 horas descendió la secreción.
3. De que a las 8 horas de evaluado el grado de eritema, era al 100% en todo el grupo experimental y que posteriormente, a las 16 horas el 83.3% tuvo un grado de eritema marcado y que el 16.7% con un grado de eritema medianamente marcado y que de ello evaluadas a las 40 y 48 horas a más el 50% de las pacientes pos episiotomizadas ya no tenían ningún grado de eritema.
4. De que, a las 8 horas de evaluado, el grado de eritema era al 100% en toda la muestra y que eso se mantenía hasta la segunda evaluación que fue a las 16 horas, posteriormente, se evaluó a las 40 y 48 horas más del 50% de las pacientes pos episiotomizadas y

realizada un tipo de sutura descontinúa mantenía un grado de eritema mediano de 2 cruces.

5. Del 100% de la población en estudio a las 8 Horas evaluadas el 83.3 no presentaron tejido de granulación y que tan solo el 16.7% con un escaso presencia de tejido de granulación. Y posteriormente evaluado a las 24 horas el 33.3% de la población de pacientes post episiotomizadas presentaron un moderado tejido de granulación. Y el 66.6% de ellos seguían presentando escaso tejido de granulación.
6. Del 100% de la población en estudio; a las 8 y 16 horas evaluadas el total de ellos pacientes se mantenía con la ausencia de tejido de granulación; y que a las 24 horas el 16.7% presentaron un escaso tejido de granulación. Y posteriormente evaluado a las 48 horas a más; que se incluye aproximadamente hasta las 72 horas, el 25% presentaron un moderado tejido de granulación. Y el 66.6% de ellos seguían presentando escaso tejido de granulación.
7. Del 100% de la muestra total de las pacientes post episiotomizadas; el 50% estuvieron repartidos para cada grupo de estudio (experimental y de control), de los cuales el 41.7% no tenían ninguna eficacia y el 8.3% de las pacientes post episiotomizadas mostraron la pequeña eficacia estos pertenecientes a grupo control, demostrando la falta eficaz en la fase de epitelialización a base de la terapéutica tradicional en

relación al tipo de sutura. Y que más por el contrario en el grupo experimental, el 8.3% mostraban una evaluación altamente eficaz ya que a las 32 horas estas heridas tuvieron una resolución de la fase de epitelialización y el 25% alcanzaron una evaluación eficaz ya que a las 40 horas demostraban el termino de aparición de la fase de epitelialización.

Estos datos obtenidos fueron sometidos al contraste estadístico no paramétrico de la Chi cuadrada donde la Chi calculada es mayor que la tabulada con valor de $P = 0.00032040$ por lo que P es menor a 0.05 lo cual nos indica una asociación estadística significativa.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios experimentales en la que se utilice el aceite esencial de *Minthostachys Mollis* (muña) en cirugías mayores que la episiotomía.
2. Evaluar el efecto antimicótico del aceite esencial de *Minthostachys Mollis* (muña).
3. Aplicar el aceite esencial de *Minthostachys mollis* (muña) en pacientes que tengan otros tipos de herida.
4. Recomendar también el uso de *Minthostachys mollis* (muña) como enjuagatorio diario en personas con heridas bucales y que tengan enfermedades sistémicas como la diabetes.
5. Motivar a sus docentes y Estudiantes en la formulación y ejecución de proyectos sostenibles en de ciencias de la salud y bajo la pesquisa de terapias clínicas obstétricas.
6. Se sugiere enfocar los estudios de efectividad antibacteriana del aceite esencial de *M. mollis* “muña” en su concentración pura, así como continuar y ampliar con estudios de efectividad antibacteriana de *M. mollis* en base a muestras diferente elementos anatómicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALEXANDER C, RIETSCHEL E. 2001. Bacterial Lipopolysaccharides and Innate Immunity. Journal of Endotoxin Research 7(3): 167-202.
2. AMANO A, NAKAGAWA I, OKAHASHI N, HAMADA N. 2004. Variations of Porphyromonas gingivalis fimbriae in relation to microbial pathogenesis. J Periodont Res 39(2):136-42.
3. Arribas Blanco JM. Cirugía menor y procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Jarpyo editores; 2000.
4. Barrett B.M. Manual de cuidados en cirugía plástica. Barcelona: Salvat; 1998
5. Coiffman F. Cirugía plástica reconstructiva y estética. 2º ed. Barcelona: Masson/Salvat; 2004.
6. Gómez Alvarez S, Lugo Olín E. Atlas de técnicas para nudos y suturas quirúrgicos. México: Ed. Trillas; 2002.
7. López García de Viedma, A. Manual de suturas. Madrid: Ed. Menarini; 2005.

8. Manual de cirugía menor en atención primaria, Xunta de Galicia. 2005.
9. Pera C. Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones. Barcelona: Ed. Masson; 2004
10. Rosen P, Chan TC, Vilke GM, Sterbach G. Atlas de procedimientos de urgencias. Madrid: Elsevier; 2005.
11. Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora. SECPRE. [Internet]. Disponible en: <http://www.secpre.org/> 2006
12. Schwartz Seymour. Principios de cirugía. Ed, McGraw-Hill-Interamericana. 2000. Pag 289-323.
13. Contreras G. Actividad antimicrobiana del Aceite Esencial de *Mintostachys mollis* (muña) frente a bacterias enteropatógenas. Tesis de bachiller para Biólogo. Lima: UNALM; 1983.
14. Munares M. Estudio del aceite esencial de muña en almacenaje de papa como inhibidor de brotamiento de microorganismos. Tesis de bachiller para Ingeniero en Industrias Alimentarias. Lima: UNALM; 1983

15. Salmón L. Contribución al estudio de la especie vegetal *Minthostachys mollis* Kunt Griseb "Muña" en los aspectos fitoquímico, toxicológico antimicrobiano y bromatológico. Lima; 1994. p. 5-1
16. Oblitas E. Plantas medicinales en Bolivia: farmacopea Callaway. 2° Edición. La Paz: Editorial los amigos del libro; 1998. p. 8.
17. Inga A y Guerra B. Efecto del aceite esencial de *Minthostachys mollis* (muña) contra algunas bacterias y hongos de interés en la salud. Tesis de bachiller para Químico Farmacéutico. Lima: UNMSM; 2000.
18. Fuertes C y Munguía Y. Estudio comparativo del aceite esencial de *Minthostachys mollis* (Kunth) Griseb "muña" de tres regiones peruana por cromatografía de gases y espectrometría de masas. Ciencia e Investigación 2001; IV (1): 23-39.
19. Bravo, A. (2004) *minthostachys mollis* griseb. y *lepechinia meyenii* (walp.) epling. Actividad antimicrobiana de sus extractos.

Determinaciones preliminares de sus flavonoides mayoritarios revista del cizas Volumen 5, Número 1 y 2. 7. Carranza, F. & Newman, G. (1998).

20. Periodontología Clínica. México: Mc Graw Hill, American Editores SAP, 30-36. 8. Carranza, F. (1996). Periodontología Clínica. México. Mc Graw Hill, American Editores SAP, 25-32.

21. Contreras, S. (1983). Actividad antimicrobiana del aceite esencial de *Minthostachys mollis* (muña) frente a bacterias enteropatógenas. Tesis para optar el título de profesional de Biólogo. Lima: UNALM.

22. Havsteen, B. (1983). Flavonoids. A class of natural products of high pharmacological potency. *Biochem Pharmacol*, 32, 1141-1148. 51

23. Inga, A & Guerra, B. (2000). Efecto del Aceite Esencial de *Minthostachys mollis* (muña) contra algunas bacterias y hongos de interés en la salud. (Tesis para optar

el título de químico farmacéutico
UNMSM) Perú.

24. Instituto de Ecología y Plantas Medicinales IEPLAM (1994). Manejo
racional de plantas medicinales del
Perú.

25. Klaus, H. Rateitschak, K. H. (1991). Atlas de periodoncia.
Barcelona: Salvat Editores SA.

26. Liébana, U. (1997). Microbiología Oral. España: Interamericana Mc
Graw Hill, 448-492.

27. Lindhe, J. (1992). Periodontología Clínica. Editorial Médica
Panamericana S.A.

28. Manzano & Moisés, A. (1984). La Placa Bacteriana: su Papel en la
Formación del Cálculo y en la
Etiología de la Caries y Enfermedad
Periodontal. Venezuela: 72.

29. Martínez, S. (2002). Los flavonoides: propiedades y acciones
antioxidantes. Revista de nutrición
hospitalaria. España: XVII (6) 271-
278.

30. Moromi, H. (2002). Manual de prácticas de microbiología general y
estomatológica. Perú: 92-101.

31. Negroni, M. (1999). Microbiología estomatológica. Ed. Médica
Panamericana. Argentina: 203-215.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO Nº 01

GUÍA DE OBSERVACIÓN

I. OBJETIVO:

Identificar las diferentes manifestaciones y características físicas, que se presentan en las unidades de análisis que son las pacientes pos episiotomizadas en relación a la sutura que se le practico, y determinar el grado de cicatrización.

II. INSTRUCCIONES

El observador debe estar concentrado y realizar minuciosamente el procedimiento evaluando el proceso de cicatrización en el momento de la curación:

Datos generales:

- a. Código.....
- b. Edad.....
- c. Fecha.....

N° DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<u>COLOR DE PIEL</u>																				
ROSADO (1)																				
ROJO (2)																				
NEGROSANTE (3)																				
<u>IRRIGACIÓN</u>																				
NO SANGRA (1)																				
SANGRA DIFÍCILMENTE (2)																				
SANGRA FÁCILMENTE (3)																				
<u>GRANULACIÓN</u>																				
NO HA TENIDO GRANULACIÓN (1)																				
TARDA LA GRANULACIÓN (2)																				
CRECE EL TEJIDO DE GRANULACIÓN (3)																				
<u>INFECCIÓN</u>																				
PRESENCIA DE INFECCIÓN (1)																				
AUSENCIA DE INFECCIÓN (2)																				



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO Nº 02

PROTOCOLO DE CURACIÓN DE LAS HERIDAS

POST EPISIOTOMIZADAS CON LA

MINTHOSTACHYS MOLLIS

I. OBJETIVO:

Aplicar la *Minthostachys Mollis* como tratamiento de heridas post episiotomizadas del grupo experimental.

II. INTRODUCCIÓN:

El presente protocolo se refiere a la curación de una herida post episiotomizadas del grupo experimental.

III. INDICACIONES:

Seguir los pasos que se indican en el contenido.

IV. DEFINICIÓN:

Es una guía para realizar la curación de heridas post episiotomizadas del grupo experimental con la *Minthostachys Mollis*.

V. CONTENIDO:

1. Materiales:

1. Agua destilada.
2. Jabón líquido.

3. Gasa estéril.
4. Riñonera.
5. Campo estéril.
6. Mesa pequeña.
7. Guantes estériles.
8. Hule.
9. Isópos
10. Bisturí
11. La *Minthostachys Mollis* en solución.

2. **PROCEDIMIENTO:**

Preparación del ambiente:

Se prepara el ambiente de curación con buena iluminación y una adecuada disposición de materiales.

Preparación del Equipo:

Se dispone de equipo necesario en el orden adecuado para facilitar el procedimiento.

Procedimiento:

La Instrumentista:

1. prepara psicológicamente y físicamente a la paciente.
2. Brindar privacidad a la paciente para lo cual dejar la sabana superior cubriendo la zona perineal.
3. Se coloca el hule debajo de la zona a curarse.

4. Se coloca a la paciente de posición de litotomía y colocar la chata y pedir que flexione la pierna la paciente.
5. Coger con una pinza gasas estériles para empezar la curación.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos según técnica.
2. Calzarse los guantes según técnica.
3. Coge la gasa y los isópos más gotero.
4. humedece la gasa en agua destilada y empapa la zona a curarse realizando así la limpieza y desinfección.
5. Coge otra gasa, humedece ésta con jabón líquido y Se realiza la limpieza de la herida en forma circular.
6. Con el agua estéril se procede a enjuagar, vertiéndose el agua a chorro.
7. Se seca los bordes de la herida hacia fuera con una gasa seca.
8. Aplicación de La *Minthostachys Mollis* en solución (Aceite Esencial).
9. Se retira la riñonera y se elimina el contenido en la bolsa de contaminados de color Rojo.
10. Se retira los guantes,
11. Se lava las manos.
12. Registra y analiza las anotaciones.
13. Dejar el equipo limpio, en orden y listo para su próximo uso.



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL ENFERMERÍA



ANEXO Nº 03

FICHA DE OBSERVACIONES CLÍNICAS

DATOS CLÍNICOS POST SUTURA CONTINUA EN PACIENTES EPISIOTOMIZADAS

CÓDIGO _____

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA (HORAS)

	0	8	16	24	32	40	48	56	64	72
<u>TIPO DE SECRECIÓN</u>										
Hemática										
Sero Hemática										
Serosa										
Ninguna										
<u>ERITEMA</u>										
+++ (Marcado)										

++ (Mediatamente marcado)										
-(Ninguno)										
TEJIDO DE GRANULACIÓN										
Abundante										
Regular										
Escaso										
Ninguno										
EDEMA										
(>) 3 cm.										
1-2 cm.										
< 1 cm.										

OBSERVACIONES: _____
