



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TITULO

**“RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE
MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTORA:
PUCHURI GALINDO, MARICRIS GIOVANA**

**ICA – PERU
2017**

A DIOS quien inspiro mi espíritu, y haberme dado la oportunidad para la ejecución de dicho trabajo con tanta Fe y esfuerzo.

A MI FAMILIA Con Amor, respeto, admiración y con una gratitud inmensa por ser el soporte integral, quienes me apoyan siempre a buscar el éxito mediante, responsabilidad y honestidad en esta etapa de mi vida.

A NUESTROS MAESTROS Y OBSTETRAS por compartir sus conocimientos, y sabiduría en la elaboración de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Indiscutiblemente a **DIOS TODOPODEROSO** por protegerme, durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A MIS PADRES EL SR REGULO Y LA SRA RAQUEL por su apoyo en todo momento y la confianza que depositan, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis errores.

A MÍ QUERIDA HERMANA JHOSELIN por el apoyo emocional, y la confianza expresada en sus sonrisas, por el incentivo constante, dándome las fuerzas para seguir adelante.

A MIS QUERIDAS COMPAÑERAS DEL GRUPO DE ESTUDIO Y A PROFESIONALES DE OBSTETRICIA quienes de una y otra manera me apoyaron.

A MI ASESORA OBST. MIRTHA AGUILAR TUPPIA un especial agradecimiento, por sus consejos y su gran sabiduría y paciencia, apoyo y ánimos que me brindo durante mi estancia donde he podido tener la oportunidad de aprender y acabar una parte de mi tesis.

Finalmente, a todos que de manera directa o indirecta me apoyaron, siendo en la convivencia o simplemente en el incentivo a distancia.

LA AUTORA

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en mujeres de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto 2015, el material logístico de instrumento fue la revisión de historias clínicas y la recolección de datos con 16 ítem. El diseño de estudio es descriptivo correlacional porque se trata de interpretar los datos numéricos y los datos estadísticos presentados siendo el método deductivo.

Teniendo una muestra de 122 historias clínicas de parturientas que tuvieron retención de membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, se evaluó la edad, paridad, antecedentes de aborto, cesáreas anteriores, legrados uterino, antecedentes de retención de membranas ovulares, el tiempo de alumbramiento y el tipo de retención de membranas ovulares y el tratamiento.

Los resultados que llegamos fueron el perfil de la edad obtenidas en las parturientas oscilaba entre el rango de 20 -25 años (31.1%), fueron nulíparas y multíparas (33.6%), antecedente de aborto se presentaron (49.2%), antecedente de legrado uterino tuvo mayor frecuencia (54.9%), el tiempo de alumbramiento fue de 1 a 5 minutos (49.2%), el tipo de retención de membranas ovulares en el alumbramiento dirigido es parcial (96.7%) y el tipo de tratamiento es el legrado uterino (100%).

Por lo que se concluye que existe relación significativa entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto, 2015.

Palabras claves: Alumbramiento dirigido y la Retención de membranas ovulares.

ABSTRACT

An investigation was carried out whose objective was to determine the degree of relationship between childbirth directed and retention of membranes in parturients aged Fifteen to Thirty-Five years treated at the hospital II – two of Tarapoto two thousand five Tarapoto, the Logistic material instrument was the review of medical records and data collection with ítem eighteen. The study design is descriptive correlational because it is interpreting numerical data and statistical data presented being method deductiv.

Sample They studied medical records of One hundred and twenty-two women who gave retention of membranes in ushering directed between from Fifteen to Thirty-Five years - two thousand five, age, parity, history of abortion, previous cesareans, uterine curettage, history of retention of membranes was evaluated, the delivery time and the retention rate of membranes and treatment.

The results that we were The age profile obtained in maternity cases ranged from range Twenty - Twenty-Five years (Thirty-One.one %), were nulliparous and multiparous (Thirty-Three.six %), Antecedent of abortion were presented (forty-nine. Two%), The history of uterine curettage was higher (fifty-four nine%), delivery time was one to Fifteen minutes (Forty-Nine.two%), the retention rate ovular membranes in targeted delivery is partial (Ninety-Seven%) and the type of treatment is curettage (One hundred %).

Therefore, it is concluded that there is a significant relationship between directed delivery and retention of ovular membranes in parturients in Parturient aged Fifteen to Thirty-Five years treated at the hospital II – two of Tarapoto two thousand five Tarapoto

Keywords: delivery directed and retention of membranes

ÍNDICE

CARATULA -----	i
DEDICATORIA -----	ii
AGRADECIMIENTO -----	iii
RESUMEN -----	iv
ABSTRACT -----	v
INDICE -----	vi
INTRODUCCION -----	viii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	10
1.2. Delimitación de la Investigación.....	12
1.2.1. Delimitación Social.....	12
1.2.2. Delimitación Espacial.....	12
1.2.3. Delimitación Temporal.....	12
1.3. Formulación del Problema de Investigación	
1.3.1. Problema Principal.....	12
1.3.2. Problemas Secundarios.....	12
1.4. Objetivos de la Investigación	
1.4.1. Objetivo General	13
1.4.2. Objetivos Específicos.....	13
1.5. Hipótesis de la Investigación	
1.5.1. Hipótesis General.....	13
1.5.2. Hipótesis Secundarios.....	13
1.5.3. Variables.....	14
1.5.4. Operacionalización de las variables.....	14
1.6. Diseño de la Investigación.....	16
1.6.1. Tipo de Investigación.....	16
1.6.2. Nivel de Investigación.....	16
1.7. Población y Muestra de la Investigación.....	17
1.7.1. Población.....	17
1.7.2. Muestra.....	17

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
1.8. Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos	
1.8.1. Técnicas.....	17
1.8.2. Instrumentos.....	18
1.8.3. Técnica de análisis de datos.....	18
1.9. Justificación e Importancia de la Investigación.....	18

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....	20
2.2. Bases Teóricas.....	25
2.3. Definición de términos Básicos.....	48

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISCUSION	62
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65

ANEXOS

1. Fuentes de Información.....	66
2. Matriz de Consistencia.....	70
3. Ficha de recolección de datos.....	71

INTRODUCCION

El alumbramiento o tercer periodo de parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y de las membranas ovulares, la expulsión del feto y la aparición de las contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero y dan lugar al engrosamiento del músculo uterino lo que provoca una fuerza entre la pared uterina elástica y la placenta rígida, estas contracciones continúan dando lugar a la separación gradual de la placenta.

El manejo de la tercera etapa del parto es hoy en día una parte importante de la asistencia hospitalaria que consta de intervenciones diseñadas para facilitar que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas y evitar complicaciones como la retención de membranas ovulares que es la retención de la totalidad de las membranas o solo parte de ellas, en extensión como espesor.¹

Existen numerosos estudios que se relacionan con la duración de este periodo, con la prevalencia de la hemorragia postparto, retención de restos ovulares o retención placentaria y, por tanto, con la morbilidad materna ya que es considerada como un problema de salud pública el cual se encuentra ligada al desarrollo económico y social de los países, se supone que los avances científicos y los procedimientos terapéuticos contribuyen a la atención, prevención y control de la mortalidad materna.

Con la ejecución de esta investigación se recopiló información relevante el cual permitió determinar el grado de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en el Hospital II-2 Tarapoto.

Este trabajo presenta tres capítulos: en el capítulo I de la investigación, se presenta la descripción del problema a nivel nacional e internacional contrastada con la realidad actual, a su vez la formulación del problema, objetivo, hipótesis generales y específicas, las variables y la operacionalización de variables de estudio, diseño de la investigación, la población que está sujeta al estudio y la muestra, así como también justifico el porqué del trabajo carácter científicos, que presenta el estudio.

En el capítulo II se abordan los antecedentes Internacionales, Nacionales, Regionales, bases teóricas y las definiciones de términos básicos.

En el capítulo III se presenta el análisis descriptivo contando con tablas y descripción breve de ellas, análisis y la discusión de resultado realizando comparaciones de trabajando hacia los antecedentes internacionales, nacionales y regionales de la investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Realidad Problemática

El tercer período del parto, el alumbramiento, presenta una patología derivada de anomalías en la expulsión de los anexos fetales o en la cohibición de la hemorragia que suele acompañar a la expulsión. Los cuadros más importantes que pueden producirse durante el periodo del alumbramiento son: Retención placentaria: la placenta no se desprende, sin que ello se acompañe de otros trastornos; hemorragias: que pueden aparecer antes o después de expulsada la placenta y que pueden ser de gran intensidad, Inversión uterina: constituye un cuadro bastante raro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y el momento del parto se estimaron unas 303 000 muertes anuales en el año 2015. **La mayoría de estas muertes (80%) son el resultado de las patologías en el tercer periodo del parto** las cuales se agravan por enfermedades que se presentaron durante la gestación.^{2,3}

Shwars R.y Cols (2008) informan que, de una encuesta realizada en 28 maternidades de América Latina, solo el 9% de mujeres recibían manejo activo del alumbramiento. Una encuesta realizada a 2040 participante a un curso del Centro Latino Americano de Patología entre los años 1996 y 2001, ante la pregunta: ¿de qué tipo de manejo durante el alumbramiento se implantan 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.³ Uno de los procedimientos efectivos es el alumbramiento dirigido, siendo este la conducta activa, puede incluir las siguientes acciones: Administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé, Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, y Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta.⁴

La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

El plan estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal 2009-2015, diseñado por el Perú, se propuso alcanzar los niveles de reducción de la mortalidad materna y perinatal hasta 66 por 100000 nacidos vivos. En el año 2015 en el Perú hubo 414 muertes maternas perinatales, con mayor número se presentó departamento de lima con 59 muertes y en el departamento de san Martin con 15 muertes maternas perinatales.

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 y la selva ya que uno de los factores para este desprendimiento es la temperatura de la sala de partos: a mayor tiempo de desprendimiento se tendrá mayores complicaciones. Se debe analizar si los procedimientos se cumplen en su totalidad o si existen limitaciones para su cumplimiento.⁵

En el alumbramiento, pueden quedar restos placentarios adheridos al útero que producen una interferencia mecánica con la función contráctil miometrial.⁶

La presente investigación busca identificar en el Hospital II – 2 de Tarapoto, el grado de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares, patología que se presenta con mucha frecuencia y se trata de disminuir estas dificultades con el buen manejo del alumbramiento dirigido.

⁵Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento. La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd, 2006.

⁶Gonzalo Suarez: Obstetricia moderna/Patología del parto y puerperio. Capítulo 40 pag: 507-522

1.2.- Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación temporal:

Este estudio se realizó de enero a diciembre 2015.

1.2.2. Delimitación Espacial:

Se realizó la investigación en el Hospital II – 2 de Tarapoto en el departamento de Gineco-obstetricia servicio de sala parto.

1.2.3. Delimitación social:

Parturientas de 15 - 35 años de acuerdo a la inclusión del presente estudio.

1.2.4. Delimitación Conceptual:

Se trató de estudiar Alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares.

1.3.- Formulación del Problema

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación entre alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuál es la incidencia de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015?

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015?

1.4.- Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar el grado de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en mujeres de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto 2015

1.4.2. Objetivos secundarios

-Determinar la incidencia de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015

-Determinar si los factores de riesgo influyen en la retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto – 2015

1.5. HIPOTESIS Y VARIABLES

1.5.1. Hipótesis General

Existe relación significativa entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en mujeres de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto – 2015.

1.5.2. Hipótesis Secundarios

-Existe alta incidencia de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015

- Existe relación directa de los factores de riesgo que influyen en la retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015

1.5.3.- Variables

1.5.3.1. Variable Independiente:

Alumbramiento dirigido

1.5.3.2. Variable Dependiente:

Retención de membranas ovulares

Variable Interviniente:

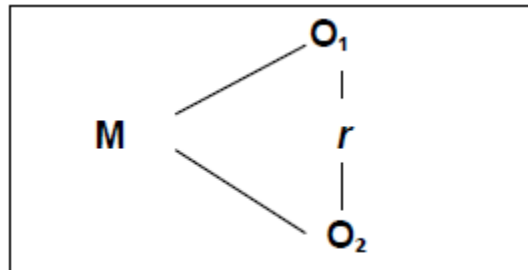
- Edad
- Multiparidad
- Adherencias anormales de la placenta
- Ant. Abortos
- Ant. Partos prematuros
- Ant. Legrado uterino
- Tipo de tratamiento

1.5.2.- Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Escala	Indicador
V.I. ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	Administración exógena de oxitocina intramuscular en el tercer periodo del parto que es el alumbramiento.	El alumbramiento dirigido incluye las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Administración de uterotónico: oxitocina 10 UI antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé, • Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, y • Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de duración del alumbramiento. • Expulsión total de la placenta • Complicaciones del alumbramiento: retención de membranas ovulares.
V.D. RETENCIÓN DE MEMBRANAS OVULARES	Es la falta de expulsión de membranas ovulares dentro de los 30 minutos posterior a la expulsión de la placenta o con el alumbramiento dirigido dentro de los 15 minutos.	En la revisión de la placenta se evidencia la falta de membranas ovulares.	<p>Incidencia</p> <p>Factores predisponentes</p>	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Multiparidad • Adhrencias anormales de la placenta • Ant. Aborto • Ant.Partos prematuros • Ant.Legrado uterino

1.6. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación seleccionado es el Descriptivo Correlacional, que se representa de la siguiente manera:



M = Representa a la muestra

O1= Observación realizada a la variable X: ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO

O2 = Observación realizada a la variable Y: RETENCIÓN DE MEMBRANAS OVULARES

r =Coeficiente de correlación.

1.6.1-Tipo de Investigación

Descriptivo: Porque se describió las variables tal como se presentan.

Transversal: Porque se midieron las variables en un solo momento.

Retrospectivo: El periodo y secuencia del estudio se realizó de sucesos o hechos pasados, este estudio busca las causas a partir de un efecto que ya se presentó, es decir de parturientas a quienes recibieron el alumbramiento dirigido y realizan retención de membranas ovulares.

1.6.2.-Nivel de Investigación

Esta investigación es **correlacional**, en él se midió el grado de relación que hay entre la variable independiente “ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO” con la variable Dependiente “RETENCIÓN DE MEMBRANAS OVULARES”

1.7.-Población y Muestra de la Investigación

1.7.1.- Población

Estuvo constituida por parturientas de 15 - 35 años a quienes se le realizó alumbramiento dirigido conformado por 1078 atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015

1.7.2.- Muestra:

Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia, por: accesibilidad a las historias clínicas y / o fichas de recolección de datos, viabilidad y criterio personal como investigadora, en ese sentido mi muestra estuvo representada por parturientas que presentaron retención de membranas ovulares en quienes se realizó alumbramiento dirigido conformado por 122 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Parturientas que presentaron retención de membranas ovulares.
- Parturientas entre 15 y 35 años.
- Parturientas con alumbramiento dirigido.
- Parturientas sin patologías obstétricas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Parturientas que no presentaron retención de membranas ovulares.
- Parturientas menores de 15 y mayores de 35 años.
- Parturientas que no se realizan alumbramiento dirigido.
- Parturientas con patologías obstétricas.

1.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

1.8.1.-Técnicas

1.8.1.- Técnicas de recolección de datos

- Se solicitó permiso al Hospital II-2 Tarapoto
- Se solicitó relación de historias clínicas de las gestantes que tuvieron el parto con alumbramiento dirigido.
- Se seleccionaron historias clínicas de gestantes que cumplieron con criterios de inclusión.

- Se obtuvo información necesaria para ser registrada en el instrumento de recolección de datos

1.8.2.-Instrumentos

- Historias clínicas.
- Ficha de recolección datos.

1.8.3-Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- Los datos que se obtuvieron fueron procesados en el Paquete Estadístico chi cuadrado teniendo un valor de margen de error de un 5%.
- Se hizo distribución de frecuencia y se elaboraron tablas de doble entrada.
- Los datos se presentaron a través de tablas, gráficos

1.9.- Justificación e Importancia de la Investigación

El alumbramiento puede desarrollarse de forma espontánea o dirigida con la técnica de alumbramiento dirigido o manejo activo de la tercera etapa del trabajo del parto.

A pesar del progreso que existe en el manejo activo del alumbramiento, aún existe la preocupación por seguir investigando nuevas técnicas mucho más adecuadas y eficientes para evitar la morbilidad y mortalidad.

La atención del parto supone una parte importante de la actividad asistencial de los hospitales que disponen de centros obstétricos, las maniobras o prácticas inadecuadas realizadas durante el tercer período del parto, a más de prolongarlo, aumentan el riesgo de otras patologías, como hemorragia del alumbramiento, postparto, anemia, y muerte materna.³

El manejo del alumbramiento dirigido, también denominado manejo activo se ha utilizado en muchos tratados de obstetricia modernos para referirse a la administración de fármacos con potencialidad de estimular la contractibilidad uterina, luego de la extracción del feto, seguida de maniobras para conseguir un aceleramiento de la expulsión placentaria, el uso de oxitocina más tracción controlada del cordón umbilical para la atención del período del alumbramiento.⁶

Algunos estudios indican que un correcto manejo del alumbramiento, momento más peligroso del parto, puede evitar su prolongación y por ende las complicaciones asociadas como retención de placenta o retención de membranas ovulares.⁵

Se debe tener presente que esta investigación es de bajo costo, fácil de realizar y favorecerá la atención del alumbramiento evitando sus complicaciones, así como los elevados costos.

⁴ Gulmezoglu AM et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet* 2012; March 6, 2012

⁵ Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd, 2006.

⁶ Gonzalo Suarez: *Obstetricia moderna/Patología del parto y puerperio*. Capítulo 40 pag: 507-522

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la Investigación

2.1.1.- A nivel internacional

LOJANO M. (2014) "ESTUDIO CLINICO DE LA EFICACIA DE LA OXITOCINA VIA CORDON UMBILICAL EN EL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO" Cuenca- Ecuador

Se estudiaron dos grupos, al primero (64 pacientes) se administró oxitocina vía cordón umbilical más el manejo activo del alumbramiento; el segundo grupo (66 pacientes), se realizó el alumbramiento fisiológico.

El grupo con administración de oxitocina vía cordón umbilical obtuvo un evidente beneficio con un menos promedio del tiempo de duración del alumbramiento 102.25 segundos (62.3), en comparación con el grupo sin oxitocina vía cordón umbilical 171.79 segundos (90.2). La diferencia de medias con la prueba T de student es de 69.53 segundos. Por lo tanto existe un beneficio con la administración de oxitocina vía cordón umbilical.⁷

PILOTO (2010) "IMPACTO MATERNO DEL MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO" Revista Cubana

Muestra 820 historias clínicas de parturientas obteniendo los siguientes resultados, El manejo activo de alumbramiento estuvo asociado con disminución de la hemorragia post parto (98%), solo (2%) presento hemorragia post-parto. El tiempo de alumbramiento (78%) se produjo entre 2-4 minutos entre 5-7 minutos y (10%) de 8-15 minutos.⁸

**VAZQUEZ J.(2013) "EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA
NORMATIVA MATERNO INFANTIL EN EL MANEJO ACTIVO DE
LA TERCERA ETAPA DEL PARTO EN EL HOSPITAL IESS LOJA
" Loja**

La muestra fue en 379 pacientes en el que se determinó que en el manejo activo la administración de uterotonicos, se efectuó en el 86% (primigestas), 71% (secundigesta) y 67% (trigestas).el pinzamiento oportuno en el 62% (primigestas), 58% (secundigesta), 62% (trigestas).la tracción controlada del condón umbilical 10% (primigestas), 8% (secundigesta) y 9% (trigestas) y el masaje uterino es el 30%, 46% y 41% respectivamente.

Se concluyó que lo únicos puntos que se realizan en el manejo activo de la tercera etapa del parto son la administración de uterotonicos y el pinzamiento oportuno.⁹

2.1.2.-A nivel nacional:

**TURCO V. (2008) "RESULTADO MATERNO FAVORABLE
ASOCIADO AL USO DE OXITOCINA VÍA INTRAUMBILICAL VS.
OXITOCINA ENDOVENOSA DURANTE EL MANEJO ACTIVO
DEL TERCER PERIODO DEL PARTO HOSPITAL ARZOBISPO
LOAYSA " Lima - Perú.**

Se estudiaron 90 historias clínicas de parturientas durante el tercer periodo del parto según criterios de selección específicos, divididas en dos grupos según la vía de administración de oxitocina (intraumbilical o endovenosa), 44 pacientes recibieron oxitocina por vía intraumbilical durante el tercer periodo del parto, mientras que 46 por la vía endovenosa. Se evaluó el tiempo de alumbramiento, diferencia de Hb, complicaciones y efectos adversos. El tiempo de alumbramiento obtenido fue de 2.36 minutos (+/- 0.12) cuando se administró la oxitocina por vía intraumbilical, frente a 2.74 minutos (+/- 0.11) al aplicarse por vía endovenosa, esta diferencia fue estadísticamente significativa. No se hallaron diferencias significativas en la diferencia de Hb, no se halló relación entre la presencia de complicaciones o efectos adversos y la vía de

administración aplicada. Por lo que, se concluye que la administración de oxitocina por vía intraumbilical obtiene un menor tiempo de alumbramiento en comparación a la aplicación por vía endovenosa, no se halló diferencia significativa en cuanto a la pérdida sanguínea y presencia de complicaciones y efectos adversos.¹⁰

CHAVEZ A. (2015) “ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y SU RELACION CON EL TIEMPO DEL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO EN PARTURIENTAS HOSPITAL HUAMAN POMA DE AYALA Y HOSPITAL DE APOYO DE NAZCA” Ica - Perú

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 6 a 10 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 comprendiendo entre 2 a 4 años. En el Hospital de Puquio las pacientes que acuden a atenderse proceden mayormente de la zona rural a diferencia del Hospital de Nazca que son zona urbana.¹¹

ALVEAR J. (2015) “TIEMPO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO CON OXITOCINA MUSCULAR vs OXITOCINA ENDOVENOSA EN EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO HOSPITALES SANTA MARIA DEL SOCORRO Y AUGUSTO HERNANDEZ” Ica - Perú

Existen diferencias significativas en el alumbramiento dirigido con el uso de la oxitocina intramuscular y oxitocina endovenosa en los hospitales Santa María del socorro y Augusto Hernández.

En los hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández donde se utiliza oxitocina intramuscular y endovenosa respectivamente para el alumbramiento dirigido las pacientes se encuentran entre las edades de 20 a 35 años y en su gran mayoría son multíparas.

La duración del trabajo del parto con oxitocina endovenosa y oxitocina intramuscular fue de 6 a 8 horas. En el alumbramiento dirigido utilizando la oxitocina endovenosa se presenta en mayor porcentaje las complicaciones en relación con el uso de oxitocina intramuscular, con la utilización de oxitocina intramuscular para el alumbramiento dirigido, la complicación que mayormente se representa es la retención de restos placentarios a diferencia que con el uso de oxitocina endovenosa observamos la hemorragia postparto.¹²

AROTOMA M, GUZMAN M, VALENCIA T, NORABUENA R, MENACHO L (2011) "EFECTOS DE LA OXITOCINA EN EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA - HUARAZ " Santiago Antúnez de Mayolo

La práctica del alumbramiento dirigido en el tercer periodo del parto la mayoría de parturientas redujo significativamente el tiempo de alumbramiento.

Con relación a sangrado vaginal con el alumbramiento dirigido se logró disminuir en gran porcentaje de parturientas, de esta forma se evitó las complicaciones obstétricas de hemorragia postparto.

La incidencia de anemia pos alumbramiento, en el tercer periodo de parto se redujo en su mínima proporción, ya que solo con la administración de un solo fármaco se minimizó los casos de hemorragias obstétricas.

Los efectos secundarios del fármaco en la práctica del alumbramiento dirigido fueron no trascendentales, pues fueron mínimas ya que en ningún momento estuvo en peligro la salud materna.¹³

MENDOZA L. (2011). “RETENCION DE RESTOS OVULARES Y SU RELACION CON EL TRABAJO DE PARTO, EN EL INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA” Tarapoto – Perú.

En el mencionado año se presentaron 12409 partos eutócicos atendidos en dicho Instituto.

El porcentaje de retención de restos ovulares en nuestras pacientes fue del 68.1%.

Los factores condicionantes de la retención de membranas fueron: La prematuridad con un porcentaje del 66.2%, Duración del trabajo de parto menor de 12 horas con un porcentaje de 73%, edad fluctúan entre 13 a 20 años con un promedio de 25 años y un porcentaje de 46.4%.la paridad el mayor porcentaje se encontró en multíparas con un 71.2%.

La modalidad de alumbramiento: fue shultze 68.9%, y el tratamiento protocolizado fue el legrado uterino en 68.1%, estuvieron a cargo de internas de Obstetricia con un porcentaje de 47.2%.¹⁵

2.1.3.-A nivel Local

RENGIFO C. MELENDEZ N. (2010) “ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y SU RELACION CON EL TIEMPO DEL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO EN PARTURIENTAS HOSPITAL II-2 TARAPOTO Y EL HOSPITAL ESSALUD” Tarapoto - Perú.

El tiempo del alumbramiento dirigido más frecuente en el Hospital II – 2 Tarapoto es de 3 a 5 minutos, mientras que en el Hospital de Essalud de 5-7 minutos.

El mayor porcentaje de parturientas tanto en el Hospital II-2 de Tarapoto y Essalud tuvieron una edad entre 20 a 25 años en 41 % y multíparas en 58%.

Las principales complicaciones en el tercer periodo de parto retención de membranas ovulares (44.74%), hemorragias (28.95%), retención placentaria (18.42%), laceración del cuello uterino (7.63%).¹⁴

2.2.- Bases Teóricas

1.2.1. Alumbramiento:

Se denomina al tiempo del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares, se inicia breves instantes después del periodo de expulsión fetal.

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. 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 combe 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 engrosamiento del sitio de la placenta de la pared uterina y las contracciones son las principales fuerzas impulsoras en el proceso de separación placentaria. A veces, se origina un hematoma entre la placenta que se separa y la decidua restante, como resultado de la separación; sin embargo, es posible que este hematoma acelere el proceso de separación. No obstante, en la actualidad, no existe suficiente evidencia sobre la fisiología de la separación placentaria. El grado de pérdida de sangre depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de las contracciones uterinas alrededor del lecho placentario durante y después de la separación. Si los músculos no se contraen lo suficiente, puede ocurrir una hemorragia posparto (HPP) cuya causa más frecuente es la hipotonía uterina.¹

¹ Cunningham F, MacDonald Pc, Gant NF et al: Williams Obstetrics 20th Edition. Appleton & Lange, e. Norwalk, ct 2011

FISIOLOGIA:

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos.¹⁸ Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen, el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal.

Al final de un embarazo a término, 500-800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coagulo retroplacentario, cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se reduce la hemorragia.¹⁷

Tiempos de alumbramiento:

Este periodo comprende cuatro etapas

- Desprendimiento de la placenta
- Desprendimiento de las membranas.
- Descenso
- Expulsión¹⁷

¹⁷ SCHWARCZ,R,L y otros. Obstetricia. 5ª edic.Buenos Aires, El Ateneo, 2005 pag.488

¹⁸ Manejo de Emergencias Obstétricas de Salud del Perú

Desprendimiento de la placenta:

De inmediato al parto el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante, todavía la placenta permanece en un tiempo (unos minutos) adheridas a él, pero a continuación del nacimiento se agregan fuertes contracciones rítmicas las cuales son motivo fundamental de desprendimiento de la placenta.¹⁷

El desprendimiento de la placenta puede realizarse a través de 2 mecanismos:

Baudelocque Schultze: (80%) El desprendimiento se localiza en el centro de la placenta formando un hematoma retro placentario que a medida progresa el desprendimiento se hace mayor, ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal. Este mecanismo siendo el más frecuente.

Baudelocque Duncan: (20%) el desprendimiento se efectúa por el borde de la placenta y extendiéndose hasta el centro de la misma, la presión uterina completa la acción hasta permitir la expulsión por el mismo borde o sea por la cara materna de la placenta.

Signos de desprendimiento:

- **Signo de Schoroeder:** El útero se eleva por arriba del ombligo y se lateraliza hacia el hipocondrio derecho (porque el ligamento derecho del útero es más corto y tracciona más). De la pérdida hemática: Solo en desprendimientos de Baudelocque Duncan.

De descenso

- **Signo de küstner:** Al elevar el útero por encima del ombligo si la pinza cae es porque la placenta está descendiendo. El cordón no sigue solidariamente el movimiento del útero.^{19 20}

¹⁷ SCHWARCZ,R,L y otros. Obstetricia. 5ª edic.Buenos Aires, El Ateneo, 2005 pag.488

¹⁸ Pérez Sánchez, A.donosó Siña, E. Obstetricia 3ª edic. Santiago de Chile, Mediterraneo,2007. Pag.400

¹⁹ Girdon, H. y otros. La medicina basada en evidencia. Guías de usuarios de la literatura médica. Madrid. The American Medical Association.2007. pág. 200

Desprendimiento de las membranas ovulares: Desprende por idéntico proceso que el anterior, finalmente el mismo peso de la placenta en su descenso terminará de desprenderá por simple tracción controlada.¹⁷

Descenso de la placenta: desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, por la actividad y mayormente por el peso mismo de la placenta. ¹⁷

- **Signo de Ahlfeld:** - Pinzamiento o ligadura del cordón próximo a la vulva, que se irá distanciando de ella con avance de migración de la placenta de 10 cm.

- **Signo de Strassman.-** Una de las manos mantiene el cordón umbilical, la otra determina movimientos en el fondo uterino. Puede ser negativo (la mano que mantiene el cordón recibe propagación) o positivo (los movimientos del fondo uterino no se propagan al cordón, revelando descenso de la placenta). ^{19 20}

Expulsión de la placenta

1. **Absolutamente normal:** después de algunos pujos más el agregado del peso y el hematoma retroplacentario, se produce la expulsión placentaria hasta el exterior. ¹⁷
2. **Absolutamente dirigida:** después de la administración de la 10 UI oxitocina IM más tracción controlada, el agregado del peso y el hematoma retroplacentario, se produce la expulsión placentaria hasta el exterior.
3. Muy frecuentemente lo anteriormente mencionado, en caso que no ocurra el desprendimiento ni el descenso por lo que se extrae con ayuda manual. ¹⁷

Evolución clínica del alumbramiento:

Para su mejor estudio se ha dividido en:

¹⁷SCHWARCZ,R,L y otros. Obstetricia. 5ª edic. Buenos Aires, El Ateneo, 2005 pag.488

¹⁹.Pérez Sánchez, A.donosó Siña, E. Obstetricia 3ª edic. Santiago de Chile, Mediterraneo,2007. Pag.400

²⁰.Girdon,H. y otros. La medicina basada en evidencia. Guías de usuarios de la literatura médica. Madrid. The American Medical Association.2007. pág. 200

(a) Fenómenos subjetivos.

Después de la expulsión del feto, se observa a la paciente tranquila por algunos minutos, a esto se llama reposo clínico, luego la madre siente de nuevo el dolor de las contracciones del desprendimiento y por último en medio de los fenómenos más incómodos que dolorosos, la placenta se elimina al exterior.¹⁷

(b) Fenómenos objetivos. Los fenómenos subjetivos ya vistos van a acompañados de otros fenómenos físicos.

b.1. Volumen, situación, forma y consistencia del útero:

Inmediatamente después del parto el fondo uterino se sitúa a nivel del ombligo, asciende 5 a 6 cm cuando la placenta desprendida cae al segmento inferior, frecuentemente el cuerpo se desplaza hacia la derecha al tiempo que sus dos paredes se adosan y su forma esférica se torna angulosa. Por último, el útero desciende nuevamente hasta dos dedos por debajo del ombligo cuando la placenta cae a la vagina o es expulsada

b.2. signos de desprendimiento. Signo de Schoroeder, signo de ahlfeld, signo de kustner.¹⁷

b.3. pérdida sanguínea:

Se calcula que la pérdida sanguínea es en promedio de 300 ml de sangre, es algo más cuantiosa en múltipara que en las primíparas.¹⁷ La hemorragia se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae, los vasos arteriovenosos que quedan abiertos en la pared quedan fuertemente comprimidos y obliterados por la red muscular del cuerpo uterino (ligaduras de pinard), el útero entonces tiene una forma globulosa, leñosa y se le conoce con el nombre de globo de seguridad de pinard.¹⁹

20

¹⁷SCHWARCZ,R,L y otros. Obstetricia. 5ª edic.Buenos Aires, El Ateneo, 2005 pag.488

¹⁹.Pérez Sánchez, A.donosó Siña, E. Obstetricia 3ª edic. Santiago de Chile, Mediterraneo,2007. Pag.400

²⁰.Girdon,H. y otros. La medicina basada en evidencia. Guías de usuarios de la literatura médica. Madrid. The American Medical Association.2007. pág. 200

Manejo de los fármacos uterotónicos

- Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, e inyectar 10 unidades de oxitocina intramuscular (i.m.). Entre los fármacos uterotónicos la oxitocina es la preferida porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección,¹⁶ tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse en todas las mujeres
- Cuando no haya oxitocina disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos, como la ergometrina 0,2 mg i.m, o misoprostol 400-600 µg oralmente.

Los efectos secundarios derivados de la ergometrina son la hipertensión, las cefaleas, las náuseas y los vómitos. La administración de misoprostol debe reservarse para situaciones en las que no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergóticos inyectables.²²

Los fármacos uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado:

- **Oxitocina:** 15-30°C. El mejor método de almacenamiento de este fármaco es la refrigeración, pero puede almacenarse a temperaturas de hasta 30°C hasta tres meses sin gran pérdida de su potencia, y se debe evitar la congelación.
- **Ergometrina:** 2-8°C. Requiere protección de la luz y evitar que se congele.
- **Misoprostol:** Tiene que mantenerse a temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.²²

1.2.2. Alumbramiento Dirigido o Activo:

La administración de oxitocina profiláctica previa a la expulsión de la placenta.²¹

¹⁶ Serra V, Perales A, Remohí J, Urgencias Obstétricas, 3ª edic. Medica Panamericana, Brasil 2010 pag.316-331

²¹ Cunningham, G. et al. Williams Obstetricia. 4ta de. Editorial Masson. Barcelona España. 2008. Pag: 338, 603.

²² El-Refaeey, H. O'Brian, P. Morafa, W. Use of misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 104. 2011. Págs: 336-339

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones:

- Administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé,
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, y
- Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado.²¹

Los métodos de manejo activo según la ICM y la FIGO son:

1.2.2.1. Administración de drogas uterotónicas:

La droga uterotónica más comúnmente utilizada es la oxitocina por su demostrada efectividad. La oxitocina se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene efectos colaterales mínimos y se puede usar en todas las mujeres. En el cual se le administra 10 UI de oxitocina IM antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebe.

1.2.2.2. Oxitocina:

Es una hormona es sintetizada por el núcleo paraventricular del hipotálamo, de donde es transportada por los axones de las neuronas hipotalámicas hasta sus terminaciones en la porción posterior de la hipófisis (neurohipófisis), donde se almacena. Los principales estímulos que hacen que se libere la oxitocina hacia la corriente sanguínea son la succión, estimulación de genitales y distensión del cuello uterino.

La oxitocina circula en forma de péptido libre y es metabolizada por hígado y riñones; a nivel plasmático existen diversas peptidasas que se encargan de degradar la hormona, como son la llamada oxitocinasa (aminopeptidasa de cistina).¹

²¹ Cunningham, G. et al. Williams Obstetricia. 4ta de. Editorial Masson. Barcelona España. 2008. Pag: 338, 603.

¹ Cunningham F, MacDonald Pc, Gant NF et al: Williams Obstetrics 20th Edition. Appleton & Lange, e. Norwalk, ct 2011

1.2.2.3. Tracción controlada del cordón umbilical

- Pinzar el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que cesen las pulsaciones en un recién nacido saludable) y sostenerlo en una mano.
- Colocar la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y estabilizar el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical. Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, animar a la madre a pujar y, con mucho cuidado, tirar hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continuar aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende y es expulsada en los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no hay que continuar traccionando:
 - Sostener el cordón cuidadosamente y esperar a que el útero esté bien contraído de nuevo.
 - Durante la siguiente contracción, repetir la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.
- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sostenerla con las dos manos y voltearla con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Traccionar lentamente para extraerla por completo.
- No se debe realizar una tracción del cordón umbilical sin efectuar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.²³

²³ Salud Perinatal, Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano, boletín 17, CLAP.diciembre 2010. Pag: 6-7

- Revise cuidadosamente la placenta para asegurarse que no le falta ninguna parte.

1.2.2.4. Masaje uterino

- Practicar el masaje inmediatamente en el fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.
- Asegurarse de que el útero no se relaje después del masaje uterino.²⁴

ATENCION DEL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO:

El concepto básico y fundamental de asistencia de este periodo es el de expectación máxima, la obstetra debe permitir que los fenómenos clínicos ya mencionadas se desarrollan solos y con la mayor espontaneidad posible, ya que de lo contrario se puede originar grandes complicaciones:

a. Desarrollo normal: se vigilará

- Facies y conjuntivas tratando de reconocer precozmente la palidez y la taquicardia, índice de posible hemorragia.
- La pérdida sanguínea 300 a 500 ml
- Tamaño del útero
- La obstetra actuara cuando el útero haya descendido, se recibe a la placenta a su salida para impedir que caiga por su propio peso con lo que se evita el tironeamiento de las membranas por la misma placenta.
- Terminada la expulsión, se vigilará la constitución del globo de seguridad de pinard

²⁴ Botero Jaime. Ginecología y Obstetricia. 7ª Edición Bogota Cooperacion de investigación Biológicos, 2004 Págs. 278-279

- Se procederá al examen minucioso de la placenta y de las membranas

b. Desarrollo seminormal:

Con frecuencia al curso de alumbramiento no es absolutamente espontáneo. Lo más frecuente es que la expulsión de la placenta se restaure o bien se haga lentamente. El tiempo de expectación en general se admite un máximo de 30 minutos.

b.1. si no está desprendiendo debe de excitarse la contractibilidad, recurriendo al masaje uterino o a los oxitócicos (10 UI oxitocina IM).

b.2. si esta desprendida y no se expulsa, al quedar alojada en la vagina atónica por el parto fetal, reciente, puede recurrirse a la presión fundica a las tracciones por el cordón o a ambos.

Terminando el alumbramiento y con ello el parto, no se debe de abandonar a la paciente hasta transcurrido un plazo de dos horas, en donde se vigilará el globo de seguridad de pinard.²⁰

1.2.3. Patologías del Alumbramiento:

El tercer período del parto, el alumbramiento, presenta una patología derivada de anomalías en la expulsión de los anexos ovulares en la cohibición de la hemorragia que suele acompañar a la expulsión. Los cuadros más importantes que pueden producirse durante el periodo del alumbramiento son:

1.- Retención placentaria: la placenta no se desprende, sin que ello se acompañe de otros trastornos.

2.- Hemorragias: que pueden aparecer antes o después de expulsada la placenta y que pueden ser de gran intensidad.

3.- Inversión uterina: constituye un cuadro bastante raro.

²⁰.Girdon,H. y otros. La medicina basada en evidencia. Guías de usuarios de la literatura médica. Madrid. The American Medical Association.2007. pág. 200

1.2.3.1. RETENCIÓN PLACENTARIA

Una placenta retenida es, como su nombre indica, una complicación en la que la placenta no simplemente desprenderse de la pared uterina tras el parto.

- 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 espontáneo y más de 15 minutos en alumbramiento dirigido

- En algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda, pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos.

Se producen así por hiperdinamia anillos de constricción por encima del segmento inferior que determinan la retención sobre ellos de: toda la placenta desprendida encarcelación, o parte de ella engatillamiento.²⁵

Etiología.- El hecho de que no se desprenda la placenta puede deberse a:

1. No se producen contracciones uterinas normales que originen el despegamiento placentario normal. Esta atonía uterina es frecuente en partos prolongados o con gran distensión uterina (parto gemelar, hidramnios).
2. Existencia de alteraciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta.
3. Placenta insertada en un lugar poco habitual (cuerno uterino) o que se trate de una adherencia normal, o que se trate de una placenta accreta.
4. La retención placentaria es frecuente en partos prematuros.
5. Las encarcelaciones y engatillamientos pueden deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas.

²⁵ Hofmeyr, G. Nikodom, Vc. de Jager. Gelbart, BR. A randomized placebo controlled trial of oral misoprostol in the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 2010; 105 ; 971-5.

Clínica: La placenta no se desprende. El útero está blando, elevado hasta el ombligo, puede que desviado hacia un lado (generalmente hacia la derecha). En algunos casos (encarcelaciones y engatillamientos) mediante palpación el útero presenta irregularidades e induraciones.

Conducta: Si transcurrida media hora tras la expulsión del feto no se ha verificado el alumbramiento espontáneo y más de 15 minutos en alumbramiento dirigido, y se supone que la placenta no se ha desprendido, se intentará el despegamiento, siguiendo los siguientes pasos:

1. Se rectifica la postura del útero, se endereza y se aplica un masaje suave para que se contraiga.
2. Colocar dos vías EV con cloruro de sodio al 9‰, a una agregar oxitocina 30 UI.
3. colocar la sonda Foley n 14 y bolsa colectora.
4. Si no se logra el desprendimiento se realiza la maniobra de **Credé:** consiste en ejercer una buena presión sobre el útero, abarcándole con la mano, el dedo pulgar sobre la cara anterior y los demás en la posterior. Repetir 3-4 veces. No olvidar que se pueden producir desprendimientos parciales de placenta (riesgo de hemorragia).
5. Si no se logra el desprendimiento maniobra de Credé con anestesia.
6. Realizar la extracción manual de la placenta: con la paciente con anestesia, se introduce la mano con los dedos unidos (mano en comadrón) en el útero y se despega cuidadosamente la placenta con el borde cubital, mientras la mano externa sujeta el útero. Despegada la placenta la mano externa tira del cordón para extraer la placenta y la mano interna comprueba que el útero ha quedado vacío. Si la extracción manual se descubre una placenta accreta se realizará histerectomía.²⁶

²⁶ J.A. Uzandizaga – P. DE LA Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol 1: Obstetricia. 2ª edición 2014

1.2.3.2. HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO

Se define a la pérdida de la sangre mayor a 500ml en partos cefalovaginales o mayor a 1000ml en cesáreas⁴¹; o la disminución de 10 % en el hematocrito.²⁷

Son la causa más importante de mortalidad materna y la patología más importante del alumbramiento. En el Perú es la primera causa de muerte materna. En términos generales se admite que un sangrado inferior a 500 ml en el alumbramiento es normal y que superiores a 1 l.se consideran definitivamente patológicas (lo que ocurre en ~ 5% partos). Hemorragias de 500ml-1l. Se presentan en una cuarta parte de los partos. (En la mayor parte de las cesáreas se pierde más de 1 l.).

Se ha intentado cuantificar la hemorragia por diferentes métodos: recoger la sangre en bolsas, pesar las compresas empapadas, pero son métodos muy engorrosos; se admite que ha habido hemorragia del alumbramiento cuando el hematocrito desciende 10 ó más puntos, o cuando es necesaria la transfusión.

Causas de hemorragia del alumbramiento:

Antes de la expulsión de la placenta

- desgarros cervicales, rotura uterina, desprendimiento parcial de placenta

Después de expulsión de placenta

atonía uterina, retención de restos ovulares, desgarros, rotura uterina. trastornos de la coagulación.

1.2.3.3. Inversión Uterina.

Se caracteriza por la invaginación del fondo uterino, que penetra en la cavidad uterina y puede alcanzar el orificio cervical interno, atravesar el conducto cervical, la vagina y aparecer en la vulva como

²⁷ Cunningham, G. et al. Williams Obstetricia. 23 ediciones. Editorial Mc Graw-Hill 2011. Pag: 320.

una tumoración. Ocurre durante el alumbramiento o raramente, en el postparto inmediato, y es origen de una intensa hemorragia.

1.2.4. Otras Prácticas de manejo activo del Alumbramiento:

Existe evidencia de que la inyección de oxitocina en la vena umbilical puede reducir la necesidad de efectuar un alumbramiento manual de la placenta retenida después del nacimiento del niño.

La placenta aporta los nutrientes que el feto necesita en el útero a través del cordón umbilical. Generalmente, es expulsada poco después del parto; sin embargo, si la placenta queda retenida en el útero, las mujeres corren mayores riesgos de sangrar intensamente (hemorragia), sufrir infecciones y, muy ocasionalmente, fallecer. El alumbramiento manual implica efectuar una operación para extraer la placenta, lo que puede presentar efectos adversos. La revisión de estudios clínicos permitió detectar cierta evidencia de que la inyección de oxitocina en el cordón umbilical puede reducir la cantidad de casos en los que es necesario un alumbramiento manual de la placenta retenida. Por ello, aún deben realizarse más investigaciones acerca de los efectos de las inyecciones de oxitocina, prostaglandina o expansor plasmático.

El drenaje de la placenta, que no se contempla como parte de la conducta activa, no es una práctica muy extendida, excepto en algunos países, como Bélgica y Portugal.²⁸

1.2.5. Alumbramiento dirigido o activo modificado:

Es un procedimiento alternativo al alumbramiento activo es el alumbramiento activo modificado que recomienda el tacto del tercio inferior vaginal, luego del nacimiento del feto y de la administración de oxitocina, para comprobar digitalmente que la placenta se halla por debajo del cuello uterino e iniciar la tracción controlada del cordón umbilical, para extraer la placenta de inmediato y con seguridad, con la finalidad de acortar significativamente el tiempo de duración del alumbramiento y disminuir la pérdida de sangre. En la

²⁸ Khan, Quadir et al. Controlled Cord Traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. American Journal Obstet Gynecol. Vol 177, Num 6 . 2010. Pag :770-771.

práctica, no hay ningún protocolo establecido científico y estadísticamente sustentado que nos permita adoptar un manejo activo modificado que inicie tempranamente las maniobras de expulsión placentaria, comprobando la expulsión placentaria manualmente y directamente, mediante el tacto vaginal. Por esta razón, los autores iniciaron una investigación experimental clínica aleatorizada, para comparar si el método de atención del alumbramiento activo modificado propiciará menor tiempo de duración del alumbramiento y menor pérdida de sangre durante el alumbramiento si lo comparamos con el alumbramiento activo clásico. Indicadores adicionales en el estudio experimental fueron la frecuencia de la retención parcial o total placentaria y la cantidad de la pérdida de sangre durante la primera hora post alumbramiento en los dos tipos de atención del alumbramiento.²⁹

1.2.6. EXAMEN DE LA PLACENTA Y LOS ANEXOS OVULARES.

El examen de la placenta y de los anexos ovulares, debe practicarse metódicamente en todos los casos, además debe realizarse por ambas caras de la placenta: materna y fetal.

Debe examinarse la superficie de implantación uterina; superficie rugosa (por las vellosidades coriales), dividida por los surcos intercotiledónes. En la cara materna, también hay que observar la presencia de infartos placentarios e infiltraciones calcáreas.

La cara fetal superficie lisa aspecto brillante, las membranas forman un saco por donde podemos introducir la mano a través del orificio que permitió la salida del feto. Las membranas deben ser examinadas por el lado coriónico y el amnios.

El examen del cordón umbilical permitirá comprobar, además de las características anatómicas (presencia de vasos sanguíneos, longitud diámetro), las anomalías de inserción: inserción lateral, marginal o velamentosa.

²⁹ Perez, Manuel. Tratado de obstetricia. 8va edición, editorial panamericana Buenos Aires Argentina Volumen 1.2010

1.3. RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES:

Es frecuente aun en el parto espontaneo. Es la retención de la totalidad de las membranas o solo parte de ellas, en extensión como en espesor. Ello ocurre por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad o un grupo de adherencia acentuado de las membranas.

El manejo adecuado para evitar la retención de membranas ovulares es la observación cuidadosa de la integridad de las membranas posterior al alumbramiento, en caso contrario se debe de realizar revisión de cavidad y limpieza de la cavidad uterina.

Factores predisponentes para la retención de membranas ovulares:

Se define como riesgo obstétrico a la probabilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada.³⁰

En cualquier caso, tal y como afirma pacheco, hay dos circunstancias que principales constituyen la situación de riesgo. La primera de ellas está relacionada con pacientes con antecedentes de mal historial obstétrico o con situaciones patológicas bien establecidas. Y la segunda y las más importantes por sus frecuencias, es aquella correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada.

Los factores de riesgo que describimos a continuación como: la primiparidad precoz, paridad en añosas y multiparidad se relacionan directamente con la morbimortalidad materna según estudios.³⁰

³⁰ Cabero Saldivar "Operatoria Obstetrica" 2009 – Mexico editorial Medica Panamericana. Cap .15 pag. 111-116

1.3.1. Primiparidad precoz:

Se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 19 años.

Durante la década de los 1970 resulto claro que el embarazo de las adolescentes era un problema principalmente sociológico con consecuencias médicas. Riesgos obstétricos para las adolescentes fueron la pobreza, la alimentación inadecuada y la salud deficiente antes del embarazo. Estos factores de riesgo, cuando fueron analizados posteriormente por McAnarney, incluían nutrición deficiente, el hábito de fumar, el abuso del alcohol y las drogas e infecciones genitales.

Satin y Col. Analizaron los resultados en más de 16500 mujeres nulíparas y hallaron que había un aumento significativo de partos prematuros y complicaciones en el tercer periodo de parto.

El embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido. En el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y aquí como en el alumbramiento, pueden originarse anomalías por deficiencias de la contracción uterina.^{31 32}

1.3.2. Primiparidad tardía:

Cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años, se la rótula de primípara añosa.

Durante la década pasada, debido a que las mujeres mayores y a menudo bien instruidas retrasaban la maternidad, la proporción de las mujeres estadounidenses que dan a luz con más de 35 años ha aumentado significativamente.

³¹ Clavero, N. tratado de ginecología: Fisiología, obstetricia ginecología, reproducción 13ª ed. Barcelona. Días de santos. 1993. Pag: 340-366

³² Instituto mexicano del seguro social. Manual de normas y procedimientos en obstetricia. Hospital Luis Castelazo Ayala México, D.F.2005

Esta tendencia ha continuado intensificando entre las mujeres de más 30 años. Al mismo tiempo, la cantidad de mujeres de 30 años que permanecen sin hijos ha aumentado bruscamente en la últimas dos decenas.

El útero, que durante tantos años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y contractilidad, al sufrir degeneración fibrosa. La falta de extensibilidad del musculo uterino puede ser causa de interrupción de la gestación. En el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía.³³

1.3.3. Multiparidad:

Constituyen un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbimortalidad materna según estudios realizados por diferentes autores.^{31 32}

Los que refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiología, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de parto prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta y membranas ovulares, desgarros de las partes blandas, sangrados postparto por atonía uterina.³³

³¹ Clavero ,N. tratado de ginecología: Fisiología, obstetricia ginecología, reproducción 13ª ed. Barcelona. Días de santos. 1993. Pag: 340-366

³² Instituto mexicano del seguro social. Manual de normas y procedimientos en obstetricia. Hospital Luis Castelazo Ayala Mexico, D.F.2005

³³Muñoz R, Alcázar M, prevención diagnóstico y tratamiento de las Hemorragias durante el embrazado, parto y puerperio Boletín Informado Editado por el Instituto Nacional de México 2010

1.3.4. Abortos:

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: Es la terminación de la gestación espontánea / natural o inducida o provocada de un embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea con un peso menor de 500 gr y no viable.

Un número considerable de retenciones placentarias están asociados con aborto. Este puede deberse a infecciones de transmisión sexual, vaginosis bacteriana, tuberculosis, malformaciones congénitas, alteraciones uterinas, agresiones externas y otras más. Las deficiencias nutricionales de caroteno, vitamina E y selenio, fósforo y zinc, pueden también ser causa de retención de membranas fetales. La hipocalcemia subclínica o clínica puede predisponer a una placenta retenida y metritis debido a que el útero no involuciona.³⁴

1.3.5. Maniobras Intempestivas:

Son procedimientos que se realiza u ocurre fuera de tiempo o que es inconveniente o inoportuno para desprender la placenta o membranas ovulares, también conocidos como expresiones apresuradas o tironeamientos, manipulaciones.³⁰

1.3.6. Tironeamiento de cordón umbilical:

Si el cordón umbilical se desprendió previamente (debido a maniobras intempestivas), se introduce una mano en la cavidad uterina y se explora con ella el interior, hasta que se detecta la línea de división entre la placenta y la pared uterina, entonces se procede según lo expuesto anteriormente, posterior quedara adheridas membranas ovulares debido a la maniobra de tironeamiento.³⁰

³⁴ Ruiz P. Ariel. guías para manejo de urgencias 3^{ra} edición Bogotá Colombia capítulo X pág. 906-911

³⁰ Cabero Saldivar "Operatoria Obstetrica" 2009 – Mexico editorial Medica Panamericana. Cap .15 pag. 111-116

1.3.7. Placenta adherida de manera anormal:

La placenta puede adherirse con diferente extensión, sólo parcialmente o completamente.

Algunas veces partes de la placenta se adhiere de forma anormal:

Placenta Acreta: casi todas las vellosidades coriónicas penetran a través de la decidua (invaden miometrio)

Placenta increta: penetración a través del miometrio

Placenta percreta: puede incluir todo cotiledones (placenta percreta total) algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal).³⁵

1.3.8. Membranas friables:

Es Tejido que se desmenuza o se aplasta con facilidad en el alumbramiento, las membranas fetales se desarrollan a partir del cigoto, y el papel funcional que les corresponde está en relación con la nutrición y protección del huevo en desarrollo. A medida que el embrión va evolucionando queda cubierto por 2 sacos: uno interno, que es el amnios; y otro externo, el corion o envoltura serosa. El amnios está constituido por un epitelio, una membrana basal y 3 capas (compacta, fibroblástica y esponjosa), compuestas fundamentalmente por colágeno; y el corion, que tiene una membrana basal y la capa reticular, compuesta también de colágeno. El saco que estaba adosado a él se va separando por un líquido llamado líquido amniótico.³⁶

2 capas (el amnios y el corion), como ya se había señalado.

³⁵. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion nº 529: Placenta accrete. Obstet and Gynecol. 2012; 120 (1):207-211.

³⁶. Lugones B. Miguel; Ramírez B. Marieta. Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. Policlínico Universitario "26 de Julio". La Habana, Cuba.

Causas:

- **Infecciones:** Las bacterias son capaces de desarrollar actividad proteolítica que destruye el colágeno, pudiendo además favorecer la colagenasa de los neutrófilos.
- **Coito:** en el coito existen sustancias que pueden conducir al mismo efecto. Las enzimas *collagen-like* y las prostaglandinas (que estimulan la proteólisis).
- **Tabaquismo:** en las fumadoras se produce una reacción pulmonar que aumenta la actividad proteolítica y disminuye la de los inhibidores proteolíticos.
- **Déficit nutricionales y de oligoelementos:** La bolsa también sufre una serie de cambios estructurales que la debilitan a lo largo de la gestación, entre los cuales se da, incluso, una disminución de su contenido en colágeno, por lo que su rotura a término puede considerarse una variedad fisiológica por ese normal debilitamiento intrínseco.³⁶

1.4. Tratamiento para la retención de membranas ovulares en parturientas el Legrado Uterino

El legrado es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar o retirar los restos de placenta o de membranas cuando quedan en el útero tras el parto, ya que podrían provocar hemorragias o infecciones

El legrado es una intervención que se realiza, en general, después de un aborto.³⁷

³⁶. Lugones B. Miguel; Ramírez B. Marieta. Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. Policlínico Universitario "26 de Julio". La Habana, Cuba

³⁷ Miguel A. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander Med. UIS 2015 pag.151 – 156

No obstante, en algunos casos, también es necesario aplicarla durante el periodo puerperal -después del parto- para **retirar restos de placenta o membranas que permanecen dentro del útero y pueden dar lugar a hemorragias irregulares o infecciones**. La técnica es sencilla: consiste en dilatar el cuello del útero y, con el instrumental adecuado, extraer los restos de la cavidad uterina.

1.4.1. Cuando se realiza el legrado uterino:

Tal como recoge el manual 'Fundamentos de Obstetricia', de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el legrado puerperal se puede realizar en el posparto inmediato si se duda sobre la integridad de la placenta o se detecta una hemorragia irregular y alteraciones en la coagulación en las primeras 24 horas. También esta técnica se puede emplear de forma más tardía, **en la segunda o tercera semana posparto**, si persiste una hemorragia irregular causada por la retención de restos placentarios, que interfiere en la contractilidad y retracción del útero y puede implicar posibles riesgos de infección

1.4.2. Posibles complicaciones tras el legrado uterino:

El legrado es, por lo general, una técnica de intervención bastante segura y efectiva, aunque en ocasiones, tal como señala el manual de SEGO 'Fundamentos de Obstetricia', pueden registrarse ciertas complicaciones posteriores:

- Hemorragias por la persistencia de restos ovulares, perforación uterina o lesiones traumáticas derivadas del legrado.
- Infección por no realizarse la extracción total de los restos placentarios del útero.³⁷

³⁷ Miguel A. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander pag.151 – 156

- Lesiones cervicales causadas por la laceración superficial del cérvix.
- Perforación uterina que puede estar acompañada de perforación del recto y por lo tanto de peritonitis³⁷

1.4.2.1. MANEJO LAS COMPLICACIONES RECIENTES

Las perforaciones pequeñas suelen cerrar espontáneamente. Utilice antibióticos, oxitocina y observe la evolución sin aplicar analgésicos. Si la paciente hace signos de peritonitis debe ser llevada a laparotomía para sutura del útero y evaluación de otras lesiones. No debe ocultarse el problema ni hacerlo alarmante.

1.4.2.2. COMPLICACIONES TARDÍAS DEL LEGRADO

Son probables algunas complicaciones tardías como:

- Endometritis.
- Dolor pélvico por perforación pequeña inadvertida.
- Amenorrea por lesión de la capa basal del endometrio (Síndrome de Asherman).
- Trastorno de la fertilidad por la misma causa anterior.
- Lesión del cuello por desgarro durante el legrado.
- Incompetencia ístmico-cervical y aborto habitual por dilatación forzada durante el legrado.³⁷

³⁷Miguel A. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander pag.151 – 156

2.3.- Definición de términos Básicos

Alumbramiento o tercer periodo del parto: Es el periodo desde el nacimiento del bebe hasta la expulsión de la placenta.³⁸

Manejo activo. -

La administración de oxitocina profiláctica previa a la expulsión de la placenta.³⁸

Hemorragias posparto. -

Se define a la perdida de la sangre mayor a 500ml en partos cefalovaginales o mayor a 1000ml en cesáreas⁴¹; o la disminución de 10 % en el hematocrito.³⁷

Factores de riesgo.-

Factores que están relacionadas con la probabilidad de que un individuo presente una enfermedad.

Puérpera. -

Es el período comprendido entre la salida de la placenta (alumbramiento) y las siguientes 6 semanas del posparto. En este tiempo el tracto reproductivo regresa anatómica y fisiológicamente a su estado previo al embarazo. Las principales causas de morbilidad materna son la hemorragia posparto y sus complicaciones.³⁹

Atonía uterina. -

Incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato, ocasionando una pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta.³⁹

Retención de placenta:

Una placenta retenida es, como su nombre indica, una complicación en la que la placenta no simplemente desprenderse de la pared uterina tras el parto. Nacimiento de la placenta (el llamado “tercer período del parto”) puede tener lugar de forma natural o ser administrado.²⁵

Retención de restos placentarios. -

Es la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posterior a la expulsión de la placenta, con el alumbramiento activo dentro de los 15 minutos.⁴⁰

Infección puerperal:

Es un proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el periodo puerperal por dos picos febriles mayores a 38°C, separados al menos por 6 horas, en los primeros 10 días del puerperio.³⁹

Oxitocina. -

La oxitocina endógena es una hormona excretada por los núcleos supraópticos y paraventriculares del hipotálamo que se almacena en la pituitaria posterior.

La oxitocina exógena o artificial, se utiliza para inducir el parto y estimular las contracciones y es un componente importante en el manejo de la tercera fase del parto y reducir el riesgo de hemorragias.

²⁷ Cunningham, G. et al. Williams Obstetricia. 23 ediciones. Editorial Mc Graw-Hill 2011. Pag: 320.

³⁸ Prendivilla WJ, Elbourne D, Mc Donald S, Active versus expectant management in third stage of labour, Cochrane collaboration 2010.

³⁹ Rodrigo Cifuentes B. Obstetricia de Alto Riesgo sexta edición editorial Distribuna 2000 pag. 171- 182

⁴⁰ Zamora P, García J, Royo S y col. Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias pos parto y del alumbramiento. Ginecol Obstet Clin. 2010; pag: 70-79

⁴¹ Baskett TF. complications of the third stage of labour. In: Essential Management of obstetrical Emergencies. 3rd ed. Bristol. England: Clinical press 2010 pág. 196-201

CAPITULO III
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION
DE RESULTADO

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

H1 = Existe relación significativa entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto-2015

Ho = No existe relación significativa entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto - 2015

Relación entre Alumbramiento Dirigido y la Retención de Membranas Ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto - 2015

Retención de membranas ovulares	Alumbramiento dirigido		Alumbramiento expectante		TOTAL
	Fo	Fe	Fo	Fe	
Si	122	148.5	43	16.40	165
No	956	928.8	76	102.59	1032
TOTAL	1078		119		1197

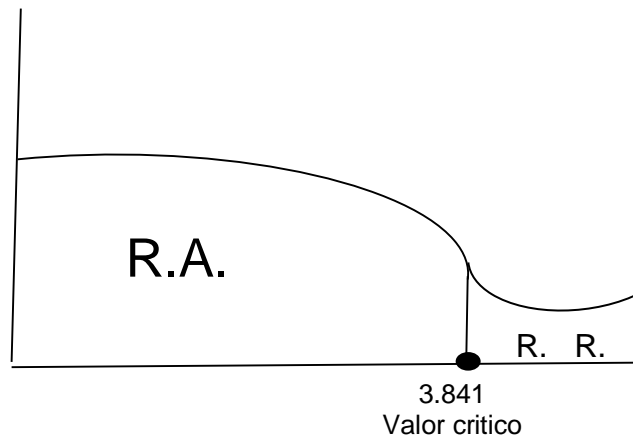
Entonces, para efectuar la prueba de hipótesis de acuerdo a los resultados arribados en el procesamiento de datos, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% se graficó la prueba del Chi- cuadrado ambiente le siguiente formula: $X^2 = \frac{T_o - T_e}{T_e}$ Considerando

los grado de libertad que columnas:

$$G1 = (2 - 1) (2 - 1) = 1 (1) = 1$$

El X^2 según la tabla a 1 grados de libertad y con un nivel de significancia del 0.05 será 3.841

Acto requerido de acuerdo al valor crítico se determinó la región de aceptación (R.A) y la región de rechazo (RR).



APLICACIÓN DE CHI-CUADRADO EN FUNCIÓN A LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS

FORMULA:
$$X^2 = \sum \left(\frac{f_o - f_e}{f_e} \right)^2$$

Dónde: X^2 : Chi- cuadrado

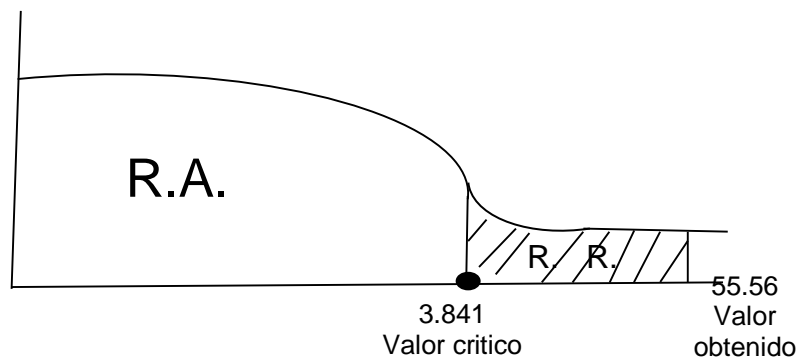
F_o : Frecuencia observada

F_e : Frecuencia esperada

$X^2_{cal.} = 4.73 + 0.80 + 43.14 + 6.89 = 55.56$

En consecuencia, el valor obtenido es de 55.56 superando el valor crítico de 3.841 según tabla. Entonces, rechazamos la Hipótesis Nula (H_0) y aceptamos la hipótesis planteada en su oportunidad, donde se afirma que:

Existe relación significativa entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en mujeres de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto, 2015



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro nº 1 Según alumbramiento dirigido y alumbramiento expectante.

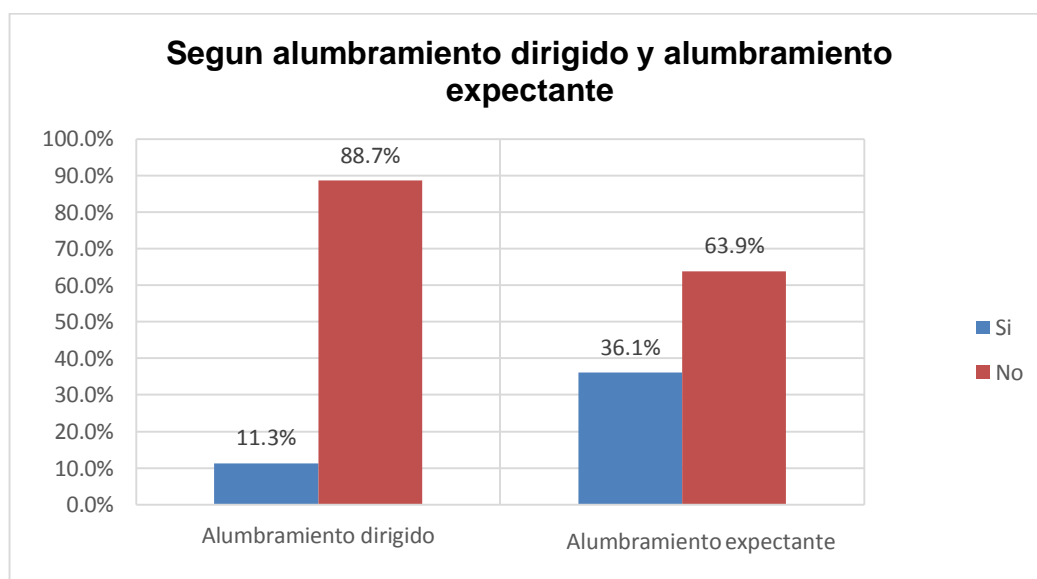
Retención de membranas ovulares	Alumbramiento dirigido		Alumbramiento expectante	
	Fr	Fp	Fr	Fp
Si	122	11.3%	43	36.1%
No	956	88.7%	76	63.9%
TOTAL	1078	100%	119	100%

Fuente: sistema informativo perinatal

Interpretación:

Observamos que el 88.7% de las parturientas que recibieron alumbramiento dirigido no hicieron retención de membranas ovulares mientras que el 63.9% recibieron alumbramiento expectante y no se observaron retención de membranas ovulares, seguida 36.1% parturientas con alumbramiento expectante realizaron retención de membranas ovulares mientras que el 11.3% con el alumbramiento dirigido se observaron retención de membranas ovulares

Gráfico nº1 Según alumbramiento dirigido y alumbramiento expectante.



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro nº 2 Incidencia de retención de membranas ovulares según la edad de 15-35 años

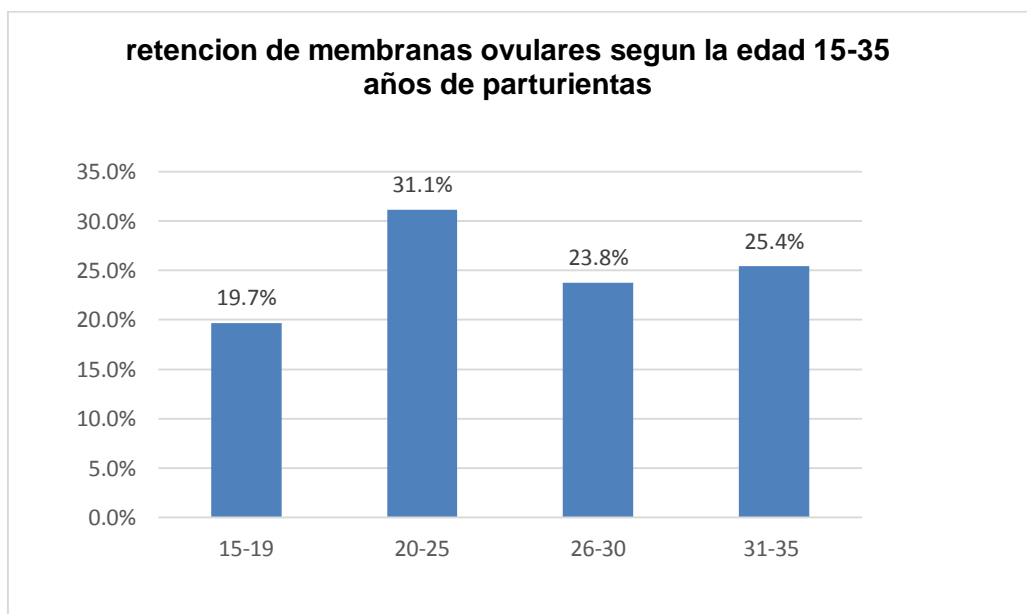
Edad	F	Fr	Fp
15-19	24	0.197	19.7%
20-25	38	0.311	31.1%
26-30	29	0.238	23.8%
31-35	31	0.254	25.4%
	122	1.000	100%

Fuente: Datos estadísticos e historias clínicas

Interpretación

Observamos que el 31.1% se da entre los rangos de edades de 20-25 años con mayor incidencia, seguidas por el grupo de 31-35 años con porcentaje 25.4%, continuando el grupo de 26-30 años en un 23.8% y en menor incidencia el grupo de 15-19 años en un 19.7%.

Grafico nº2 incidencia de retención de membranas ovulares según la edad de 15 a 35 años



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro n°3 Incidencia de retención de membranas ovulares según la paridad

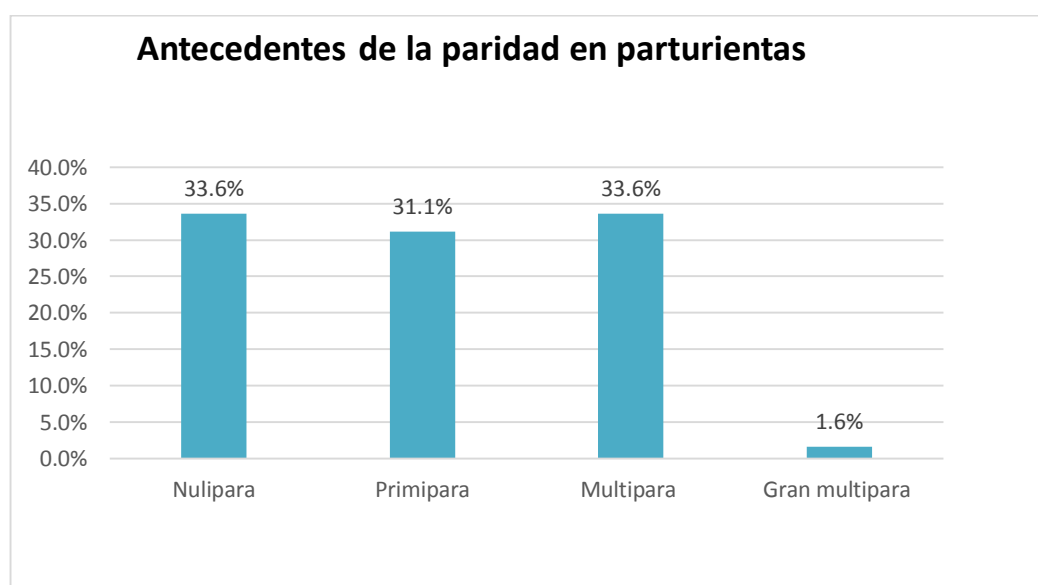
PARIDAD	F	fr	Fp
Nulípara	41	0.336	33.6%
Primípara	38	0.311	31.1%
Múltipara	41	0.336	33.6%
Gran múltipara	2	0.016	1.6%
	122	1.000	100%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Observamos que 33.6 % según la paridad en las parturientas son las nulíparas y múltiparas seguidas de las primíparas con un porcentaje de 31.1% y en menor cantidad las gran múltiparas con un 1.6%, que presentaron retención de membranas ovulares en el alumbramiento dirigido en el Hospital II-2 Tarapoto.

Grafico n. 3 Incidencia de retención de membranas ovulares según la paridad



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCIÓN DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro nº4 Antecedentes Obstétricos condicionantes de retención de membranas ovulares

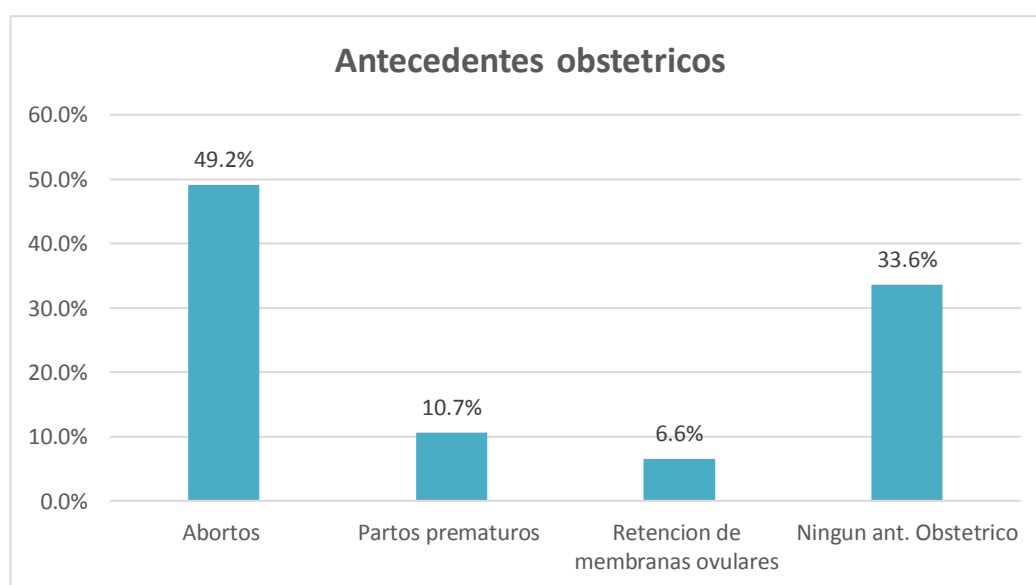
Ant. obstétricos	f	fr	Fp
Abortos	60	0.492	49.2%
Partos prematuros	13	0.107	10.7%
Retención de membranas ovulares	8	0.066	6.6%
Ninguno	41	0.336	33.6%
	122	1.000	100%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Observamos que el 49.2 % de las parturientas presentaron antecedente de aborto siendo el porcentaje mayor, seguidas de un 33.6% que no presentaron antecedentes obstétricos, continuando de 10.7% con antecedente de partos prematuros en menor porcentaje en un 6.6% presentaron antecedentes de retención de membranas ovulares.

Grafico n.5 antecedentes obstétricos condicionantes de retención de membranas ovulares



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro nº 5 Antecedentes procedimientos obstétricos condicionantes de retención de membranas ovulares

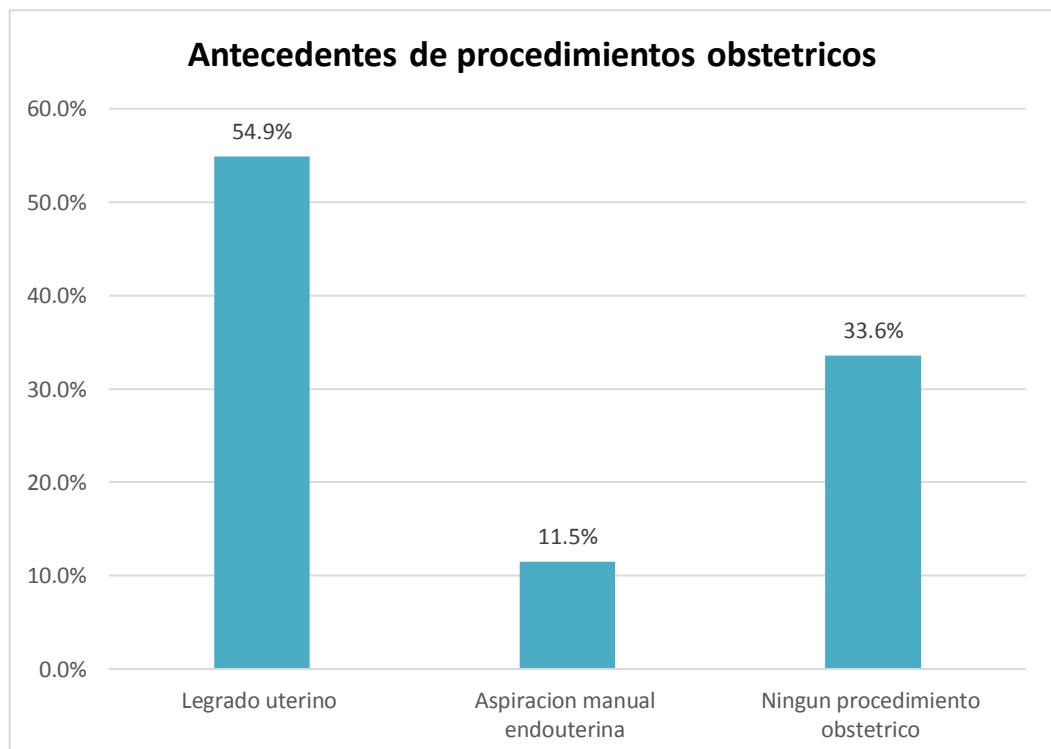
Ant.de procedimientos obstétricos	f	Fr	Fp
Legrado uterino	67	0.549	54.9%
Aspiración manual endouterina	14	0.115	11.5%
Ninguno	41	0.336	33.6%
	122	1.000	100%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Observamos que el 54.9% de las parturientas tienen antecedentes obstétricos de legrados uterinos, seguidas de 33.6% que no tuvieron antecedentes de ningún procedimiento, y en menor cantidad la aspiración manual endouterina con porcentaje de un 11.5%.

Grafico nº 5 Antecedentes procedimiento obstétricos condicionantes de retención de membranas ovulares



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro n°6 Antecedente de cesárea anterior

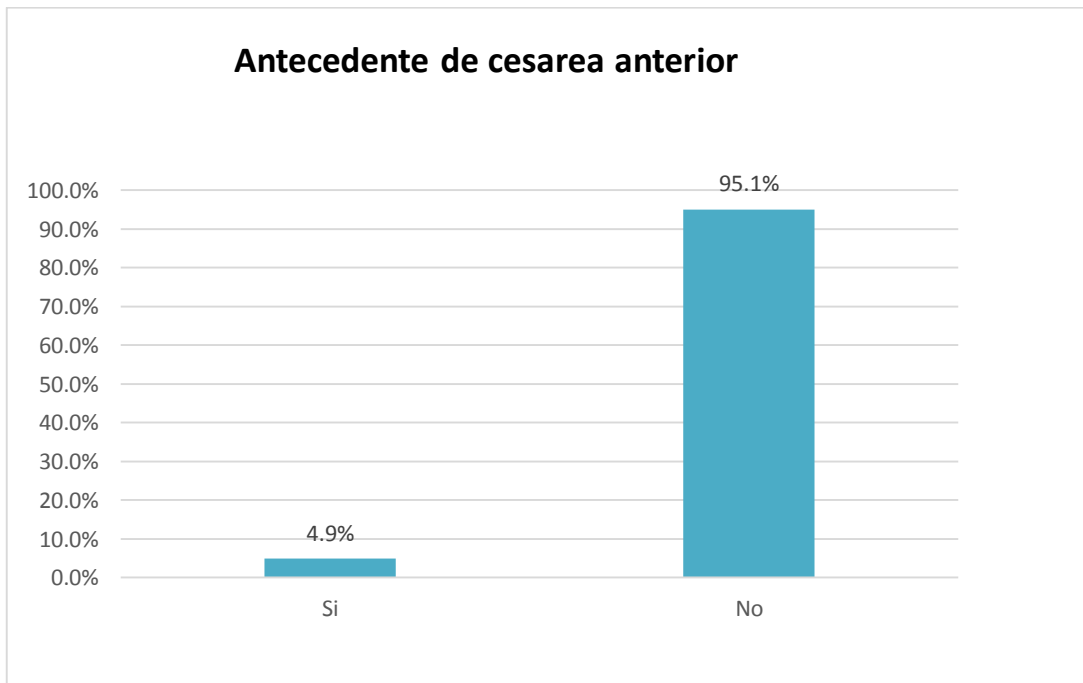
Ant. Cesárea anterior	f	fr	Fp
Si	6	0.049	4.9%
No	116	0.951	95.1%
	122	1.000	100%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Observamos que el 95.1% de las parturientas no tuvieron antecedente de cesárea anterior siendo el porcentaje mayor, mientras el 4.9 % presentaron dicho antecedente de cesárea anterior.

Grafico n° 6 Antecedente de cesárea anterior



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro n°7 Tiempo del alumbramiento dirigido

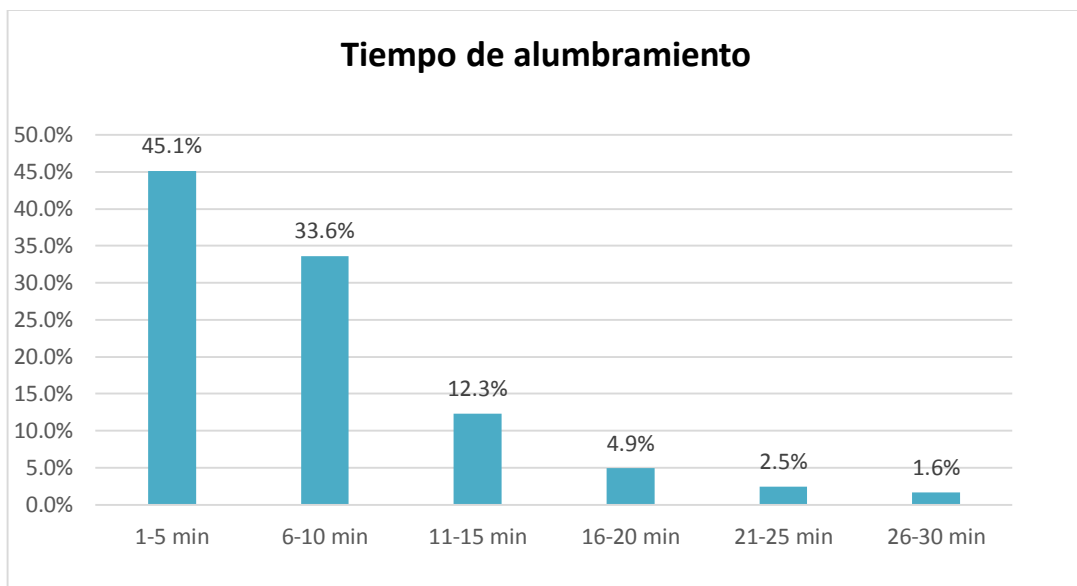
Tiempo de alumbramiento	F	fr	Fp
1-5 min	55	0.451	45.1%
6-10 min	41	0.336	33.6%
11-15 min	15	0.123	12.3%
16-20 min	6	0.049	4.9%
21-25 min	3	0.025	2.5%
26-30 min	2	0.016	1.6%
	122	1.000	100%

Fuente: Historias clínicas.

Interpretación:

Observamos que el tiempo de alumbramiento entre 1- 5 minutos se da con un porcentaje de 45.1%, seguida de 6-10 minutos con un 33.6%, mientras el 12.3% se presentaron que el tiempo de alumbramiento de 11- 15 minutos, en un 4.9 % se da el tiempo de alumbramiento entre 16-20 minutos, el 2.5% se da en un tiempo de 21-25 minutos y por último en menor porcentaje de 1.6% entre 26-30 minutos.

Grafico n°7 Tiempo del alumbramiento dirigido



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCIÓN DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro n° 8 Tipo de retención de membranas ovulares

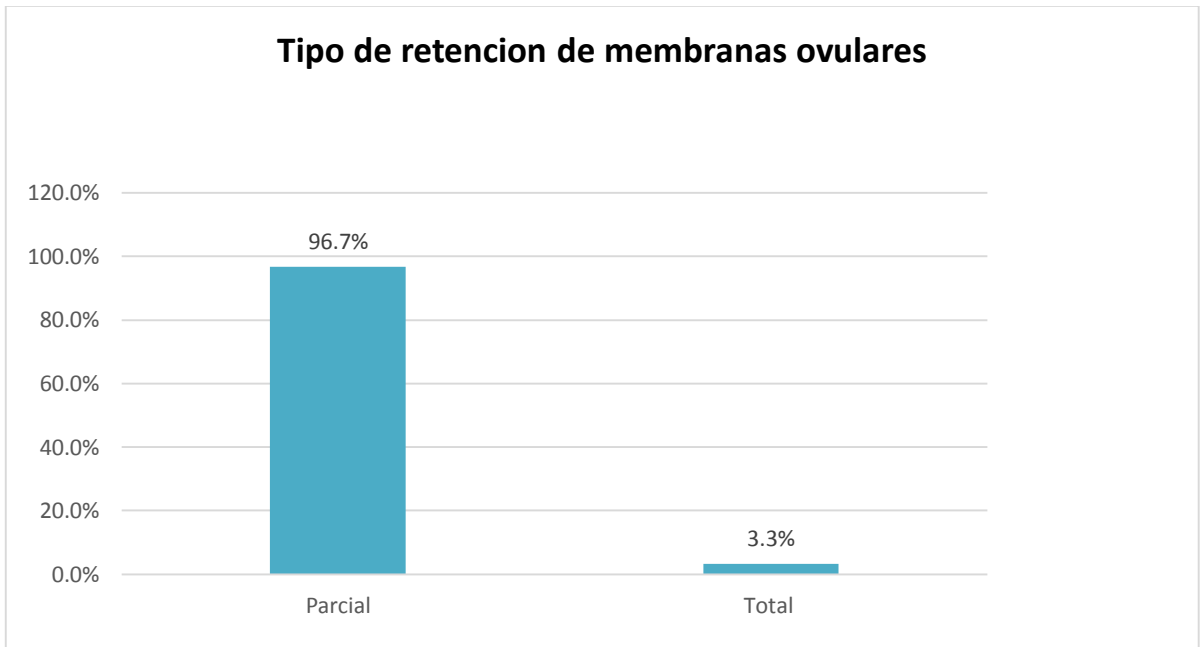
retención de membranas	F	fr	Fp
Parcial	118	0.967	96.7%
Total	4	0.033	3.3%
	122	1.000	100%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Observamos que un 96.7% de la retención de membranas ovulares es de tipo parcial siendo el porcentaje mayor y en su menor porcentaje 3.3% de la retención de membranas ovulares es de tipo total.

Grafico n°8 Tipo de retención de membranas ovulares



RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE TARAPOTO – 2015

Cuadro n° 9 Tipo de tratamiento en la retención de membranas ovulares

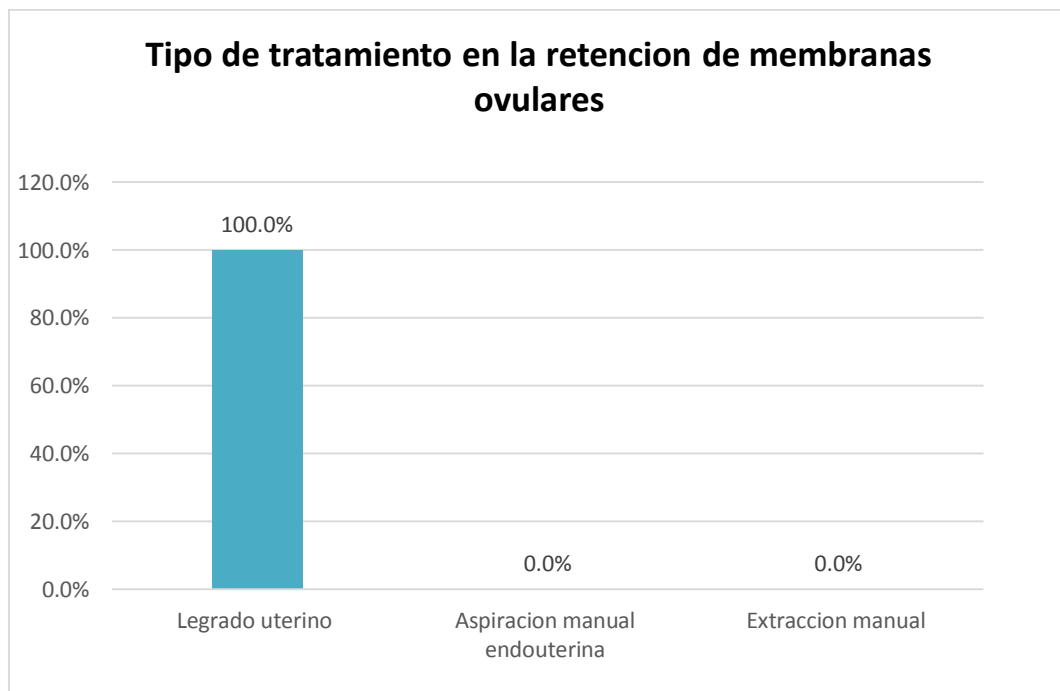
Tipo de tratamiento	F	fr	Fp
Legrado uterino	122	1.000	100.0%
Aspiración manual endouterina	0	0.000	0.0%
Extracción manual	0	0.000	0.0%
	122	1.000	100%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Observamos que el 100% de las parturientas recibieron el tratamiento de legrado uterino en la retención de membranas ovulares el mientras la aspiración manual endouterina y la extracción manual no se realizó en ninguna paciente.

Grafico n°9 Tipo de tratamiento en la retención de membranas ovulares



DISCUSION

En la tabla N.2 nuestro estudio nos muestra que el promedio de edad oscila entre los rangos 20 – 25 años en un 31.1% que presentaron retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido, lo cual es compartido con algunos autores en sus estudios demostrados según Rengifo C, Meléndez N, en Perú, en su estudio informa que la edad con mayor porcentaje oscila entre de 20-25 años con un 41%. Lojano M en Ecuador su estudio comprobó que el mayor número de casos corresponde entre las edades 20-24 años en un 44% por lo que se acepta dichas investigaciones.

En la tabla N.3 se observa que la mayoría de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido se presentaron en mujeres nulíparas 33.6% y multíparas 33.6% resultado que se comparte con el estudio de Arotoma M en Perú respecto a la paridad 37.9% se presentaron las multíparas en el alumbramiento dirigido, Lojano M en Ecuador en su estudio el mayor porcentaje fue en nulíparas 40%. Por lo que se acepta la investigación

En la tabla N.4 demostramos que el 49.2% de las parturientas tienen antecedentes de aborto resultados no compartidos por Mendoza L. Perú muestra en su estudio que el antecedente de mayor porcentaje fueron los partos prematuros 66.2%, por lo que no se acepta la investigación.

En la tabla N.7 en el estudio se obtuvo que el tiempo de alumbramiento oscila entre 1-5 minutos en un porcentaje 45.1% seguidas de 6-10 minutos que realizaron retención de membranas ovulares en el alumbramiento dirigido. Estos hallazgos están en concordancia al estudio de Arotoma Huaraz reporto de 3-5 minutos en 56.9% y de 2-3 minutos 29.4% Chávez A, Perú concluyo que el Hospital Huamán Poma de Ayala, el tiempo de alumbramiento fue de 6-10 minutos mientras en Nazca 3 a 5 minutos, Piloto M, Cuba en su estudio determino la duración del tiempo del alumbramiento entre 2 a 4 minutos en 78% de pacientes y de 5-7 minutos 10% de pacientes por lo que se acepta la investigación.

En la tabla 8. Nos muestra que la retención de membranas ovulares que presentaron las parturientas fue de tipo parcial con un 96.7%, estos hallazgos son compartido con los estudios Mendoza L, se dio con mayor porcentaje en un 68.1 % de retención de membranas tipo parcial por lo que se acepta la investigación.

En la tabla N.9 Nos muestra que el tipo de tratamiento que recibieron las parturientas que hicieron retención de membranas ovulares fue el legrado uterino en un 100%, en comparación con el estudio Mendoza L. Perú el procedimiento utilizado para resolver fue el legrado uterino instrumental en un 68.1%, en el que se acepta la investigación.

CONCLUSIONES:

- Existe relación significativa entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto, 2015, según la prueba estadística de chi cuadrado que cae en zona de aceptación con un valor obtenido de 55.56.
- El perfil de edad de las parturientas oscila entre el rango de 20 a 25 años que fueron atendidas por parto vaginal a quienes se les realizó alumbramiento dirigido.
- La mayoría de los factores que conllevaron a la retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido fueron nulíparas y multíparas.
- Los antecedentes obstétricos como el aborto tienen relación significativa con dicha patología de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido.
- Las parturientas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, el antecedente de legrado uterino fue de mayor porcentaje.
- El tiempo de alumbramiento dirigido es entre 1 a 5 minutos con un porcentaje mayor seguido de 6-10 minutos.
- El tipo de retención de membranas ovulares que mayormente se presenta en el alumbramiento dirigido es parcial con mayor frecuencia
- El tipo de tratamiento que se les dio a las parturientas quienes tuvieron retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido fue el legrado uterino de mejor elección.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a todos los profesionales de Gineco - Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto que opten estrategias para mejorar los tres elementos del alumbramiento dirigido.
- Informar a todas las gestantes poniendo énfasis en las edades 20 a 25 años sobre el manejo activo de la tercera etapa del parto y de sus posibles complicaciones del alumbramiento dirigido.
- Evaluar adecuadamente a la gestante y considerar los factores de riesgos que están asociadas en la retención de membranas ovulares presentado en este estudio a fin de disminuir las complicaciones.
- Realizar un correcto llenado de las historias clínicas y revisión de historias clínicas antiguas al ingreso de la gestante al nosocomio para contar con los datos precisos, confiables y así reconocer si estamos o no frente a una paciente que tenga factores de riesgos en el parto y alumbramiento.
- Se recomienda la utilización rutinaria de oxitocina en el manejo de la tercera fase del parto, la tracción controlada del cordón y el masaje uterino
- Protocolizar el tiempo de alumbramiento en el Hospital II-2 Tarapoto que es de 1-5 minutos.
- A todas las parturientas sometidas a legrado uterino por retención de membranas ovulares se les debe realizar orientación sobre métodos anticonceptivos que ayuden a la regeneración del endometrio.
- Charlas preventivas sobre planificación familiar que también incluye métodos anticonceptivos con toda la población en edad fértil poniendo énfasis en 20 – 25 años.

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham F, MacDonald Pc, Gant NF et al: Williams Obstetrics 20Th Edition. Appleton & Lange, e. Norwalk, ct.2011
2. Biswas, MK, Craigo, S: The course & Conduct of normal labor & delivery In De Cherney AH, Pernoll MI: Current Obstetrics & Gynecology Diagnosis & treatment. 8th Edition. Appleton & Lange, E. Norwalk, ct 2012.
3. Bowes, WA: Anormalities of third stage. In: creasy RK, Resnik R. Maternal Fetal Medicine: principles and Practice. 3 RD Edición. W.B Saunders Compañy, 2010.
4. Gulmezoglu AM et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet 2012; March 6, 2012.
5. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, nº 2. Oxford: Update Software Ltd, 2006.
6. Gonzalo Suarez: Obstetricia moderna/Patología del parto y puerperio. editorial Barcelona España Capítulo 40 pag: 507-522
7. Lojan M, "Estudio clínico Aleatorizado de la eficacia de la oxitocina vía cordón umbilical en el manejo activo del tercer periodo del parto" Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador (Especialidad) Cuenca- Ecuador. Universidad de Cuenca (2014)
8. Piloto M, Cruz S, Águila S, "Impacto Materno Del Manejo Activo Del Alumbramiento" Rev. Cubana Obstet Ginecol v.36 n.3 Habana – Cuba 2010). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300003
9. Vázquez J. "Evaluación del cumplimiento de la normativa materno infantil en el manejo activo de la tercera etapa del parto en el Hospital IESS Loja" Loja- Ecuador (2015)
10. Turco V. "Resultado materno favorable asociado al uso de oxitocina vía intraumbilical vs. oxitocina endovenosa durante el manejo activo del tercer

- periodo del parto Hospital Arzobispo Loayza". Lima para optar título lic. Obstetricia Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2008)
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/364/1/Turco_cv.pdf
11. Chávez A. "Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Huamán Poma de Ayala Puquio y Hospital de Apoyo de Nazca" Ica para optar el título Lic. Obstetricia Universidad Alas Peruanas (2015)
 12. Alvear J. "Tiempo de desprendimiento placentario con oxitocina muscular vs oxitocina endovenosa en el alumbramiento dirigido, Hospitales Santa María Del Socorro y Augusto Hernández" Ica para optar el título Lic. Obstetricia Universidad Alas Peruanas (2016)
 13. Arotoma M, Guzmán M, Valencia T, Norabuena R, Menacho L "Efectos de la oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia" Huaraz para optar el título Lic. Obstetricia Universidad Santiago Antúnez de Mayolo (2012)
 14. Rengifo C. Meléndez N. "Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas, Hospital II-2 Tarapoto y el Hospital ESSALUD" San Martín para optar el título Lic. Obstetricia Universidad Nacional de San Martín (2012)
 15. Mendoza L. "Retención de membranas ovulares y su relación en el trabajo de parto, en el Instituto Materno Perinatal de Lima" para optar el título Lic. Obstetricia Universidad Nacional de San Martín (2011).
 16. Serra V, Perales A, Remohí J, Urgencias Obstétricas, 3ª edic. Medica Panamericana, Brasil 2010 pag.316-331
 17. SCHWARCZ, R,L y otros. Obstetricia. 5ª edic. Buenos Aires, El Ateneo, 2005 pag.488
 18. Manejo de Emergencias Obstétricas de Salud del Perú
micargo.iespana.es/minsa.pdf 2010-06-14
 19. Pérez Sánchez, A. donoso Siña, E. Obstetricia 3ª edic. Santiago de Chile, Mediterraneo, 2007. Pag.400
 20. Girdon, H. y otros. La medicina basada en evidencia. Guías de usuarios de la literatura médica. Madrid. The American Medical Association. 2007. pág. 200

21. Cunningham, G. et al. Williams Obstetricia. 4ta de. Editorial Masson. Barcelona España. 2008. Pag: 338, 603.
22. El-Refaey, H. O'Brian, P. Morafa, W. Use of misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 104. 2011. Págs: 336-339.
23. Salud Perinatal, Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano, boletín 17, CLAP.diciembre 2010. Pág.: 6-7
24. Botero Jaime. Ginecología y Obstetricia. 7ª Edición Bogota Cooperacion de investigación Biológicos, 2004 Págs. 278-279
25. Hofmeyr, G. Nikodom, Vc. de Jager. Gelbart, BR. A randomized placebo controlled trial of oral misoprostol in the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 2010; 105; 971-975.
26. J.A. Uzandizaga – P. DE LA Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol 1: Obstetricia. 2ª edición España 2014
27. Cunningham, G. et al. Williams Obstetricia. 23 ediciones. Editorial Mc Graw-Hill 2011. Pág.: 320.
28. Khan, Qadir et al. Controlled Cord Traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. American Journal Obstet Gynecol. Vol 177, Num 6. 2010. Pág. :770-771.
29. Pérez, Manuel. Tratado de Obstetricia. 8 va de. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina Vol 1. 2010.
30. Cabero Saldivar "Operatoria Obstetricia" 2009 – México editorial Medica Panamericana. Cap. .15 pág. 111-116
31. Clavero, N. tratado de ginecología: Fisiología, obstetricia ginecología, reproducción 13ª ed. Barcelona. Días de santos. 1993. Pág.: 340-366
32. Instituto mexicano del seguro social. Manual de normas y procedimientos en obstetricia. Hospital Luis Castelazo Ayala México, D.F.2005
33. Muñoz R, Alcázar. Prevención, diagnostica y tratamiento de las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio. Boletín informado editado por el instituto nacional de salud de México 2006.
34. Ruiz P. Ariel. guías para manejo de urgencias 3ra edición Bogotá Colombia capitulo X pág. 906-911

35. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion n° 529: Placenta accrete. *Obstet and Gynecol.* 2012; 120 (1):207-211.
36. Lugones B. Miguel; Ramírez B. Marieta. *Ginecología de la Infancia y la Adolescencia.* Policlínico Universitario "26 de Julio". La Habana, Cuba
37. Miguel A. revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander Med. UIS 2015 pag.151 – 156
38. Prendivilla WJ, Elbourne D, Mc Donald S, Active versus expectant management in third stage of labour, *Cochrane collaboration* 2010.
39. Rodrigo Cifuentes B. *Obstetricia de Alto Riesgo sexta edición editorial Distribuna* 2000 pág. 171- 182
40. Zamora P, García J, Royo S y col. Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias pos parto y del alumbramiento. *Ginecol Obstet Clin.* 2010; pág.: 70-79.
41. Baskett TF. complications of the third stage of labour. In: *Essential Management of obstetrical Emergencies.* 3rd ed. Bristol. England: Clinical press 2010 pág. 196-201

Anexo 2: Matriz de consistencia

TITULO: “RELACIÓN ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y LA RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES EN PARTURIENTAS DE 15 - 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

II – 2 DE TARAPOTO-2015”

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGIA
<p>Problema Principal ¿Cómo se relaciona el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto - 2015?</p> <p>Problemas Secundarios ¿Cuál es la incidencia de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto - 2015? ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el Hospital II – 2 de Tarapoto - 2015?</p>	<p>Objetivo general Determinar el grado de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto - 2015</p> <p>Objetivos secundarios -Determinar la incidencia de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto - 2015 -Determinar si los factores de riesgo influyen en la retención de membranas ovulares con el alumbramiento activo en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto - 2015</p>	<p>Hipótesis General Existe relación significativa entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto – 2015</p> <p>Hipótesis Secundarios -Existe alta incidencia de retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto - 2015 - Existe relación directa de los factores de riesgo que influyen en la retención de membranas ovulares con el alumbramiento dirigido en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto - 2015</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES</p>	<p>Edad</p> <p>Multiparidad</p> <p>Adherencias anormales de la placenta</p> <p>Ant. Aborto</p> <p>Ant.Partos pramtueros</p> <p>Ant.Legrado uterino</p> <p>Tipo de tratamiento</p>	<p>Diseño de la Investigación El diseño de investigación seleccionado es el Descriptivo Correlacional, que se representa de la siguiente manera:</p> <p>En donde: M = Representa a la muestra de estudio. O1 = Observación realizada a la variable X: ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO O2 = Observación realizada a la variable Y: RETENCION DE MEMBRANAS OVULARES r = Coeficiente de correlación.</p>

Anexo 3: Instrumento de Recolección de Datos

Datos de afiliación:

Edad:-----años

Antecedentes gineco-obstetricos:

Formula Obstétrica: G-----P-----

Paridad: nulípara primípara multípara

Ant. partos prematuros: si no

Ant. De retención de placenta o membranas ovulares: si no

Ant. procedimientos obstétricos: L.U AMEU

Edad gestacional por FUM: ----- semanas

Alumbramiento:

Uso de oxitocina durante el alumbramiento: si no

Alumbramiento: -----min

Tipo de desprendimiento: Shultze Duncan

Placenta completa: si no

Retención de membranas ovulares: si no

Integridad de las membranas ovulares: si no

peso placenta: -----

Restos en la cavidad: si no

Legrado uterino post alumbramiento: si no

Anexos 4: FOTOS

Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto



HOSPITAL II-2 TARAPOTO



SISTEMA INFORMATICO PERINATAL:

