



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TÍTULO**

**“ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DEL  
DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL  
FELIPE HUAMAN POMA DE AYALA” – PUQUIO Y HOSPITAL DE APOYO DE  
NASCA, MAYO - DICIEMBRE 2014”**

**PRESENTADO POR:**

**BACH. ANAIS SONALY CHAVEZ ESPINOZA**

**ICA – PERU**

**2014**

**A mi mamá Julia, por haberme  
dado la vida, por su amor  
y esfuerzo para sacarme adelante.**

**A mi abuela Rosa, por apoyarme  
constantemente a lo largo de  
mi carrera y por su ternura que la  
caracteriza.**

**A mis tías, por incentivar  
a seguir adelante y aconsejarme  
para ser una persona cada día mejor.**

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	14
1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO	14
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	16
--	----

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.2. BASES TEÓRICAS	30
2.3 MARCO CONCEPTUAL	45

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.2. VARIABLES	46
3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	46
3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE	47
3.2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	50
4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	51
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.2.1. POBLACIÓN	51
2.2. MUESTRA	51
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	53
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	53
4.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
4.3.1. TÉCNICA	53
4.3.2. INSTRUMENTOS	53

## CAPÍTULO V

RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION	56
FUENTES DE INFORMACIÓN	73
ANEXOS	76
- MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	77
- MATRIZ DE CONSISTENCIA	78

## RESUMEN

Se realizó una investigación titulada “Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala – Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”, cuyo objetivo fue determinar cuál es la relación del desprendimiento placentario en el tiempo del alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014. El método de estudio fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, teniendo una muestra de 122 parturientas. El instrumento utilizado fue las historias clínicas y la ficha de recolección de datos; analizando la información con la prueba estadística de chi cuadrado.

La conclusión que se tiene en este estudio es que existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el tiempo del desprendimiento placentario en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.

palabras Claves: alumbramiento dirigido- desprendimiento – tiempo

## SUMMARY

The objective was to determine the relationship of a research entitled " - - Puquio and Nasca Support Hospital, Mayo led Alumbramiento December 2014 and its relation with the time of placental abruption in pregnant women Hospital Felipe Huaman Poma de Ayala" was held abruption at the time of childbirth in pregnant women Hospital led Felipe Huaman Poma Puquio and Hospital Support Nasca, from May to December 2014. The method of study was descriptive, transversal and retrospective, taking a sample of 122 in labor. The instrument used was the clinical histories and data collection sheet; analyzing the information with the statistical test of chi square.

The conclusion in this study is that there is significant difference in delivery time directed placental detachment Hospital Felipe Huaman Poma Puquio and Nasca Support Hospital, May to December 2014.

Key words: birth dirigido- detachment – time

## INTRODUCCION

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La expulsión del feto y la aparición de contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero. Por este mecanismo la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que ésta se contraiga y se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa. Se produce una contracción y retracción del miometrio y un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard

El objetivo principal del manejo activo del alumbramiento es reducir el riesgo de hemorragia puerperal. El manejo activo incluye la administración profiláctica uterotónica después del nacimiento del neonato, la tracción controlada del cordón para el alumbramiento y el masaje uterino.

La presente investigación busca conocer si existe diferencia en el tiempo del alumbramiento dirigido realizado en la sierra a donde pertenece el Hospital Huamán Poma de Ayala de Puquio a 3,241 msnm y en la costa en el Hospital de Apoyo de Nasca a 520 msnm. para de esa manera contribuir a la realización de protocolos de atención en los hospitales donde realicé mi investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación en este periodo es la Hemorragia Pos parto, que sigue siendo un motivo de preocupación primordial, debido a que a nivel mundial el 35% de las muertes maternas es causada por hemorragias, que por lo general se producen inmediatamente después del parto. En el Perú, la tasa de mortalidad materna es 93/100 000 nv, según ENDES 2011.

El volumen de pérdida sanguínea se asocia a la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina.

La duración de la tercera etapa del parto es importante porque la prevalencia de las complicaciones se incrementa cuando su duración se alarga, aunque no hay criterios universalmente aceptados sobre la duración óptima del alumbramiento.

Es importante conocer los beneficios que brinda el manejo activo del alumbramiento debido a que de esta manera se logrará prevenir los riesgos de hemorragia, anemia y otros en el post parto y brindar atención de calidad a la población materna, recordando siempre que las muertes maternas son prevenibles.

Sin embargo, pese a la creación de protocolos para el manejo activo por el Ministerio de Salud, en los diferentes hospitales el tiempo de desprendimiento de la placenta con esta técnica difiere tanto en la costa como en la sierra ya que uno de los factores para este desprendimiento es la temperatura de la sala de partos; a mayor tiempo de desprendimiento se tendrán mayores complicaciones. Se debe analizar si los procedimientos se cumplen en su totalidad o si existen limitaciones para su cumplimiento.

Schwartz,R. y Cols. Informan que de una encuesta realizada en 28 maternidades de América Latina, sólo el 9% de mujeres recibían manejo activo del alumbramiento. Una encuesta realizada a 2040 participantes a un curso del Centro Latino americano de Perinatología entre los años 1996 y 2001, ante la pregunta: ¿de qué tipo de manejo durante el alumbramiento se implantaban en los hospitales?, el 95% de los mismos respondió que realizaban manejo expectante del alumbramiento debido a la falta del conocimiento del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, desconociendo los beneficios que podía tener este.

Actualmente no se cuenta con reportes sobre el tiempo del alumbramiento dirigido en las Regiones de Ayacucho e Ica por lo que nace la inquietud de realizar este trabajo para dar a conocer si la influencia de este manejo varía en la costa y sierra del país. Actualmente no se cuenta con reportes sobre el tiempo del alumbramiento dirigido en la región de Ica por lo que nace la inquietud de realizar este trabajo para dar a conocer si la influencia de este manejo varía en la costa y sierra del país.

## 1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**Delimitación espacial.-** el presente trabajo se realizó en centro obstétrico del Hospital Huamán Poma de Ayala de Puquio y del Hospital de Apoyo de Nasca.

**Delimitación temporal.-** el estudio se realizó entre Mayo a Diciembre del 2014.

**Delimitación social.-** la presente investigación se realizó en las parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y parturientas del Hospital de Apoyo de Nasca.

## 1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Uno de los temas poco estudiados es el alumbramiento activo; en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio se ha observado que existe casos de retención de placenta porque la placenta no desprende de su lecho, también se observa casos de encarcelamiento de placenta porque no se toma en cuenta el tiempo de desprendimiento placentario al utilizar la técnica del alumbramiento dirigido que es motivo de nuestra investigación; problemática parecida encontramos en el Hospital de Apoyo de Nasca.

Una vez desprendida la placenta puede quedar detenida en el segmento inferior del útero. El diagnóstico fue explicado en “asistencia del parto”. La

expulsión se realiza mediante expresión simple uterina ayudada por los pujos de la parturienta. Esta situación no puede considerarse como patológica.

Otras veces, la placenta no se desprende de su lecho de inserción (1% de los partos) en un tiempo prudencial, que se estima en 30 minutos en alumbramiento expectante y 15 minutos en alumbramiento activo.

En algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos o tal vez se produzca una retención de membranas ovulares que es lo más frecuente en los establecimientos de salud teniendo múltiples factores de riesgo y causas que lo predisponen.

### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es la relación que existe entre el tiempo del desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala – Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014?

### **1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO**

- ¿Cuál es la incidencia de alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014?

- ¿Cuál es el tiempo promedio del desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014?

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar cuál es la relación que existe en el tiempo del desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la incidencia de alumbramiento dirigido en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – diciembre 2014.
- Conocer el tiempo promedio del desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.

## 1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En todo el mundo, las complicaciones en el alumbramiento (durante la expulsión de la placenta) son la causa de numerosas muertes maternas.

El uso sistemático de Oxitocina después del parto puede reducir la pérdida de sangre, no obstante, es necesario seguir investigando los posibles efectos adversos.

El alumbramiento es el período comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. El nivel de pérdida de sangre depende de la rapidez con que la placenta se separa de la pared uterina y el músculo uterino se contrae. La pérdida de sangre severa, es decir, la hemorragia postparto por retención de restos placentarios es un problema importante siendo causa de muerte materna en especial en los lugares donde no existe acceso a los servicios de salud. La revisión de los estudios clínicos encontró que el uso rutinario de oxitocina, un fármaco que favorece la contracción del útero para el desprendimiento casi inmediato de la placenta en el periodo de alumbramiento, puede reducir la cantidad de pérdida de sangre, pero no existe evidencia suficiente acerca de los efectos adversos. Por tanto es necesario realizar esta investigación para saber el tiempo exacto de desprendimiento placentario utilizando la técnica de alumbramiento dirigido en un hospital de la costa como es el Hospital de Nasca y en la sierra que es el Hospital Huamán Poma de Ayala de Puquio.

## a) Importancia de la Investigación:

- **Conveniencia:** Es conveniente para la rama de la Gineco-obstetricia, ya que estas investigaciones ayudan a tener más evidencia acerca de la influencia del alumbramiento dirigido en el tiempo del desprendimiento de la placenta de esa manera evitar las complicaciones del alumbramiento que son la causa más frecuente de muerte materna. Por lo tanto se busca identificar factores predisponentes a esto, facilitando un adecuado empleo de oxitócicos.
- **Relevancia social:** se orienta a explicar de qué manera influye el alumbramiento activo en el tiempo del desprendimiento placentario, que constituyen constructos específicos del Área de gineco-obstetricia.
- **Implicancias prácticas:** Ayudando a resolver un problema real como es el tiempo de espera para el desprendimiento placentario. Teniendo implicancias trascendentales para una amplia gama de problemas prácticos.

- **Valor teórico:** Con la investigación se disipará alguna duda que se tenga acerca de este tema. Se podrán generalizar los resultados a principios más amplios. La información que se obtenga podrá servir para revisar, desarrollar o apoyar el manejo del alumbramiento dirigido y aportará para actualizar los protocolos de atención que se tenga a nivel del Hospital o establecimientos de salud a nivel de Puquio y Nasca.

Se podrá conocer en mayor medida el beneficio del uso de los oxitócicos en reducir el tiempo del desprendimiento placentario en el manejo activo de la tercera etapa del parto, la misma que permitirá mejorar la calidad de atención de las pacientes evitando complicaciones.

- **Utilidad metodológica:** La investigación sobre el Tiempo del Desprendimiento Placentario en el Alumbramiento Activo va a servir de base para nuevos trabajos de investigación, a la vez servirá para que a partir de este trabajo se creen fichas de recolección de datos para el análisis respectivo de estos y así contribuir a mejorar la salud de la parturienta.

- **Viabilidad de la investigación:** Es posible desarrollar la investigación planteada en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nazca, sabiendo que dichas instituciones de salud tienen una buena demanda de pacientes para la atención de parto, tomando como tiempo tres meses de evaluación.
- **Consecuencias de la Investigación:** Esta investigación como se manifestó anteriormente repercutirá en la importancia del manejo preventivo que se debe realizar en toda gestante para disminuir el tiempo de espera en este periodo; se respeta la ética profesional y la integridad de toda gestante inmersa en el estudio.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### INTERNACIONALES:

**Piloto M.; Cruz D.; Águila S.; Pernas A.: “Impacto Materno del Manejo Activo del Alumbramiento” 2008 - Cuba.**

El manejo activo del alumbramiento estuvo asociado con disminución de: la hemorragia posparto (riesgo relativo (RR): 0.52; intervalo de confianza (IC del 95%): 0,44 a 0,61); del hematocrito (RR: 0,56; IC del 95 %: 0,48 a 0,65); del uso de transfusiones (RR: 0,27; IC del 95 %: 0,10 a 0,73). No hubo diferencia significativa entre los dos grupos respecto al uso de uterotónicos adicionales (RR: 0,86; IC del 95 %: 0,59 a 1,24) y no se presentaron complicaciones graves maternas.

El empleo sistemático del manejo activo del tercer periodo del parto es mejor opción que la conducta expectante en cuanto a la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas.<sup>1</sup>

**Mena A - 2008 "Manejo activo del alumbramiento en nacimientos céfalo-vaginales y evaluación y prevención de hemorragias postparto"**

**en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito durante el año del 2008,**

De la población objetivo se tomó 75 pacientes para someterles a manejo activo y 75 pacientes a manejo pasivo de manera aleatoria.

Concluyó así que, la cantidad de sangrado, en el manejo activo fue de  $177.1\text{ml} \pm 127$ , mientras que el grupo de manejo expectante es de  $498.3\text{ ml} \pm 290.6$ . El 36% de los pacientes de manejo activo presentaron anemia postparto y el 61.3% con el manejo expectante.

La ejecución de este estudio confirma que el manejo activo en la tercera fase de labor de parto, reduce el riesgo de hemorragias postparto por atonía

uterina y la duración del tiempo de alumbramiento; mientras en el manejo pasivo tienen 6 veces riesgo de sangrar. Además, disminuye la prevalencia de anemia, de restos placentarios, de placenta retenida y reduce las transfusiones sanguíneas.<sup>2</sup>

**Cárdenas H., Oswaldo J. – 2012, “Estudio comparativo entre la atención del alumbramiento activo modificado y el alumbramiento activo”, Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador**

Los resultados revelaron que el promedio de duración del tercer periodo del parto en el alumbramiento activo modificado fue  $4,35 \pm 1,36$  versus  $4,22 \pm 1,60$  minutos en el alumbramiento activo con un valor de p igual a 0,297, que indica que la duración del tercer periodo del parto en los dos tipos de atención fue similar. La media de la pérdida de sangre en el método activo

modificado fue  $193 \pm 66,97$  versus  $182,97 \pm 54,62$  cc para la atención del alumbramiento activo con un valor de p igual a 0,045. La investigación comparativa reveló que las dos formas de atención durante el tercer periodo del parto presentaron resultados iguales, con beneficio para la forma de atención activa.<sup>3</sup>

**Pérez L., M.; Arenas R.,J. y Col.<sup>4</sup> 2013 –“Manejo del Alumbramiento con Diferentes Pautas y Tiempos de Administración de Oxitocina**

El tiempo de alumbramiento medio de los tres grupos ha sido de 7.55 minutos con un IC 95% de (6.85 - 8.25). En el grupo I (alumbramiento espontáneo) el tiempo medio fue de 9.97 minutos con un IC 95% (8.45 - 11.49). En el grupo II (dirigido con 5UI) fue de 6.56 minutos con un IC 95% (5.48 - 7.64) y en el grupo III (dirigido con 10UI) fue de 6.69 minutos para un IC 95% (5.62 - 7.66). Estos resultados son estadísticamente significativos para una  $p < 0.05$ . Si comparamos el grupo I con el grupo II, la diferencia de medias es 3.41 minutos con un IC 95% (1.30 - 5.53) y una  $p < 0.001$  y si lo comparamos con el grupo III, la diferencia de medias es 3.28 minutos con un IC 95% (1.23 - 5.33) con una significación de  $p < 0.001$ . Por el contrario, al establecer la comparación entre los grupos II y III, prácticamente no existe diferencia en el tiempo del alumbramiento y no tiene significación: diferencia de medias de 0.13 minutos con un IC 95% (-2.07 - 1.81) y una  $p = 0.98$ . Entre los 9 casos (2'27%) de retención placentaria que precisaron de alumbramiento manual no encontramos diferencias significativas entre los grupos: 3 casos en el grupo I, 2 en el II y

4 en el III. Haciendo una prueba de significación convencional como un Ji-cuadrado, el resultado es  $\chi^2 = 0.54$  y el valor  $P = 0.76$ . Por tanto, se concluye que no existe relación.

Analizando las diferentes variables recogidas en nuestro trabajo, observamos al realizar un análisis multivariante que sólo influye en el tiempo de alumbramiento la dosis utilizada de Oxitocina, sin observar significación en el resto de las variables estudiadas (peso del recién nacido, edad gestacional, peso placentario, paridad, tiempo de dilatación, tiempo de expulsivo y tipo de parto).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la pérdida de hemoglobina, siendo  $p: 0.53$ .

Nuestros resultados están en la línea del trabajo de Jackson que randomiza a 1.486 pacientes, administrando 20 UI Oxitocina vía intravenosa aun grupo tras la salida del hombro anterior y al otro tras la salida de la placenta y no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación con la hemorragia postparto ni con la duración de la fase de alumbramiento.

Tampoco encontramos diferencias en cuanto a la dosis de Oxitocina. En el grupo de pacientes en las que se realizó el alumbramiento dirigido, no hubo diferencias significativas en la hemoglobina postparto administrando 5 o 10 UI.

**Anadys Segura Fernández, Dra. Vianacheylar Guerra Pérez, y Col.<sup>5</sup>  
2013 Influencia del Alumbramiento Activo sobre la Morbilidad Materna  
por Hemorragia Posparto Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto".  
La Habana, Cuba.**

Del total de partos eutócicos, se le aplicó el método de alumbramiento activo a 1 364 casos (54,1 %) y expectante a 1 159 (45,9 %). El alumbramiento activo se relacionó con una menor necesidad de transfusión de sangre (0,8 % vs. 1,8) ( $p= 0,025$ ) [RR = 2,25; LI= 1,09; LS 4,64], menor duración del tercer período del parto (0,3 % vs. 1,2 %) ( $p= 0,04$ ) [RR= 3,53; LI 1,14; LS 10,92], necesidad de histerectomía puerperal e ingreso en unidad de terapia intensiva (0 vs. 0,35 %) ( $p= 0,03$ ). La estadía posparto fue mayor en los casos de alumbramiento expectante (0,7 % vs. 0,4 %) ( $p= 0,04$ ), los resultados demuestran el factor protector del empleo del manejo activo del alumbramiento en las variables estudiadas, el cual debe ser utilizado de forma sistemática tras un parto eutócico de un embarazo sencillo.<sup>5</sup>

**NACIONALES:**

**García, López y Col.<sup>6</sup>: “Complicaciones en el Manejo Activo del Alumbramiento en el Instituto Materno Perinatal 2008”, Lima Perú**

Las gestantes que recibieron Oxitocina disminuyeron la duración del alumbramiento en relación con el grupo de manejo expectante, 6.4 minutos

versus 12.4 minutos, ( $p < 0.0001$ ) alcanzando esta diferencia niveles altamente significativo.

Se observaron una incidencia del 5.9% de hemorragias post parto en el grupo activo, frente a un 17.9% en el expectante, lo que permite llegar a la conclusión de que el tratamiento activo reduce su incidencia.<sup>6</sup>

**Efectos de la Oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2011 Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”. ab c Obstetra, Químico-farmacéutico, Médico Cirujano.**

El estudio tuvo como objetivo “valorar la eficacia de la Oxitocina 10 UI intramuscular en el alumbramiento dirigido en parturientas del Centro Obstétrico del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz”, agosto-octubre del 2011. La investigación fue cuasi experimental: Ensayo clínico controlado. Hipótesis: La Oxitocina administrada para el alumbramiento dirigido, disminuye el tiempo de expulsión placentario, hemorragia postparto y anemia en parturientas. Muestra: 153 parturientas. Resultados: La Oxitocina redujo el tiempo de alumbramiento entre 3 hasta 5 minutos en el 56,9% de parturientas, pérdida sanguínea de 150cc a 350cc (68,0%), anemia (22,8%), efectos secundarios: náuseas y vómitos (9,2%). Complicaciones: Desgarros perineales (5,2%), retención de membranas ovulares (4,6%) y retención placentaria (0,6%). Conclusión: La Oxitocina

acorta el periodo de alumbramiento y reduce el sangrado vaginal; la anemia y efectos secundarios ocurrieron en mínima proporción<sup>7</sup>.

**Camarena, P.: “Tiempo del Alumbramiento con Drenaje de Sangre del Cordón Umbilical en Pacientes Anémicas y no Anémicas en el Instituto Materno Perinatal Agosto – octubre 2007” - Lima.**

La maniobra de drenaje de sangre del cordón umbilical reduce el tiempo del alumbramiento a 6.51 min. en comparación con el pinzamiento del cordón umbilical que tuvo un tiempo de promedio de 10.51 min.

Al realizar el análisis estadístico para la variable dependiente tiempo de alumbramiento con los factores grupo de estudio y grupo control, fue significativo ( $p < 0.05$ ).

Al comparar las parturientas anémicas y no anémicas sujetas al procedimiento de drenaje de sangre del cordón umbilical, no hay una diferencia significativa relevante en cuanto a los niveles de hemoglobina.

El volumen de drenaje de sangre del cordón umbilical fue en promedio de 78.67 ml., con un rango de 50 a 130ml.

Esta maniobra no causaría ningún efecto deletéreo en las parturientas<sup>8</sup>

**Martínez, P. – 2007: “Alumbramiento dirigido en Parturientas del Hospital Materno – Perinatal” – Lima –Perú**

La práctica del alumbramiento dirigido en el tercer periodo del parto con Oxitocina 10 UI por vía intramuscular al primer minuto del expulsivo,

seguida de tracción y contratacción controlada, determino reducción de la HPP, con una duración del alumbramiento de 3 a 6 minutos y con un volumen promedio de pérdida sanguínea de 300cc a 450cc<sup>9</sup>

**Gutarra,R.-Vilchez,T.; Campos, F.; Samalvides C.: Alumbramiento asistido con Oxitocina intraumbilical , expectante y rutinario – Huaraz**

Se observó reducción significativa del tiempo en los alumbramientos asistido y expectante frente al alumbramiento rutinario. Hubo reducción significativa en el hematocrito tanto en el manejo asistido como en el expectante, frente al manejo rutinario en pacientes que no tuvieron episiotomía. La hemorragia del alumbramiento no tuvo diferencias significativas.

Los alumbramientos asistido y expectante con clampaje parcial fueron más eficaces que el alumbramiento rutinario, con seguridad similar en los tres grupos.<sup>10</sup>

**Martínez, J. 2009: “Prevención de las Hemorragias Posparto con el Manejo Activo del Alumbramiento” - Complejo Hospitalario de Jaén**

Las recomendaciones de las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la FIGO, la ICM, la SEGO y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), abogan por la utilización de un manejo activo del tercer periodo del parto. La evidencia científica demuestra que con el alumbramiento dirigido se obtienen mejores

resultados de salud que con el expectante. El manejo de este periodo es muy importante, ya que ayudará a prevenir determinadas complicaciones, como la HPP, que es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo<sup>11</sup>

**Arotoma, M.; Guzmán, M.; Valencia, T.; Norabuena, J.; Menacho, J – 2011- “Efectos de la Oxitocina en el alumbramiento dirigido” Hospital Víctor Ramos Guardia , Huaraz**

La atención del tercer periodo del parto con Oxitocina de 10 UI administrada por vía I.M. al minuto del periodo expulsivo, disminuye el tiempo del alumbramiento.

El alumbramiento dirigido con Oxitocina de 10 UI administrada por vía IM al minuto del periodo expulsivo, disminuye el tiempo del alumbramiento, reduce el sangrado vaginal y la incidencia de anemia postparto.

La Oxitocina de 10UI administrada por vía IM al minuto del periodo expulsivo para alumbramiento dirigido, reduce las complicaciones obstétricas a su mínima proporción, asimismo los efectos secundarios del fármaco fueron mínimos<sup>12</sup>

## **REGIONALES:**

### **Espino, N. - 2010- “Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontaneo y su Influencia en Retención de Membranas Ovulares - Hospital Santa María del Socorro de Ica”**

El alumbramiento espontaneo tiene mayor influencia en la retención de membranas ovulares que el alumbramiento activo, teniendo este último menor tiempo de desprendimiento placentario.<sup>13</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **PARTO**

El parto, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebe del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

### **ETAPAS DEL PARTO**

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto,

y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto.

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cervix) y la dilatación del cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino.

### **Prodrómico o preparto**

Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.<sup>14</sup>

## **Dilatación**

El primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 seg. O más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como *período de dilatación*. La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino planos de Hodge.<sup>14</sup>

## **Nacimiento o Expulsión**

También llamada período expulsivo o período de pujar y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos

hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto.

### **Alumbramiento**

Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld.

El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como *mecanismo de Baudelocque-Schultze* y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarran inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el mecanismo de Baudelocque-Duncan. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard.

Para muchos autores en el alumbramiento termina el período del parto, pero otros consideran un cuarto periodo que sería el de recuperación inmediata y que finaliza dos horas después del alumbramiento. En este período denominado "puerperio inmediato", la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el inicio de la lactancia, la seguridad del niño y su tranquilidad. En este sentido, se emplea el concepto "alojamiento conjunto" para designar la permanencia del bebé en el mismo cuarto que su progenitora, mientras se encuentran en el hospital o lugar del alumbramiento.<sup>16</sup>

## **A. ALUMBRAMIENTO ESPONTANEO**

Este periodo dura 10 a 30 minutos después de la expulsión fetal siendo la mayoría de los casos antes de los 10 minutos. Se presenta un sangrado menor de 500 ml en un parto vaginal y 1000 ml en cesárea.

### **Etapas**

Desprendimiento. Descenso. Expulsión.

#### **a. Desprendimiento:**

La retracción uterina genera una disminución de la superficie del útero, la placenta y membranas que siguen adheridas a la cavidad uterina se pliegan

entre si, produciéndose una zona de desprendimiento en la decidua. Hay 2 mecanismos posibles:

- Mecanismo de Baudelocque-Schuktze (93%), el desprendimiento se inicia en el centro de la placenta, formando un hematoma retroplacentario. Primero se expulsa la placenta (paraguas invertido) y luego se produce el sangrado. Dura de 4 a 10 minutos.

- Mecanismo de Baudelocque-Duncan, menos frecuente, en el cual el desprendimiento se inicia en el borde de la placenta, por lo que el sangramiento es precoz.

Signos de desprendimiento:

- Signo de Schroeder, útero palpable a 3 cm. Supraumbilical y lateralización a derecha.
- Sangramiento, momento en que se produce y cuantificarlo.
- Signo del cordón de Kustner, es la inmovilidad de la pinza que está unida al cordón, al traccionar el fondo del útero hacia arriba.

**b. Descenso:**

Se produce por hematoma retroplacentario, las contracciones uterinas, el peso de la placenta y los anexos y la gravedad. La retracción uterina comprime los vasos del miometrio (ligaduras vivas de Pinard).

### **Signo de Alfheld:**

Es el descenso espontáneo de la pinza unida al cordón. Se considera que el desprendimiento es completo al descender más de 10 cms.

### **Signo de Fabre o del pescador:**

Se tracciona el cordón y se palpa el fondo del útero. No es aconsejable.

### **c. Expulsión:**

Es la expulsión de la placenta y los anexos al exterior ayudados por los pujos y la prensa abdominal. Se debe examinar la placenta y membranas para comprobar que estén completas. Posteriormente se realiza revisión instrumental de la cavidad uterina.

Signos de expulsión placentaria:

- Signo de mayor descenso del fondo uterino -5 a 6 cm abajo del ombligo.
- Signo del globo de seguridad de Pinard – consistencia uterina leñosa.
- Signos de retracción uterina después del alumbramiento.
- La conservación del globo de seguridad de Pinard asegura la retracción uterina y evita hemorragias.<sup>15</sup>

### **Atención del Alumbramiento**

El pujo materno ayuda a la expulsión de la placenta. También se puede realizar la maniobra de credé, que consiste en exprimir el útero en dirección a la vagina, con el pulgar en pared anterior y el resto de los dedos en pared

posterior, a través de la pared abdominal. Una vez que la placenta sale, se extraen las membranas torciéndolas sobre su eje (maniobra de Dublin) para el desprendimiento total de las membranas.

Luego se revisa la placenta y los anexos. El orificio de ruptura debe estar a 10 cm o más del borde placentario, de ser menor podría corresponder a una implantación baja. Se debe hacer revisión instrumental de la cavidad uterina si quedaron membranas, del canal del parto y finalmente suturar la episiotomía.<sup>15</sup>

### **Clasificación**

- Espontaneo, sin intervención médica.
- Dirigido: estimulación de la dinámica uterina con Oxitocina.
- Corregido: maniobras como masaje supra púbico para acelerar el desprendimiento, descenso o expulsión.
- Manual: es el desprendimiento digital y extracción manual de la placenta, por los bordes inferiores (la mano debe estar extendida, con el dorso apoyado a la pared del útero), luego se debe hacer revisión instrumental de la cavidad, administrar oxitocina ya antibióticos profilácticos.

### **ALUMBRAMIENTO**

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación en este periodo es la

HPP, que NO debe durar más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo y en el dirigido no debe durar más de 15 minutos.<sup>14, 15</sup>

### **Etapas del alumbramiento**

- a) Reposo Clínico: Ocurre a continuación de la expulsión del feto. El útero disminuye de volumen, la madre siente alivio, inicialmente disminuyen las contracciones y luego se reanudan con mayor intensidad y frecuencia pero indoloras.
- b) Desprendimiento: La retracción uterina genera una disminución de la superficie del útero, la placenta y las membranas que siguen adheridas a la cavidad uterina, se pliegan entre sí, produciendo una zona de desprendimiento en la decidua. Hay 2 mecanismos:
  - Mecanismo de Baudeloque – Schultze: (93%) el desprendimiento se presenta en el centro de la placenta, formando un hematoma retro placentario.
  - Mecanismo de Baudeloque – Duncan: es menos frecuente en el cual el desprendimiento inicia en los bordes de la placenta por lo que el sangrado es precoz.

### **Signos clínicos**

- Sangrado: momento en el que se produce y cuantificarlo

---

14 Ministerio de Salud Hospital - Santa Rosa. Departamento de Gineco Obstetricia Guías de Práctica Clínica Médico Quirúrgica, Pág.11 2008.

15 Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal - Ministerio de Sanidad y Política Social, Pág. 147, 2010

- Reparación de la dinámica uterina
  - Signo de Schroeder, útero palpable a 3cm supraumbilical y lateralizado a la derecha.
  - Signo placentario: es la sensación de pujo de la madre cuando la placenta ocupa la vagina.
- c) Descenso: Se produce por el hematoma retro placentario, las contracciones uterinas, el peso de la placenta, anexos y la gravedad.
- d) Expulsión: Es la expulsión de la placenta y los anexos al exterior por los pujos y la presión abdominal.<sup>12</sup>

### **Clasificación**

- a) Alumbramiento espontáneo: Sin intervención médica.
- b) Alumbramiento dirigido: estimulación de la dinámica uterina con Oxitocina.
- c) Alumbramiento corregido: con el uso de maniobras como el masaje supra púbico para acelerar el desprendimiento, descenso y expulsión de la placenta.
- d) Alumbramiento manual: Es el desprendimiento digital y extracción manual de la placenta.<sup>1, 3</sup>

## **Asistencia del periodo de alumbramiento**

Inmediatamente expulsado el feto, se hace la sección del cordón cogiendo con una pinza el resto del cordón que queda con la placenta, se determina el fondo uterino y su consistencia. Se espera a que se produzcan los signos clínicos de desprendimiento. Durante el periodo de reposo clínico se debe observar:

- Las facies
- El pulso
- La presión arterial
- La pérdida sanguínea
- Tamaño del útero

Después de verificar el desprendimiento de la placenta se debe recibir la placenta con la técnica adecuada antes de que caiga por su propio peso evitando de esta manera que se rompan las membranas o la retención de estas. Luego de la expulsión de la placenta se debe verificar la formación del globo de seguridad de Pinard para evitar el sangrado. Luego se procederá al examen minucioso de la placenta y sus anexos. <sup>16</sup>

### **2.2.2. ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO**

Es la estimulación de la dinámica uterina con oxitocina, conocido también como manejo activo del alumbramiento o la tercera etapa del parto.

Consiste en la administración de un oxitócico como profiláctico a la salida del hombro anterior fetal o después del nacimiento, el pinzamiento temprano y sección del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón para la extracción de la placenta. Este manejo activo tiene como finalidad la disminución del riesgo de pérdida sanguínea materna y de hemorragia post-parto, menos casos de anemia y menos necesidad de transfusión durante el puerperio. <sup>17</sup>

### **2.2.3. CONDUCTA ACTIVA VERSUS CONDUCTA EXPENTANTE EN EL ALUMBRAMIENTO**

Se han propuesto diferentes intervenciones para la conducta en el alumbramiento. La conducta activa incluye un grupo de intervenciones como la administración de profilaxis uterotónicos en el momento o después del nacimiento del neonato, el pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón para la expulsión de la placenta. Por otra parte, la conducta expectante implica esperar signos de separación de la placenta y su expulsión espontánea, y el pinzamiento tardío del cordón umbilical, lo que quiere decir pinzar el cordón umbilical cuando han cesado las pulsaciones del mismo.

Uno de los componentes del enfoque de la conducta activa es la administración de profilaxis uterotónica en el momento o después del nacimiento del neonato. La administración de Oxitocina profiláctica, independientemente de otros aspectos es la conducta en el alumbramiento,

La conducta activa en el alumbramiento fue evaluada en cinco estudios clínicos que incluyeron casi 6.500 mujeres en distintas maternidades. La conducta activa estuvo asociada con una reducción en la incidencia de pérdida de sangre, hemorragia postparto, necesidad de transfusión de sangre, alumbramiento prolongado y anemia materna; no obstante, también se asoció con un mayor riesgo de náuseas, vómitos y aumento de la presión arterial en la madre. No se evidenciaron efectos adversos evidentes en el neonato.

El uso de Oxitocina reduce a la mitad el riesgo de hemorragia postparto de > 500 ml de pérdida de sangre y disminuye el riesgo de hemorragia postparto severa (pérdida de sangre > 1.000 ml) en comparación con placebo/ningún uterotónico. Además, se observó una reducción significativa en el uso de uterotónicos adicionales y ninguna diferencia en la necesidad de transfusiones de sangre o extracción manual de la placenta en los subgrupos especificados previamente.<sup>17</sup>

En comparación con los agentes uterotónicos inyectables convencionales, el índice de hemorragias postparto severas y el uso de uterotónicos adicionales fueron estadística y significativamente mayores con el uso de 600 µg de misoprostol. Los resultados están nominados por el estudio de la OMS con gran número de pacientes; sin embargo, otros estudios clínicos demostraron la misma tendencia. No se observaron diferencias significativas en la hemorragia postparto severa con dosis más bajas (es

decir, 500 µg o 400 µg). Las razones posibles podrían estar relacionadas con el menor número de mujeres estudiadas. El uso de uterotónicos adicionales también fue significativamente mayor al utilizar 400 µg de misoprostol en comparación con uterotónicos inyectables convencionales<sup>12</sup>.

En comparación con otros uterotónicos, las prostaglandinas por vía intramuscular estuvieron asociadas con una reducción en la pérdida de sangre. Debido a que los otros resultados fueron poco frecuentes, no fue posible obtener conclusiones confiables.

Los efectos secundarios relacionados con las prostaglandinas, en especial son los temblores, pirexia, náuseas, vómitos y diarrea, fueron frecuentes y constantes en todos los estudios clínicos.

#### **2.2.4. TÉCNICA PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO**

Tres pasos para el Alumbramiento Dirigido:

- a. Administración de un Útero-tónico en el primer minuto después del nacimiento (Oxitocina es la droga de elección)

**DROGAS DE ELECCIÓN:**

**Oxitocina:**

- Eficacia: droga de elección muy electiva
- Tiempo de Respuesta: actúa en 2 a 3 minutos
- Dosis: 10 unidades internacionales por vía IM
- Efectos Secundarios: mínimo

b. Aplicar tracción controlada del cordón durante la contracción, al mismo tiempo que una contra tracción sobre el pubis.

- Pinzamiento del cordón cerca del periné, sosteniéndolo con una mano.
- La otra mano se coloca por encima del borde superior de la sínfisis púbica para estabilizar el útero, contra tracción para evitar la inversión uterina.
- Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción fuerte (2' – 3')
- Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue traccionar delicadamente el cordón hacia abajo para extraer la placenta.
- Si después de 30" – 40" de tracción controlada del cordón la placenta no desciende, no continuar, sino esperar la contracción siguiente y repetir el procedimiento.
- Si se produce el arrancamiento de cordón umbilical podría ser necesario una extracción manual de la placenta.
- Nunca aplique tracción al cordón umbilical sin aplicar contra tracción por encima del pubis con la otra mano.
- Nunca olvide revisar la placenta para detectar falta de cotiledones o membranas ovulares.

- c. Masaje inmediato del útero después de la salida de la placenta.<sup>18,19</sup>

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

1. Alumbramiento.- etapa comprendida luego de la expulsión del producto de la concepción hasta la expulsión de la placenta y sus anexos.
2. Alumbramiento dirigido.- expulsión de la placenta con la utilización de útero tónicos como la Oxitocina y prostaglandinas.
3. Desprendimiento placentario.- tiempo del alumbramiento en que la placenta se desprende de la decidua materna; puede ser de dos tipos: Schultze o Duncan.
4. Desprendimiento tipo Duncan.- cuando la placenta empieza su desprendimiento desde el borde placentario, a la expulsión se observará la cara materna.
5. Desprendimiento tipo Schultze.- se refiere al desprendimiento que se inicia al centro de la placenta formando un hematoma retro placentario.
6. Tercera etapa del parto.- llámese así al periodo de alumbramiento del parto.

---

18-Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto - Correspondencia Dr. Andrés Calle M. - Rev. Per Gin Obst 2008

19- Manual para la Práctica Clínica – Ministerio de Salud, Área de Ginecología y Obstetricia Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Septiembre de 2011

7.- Edad.- años cronológicos cumplidos de una persona.

8.- Paridad.- número de partos que tiene una mujer.

9.- Periodo intergenésico.- es el tiempo que transcurre entre un embarazo y otro.

10.- Grado de instrucción.- mayor nivel de estudios alcanzado y concluido de una persona.

11.- Procedencia.- lugar de residencia de una persona en los últimos dos años.

### **CAPÍTULO III**

## **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

Ha =Existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.

Ho= No existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe

Huamán Poma de Ayala - Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo –  
Diciembre 2014.

### **3.2. VARIABLES**

#### 3.2.1. Variable Independiente

Alumbramiento dirigido

#### 3.2.2. Variable Dependiente

Tiempo del desprendimiento placentario

#### 3.2.3. Intervinientes:

Edad.

Paridad.

Periodo intergenésico.

Estado civil.

Procedencia.

Grado de instrucción.

### 3.2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	UNIDADES DE MEDIDA	PRUEBA DE SIGNIFICACION	FUENTE
Alumbramiento dirigido	Técnica en el tercer periodo del parto con la utilización de Oxitocina	Independiente	Cualitativa	Nominal	Presente	Distribución porcentual. Chi cuadrado,	Ficha de recolección de datos
Tiempo de desprendimiento placentario	Minutos de demora para el desprendimiento de la placenta en la tercera etapa del parto.	Dependiente	Cuantitativa	Nominal	2-3 min. 3-5min. 5-7min > 7 min.		
Paridad	Número de partos que tuvo una mujer.	Interviniente	Cuantitativa	Nominal	Nulípara, Primípara. Multípara.		
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	15-19 años 20-34 años ≥ a 35 años		

Procedencia	Origen, principio de donde nace, viene.	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Zona Urbana. Zona rural.		
Estado civil	Situacion personal en que se encuentra o no una personafisica en relación a otra.	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada conviviente		
Grado de instrucción	Estudio más alto alcanzado	Interviniente	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Superior		

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Observacional.

##### 4.1.1 Tipo de Investigación:

La presente investigación está clasificada como: transversal observacional, descriptiva, comparativo y retrospectivo

Es **Transversal**, porque las variables se miden en una sola ocasión, y no se hará seguimiento para estudiar la evaluación de las unidades de análisis en el tiempo.

Es **Observacional** por que el investigador examina la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los resultados.

Es **descriptivo** sólo para describir la distribución de una exposición o resultado, sin intentar explicar dicha distribución, y determinar la prevalencia de partos en adolescentes y sus factores asociados

Es **retrospectivo** por que la investigación se realizara en meses pasados.

#### 4.1.2. Nivel de Investigación

El nivel de la presente investigación es Observacional, descriptivo, transversal y comparativo.

### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.2.1. POBLACIÓN

La población está representada por todas las parturientas en quienes se realiza alumbramiento dirigido en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014 que son un total de 269 pacientes.

#### 4.2.2. MUESTRA

Tipo de muestra: Muestreo aleatorio estratificado.

El tamaño de la muestra teniendo en cuenta que es finita, es calculada utilizando la formula siguiente

$$n = \frac{N(Z^2_{\alpha})pq}{d^2(N-1)+(Z^2_{\alpha})pq}$$

Donde:

N= total de población

$$Z^2_{\alpha} = (1.96)^2 \text{ (si la seguridad es del 95\%)}$$

P = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1-p (en este caso 1 - 0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3 %)

$$269(1.96)^2(0.05)0.95$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$0.03^2(269-1) + (1.96)^2(0.05)0.95$$

$$(269) (3.8416) (0.05) 0.95$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$(0.0009)268 + (3.8416) (0.05)0.95$$

$$51,67$$

$$n = \frac{\quad}{\quad} = 121.94$$

$$0.4237$$

<b>n = 122</b>
----------------

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Parturientas en quienes se realiza alumbramiento dirigido
- Embarazo a término
- Gestantes sin patología de inserción placentaria.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Parturientas en quienes no se realiza alumbramiento dirigido.
- Gestantes con patología de inserción placentaria.

## 4.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 4.3.1. TÉCNICA

Se elegirá en forma aleatoria por la población finita, de la que deseamos extraer una muestra. Cuando el proceso de extracción es tal que garantiza a cada uno de los elementos de la población la misma oportunidad de ser incluidos en dicha muestra. Se utilizará la ficha de recolección de datos debidamente validada.

### 4.3.2. INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos se utilizarán las historias clínicas del servicio de Obstetricia del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014, estos datos se consignaran en la ficha de recolección previamente elaborada

## CAPÍTULO V

### CONTRASTACION DE HIPOTESIS

#### **-Hipótesis Alternativa:**

Existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.

#### **-Hipótesis Nula:**

Ho= No existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala - Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.

#### **Elección de la prueba estadística**

Se aplicó la prueba de Chi cuadrado

$$X^2 = \frac{(O - E)^2}{E}$$

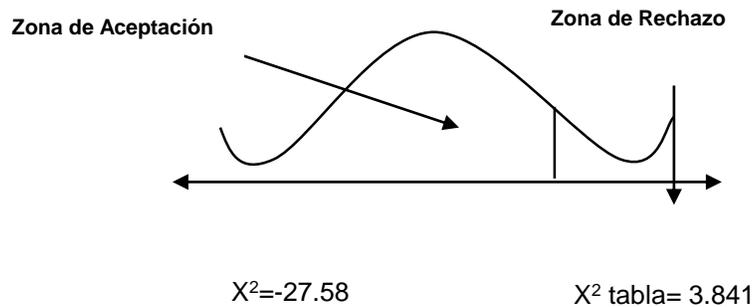
#### **Nivel de significación**

Teniendo una tabla de doble entrada se tiene 5 columnas y 4 filas, entonces el grado de libertad será de 1

Nivel de significación  $\alpha$ : 0.05 ( $X^2_{\text{tabla}} = 3.841$ ); Gl: 1

### Comparando el valor calculado con el valor que puede ocurrir por azar

El valor calculado  $-27.58$  es menor que el  $X^2$  de tabla ( $3.841$ ), por lo que se rechaza la  $H_0$  y se acepta  $H_a$



Como  $X^2$  calculado es menor que el obtenido en la tabla con un  $\alpha: 0.05$  y  $n=1$  es  $3.841$

### Toma de decisión:

Como el resultado de la prueba  $X^2$  es  $-27.588$  a 1 grado de libertad y el valor crítico es  $3.841$  es menor de  $\alpha: 0.05$ , por lo tanto se rechaza la  $H_0$ .

### **CONCLUSION**

Existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.

## RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION

**“Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala – Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”**

### CUADRO N° 01

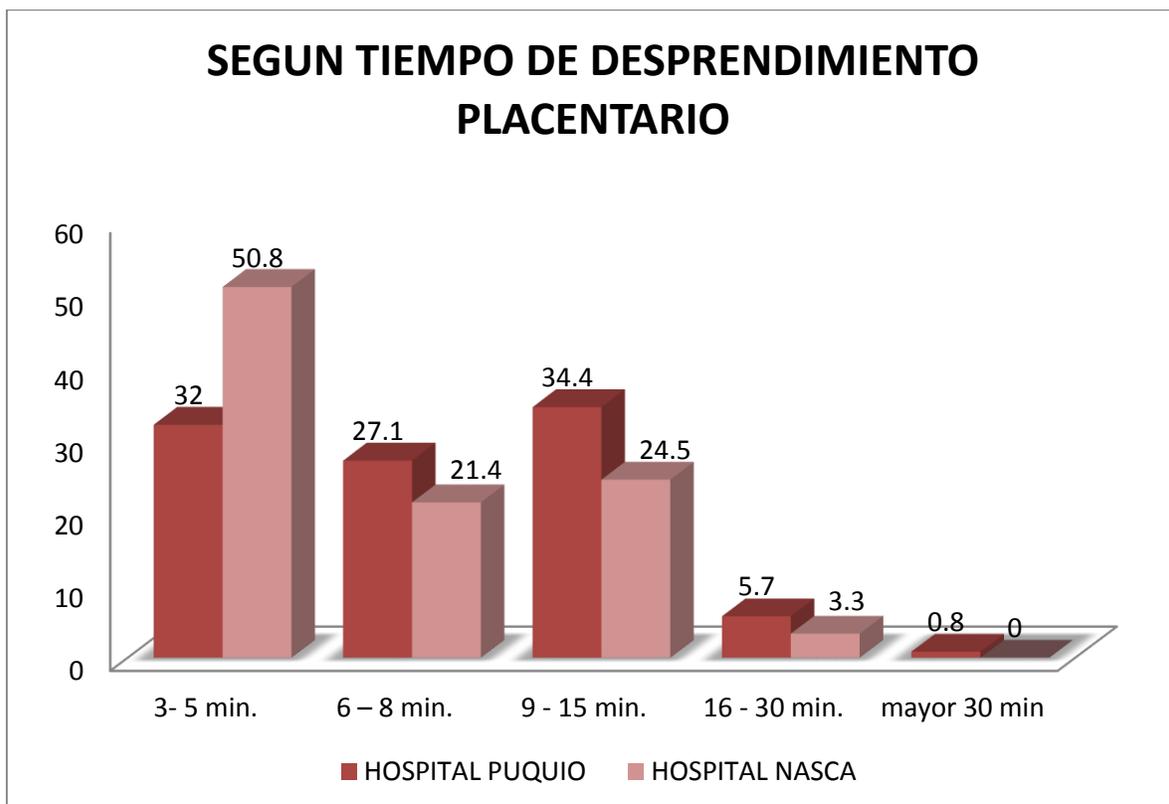
**Según Tiempo de Desprendimiento Placentario**

TIEMPO DEL DESPRENDIMIENTO	HOSPITAL PUQUIO		HOSPITAL NASCA	
	N°	%	N°	%
3- 5 min.	39	32	62	50.8
6 – 8 min.	33	27.1	26	21.4
9 - 15 min.	42	34.4	30	24.5
16 - 30 min.	07	5.7	4	3.3
mayor 30 min	01	0.8	0	0
<b>TOTAL</b>	122	100%	122	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En el Hospital de Puquio observamos que el 34,4% (N=42) fue entre 9 a 15 minutos, seguido del 32% (N=39) que tuvo un desprendimiento entre 3 a 5 minutos, el 27.1% (N=33) de 6 a 8 minutos, 5.7% (N= 7) entre 16 a 30 minutos y sólo el 0.8% (N=1) mayor a 30 minutos; en el Hospital de Nasca el 50.8% (N=62) tuvo un desprendimiento placentario de 3 a 5 minutos,24.5% (N=30) entre 9 a 15 minutos,21.4% (N=26) de 6 a 8 minutos y el 3.3% (N=4) de 16 a 30 minutos.

**GRAFICO N° 01**



**“Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento  
placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala –  
Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”**

**CUADRO N° 02**

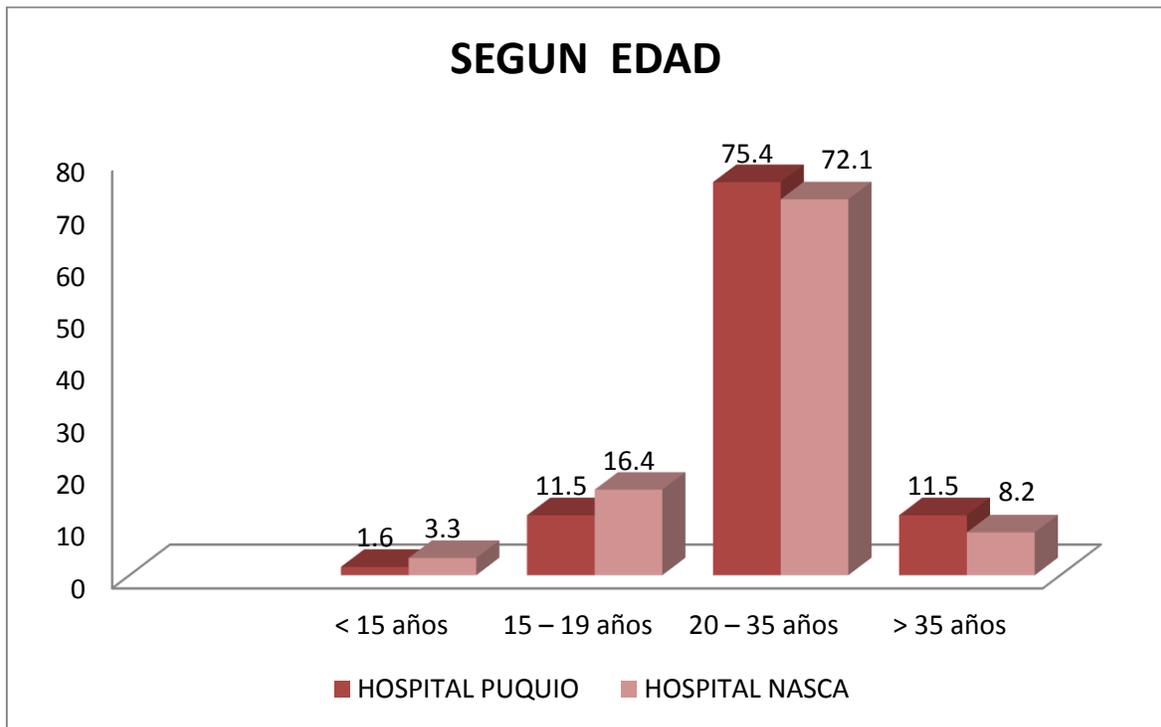
**Según Edad**

<b>EDAD</b>	<b>HOSPITAL PUQUIO</b>		<b>HOSPITAL NASCA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 15 años</b>	02	1.6	04	3.3
<b>15 – 19 años</b>	14	11.5	20	16.4
<b>20 – 35 años</b>	92	75.4	88	72.1
<b>&gt; 35 años</b>	14	11.5	10	8.2
<b>TOTAL</b>	122	100	122	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En el Hospital de Puquio, el 75.4% (N=92) pertenecen a parturientas entre 20 a 35 años, 11.5% (N=14) de 15 a 19, 11.5% (N=14) mayores de 35 años y 1.6% (N=2) menores de 15 años; en el Hospital de Nasca el 72.1% (N=88) pertenecen a pacientes entre las edades de 20 a 35 años, 16.4% (N=20) entre 15 a 19 años, 8,2% (N=10) son pacientes mayores de 35 años y sólo el 3.3% (N=4) menores de 15 años.

## GRAFICO N° 02



**“Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento  
placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala –  
Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”**

**CUADRO N° 03**

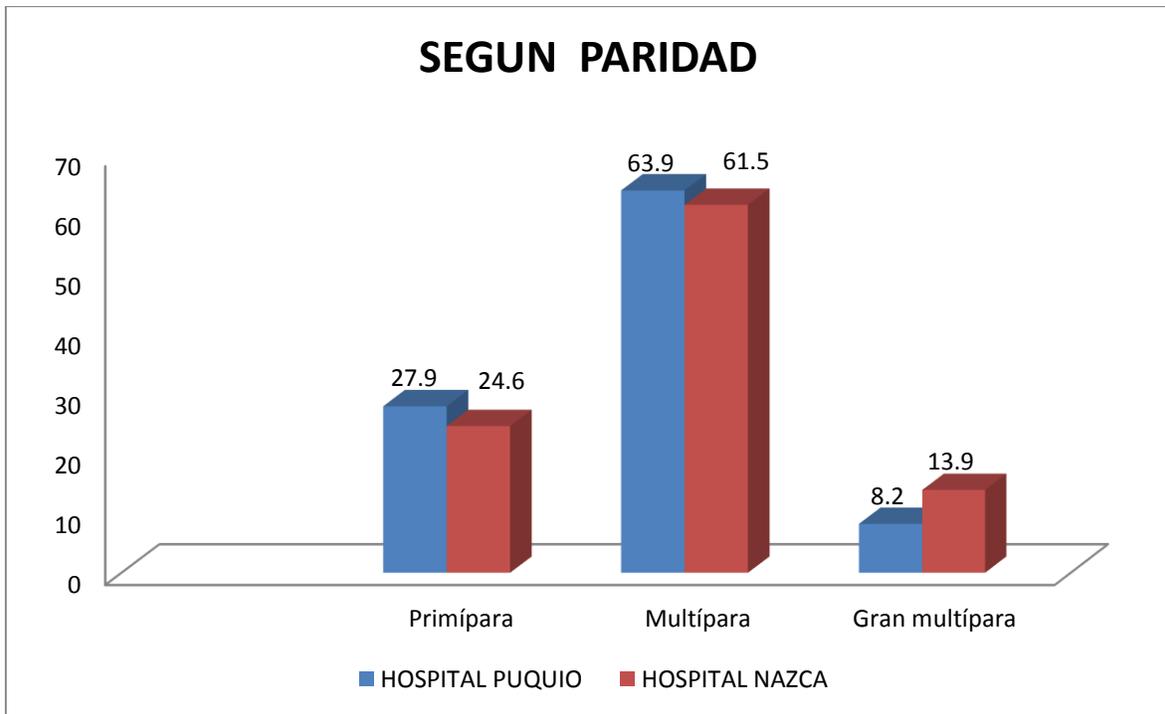
**Según Paridad**

PARIDAD	HOSPITAL PUQUIO		HOSPITAL NASCA	
	N°	%	N°	%
Primípara	34	27.9	30	24.6
Múltipara	78	63.9	75	61.5
Gran múltipara	10	8.2	17	13.9
TOTAL	122	100%	122	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Observamos en el Hospital de Puquio que el 63.9% (N=78) son múltiparas, seguido del 27.9% (N=34) primíparas y el 8.2% (N= 10) fueron gran múltiparas; en el Hospital de Nasca se observa que también las múltiparas corresponde a un 61.5% (N=75), las primíparas con un 24.6% (N=30) y el 13.9% (N=17) a pacientes gran múltiparas.

### GRAFICO N° 03



**“Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala – Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”**

**CUADRO N° 04**

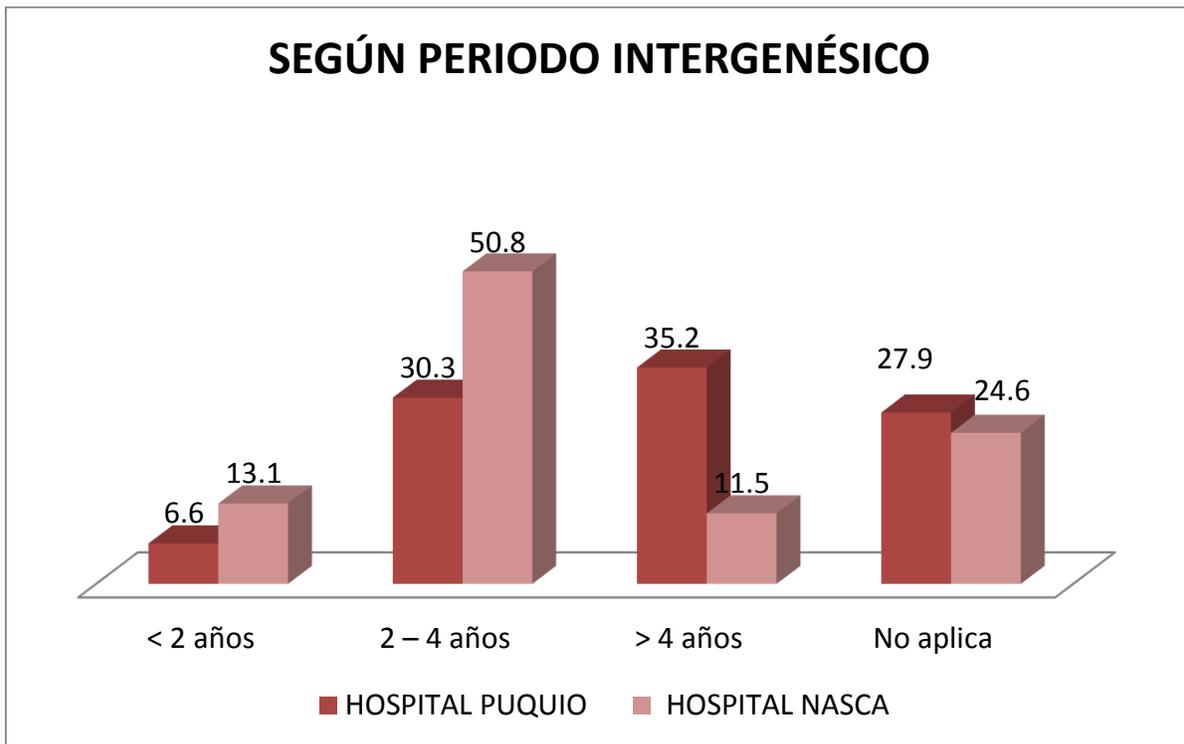
**Según Periodo Intergenésico**

<b>PERIODO INTERGENESICO</b>	<b>HOSPITAL PUQUIO</b>		<b>HOSPITAL NASCA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>&lt; 2 años</b>	08	6.6	16	13.1
<b>2 – 4 años</b>	37	30.3	62	50.8
<b>&gt; 4 años</b>	43	35.2	14	11.5
<b>No aplica</b>	34	27.9	30	24.6
<b>TOTAL</b>	122	100	122	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

En el Hospital de Puquio el 35.2% (N=43) pertenece a un periodo mayor de 4 años, el 30.3% (N=37) entre 2 a 4 años, 27.9% (N=34) fueron primíparas por lo que no se considera no aplica, el 6.6% (N=8) menores de 2 años; en el Hospital de Nasca, el 50.8% (N=62) tuvo un periodo intergenésico entre 2 a 4 años, 24.6% (N=30) no aplica, 13.1% (N=16) con un periodo intergenésico menor de 2 años y sólo el 11.5% (N=14) con mayor de 4 años.

**GRAFICO N° 04**



**“Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento  
placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala –  
Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”**

**CUADRO N° 05**

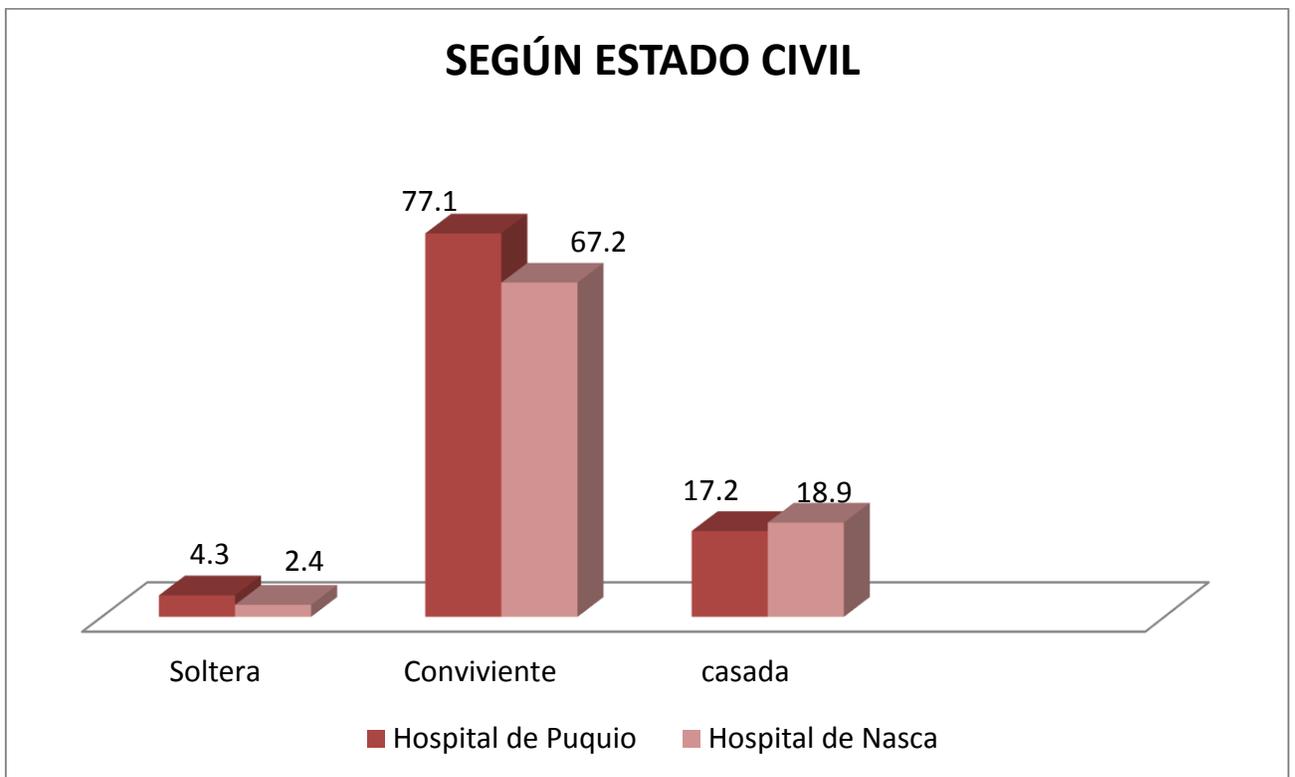
**Según Estado Civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>HOSPITAL DE PUQUIO</b>		<b>HOSPITAL DE NASCA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Soltera</b>	07	5.7	17	13.9
<b>Conviviente</b>	94	77.1	82	67.2
<b>Casada</b>	21	17.2	23	18.9
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

Fuente: ficha de recolección de datos.

En el Hospital de Puquio observamos que el 77.1% (N= 94) son convivientes, 17.2% (N=21) casadas y 5.7% (N=7) solteras al igual que en el Hospital de Nasca el 67.2% (N=82) son convivientes, 18.9% (N=23) casadas y 13.9% (N=17).

**GRAFICO N° 05**



**“Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento  
placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala –  
Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”**

**CUADRO N° 06**

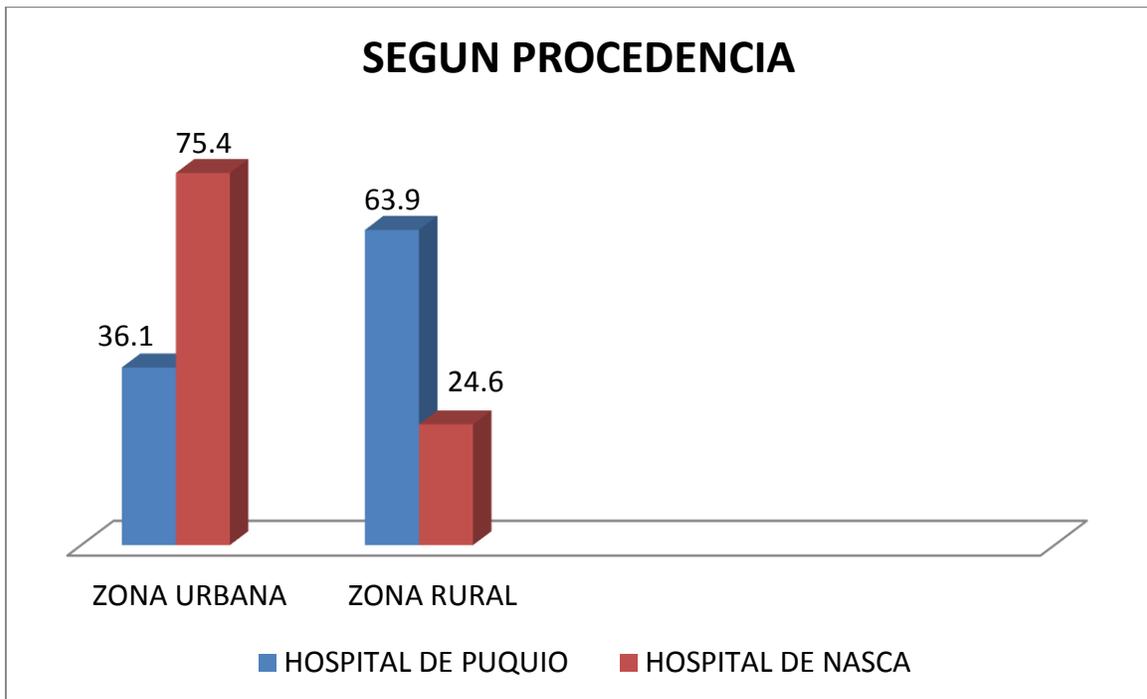
**Según Procedencia**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>HOSPITAL DE PUQUIO</b>		<b>HOSPITAL DE NASCA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Zona urbana</b>	44	36.1	92	75.4
<b>Zona rural</b>	78	63.9	30	24.6
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

Fuente: ficha de recolección de datos.

En cuanto a la procedencia en el Hospital de Puquio las pacientes proceden mayormente de la zona rural con 63.9% y de la zona urbana 36.1% a diferencia del Hospital de Nasca donde el 75.4% son de la zona urbana y el 24.6% de la zona rural.

**GRAFICO N° 06**



**“Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento  
placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala –  
Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo - Diciembre 2014”**

**CUADRO N° 07**

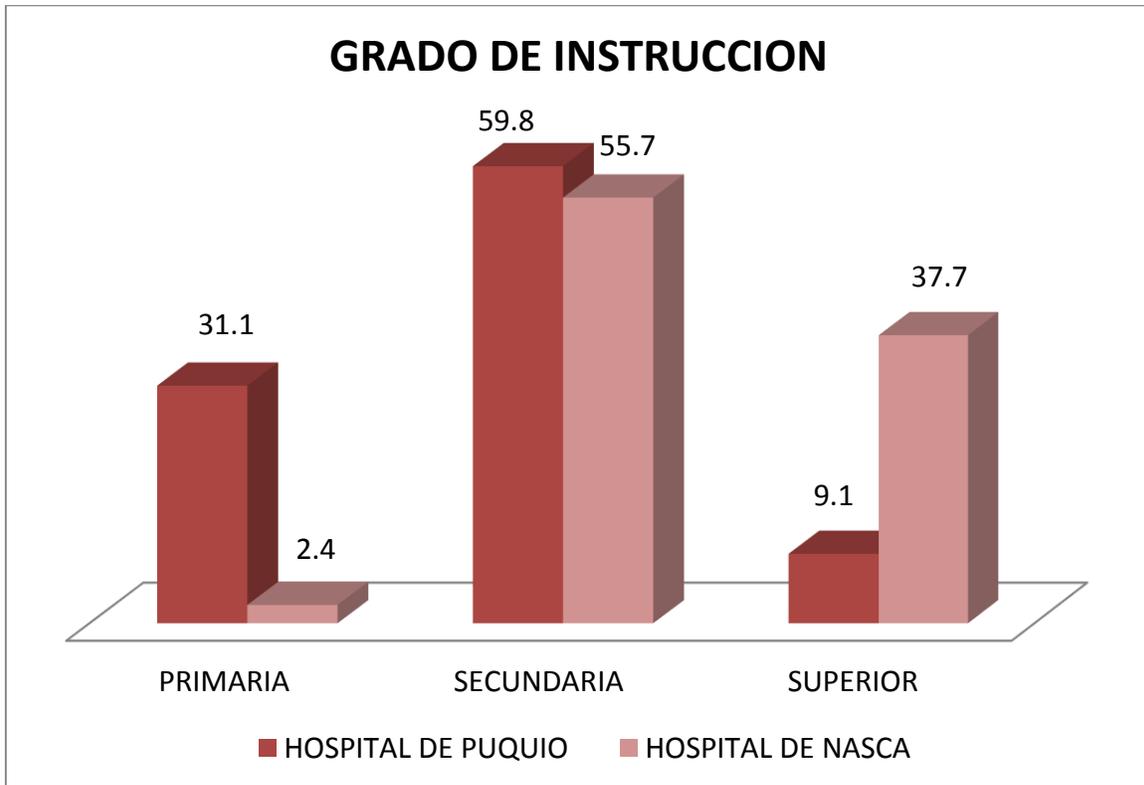
**Según Grado de Instrucción**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>HOSPITAL DE PUQUIO</b>		<b>HOSPITAL DE NASCA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	38	31.1	08	6.6
<b>Secundaria</b>	73	59.8	68	55.7
<b>Superior</b>	11	9.1	46	37.7
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>

Fuente: ficha de recolección de datos.

En el grado de instrucción vemos que en el Hospital de Puquio las pacientes tienen un grado de instrucción de secundaria con 59.8%, el 31.1% primaria y 9.1% superior; en el Hospital de Nasca el 55.7% tienen estudios de secundaria, 37.7% superior y sólo el 6.6% primaria.

**GRAFICO N° 07**



## **DISCUSION**

En nuestro estudio encontramos que el tiempo del alumbramiento dirigido está disminuido en el Hospital de Puquio de 9 a 15 minutos con un 34.4% y en el Hospital de Nasca entre 3 a 5 minutos con 50.8% observando que en la costa el tiempo del desprendimiento es menor en relación con la sierra probablemente por factores climáticos lo que compartimos con el estudio de Mena en el 2008 y Martínez, P. – 2007, aceptando dicho estudio.

La edad, estado civil y procedencia no guardan relación con el tiempo del alumbramiento dirigido, concordando con el estudio de Pérez, Arenas y Col. por lo tanto aceptamos dicho estudio.

La paridad, en este estudio encontramos que el mayor porcentaje 63.9% y 61.5% que corresponde al Hospital de Puquio y Hospital de Nasca respectivamente, no guarda relación con el tiempo del desprendimiento placentario, concordando con el estudio de Pérez y arenas 2013, por lo que aceptamos dicho estudio.

## CONCLUSIONES

- Existe diferencia significativa en el tiempo de desprendimiento placentario en los alumbramientos dirigidos del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014, según la prueba de chi cuadrado que cae en la zona de rechazo.
- El tiempo del alumbramiento dirigido más frecuente en el Hospital de Puquio fue de 9 a 15 minutos, mientras que en el Hospital de Nasca de 3 a 5 minutos.
- El mayor porcentaje de parturientas tanto en los Hospitales de Puquio y Nasca tuvieron una edad entre 20 a 35 años y multíparas.
- Las parturientas de ambos hospitales mayormente tuvieron un adecuado periodo intergenésico comprendidos entre 2 a 4 años.
- En las parturientas atendidas de los hospitales de Puquio y Nasca el estado civil conviviente y el grado de instrucción secundaria fueron los más frecuentes.
- En el hospital de Puquio las pacientes que acuden a atenderse proceden mayormente de la zona rural a diferencia del Hospital de Nasca que son de la zona urbana.
- Las pacientes que se atendieron mayormente en los Hospitales de Puquio y de Nasca son multíparas.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar protocolos de atención en cuanto al tiempo del alumbramiento dirigido de acuerdo a cada hospital, tomando en cuenta la altitud del lugar.
2. Difundir las estrategias de Salud Sexual y Reproductiva (Planificación Familiar) para tener coberturas de periodos intergenésico adecuados.
3. Realizar trabajos de investigación sobre el tiempo del periodo expulsivo y las complicaciones en Puquio y Nasca.
4. Brindar sesiones educativas a las pacientes que acuden a los Hospitales de Puquio y Nasca, tomando en cuenta que tienen mayormente el grado de instrucción secundaria.
5. Las pacientes que asisten al Hospital de Puquio son mayormente de la zona rural, por lo que se debería realizar atención con enfoque intercultural.

## FUENTES BIBLIOGRAFICAS

1. Piloto M.; Cruz D.; Águila S.; Pernas A.: "Impacto Materno del Manejo Activo del Alumbramiento" 2008 - Cuba.
2. Mena A - 2008 "Manejo activo del alumbramiento en nacimientos céfalo-vaginales y evaluación y prevención de hemorragias postparto" en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito durante el año del 2008.
3. Cárdenas H., Oswaldo J. – 2012, "Estudio comparativo entre la atención del alumbramiento activo modificado y el alumbramiento activo", Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador
4. Pérez L., M.; Arenas R.,J. y Col.<sup>2</sup> 2013 –"Manejo del Alumbramiento con Diferentes Pautas y Tiempos de Administración de Oxitocina.
5. Segura, A., Guerra P., V. y Col. 2013 Influencia del Alumbramiento Activo sobre la Morbilidad Materna por Hemorragia Posparto Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.
6. García, López y Col.: "Complicaciones en el Manejo Activo del Alumbramiento en el Instituto Materno Perinatal 1998 – 2004", Lima Perú
7. Efectos de la Oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2011 Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional "Santiago Antúnez de Mayolo". ab c Obstetra, Químico-farmacéutico, Médico Cirujano.

8. Camarena, P.: “Tiempo del Alumbramiento con Drenaje de Sangre del Cordón Umbilical en Pacientes Anémicas y no Anémicas en el Instituto Materno Perinatal Agosto – octubre 2007” - Lima.
9. Martínez, P. – 2007: “Alumbramiento dirigido en Parturientas del Hospital Materno – Perinatal” – Lima –Perú
10. Gutarra, R.-Vílchez.; Campos, F.; Samalvides C.: Alumbramiento asistido con Oxitocina intraumbilical , expectante y rutinario – Huaraz
11. Martínez, J. 2009: “Prevención de las Hemorragias Posparto con el Manejo Activo del Alumbramiento” - Complejo Hospitalario de Jaén
12. Arotoma, M.; Guzmán, M.; Valencia, T.; Norabuena, J.; Menacho, J – 2011- “Efectos de la Oxitocina en el alumbramiento dirigido” Hospital Víctor Ramos Guardia , Huaraz
13. Espino, N. - 2010- “Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontaneo y su Influencia en Retención de Membranas Ovulares - Hospital Santa María del Socorro de Ica”
14. Ministerio de Salud Hospital - Santa Rosa. Departamento de Gineco Obstetricia Guías de Práctica Clínica Médico Quirúrgica, Pág.11 2008.
15. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal - Ministerio de Sanidad y Política Social, Pág. 147, 2010
16. Manual para la Práctica Clínica – Ministerio de Salud, Área de Ginecología y Obstetricia Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Septiembre de 2011

- 17.OMS. Hemorragia post parto. Salud materno perinatal. 2008
  
- 18.-Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Post Parto - Correspondencia Dr. Andrés Calle M. - Rev. Per Gin. Obst 2008
  
19. Manual para la Práctica Clínica – Ministerio de Salud, Área de Ginecología y Obstetricia Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Septiembre de 2011
  
- 20.Williams; Obstetricia. Vigésimosegunda edición 2005. Capítulo 17 trabajo de parto y parto normales, pág. 431 – 434. [citado: 10 junio 2010].
  
- 21.Manual MERCK para el hogar -2012-. Disponible en:  
  
<http://www.consumidores.msd.com.mx/manualmerck/022-problemas-de-la-salud-de-la->

## **ANEXOS**

**ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DEL  
DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO EN PARTURIENTAS DEL HOSPITAL  
FELIPE HUAMAN POMA DE AYALA” – PUQUIO Y HOSPITAL DE APOYO DE  
NASCA, MAYO - DICIEMBRE 2014**

Ficha N° \_\_\_\_\_ H.C. \_\_\_\_\_

Edad: < 15 años \_\_\_\_\_ 15 – 19 años \_\_\_\_\_  
20 – 35 años \_\_\_\_\_ > a 35 años \_\_\_\_\_

G= \_\_\_\_\_ P= \_\_\_\_\_

Periodo Intergenésico: ≤ 2 años \_\_\_\_\_ 2 – 4 años \_\_\_\_\_  
≥ 4 años \_\_\_\_\_

Procedencia: zona rural \_\_\_\_\_ zona urbana \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Conviviente \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_

Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ Hrs

- Periodo de alumbramiento \_\_\_\_\_

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** Alumbramiento Dirigido y su Relación con el Tiempo del Desprendimiento Placentario n Parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala, Puquio y Hospital de Apoyo Nasca, Mayo – Diciembre 2014

**Bachiller:** Anais Sonaly Chávez Espinoza

Principal:	Objetivo	Hipótesis	Variables	Indicador	Instrumento	Fuentes
<p>¿Cuál es la relación que existe entre el tiempo del desprendimiento placentario en el alumbramiento dirigido en parturientas del hospital Felipe Huamán Poma de Ayala – Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014?</p> <p><b>Secundario:</b> ¿Cuál es la incidencia</p>	<p><b>General.</b> Determinar cuál es la relación del desprendimiento placentario en el tiempo del alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y en el Hospital de</p>	<p>Existe diferencia significativa del alumbramiento dirigido en el tiempo del desprendimiento placentario en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.</p>	<p><b>Variables</b></p> <p>- Variables Independientes: Alumbramiento dirigido</p> <p>- Variable Dependiente: Tiempo del desprendimiento placentario</p>	<p>Presente</p> <p>3– 5min.</p> <p>6 – 8min.</p> <p>9– 15min.</p> <p>16 - 30min</p> <p>&gt;30min.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Historias</p> <p>Clínicas</p>

<p>de alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014?</p> <p>¿Cuál es el tiempo promedio del desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014?</p>	<p>Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>-Determinar la incidencia de alumbramiento dirigido en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – diciembre 2014.</p> <p>-Conocer el tiempo promedio del</p>		<p>-Variables Intervinientes:</p> <p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Paridad</p>	<p>≤19 a.</p> <p>20 _ 35 a</p> <p>≥ a 35 a</p> <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Conviviente</p> <p>primípara</p> <p>Multípara</p> <p>Gran múltipara</p>		
---	--	--	--	--	--	--

	<p>desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca, Mayo – Diciembre 2014.</p>		<p>Periodo Intergenésico</p> <p>Grado de Instrucción</p> <p>Procedencia</p>	<p>≤ 2 años</p> <p>2 – 4 años</p> <p>≥ 4 años</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Superior</p> <p>Zona rural</p> <p>Zona urbana</p>		
--	--	--	---	--	--	--