



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“TIEMPO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO CON OXITOCINA
INTRAMUSCULAR VS OXITOCINA ENDOVENOSA EN EL ALUMBRAMIENTO
DIRIGIDO, HOSPITALES SANTA MARIA DEL SOCORRO Y AUGUSTO
HERNANDEZ ICA Abril – Agosto 2015”**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

JURITZA JUDY ALVEAR BUENDIA

ICA – PERU

2015

INDICE

| | |
|--|-----------|
| TITULO | 5 |
| RESUMEN | 6 |
| SUMMARY | 8 |
| DEDICATORIA | 9 |
| CAPÍTULO I | |
| INTRODUCCION | 10 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA | 11 |
| 1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | |
| 1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL | 13 |
| 1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO | 13 |
| 1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 1.4.1 OBJETIVO GENERAL | 15 |
| 1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 16 |
| 1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN | 16 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 17 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS | 27 |

| | |
|----------------------|----|
| 2.3 MARCO CONCEPTUAL | 41 |
|----------------------|----|

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

| | |
|--|----|
| 3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN | 43 |
| 3.2. VARIABLES | 43 |
| 3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE | 44 |
| 3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE | 44 |
| 3.2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 45 |

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 46 |
| 4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 46 |
| 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 4.2.1. POBLACIÓN | 47 |
| 4.2.2. MUESTRA | 47 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN | 48 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | 48 |
| 4.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | |
| 4.3.1. TÉCNICA | 49 |

| | |
|---------------------|----|
| 4.3.2. INSTRUMENTOS | 49 |
|---------------------|----|

CAPÍTULO V

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS | 51 |
| CONTRASTACION DE HIPOTESIS | 51 |
| DISCUSION | 60 |
| CONCLUSIONES | 62 |
| RECOMENDACIONES | 63 |
| FUENTES DE INFORMACION | 64 |
| ANEXOS | |
| - MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 68 |
| -MATRIZ DE CONSISTENCIA | 70 |

TITULO

**TIEMPO DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO CON OXITOCINA
INTRAMUSCULAR VS OXITOCINA ENDOVENOSA EN EL ALUMBRAMIENTO
DIRIGIDO, HOSPITALES SANTA MARIA DEL SOCORRO Y AGUSTO
HERNANDEZ ICA Abril – Agosto 2015**

RESUMEN

Se realizó una investigación sobre el tiempo del alumbramiento dirigido con el uso de la Oxitocina intramuscular vs endovenosa cuyo objetivo fue determinar el tiempo del desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido en los Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica durante los meses de Abril - Agosto 2015; se trabajó en función a una muestra de 118 parturientas en cada hospital.

El diseño de investigación fue el observacional y el tipo de investigación transversal, descriptiva, comparativo y prospectivo; el instrumento utilizado fueron las fichas de recolección de datos debidamente validada donde se anotó lo observado en los partos. Los datos fueron analizados con la prueba estadística del Chi cuadrado.

La conclusión de la presente investigación es que el tiempo del alumbramiento dirigido es menor con el uso de Oxitocina endovenosa que por vía intramuscular en los Hospitales Augusto Hernández - Santa María del Socorro de Ica, teniendo un 44.1% de 3 a 5 min y 10 a 15 minutos respectivamente; la edad de las parturientas fueron entre 20 a 35 años; en cuanto a la paridad se tienen las multíparas con un promedio de 62.2%; teniendo un 9.3% de complicaciones con el uso de Oxitocina intramuscular y 17.8% con la vía endovenosa, siendo estas complicaciones la retención de restos placentarios con el 72.7% en el primer caso y hemorragia pos parto con 47.6% en el segundo.

Palabras claves: desprendimiento placentario- alumbramiento dirigido –
Oxitocina intramuscular – Oxitocina endovenosa.

SUMMARY

Research on the time of delivery run with the use of intramuscular vs. intravenous oxytocin was conducted whose purpose was to determine the time of placental abruption in childbirth in hospitals aimed Santa Maria del Socorro and Augusto Hernandez, Ica during the months of April to August 2015; we worked according to a sample of 118 women in labor at each hospital.

The research design was observational and type of observational, descriptive, comparative and prospective cross-sectional study; The instrument used was the data collection sheets duly validated where noted that observed in childbirth. Data were analyzed with the statistical test Chi Square.

The conclusion of this research is that the time of delivery run is lower with the use of intravenous oxytocin intramuscularly in the Augusto Hospitals Hernandez - Santa Maria del Socorro de Ica, taking 44.1% of 3-5 min and 10 15 minutes respectively; age of women giving birth were between 20 to 35 years; as to have parity multiparous averaging 62.2%; having a 9.3% complication with the use of intramuscular oxytocin and 17.8% with the intravenous route, these being the retention of placental complications remains with 72.7% in the first case and bleeding after childbirth with 47.6% in the second.

Keywords: directed evolution intramuscular delivery placentation- -oxytocin intramuscular- intravenous oxytocin.

**A Dios, a mi gran madre,
mi familia y mi abuela por
el apoyo incondicional que
me brindaron durante toda
mi etapa de formación,
gracias por confiar en mí.**

INTRODUCCION

La tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación de esta etapa sigue siendo la hemorragia post parto, causa de muerte materna; el grado de la pérdida sanguínea se encuentra asociada al tiempo del desprendimiento de la placenta.

A principios del 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró una reunión consultativa técnica para revisar pruebas científicas globales relacionadas con la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto (HPP), la cual continúa siendo la causa más común de muerte para las mujeres durante el embarazo. Desde 2007 las recomendaciones de la OMS han apoyado la conducta activa en el alumbramiento como una intervención crítica para la prevención de las HPP, convirtiéndose en un componente central de las estrategias de los gobiernos para la reducción de la HPP en todo el mundo

El manejo activo de la tercera etapa del parto, llamado también alumbramiento dirigido es una técnica que se viene realizando como una estrategia para salvar vidas porque uno de sus objetivos viene a ser la disminución del sangrado durante el alumbramiento.

El presente estudio “Tiempo de desprendimiento placentario con Oxitocina intramuscular vs Oxitocina endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica Abril – Agosto 2015” se realizó con la finalidad de conocer cuál es la mejor vía de administración de

Oxitocina para realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto y conocer las complicaciones inmediatas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En el trabajo diario de los servicios de Ginecología y Obstetricia, se observa una incidencia creciente de complicaciones del alumbramiento, lo que puede deberse a múltiples factores, entre ellos, la aplicación irregular de las maniobras del manejo activo del tercer período del parto, por debilidades en los procesos de capacitación e información al personal del servicio y de las unidades de atención primaria que refieren pacientes a este hospital, posiblemente a limitaciones de recursos materiales e insumos requeridos para la atención de las pacientes.

A la fecha no se dispone de información organizada y concreta que permita establecer el tiempo del desprendimiento placentario con el uso del manejo activo de la tercera etapa con Oxitocina 10 UI aplicándola vía intramuscular y vía endovenosa como se aplica en los Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández de Ica respectivamente.

El Ministerio de Salud que es el organismo rector del quehacer sanitario del país, ha establecido normas y protocolos para la atención del embarazo,

parto y puerperio, en las que se incluyen los procedimientos para el manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto, cuya aplicación es obligatoria y deben ser permanentemente monitoreados en el tiempo, con el fin de que se realicen esfuerzos permanentes orientados a la disminución de la mortalidad materna.

Una de las complicaciones de la demora del desprendimiento placentario viene a ser la retención parcial de placenta o la retención de restos placentarios que conlleva a la hemorragia postparto.

Esta hemorragia ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. La muerte por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1 000 parto; produce el 25 % de la mortalidad materna en el mundo. Las técnicas de manejo precisas del tercer periodo del parto influyen notoriamente en la morbilidad y mortalidad materna y esto puede llevar a que el manejo expectante aumente la magnitud del problema.

Según la Organización Mundial de Salud, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día muere en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado¹

1. López M.: 2011 - Obstetricia Avanzada en Obstetricia Unidad Docente de Matronas Almería .

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial.- El estudio se realizará en el Hospital Santa María del Socorro y Augusto Hernández de Ica.

Delimitación Temporal:- La investigación se desarrollará entre abril a agosto del 2015.

Delimitación Social.- El estudio se realizará en las parturientas de los hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández.

Delimitación Conceptual.- La investigación pretende realizar un estudio comparativo para conocer el tiempo de desprendimiento en el alumbramiento dirigido con el uso de Oxitocina intramuscular y endovenosa.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa? Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?

1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO

1. ¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según edad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?

2. ¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la paridad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?
3. ¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del trabajo de parto, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?
4. ¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del periodo expulsivo, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?
5. ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?
6. ¿Cuáles son los tipos de complicación que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el tiempo de desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en los Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el tiempo de desprendimiento placentario en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según edad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015
2. Conocer el tiempo de desprendimiento placentario en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la paridad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015
3. Determinar el tiempo de desprendimiento placentario en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del trabajo de parto, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.
4. Identificar el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del periodo expulsivo, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?

5. Determinar las complicaciones que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015
6. Identificar los tipos de complicación que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se lleva a cabo con la finalidad de conocer el tiempo del desprendimiento placentario con el uso de la Oxitocina en el manejo de la tercera etapa del parto por vía intramuscular y vía endovenosa, como segundo objetivo, conocer las complicaciones de este periodo de acuerdo a la vía de administración de la Oxitocina ya que anteriormente se realizaba este procedimiento utilizando la vía endovenosa aplicada a la salida del primer hombro, actualmente el Ministerio de salud dentro de las destrezas para salvar vidas nos muestra el alumbramiento dirigido con el uso de la Oxitocina vía intramuscular aplicada antes del minuto al nacimiento del recién nacido.

Este estudio es importante ya que con los resultados vamos a poder demostrar cuál de las vías de administración de la Oxitocina para el manejo activo de la tercera etapa de parto, llámese alumbramiento dirigido, es la más apropiada para disminuir el tiempo del desprendimiento placentario y a la vez la disminución de las complicaciones de esta etapa, siendo la principal la hemorragia pos parto que constituye la primera causa de muerte materna en el Perú.

Contribuiremos a mejorar la calidad de atención de las parturientas atendidas en los diferentes hospitales de nuestra región.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES:

-Pérez L., M.; Arenas R.,J. y Col.² 2013 –“Manejo del Alumbramiento con Diferentes Pautas y Tiempos de Administración de Oxitocina

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

casos (2'27%) de retención placentaria que precisaron de alumbramiento manual no encontramos diferencias significativas entre los grupos: 3 casos en el grupo I, 2 en el II y 4 en el III. Haciendo una prueba de significación convencional como un Ji-cuadrado, el resultado es $\chi^2 = 0.54$ y el valor $P = 0.76$. Por tanto, se concluye que no existe relación.

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

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

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

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

2. Pérez L., M.; Arenas R.,J. y Col.² 2013 –“Manejo del Alumbramiento con Diferentes Pautas y Tiempos de Administración de Oxitocina

-Cárdenas H., O.³ 2012 “Estudio Comparativo entre la Atención del Alumbramiento Activo Modificado y el Alumbramiento Activo” - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca - México

La investigación demostró que los dos tipos de atención del alumbramiento activo modificado y alumbramiento activo, disminuyeron notoriamente el tiempo de duración del alumbramiento y la pérdida de sangre a niveles tan bajos, que induce a no admitir y aún a rechazar algunas recomendaciones internacionales sobre la atención del alumbramiento. No se comprobó que los resultados de la atención del alumbramiento activo modificado sean mejores que los de la atención del alumbramiento activo, hipótesis de la investigación. Sin embargo, la interpretación de los hallazgos permite concluir que los resultados de los dos tipos de atención del alumbramiento son estadísticamente semejantes, ya que la mayoría de las variables dependientes se comportan de igual manera como respuesta a las variables independientes del alumbramiento activo modificado y del alumbramiento activo.

Una retención de restos placentarios en 300 pacientes atendidas, en la atención del alumbramiento activo modificado y una retención de membranas en el alumbramiento activo en 300 pacientes atendidas, corresponde a las encontradas en estadísticas internacionales. No existió retención total de la placenta en las dos variedades de atención del alumbramiento. Conociendo los resultados beneficiosos obtenidos de las dos formas de atención del alumbramiento,

utilizando para ello, el rigor metodológico de un estudio experimental aleatorizado, consideramos que al ser aplicadas las normas de atención de las dos variedades del alumbramiento en los centros de atención obstétrica, contribuirán a reducir en gran magnitud la morbilidad y mortalidad por hemorragia durante el parto, que actualmente constituye la segunda causa de muerte materna en nuestro país y en el mundo³.

-Piloto Padrón, M.; Dianelys Cruz Silvall; Sonia Águila SetiénIII; Abel Pernas González⁴ 2010 Impacto Materno del Manejo Activo del Alumbramiento La Habana, Cuba.

CONCLUSIÓN: El empleo sistemático del manejo activo del tercer periodo del parto es mejor opción que la conducta expectante en cuanto a la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas.

3. Cárdenas H., O.³ 2012 "Estudio Comparativo entre la Atención del Alumbramiento Activo Modificado y el Alumbramiento Activo" - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca - México

4. Pilot, M.; Cruz G.; Águila S.; Pernas G., A. 2010 Impacto Materno del Manejo Activo del Alumbramiento La Habana, Cuba.

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

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

5. Segura, A., Guerra P., V. y Col. 2013 Influencia del Alumbramiento Activo sobre la Morbilidad Materna por Hemorragia Posparto Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

-OguzOrhan E, Dilbaz B, Aksakal SE, Altinbas S⁶; 2010 Estudio prospectivo aleatorizado de la administración de oxitocina para el manejo activo de la tercera etapa del parto - Ankara, Turquía, entre enero y octubre de 2010

Un total de 600 mujeres elegibles fueron reclutados; 150 fueron asignados a cada grupo. Pérdida posparto sangre, preparto y postparto hemoglobina y hematocrito, y necesidad de uterotónicos adicionales fueron similares entre los grupos ($P > 0,05$). La duración de la tercera etapa del parto y los cambios en la hemoglobina y el hematocrito se redujeron significativamente en el grupo IV-B ($P < 0,05$). Entre las mujeres que no están expuestas a la oxitocina antes de la entrega, la pérdida de sangre después del parto fue significativamente menor en el grupo IV-B ($p = 0,019$). Aumento de la mano de obra se relaciona con el aumento de manera significativa la pérdida de sangre después del parto en todos los grupos, excepto iv-A.

CONCLUSIÓN:

Aunque la pérdida de sangre después del parto fue similar en todos los grupos, la administración intravenosa temprana parecía tener efectos beneficiosos⁶.

6.OguzOrhan E, Dilbaz B, Aksakal SE, Altinbas S⁶; 2010 Estudio prospectivo aleatorizado de la administración de oxitocina para el manejo activo de la tercera etapa del parto - Ankara, Turquía, entre enero y octubre de 2010

-Priya GP, Veena P, Chaturvedula L, Subitha L.:Un ensayo controlado aleatorio de misoprostol sublingual y la oxitocina intramuscular para la prevención de la hemorragia posparto agosto de 2012 hasta julio de 2014 La India:

Este estudio se realizó durante el período comprendido entre agosto de 2012 hasta julio de 2014. las mujeres de bajo riesgo con embarazo simple a término admitido para el parto vaginal fueron elegibles para el estudio. Un total de 500 mujeres se asignaron al azar a dos grupos, 250 en cada grupo, ya sea para recibir 400 mcg de misoprostol por vía sublingual o 10 unidades de oxitocina por vía intramuscular en la entrega del hombro anterior. Se observaron los factores del paciente, parámetros de trabajo, la pérdida de sangre y los efectos secundarios.

Las mujeres en ambos grupos fueron bien adaptado con respecto a los parámetros de edad, paridad, edad gestacional y laborales. No había significación estadística en la pérdida de sangre ($p = 0,04$) entre los dos grupos. La pérdida de sangre promedio fue de 70 ml en el grupo misoprostol y 75 ml en el grupo de oxitocina. Temblor fue el efecto estadísticamente significativo lateral ($p = 0,004$) en el grupo de misoprostol y náuseas fue el efecto secundario estadísticamente significativa ($p = 0,003$) en el grupo de oxitocina.⁷

7. Priya GP, Veena P, Chaturvedula L, Subitha L.: Un ensayo controlado aleatorio de misoprostol sublingual y la oxitocina intramuscular para la prevención de la hemorragia posparto agosto de 2012 hasta julio de 2014 La India

NACIONALES:

-Hijona J.J., Carballo A., Torres J.M.⁷- 2011 Actitud obstétrica en el alumbramiento Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil, Ciudad de Jaén

Parecen existir argumentos científicos suficientemente sólidos como para considerar el MATFP como parte, si no ineludible, altamente recomendable en la correcta atención al parto.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en su recientemente publicada “Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto Normal” recomienda la adopción sistematizada de una conducta activa en la fase de alumbramiento, estandarizada a modo de MATFP. Se aconseja la administración de 10 UI de Oxitocina intravenosa lenta para este fin.

El MATFP es una medida segura y efectiva. Las futuras investigaciones al respecto deberán aclarar la conducta más adecuada a seguir, contemplando en su evaluación no solo factores clínicos de efectividad sino otros aspectos tan relevantes como la aceptabilidad, la seguridad, el coste y los efectos biológicos, psicológicos y sociales asociados a la intervención adoptada.⁸

8.Hijona J.J., Carballo A., Torres J.M.⁷- 2011 Actitud obstétrica en el alumbramiento Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil, Ciudad de Jaén

-Marcelo Arotoma o., Magna Guzmán A., Teresa Valencia V., Rafael Norabuena P., Julio Menacho L.⁸ – 2011- Efectos de la Oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Victor Ramos Guardia , Huaraz

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

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

La Oxitocina de 10UI administrada por vía IM al minuto del periodo expulsivo para alumbramiento dirigido, reduce las complicaciones obstétricas a su mínima proporción, asimismo los efectos secundarios del fármaco fueron mínimos⁹.

-Vanessa Turco Cam.¹⁰ 2005 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 :

Se obtiene un menor tiempo de alumbramiento con la administración por vía intraumbilical en comparación la administración por vía endovenosa.

No hay una diferencia significativa en la cantidad de pérdida sanguínea al comparar ambas vías de administración.

No existe asociación entre la presencia de complicaciones y la vía de administración de Oxitocina utilizada

9. Marcelo Arotoma o., Magna Guzmán A., Teresa Valencia V., Rafael Norabuena P., Julio Menacho L.⁸ – 2011- Efectos de la Oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia , Huaraz

No existe asociación entre la presencia de efectos y la vía de administración de Oxitocina utilizada.

La administración de Oxitocina por vía intraumbilical durante el manejo activo del tercer periodo del parto obtiene resultados maternos favorables con la administración de Oxitocina endovenosa.¹⁰

-Juan Miguel Martínez-Galiano¹¹ 2009 Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento Complejo Hospitalario de Jaén

Las recomendaciones de las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la FIGO, la ICM, la SEGO y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), abogan por la utilización de un manejo activo del tercer periodo del parto. La evidencia científica demuestra que con el alumbramiento dirigido se obtienen mejores resultados de salud que con el expectante. El manejo de este periodo es muy importante, ya que ayudará a prevenir determinadas complicaciones, como la HPP, que es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.¹¹

10. Turco C., V. 2005 Resultado materno favorable asociado al uso de Oxitocina vía intraumbilical vs Oxitocina endovenosa durante el manejo activo del tercer periodo del parto. Hospital Arzobispo

11. Loayza -Juan Miguel Martínez-Galiano 2009 Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento Complejo Hospitalario de Jaén.

REGIONALES:

- Espino Chalco, Noelia E.¹¹ - 2010- “Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontaneo y su Influencia en Retención de Membranas Ovulares - Hospital Santa María del Socorro de Ica”

El alumbramiento espontaneo tiene mayor influencia en la retención de membranas ovulares que el alumbramiento activo, teniendo este último menor tiempo de desprendimiento placentario¹¹

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Fisiología de la contracción uterina:

El músculo uterino está compuesto por un grupo de fibras musculares continuas, interrumpidas por líneas z, que están dispersas en una matriz extracelular compuesta principalmente por fibras de colágeno. Estas células miométriales se comunican unas con otras a través de conexiones llamadas “uniones estrechas”, que conducen el estímulo electro fisiológico para sincronizar la función contráctil. Las fibras musculares lisas en general son células ahusadas; es decir, con extremos afilados, pueden aparecer aisladas, pero suelen agruparse en capas

donde es difícil determinar los límites de células individuales con el microscopio óptico. El tamaño de las fibras es muy variable, las fibras más grandes se

11. Espino Chalco, Noelia E. - 2010- "Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontáneo y su Influencia en Retención de Membranas Ovulares - Hospital Santa María del Socorro de Ica"

encuentran en el útero grávido (hasta 10 x 500 micrómetros), mientras que las

más pequeñas se encuentran en las arteriolas (2 x 15 micrómetros).

Cada fibra posee un único núcleo localizado en la porción media, alargado en el sentido longitudinal de la fibra y posee extremos afinados y redondeados. La cromatina suele ser periférica y se distinguen varios nucléolos. Las células de los haces o capas están densamente empaquetadas, por lo que la porción media más ancha de una célula limita con los extremos afinados de las células adyacentes.

Las 35 capas o haces de las fibras musculares lisas se mantienen unidas por medio de tejido conectivo, desde donde penetran fibras de tejido conectivo entre las fibras musculares y allí, por último, una delgada red de fibras reticulares rodea cada célula muscular. Durante la contracción se transmite el impulso nervioso de las fibras musculares individuales a la capa de tejido conectivo circundante a través de la vaina de fibras reticulares. El mecanismo de contracción, en esta variedad de músculo, también se basa en el deslizamiento de los filamentos finos sobre los filamentos gruesos al igual que en el músculo esquelético. Los filamentos de actina de las fibras musculares lisas son fáciles de detectar a nivel ultra estructural, en cambio la visualización de los filamentos gruesos requiere de condiciones de fijación especiales, que demuestran que en el músculo liso por cada filamento grueso hay una proporción mucho mayor de filamentos finos que la

que se observa en el músculo esquelético. En estas células, la contracción es regulada también por alza en las concentraciones citosólicas de Ca^{++} . Sin embargo, la regulación de la contracción está asociada a miosina y no a actina. Un alza en las concentraciones citosólicas de Ca^{++} proveniente del espacio extracelular o del retículo sarcoplásmico, induce la fosforilación de las cadenas livianas de la miosina lo que produce una modificación en la cola de la molécula que permite la formación de filamentos gruesos y genera un cambio conformacional en la cabeza que permite su interacción con actina. Los filamentos de miosina de músculo liso, aparecen polarizados en una sola dirección en un lado del filamento y en la dirección opuesta a lo largo del otro lado.¹²

En esta configuración no existe una zona libre de puentes, como la que se ve en el filamento grueso del músculo esquelético. Esta disposición tiene la ventaja que actina y miosina pueden interactuar sin interrupción a lo largo de todo el filamento grueso. Cuando la cabeza de la miosina se desfosforila, los filamentos se desembalsa y la miosina se disocia de la actina. La fosforilación es catalizada por una enzima (quinasa de la cadena liviana de la miosina) cuya acción requiere de la presencia del complejo Ca-calmodulina. El modelo aceptado de contracción de las fibras musculares lisas establece que manojos de filamentos finos de actina, asociados a filamentos gruesos de miosina, se anclan por un extremo a cuerpos densos adheridos a la membrana plasmática y por el otro a filamentos intermedios no contráctiles a través de cuerpos densos citoplasmáticos. La actinina es uno de los componentes de los cuerpos densos. El rol de los cuerpos densos es similar al de los discos Z de las miofibrillas del músculo estriado. Los manojos contráctiles

se orientarían oblicuos respecto del eje mayor de la célula, lo que explicaría el acortamiento que experimentan las fibras musculares lisas durante su contracción. Las fibras lisas del músculo uterino y las del músculo estriado de otras partes del organismo presentan una serie de diferencias que favorecen las modificaciones

12. Cifuentes, R. 2008 "Obstetricia de Alto Riesgo" –Edit. Distribuna – sexta edición - . Colombia del segmento uterino, la dilatación cervical y el descenso de la presentación, estas diferencias son las siguientes:

- 1.- Un grado de acortamiento mayor con cada contracción que es, aproximadamente, el doble que la del músculo estriado.
- 2.- Tiene la posibilidad de que la fuerza contráctil se ejerza en cualquier dirección no siguiendo la dirección del eje muscular, como sucede en el músculo estriado.
- 3.- La disposición de los filamentos gruesos y finos es a lo largo, lo que facilita un mayor acortamiento y capacidad para generar fuerza contráctil.
- 4.- El hecho de generar fuerza multidireccional, le confiere al miometrio una gran versatilidad para que la contracción sea adecuada, sin importar la posición y presentación fetal.

La onda de contracción se origina en uno de los dos marcapasos situados en el cuerno uterino cerca de las trompas. Estos marcapasos no se han demostrado anatómicamente ni fisiológicamente, pero sí desde el punto de vista funcional. Normalmente solo uno de los dos marcapasos inicia la contracción, generalmente el derecho, y la onda viaja en sentido descendente a una velocidad de 2cm por segundo, de tal manera que en quince segundos invade a todo el órgano. La onda normal tiene el denominado "triple gradiente descendente" de propagación,

duración e intensidad, haciéndose menor estos parámetros a medida que progresa la misma. Cuando la concentración de iones calcio desciende en el citosol, se inactiva la MLC quinasa y al mismo tiempo se escinde fosfato de la cadena liviana de miosina reguladora, proceso catalizado por la enzima fosfatasa de cadenas livianas de miosina que está siempre activa con independencia de la concentración de iones calcio. Después de la separación de los grupos fosfato la molécula de miosina ya no posee la capacidad para fijarse a la actina, se interrumpe la contracción y se relaja la célula muscular. Forma de regulación de la contracción muscular se denomina regulación ligada a miosina. Algunos tipos de células musculares lisas utilizan un mecanismo de regulación supletorio, denominado regulación ligada a la actina. El aumento de la concentración de iones calcio, con formación del complejo calcio-calmodulina producen la activación de la proteína caldesmona, una proteína reguladora unida a actina, que impide la unión con miosina, la activación de caldesmona produce un cambio en su conformación, por lo que se separa de la actina y permite el acceso a la miosina. De este modo se realiza la unión cruzada entre actina y miosina y se inicia la contracción.¹²

2.2.2. Fisiología del Trabajo de Parto:

El trabajo activo de parto se divide en tres periodos que mantienen una continuidad clínica, los cuales son: Dilatación, expulsión y alumbramiento.

a. Primer Periodo o de Dilatación:

Corresponde el intervalo de tiempo que transcurre desde el inicio de las contracciones uterinas, que producen las primeras modificaciones del cuello uterino, hasta que se alcanza la dilatación completa. La duración de este periodo es variable, depende de la paridad, de las características maternas y fetales. Se considera que la duración media de este periodo en la gestante nulípara oscila entre 12 y 14 horas, y en la múltipara entre 6 y 8 horas. Durante el curso del periodo de dilatación existen una serie de contracciones. Al principio estas son poco intensas, poco dolorosas y apenas si alcanzan los 30 mmHg. Duran poco y son muy frecuentes; pero poco a poco se van haciendo más intensas hasta incluso superar los 50 mmHg.

Este periodo a su vez, lo podemos subdividir en dos fases. Una primera fase que se caracteriza por una evolución lenta de la dilatación; denominada fase de latencia, la cual termina cuando el cuello se encuentra totalmente borrado y con una dilatación de 3 cm., y una segunda fase activa, que corresponde al parto clínico propiamente dicho y cual termina con la dilatación completa.¹³

Fundamentalmente, las contracciones uterinas actúan de dos formas:

- a) Tracción directa de las paredes del cuello: el cuerpo uterino se contrae y tira del segmento inferior que tiene poca capacidad contráctil, pero que a su vez tira del cuello uterino cuyos escasos elementos musculares adquieren disposición vertical.
- b) El aumento de presión intrauterina (determinada por la contracción) lo que hace que el líquido amniótico, que es empujado hacia abajo, se acumule en la parte

inferior del producto. La distensibilidad de la membrana y la tracción de las paredes uterinas posibilitan un desplazamiento de las membranas sobre estas paredes, dando lugar a la bolsa de aguas. Esta bolsa actúa de cuña y en cada contracción va ir metiéndose cada vez más en el cuello, facilitando la dilatación

13. Vargas M.,L.: -2008- Alumbramiento Normal - Universidad Austral de Chile, 2008 disponible: <http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/alumbramiento-121.pdf>

para que los procesos anteriores ocurran se necesita una fijación (anclaje del cuello uterino de todo el útero). Por su laxitud los ligamentos redondos no ejercen esta función, aunque si tiene importancia cuando hay una desproporción entre el feto y la pelvis. También se ha admitido que la fijación uterina se producía en los parametrios, bien a través de las fibras musculares que formaban parte del segmento inferior o que cruzaban de lado a lado formando el anclaje. Hoy por hoy se ha llegado a la conclusión de que no hace falta un anclaje especial del útero durante el parto, y que lo más importante es la textura del útero y su capacidad para contraerse.

En cualquier caso, si la bolsa de aguas se rompe, la propia presentación fetal actúa directamente sobre el cuello y contribuye a su dilatación.

b. Segundo Periodo, Expulsivo:

Se inicia cuando se alcanza la dilatación completa y termina con la expulsión del feto desde la cavidad uterina hacia el exterior, en este periodo se produce la máxima actividad uterina y tiene lugar el descenso, rotación, flexión y desprendimiento de la presentación y, a continuación, de todo el feto.

La duración de este periodo es de un máximo de 60 minutos en primíparas y 30 minutos en múltiparas, siempre y cuando el estado fetal sea normal.

c. Tercer Periodo, Alumbramiento:

Tiene lugar después del nacimiento del recién nacido y consiste en el desprendimiento, descenso y expulsión de los anexos ovulares por el conducto genital.¹³

Mecanismo Fisiológico del alumbramiento.-

El principal mecanismo está dado por la contracción y retracción que sufre el útero después de la expulsión del feto. Las contracciones de este periodo tienen tres funciones:

- 1.- Transfusión fisiológica de sangre al recién nacido.
- 2.- Desprendimiento descenso y expulsión de la placenta.
- 3.- Impedir la hemorragia en el lugar de inserción placentaria y mantener el tonismo del órgano.

El tiempo corporal es el periodo durante el cual toda la placenta está dentro del cuerpo uterino, lo que produce contracciones que se registran perfectamente, siendo estas indoloras a pesar de su gran intensidad porque no producen distensión e isquemia prolongada. A medida que se realiza el pasaje de la placenta por el conducto del parto, la influencia de las contracciones sobre la presión placentaria es menor.

El tiempo corporal normal es menor de 15 minutos, es prolongado cuando la expulsión placentaria se realiza entre los 15 y 30 minutos. Se considera retención placentaria cuando el alumbramiento no se produce después de transcurridos 30 minutos desde el nacimiento. En el 90% de los casos la placenta se desprende en 15 minutos, si se demora más de 15 minutos debe considerarse anormal y se cree aconsejable practicar una extracción manual de la misma.

El alumbramiento consta de tres fases:

1.- Desprendimiento de la placenta

La contractilidad uterina y retracción del útero conducen a una reducción de la superficie de implantación y desgarran la caduca a nivel de la capa esponjosa, es decir, la capa más laxa, quedando en el útero la capa compacta adherida a las vellosidades de los cotiledones. Este mecanismo puede realizarse de dos maneras:

a.- Mecanismo de Baudeloque-Schultze.

Es el más frecuente y ocurre en el 80% de los casos. Consiste en el desprendimiento de la placenta por su centro, se forma así un hematoma retro placentario por la abertura de los vasos útero placentarios, a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor y produce una inversión de la placenta; por lo que es expulsada presentando su cara fetal.

b.- Mecanismo de Baudeloque- Duncan.

El desprendimiento es de tipo lateral y se inicia por el borde inferior; la presión uterina completa la acción, hasta permitir la expulsión por la cara materna de la placenta. Este mecanismo se presenta en el 20% de los casos.¹⁴

14. Pritchard, J.- 2007- Obstetricians de Williams. Cuarta Edición. Salvat Editores. España.

Signos de desprendimiento:

Después de la expulsión del feto el útero continúa su actividad contráctil, lo que permite la adaptación del mismo a la placenta, y como consecuencia el fondo uterino llega a nivel del ombligo o 2-3 cm. por debajo del mismo. Se observa un cambio en su forma, posición y consistencia, la consistencia uterina varía según el momento de la palpación: es dura durante las contracciones y elástica en las pausas.

- Signo de Schroeder: A medida que la placenta se desprende, el útero se torna más globoso y asciende por encima del ombligo, lateralizándose levemente hacia el flanco derecho.

- Signo de la pérdida hemática: Según el mecanismo de desprendimiento habrá o no pérdida de sangre durante el alumbramiento. El mecanismo de Baudeloque Duncan se exterioriza una cantidad variable de sangre, mientras que en el de Schultze una discreta cantidad se acumula entre la placenta y el útero que se elimina juntamente con ella. No siempre se observan todos, el único signo seguro de desprendimiento es la posibilidad de extraer la placenta del conducto del parto. El más seguro entre los síntomas clásicos es la disminución de tamaño y la angulosidad que experimenta el Útero.

2.- Descenso de la placenta

Se producen por las contracciones uterinas y la gravedad de su propio peso. Según el mecanismo de desprendimiento, descenderá primero la cara fetal (Baudeloque-Schultze) y la cara materna (Baudeloque- Duncan). El recorrido distiende el conducto segmento- cervical y la vagina.¹⁴

Signos de Descenso:

Al llegar la placenta al segmento inferior, lo distiende y motiva con ello el ascenso y lateralización máxima del fondo uterino.

a.- Signo de Ahlfeld: Consiste en colocar a nivel vulvar una pinza de kocher sobre el cordón, podremos observar como a medida que se produce el descenso placentario, la misma se aleja del lugar primitivo.

b.- Signo de Kustner negativo: Al sostener con una mano el cordón umbilical y desplazar la otra hacia arriba, colocada en la región hipogástrica (segmento inferior), al ejercer una presión sobre el cuerpo uterino, el cordón umbilical asciende como consecuencia de la maniobra si la placenta no ha descendido aún.

- Signo de Kustner Positivo: Si el cordón permanece inmóvil, nos indicara que la placenta esta descendida.

c.- Signo de Strassman negativo: Se observa cuando la mano que sostiene el cordón umbilical recibe la propagación de movimientos del fondo uterino, lo cual indica que el útero, la placenta y el cordón constituyen un sistema sin solución de continuidad, por lo tanto se considerará que la placenta no ha descendido¹⁵.

15.Schwarcz R. y Cols.- 2008- Atención prenatal y del parto de bajo riesgo Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay.

d.- Signo de Strassman Positivo: La no propagación de las trepidaciones de los movimientos del fondo uterino indicará el descenso placentario.

e.- Signo de Fabre: Al ejercer suavemente ligeras sacudidas al cordón con una mano, no se transmitirán estas al cuerpo uterino ni a la mano colocada sobre el abdomen.¹⁵

3.- Expulsión de la placenta y membranas ovulares:

Puede hacerse en forma espontánea en un lapso a veces bastante prolongado, por lo cual es ayudada por el médico, aunque algunos pujos determinan la expulsión espontánea de la placenta.

Signos de expulsión

a.- Signo de mayor descenso del fondo uterino: Al llegar la placenta a la vagina, el útero experimenta su mayor descenso. El fondo uterino se sitúa a 5 – 6 centímetros por debajo del ombligo.

b.- Signo del globo de seguridad de Pinard: La retracción uterina determina que las fibras musculares produzcan vasoconstricción que le confiere al útero una consistencia leñosa.¹⁵

MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

Se conoce como Manejo Activo de la Tercera o alumbramiento dirigido al conjunto de maniobras que aplicadas a la puérpera tras el expulsivo (preferentemente en los 2 minutos siguientes a la extracción fetal) , facilitan el alumbramiento acortando su duración. El manejo activo del alumbramiento incluye la administración de útero tónicos, junto con el optativo pinzamiento y corte temprano del cordón y la tracción controlada del mismo (ejemplificada en la maniobra de Brandt-Andrews). La aplicación conjunta de estas maniobras ha demostrado disminuir, incluso en la población general, la incidencia de hemorragia post parto, la pérdida media de sangre, y el porcentaje de alumbramientos prolongados; todo ello sin afectar al recién nacido.²

LA OXITOCINA: es un útero tónico natural que se sintetiza en los núcleos supra óptico y paraventricular del Hipotálamo y se almacena en la hipófisis posterior junto con la vasopresina. Además, la Oxitocina se sintetiza en el líquido amniótico, en el corion y la decidua. Está formada por nueve aminoácidos, dos de los cuales son medias cistinas. La Oxitocina estimula las contracciones musculares en el útero y las contracciones mioepiteliales en las mamas. La liberación de Oxitocina es puntual: tres descargas cada 10 min. Una vez iniciado el parto, la concentración de Oxitocina aumenta significativamente, en especial en la segunda etapa. Al nacer, se puede detectar concentraciones extremadamente altas de Oxitocina en la sangre del cordón, y es posible que en el trabajo de parto también intervenga la Oxitocina liberada por la hipófisis fetal (aunque estudios en monos han observado

que no interviene la Oxitocina fetal en el parto). La mayor frecuencia de trabajo de parto y alumbramiento por la noche tal vez se deba a la mayor secreción nocturna de Oxitocina. Es probable que la acción de la Oxitocina en las etapas iniciales del trabajo de parto dependa de la sensibilidad miometrial a la Oxitocina, además de la concentración en sangre. La concentración de los receptores de Oxitocina en el miometrio de mujeres no embarazadas es baja, es 12 veces mayor al principio de la gestación y aumenta hasta el parto (80 veces); durante el trabajo de parto, las concentraciones se duplican (2,5 veces). Esta concentración de receptores se correlaciona con la sensibilidad uterina a la Oxitocina. El mecanismo se desconoce, pero es probable que el aumento se produzca por un cambio en las prostaglandinas y en el medio hormonal del útero. La Oxitocina se administró por primera vez en 1953 (Du Vigneaud).

El mecanismo de acción de la Oxitocina es múltiple. Tiene acción directa sobre los receptores uterinos, aumenta la síntesis de prostaglandinas, impide el paso de calcio hacia el exterior celular e impide su fijación al sarcoplasma. Durante la contracción uterina, la Oxitocina se une a la proteína G en la superficie del miocito uterino y produce 1,2-diacilglicerol e inositol - trifosfato que libera calcio del sarcoplasma.

Sus efectos secundarios son: hiperactividad uterina, bradicardia y disminución de la saturación de O₂ fetal, náuseas, vómitos, cefalea, enrojecimiento y efecto antidiurético. Los efectos secundarios más importantes son los cardiovasculares (hipotensión, taquicardia, isquemia miocárdica, arritmias) que toleran especialmente mal los pacientes con función ventricular anómala e hipovolémicos, debido a que existen receptores de Oxitocina en otros tejidos (miocardio, vasos

sanguíneos, etc.). Este efecto directo produce relajación de la musculatura lisa vascular, taquicardia por efecto en los receptores miocárdicos, vasoconstricción de arterias renales, coronarias y osteomusculares y de las arterias y venas umbilicales.¹⁶

La administración profiláctica de Oxitocina influye significativamente en la incidencia de hemorragia post parto, retención placentaria, duración del alumbramiento, uso de útero tónicos adicionales e hipotensión materna. Por ello, se recomienda administrarla tras el alumbramiento, ya que evita la transferencia placentaria del fármaco. Existen estudios sobre la mínima dosis eficaz de Oxitocina profiláctica, así como de su administración en bolo o perfusión.¹⁶

2.3 MARCO CONCEPTUAL

1. Alumbramiento dirigido.- alumbramiento que se produce previa administración de útero tónicos.
2. Desprendimiento placentario.- primer tiempo del alumbramiento que consiste en la separación de la placenta del fondo uterino.
3. Oxitocina.- medicamento útero- tónico,utilizado durante el embarazo, parto y pos parto.
4. Vía intramuscular.- vía parenteral de administración de medicamentos cuyo efecto luego de su administración es a partir de los 10 minutos.

Vía endovenosa.- vía parenteral de administración de medicamentos, consiste en la administración de medicamentos directamente en el torrentecirculatorio, su efecto se produce entre 2 a 5 minutos luego de su administración.

16.Manrique,S.; López, N. y Colab.-2012- Actualización en el uso de Uterotónicos. - Servicio de Anestesiología, Hospital Vall D Hebron, Barcelona - España.

5. .Paridad.- número de partos que tiene una mujer; se menciona como nulípara, aquella que no tuvo partos; primípara, con un solo parto; multípara, aquella que tuvo dos o más partos.
6. Edad.- años cronológicos cumplidos de una persona.
7. Complicaciones.- Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella. Las complicaciones por la general agravan el pronóstico.
8. Tiempo del desprendimiento placentario.- tiempo transcurrido entre la expulsión del producto y desprendimiento de la placenta normo inserta.¹⁷
9. Hemorragia pos parto.- sangrado pos parto en más de 500cc en parto eutócico y más de 1000cc en cesárea en las primeras 24 horas del puerperio¹⁸

17. Manual MERCK para el hogar -2012-. Disponible en:

<http://www.consumidores.msd.com.mx/manualmerck/022-problemas-de-la-salud-de-la->

18. Biblioteca de Salud Sexual y reproductiva de la OMS. Disponible en:

http://apps.who.int/rhl/archives/guideline_pphprevention_fawoleb/es/

10. Retención de restos Placentarios.- es la retención de parte de las membranas ovulares o cotiledones.¹⁷
11. Retención placentaria.- placenta que no se desprende después de 15 minutos en alumbramiento dirigido y 30 minutos en alumbramiento expectante.
12. Atonía uterina.- sin tono uterino, llámese a la falta de contracción uterina luego de expulsada la placenta¹⁸

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Ha=El tiempo del alumbramiento dirigido es menor con el uso de Oxitocina endovenosa que por vía intramuscular en los Hospitales Santa María del Socorro -Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.

Ho= El tiempo del alumbramiento dirigido no es menor con el uso de Oxitocina endovenosa que por vía intramuscular en los Hospitales Santa María del Socorro -Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.

3.2. VARIABLES

3.2.1. Variable Independiente:

- Oxitocina vía endovenosa.
- Oxitocina vía intramuscular.

3.2.2. Variable Dependiente:

- Tiempo del alumbramiento dirigido.

3.2.3. Variables Intervinientes:

-Complicaciones del alumbramiento.

- Hemorragia pos parto.
- Retención de restos placentarios.
- Retención placentaria.
- Atonía uterina.

-Edad.

-Paridad.

3.2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN | TIPO DE VARIABLE | NATURAL EZA | ESCALA | UNIDADES DE MEDIDA | PRUEBA DE SIGNIFICACION | FUENTE |
|--|---|------------------|--------------|------------|--|---|-------------------------------|
| - Oxitocina vía endovenosa. -Oxitocina vía intramuscular. | Útero tónico sintetizado en el Hipotálamo y almacenado en la neuro hipófisis. | Independiente | Cualitativa | Nominal | Vía endovenosa Vía intramuscular | Distribución porcentual. Chi cuadrado, | Ficha de recolección de datos |
| Tiempo del alumbramiento dirigido | Minutos de demora de la tercera etapa del parto. | Dependiente | Cuantitativa | Ordinal | 3-5min. 5-10min 10 -15 min. >15 min. | | |
| Paridad | Número de partos | Interviniente | Cualitativa | Ordinal | Nulípara, Primípara. Multípara | | |
| Edad | Tiempo transcurrido a partir del | Interviniente | Cuantitativa | Dicotómica | 15-19 años 20-34 años | | |
| Complicaciones | | Interviniente | Cualitativa | Nominal | - Retención placentaria. - Retención de membranas ovulares. - Hemorragia post parto. | | |

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Observacional, porque el investigador examina la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los resultados.

4.1.1 Tipo de Investigación:

La presente investigación está clasificada como: **transversal, analítico, comparativo y prospectivo**

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

Es **analítica** porque trata de explicar las variables de estudio para tener una explicación de los hechos.

Es **prospectivo** por que la investigación se realizo en meses futuros.

4.1.2. Nivel de Investigación

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

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas las parturientas que acuden a los hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.

4.2.2. MUESTRA

Tipo de muestra: Muestreo aleatorio.

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

$$N(Z^2_{\alpha})pq$$

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

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

Donde:

N= total de población

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

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

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

d= precisión (en este caso deseamos un 5 %)

$$496 (1.96)^2 (0.05) 0.95$$

$$n = \frac{496 (1.96)^2 (0.05) 0.95}{0.05^2 (496-1) + (1.96)^2 (0.05) 0.95}$$

$$0.05^2 (496-1) + (1.96)^2 (0.05) 0.95$$

(496) (3.8416) (0.05) 0.95

n =-----

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

90.50

n = ----- =

0.41

n =118

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

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

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

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

4.3. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. TÉCNICA

Se eligió en forma aleatoria por la población finita, de la que deseamos extraer una muestra, previamente se solicitó autorización a las direcciones de los hospitales donde se realizaron las investigaciones para obtener el permiso correspondiente.

MATERIAL Y METODOS:

Se presencié los partos para que a través de un reloj que dispone de marcador de minutos y segundos se tome el tiempo que dura el alumbramiento sea con el uso de Oxitocina EV o IM.

La Oxitocina de 10 UI intramuscular se administró a las parturientas antes del minuto de la salida del producto a diferencia de la Oxitocina endovenosa que se administró diluida en ClNa 0.9% 1000 cc. + Oxitocina 10 UI, a la salida del producto el personal que colabora en el parto abre la llave a chorro donde se administra 200 cc de la solución, es decir 2 UI.

4.3.2. INSTRUMENTOS

La recolección de los datos se realizó con observación directa y toma del tiempo del desprendimiento utilizando las historias clínicas del servicio de Obstetricia de los Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández de Ica, de abril – agosto del 2015 para obtener los otros datos que se consignaron en la ficha de recolección de datos previamente elaborada y validada.

ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Principio de beneficencia:

El presente estudio es una investigación no experimental, descriptiva el cual el riesgo de participar es mínimo.

Principio de autonomía:

La persona que participa en esta investigación será informada del tema a tratar y es libre de elegir si desea participar o no.

Principio de justicia:

El alumbramiento dirigido en ambos hospitales se hacen a todas las pacientes a fin de evitar complicaciones en el pos parto; si la persona no desea participar en el estudio no se le obliga, no se tomaran represalias hacia ella o algún miembro de su familia en cuanto a sus atenciones de salud.

Durante la investigación se brindará confidencialidad de los datos, es decir, solo la investigadora y la paciente tendrán derecho a saber de la información comprendida en ella, las demás personas solo revisarán códigos, mas no podrán identificarla.

Los resultados de la investigación conformaran parte de la tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Hipótesis:

Ha=El tiempo del alumbramiento dirigido es menor con el uso de Oxitocina endovenosa que por vía intramuscular en los Hospitales Santa María del Socorro -Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.

Ho= El tiempo del alumbramiento dirigido no es menor con el uso de Oxitocina endovenosa que por vía intramuscular en los Hospitales Santa María del Socorro -Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.

Elección de la prueba estadística

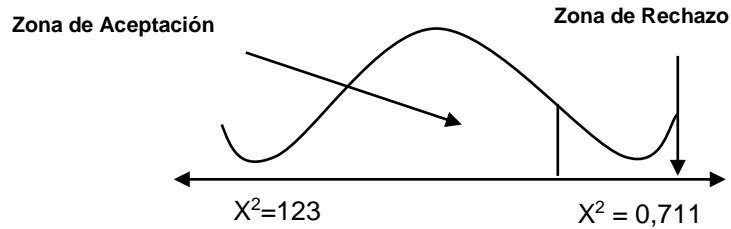
Se aplicó la prueba de Chi cuadrado

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

Nivel de significación

Teniendo una tabla de doble entrada se tiene 5 columnas y 2 filas, entonces el grado de libertad será de 4

Nivel de significación α : 0.05 ($X^2_{\text{tabla}} = 0,711$); Gl: 4



Como X^2 calculado es menor que el obtenido en la tabla con un $\alpha: 0.05$ y $n=4$ es 0,711

Toma de decisión:

Como el resultado de la prueba X^2 es 123 a 4 grado de libertad y el valor crítico es 0.711 es mayor de $\alpha: 0.05$, por lo tanto se rechaza la H_0

CONCLUSION

El tiempo del alumbramiento dirigido es menor con el uso de Oxitocina endovenosa que por vía intramuscular en los Hospitales Santa María del Socorro - Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.

“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

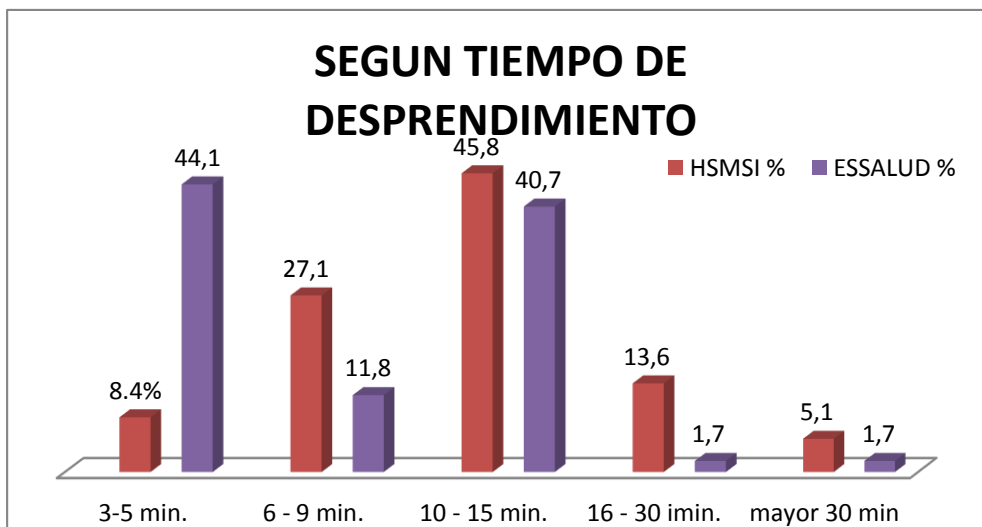
CUADRO N° 01

Según Tiempo de Desprendimiento

| Tiempo de Desprendimiento | Oxitocina Intramuscular | | Oxitocina Endovenosa | |
|---------------------------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | N° | % | N° | % |
| 3-5 min. | 10 | 8.4 | 52 | 44.1 |
| 6 - 9 min. | 32 | 21.7 | 14 | 11.8 |
| 10 - 15 min. | 54 | 45.8 | 48 | 40.7 |
| 16 - 30 min. | 16 | 13.6 | 02 | 1.7 |
| mayor 30 min | 6 | 5.1 | 02 | 1.7 |
| TOTAL | 118 | 100% | 118 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En este cuadro observamos que con el uso de Oxitocina endovenosa el tiempo del desprendimiento placentario entre 3 a 5 min. fue del 44.1% (N=52), seguido del 40.7% (N=48) entre 10 a 15 min y 11.8% (N=14) entre 6 a 9 min. Con respecto al uso de Oxitocina Intramuscular el 45.8% (N=54) corresponde al desprendimiento entre 10 a 15 min. , el 21.7% (N=32) de 6 a 9 min., el 13.6% (N=16) entre 16 a 30 min. y 8.4% (N=10) a un tiempo de 3 a 5 min.



“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

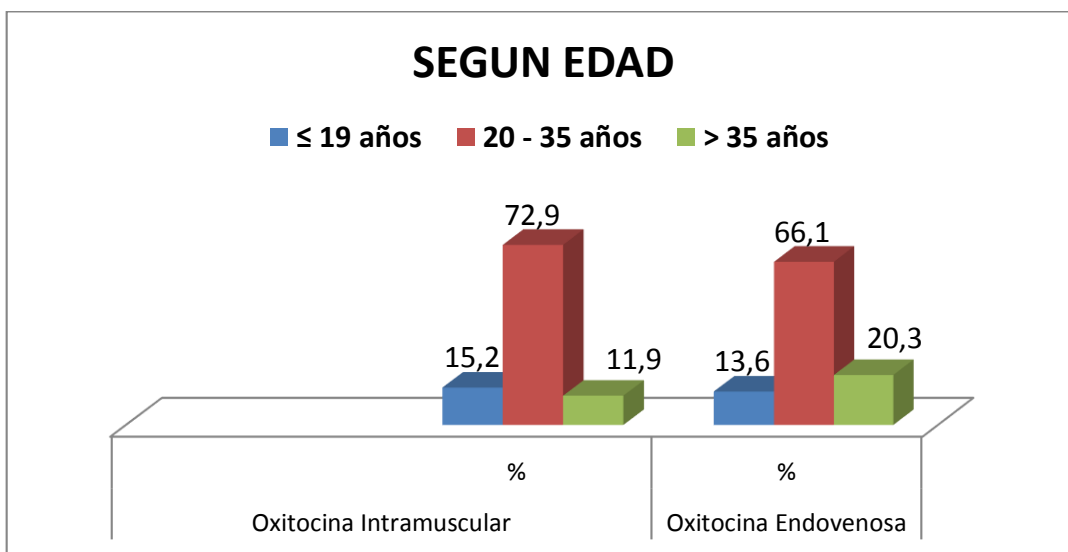
CUADRO N° 02

Según Edad

| Edad | Oxitocina Intramuscular | | Oxitocina Endovenosa | |
|---------------------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | N° | % | N° | % |
| ≤ 19 años | 18 | 15.2 | 16 | 13.6 |
| 20 - 35 años | 86 | 72.9 | 78 | 66.1 |
| > 35 años | 14 | 11.9 | 24 | 20.3 |
| TOTAL | 118 | 100% | 118 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

El 72.9% (N=86) de pacientes donde se utilizó Oxitocina intramuscular pertenecen a una edad entre 20 a 35 años, 15.2% (N=18) a menores de 19 años y el 11.9% (N=14) mayores de 35 años; en el uso de Oxitocina Endovenosa observamos que el 66.1% (N=78) corresponden a parturientas entre 20 a 35 años de edad, 20.3% (N=24) a mayores de 35 años y 13.6% (N=16) fueron menores de 19 años.



“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

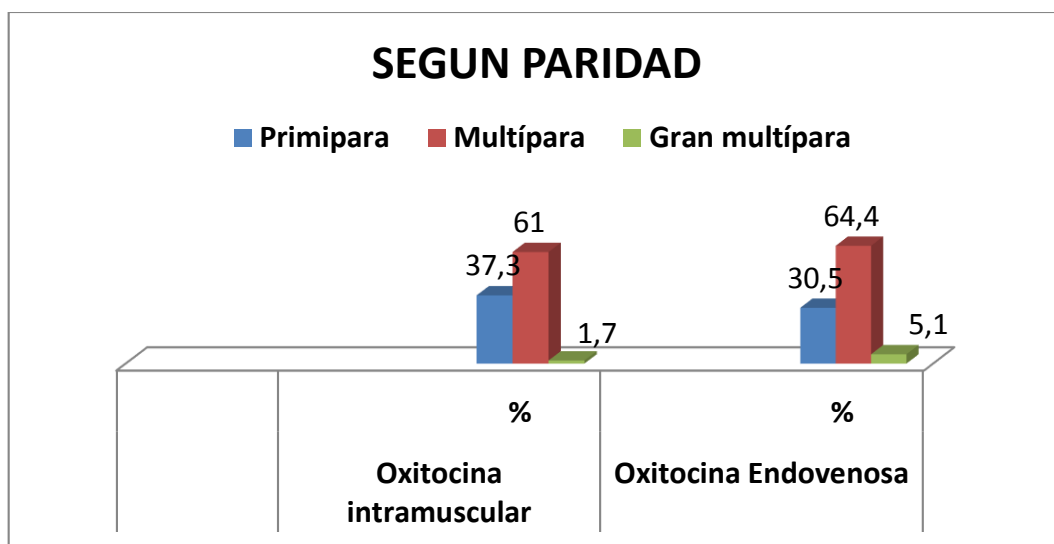
CUADRO N° 03

Según Paridad

| Paridad | Oxitocina Intramuscular | | Oxitocina Endovenosa | |
|-----------------------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | N° | % | N° | % |
| Primípara | 44 | 37.3 | 36 | 30.5 |
| Múltiparas | 72 | 61 | 76 | 64.4 |
| Gran múltipara | 2 | 1.7 | 6 | 5.1 |
| TOTAL | 118 | 100% | 118 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con el uso de Oxitocina Intramuscular el 61% (N=72) fueron múltiparas, 37.3% (N=44), primíparas y 1.7% (N=2) gran múltipara; en cuanto al uso de Oxitocina Endovenosa el 64.4% (N=76) fueron múltiparas, 30.5% (N=36), primíparas y 5.1% (N=6) gran múltiparas.



“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

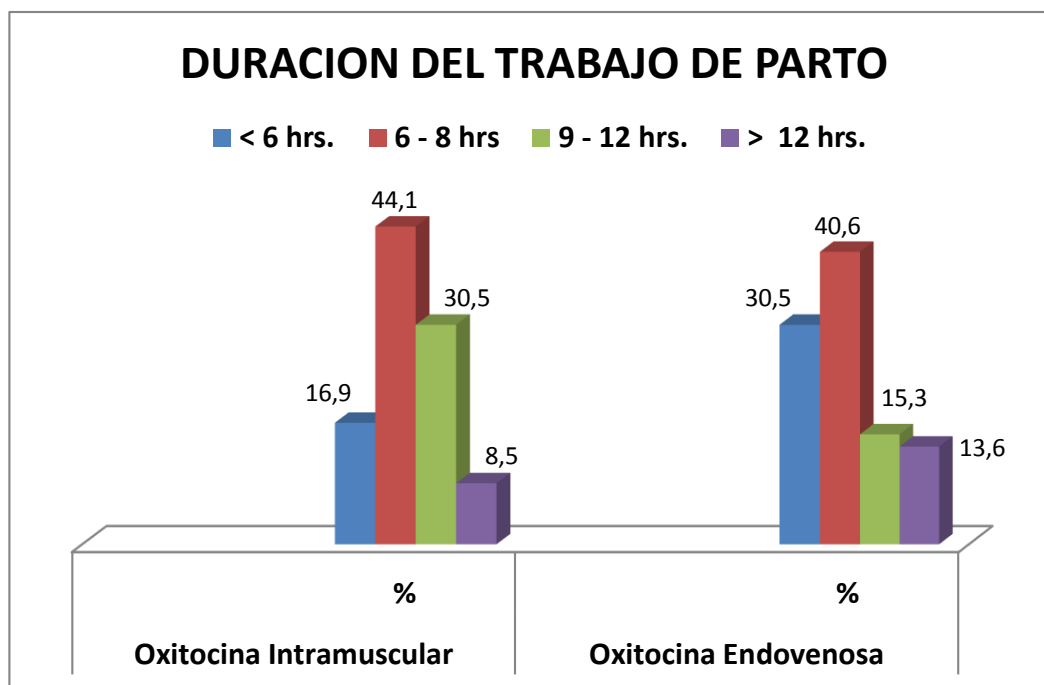
CUADRO N° 04

Según Duración del Trabajo de Parto

| Duración Trabajo de Parto | Oxitocina Intramuscular | | Oxitocina Endovenosa | |
|---------------------------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | N° | % | N° | % |
| < 6 hrs. | 20 | 16.9 | 36 | 30.5 |
| 6 - 8 hrs | 52 | 44.1 | 48 | 40.6 |
| 9 - 12 hrs. | 36 | 30.5 | 18 | 15.3 |
| > 12 hrs. | 10 | 8.5 | 16 | 13.6 |
| TOTAL | 118 | 100% | 118 | 100% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

El tiempo de duración del trabajo de parto en parturientas que usaron Oxitocina Intramuscular el 44.1% (N=52) fue de 6 a 8 hrs.,30.5% (N=36) de 9 a 12 hrs.,16.9% (N=20) menor de 6 horas y 8.5% (N=10) mayor a 12 hrs.; con la Oxitocina Endovenosa se obtuvo que el 40.6% (N=48) tuvo una duración de 6 a 8 hrs.,30.5% (N=36) menor a 6 hrs.,15.3% (N=18) de 9 a 12 hrs., y sólo el13.6% (N=16) mayor a 12 hrs.



“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

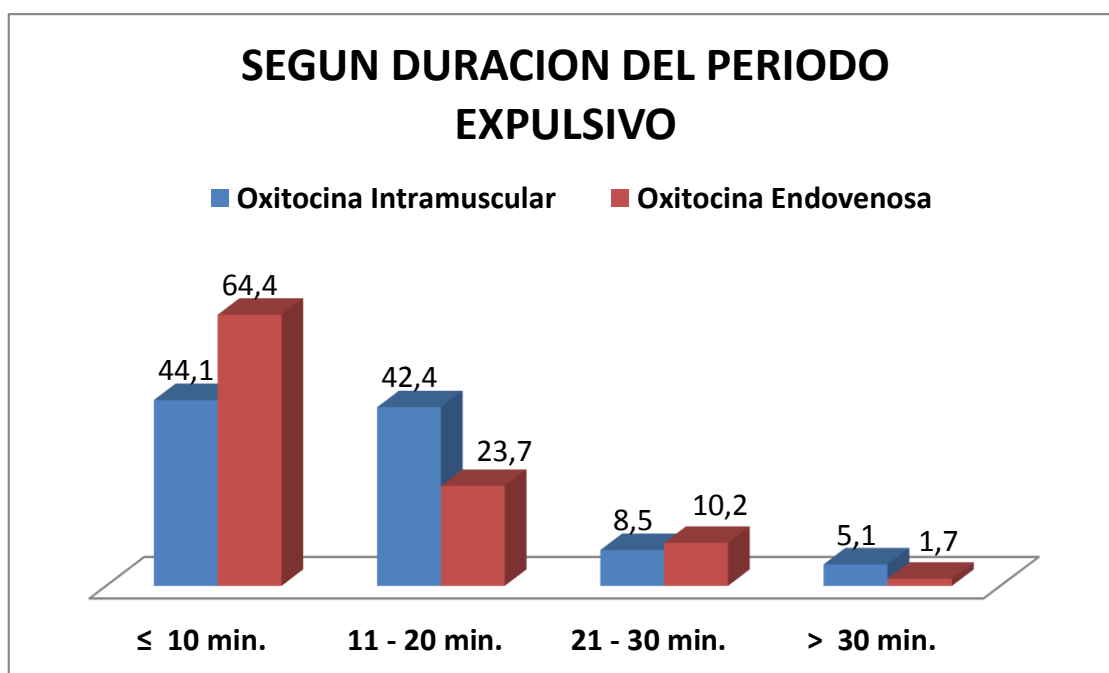
CUADRO N° 05

Según Duración del Expulsivo

| Duración del P. Expulsivo | Oxitocina Intramuscular | | Oxitocina Endovenosa | |
|---------------------------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | N° | % | N° | % |
| ≤ 10 min. | 52 | 44.1 | 76 | 64.4 |
| 11 - 20 min. | 50 | 42.4 | 28 | 23.7 |
| 21 - 30 min. | 10 | 8.5 | 12 | 10.2 |
| > 30 min. | 6 | 5.1 | 2 | 1.7 |
| TOTAL | 118 | 100% | 118 | 100% |

Fuente: ficha de recolección de datos.

Con respecto a la duración del periodo expulsivo, con la Oxitocina Intramuscular el 44.1% (N=52) fue menor de 10 minutos, 42.4% (N=50) de 11 a 20 min., 8,5% (N=10) de 21 a 30 min., y 5.1% (N=6) mayor de 30 min.; con el uso de Oxitocina Endovenosa el 64.4% (N=76) menor de 10 min., 23.7% (N=28) de 11 a 20 min., 10.2% (N=12) de 21 a 30 min. y 1.7% (N=2) mayor a 30 min.



“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

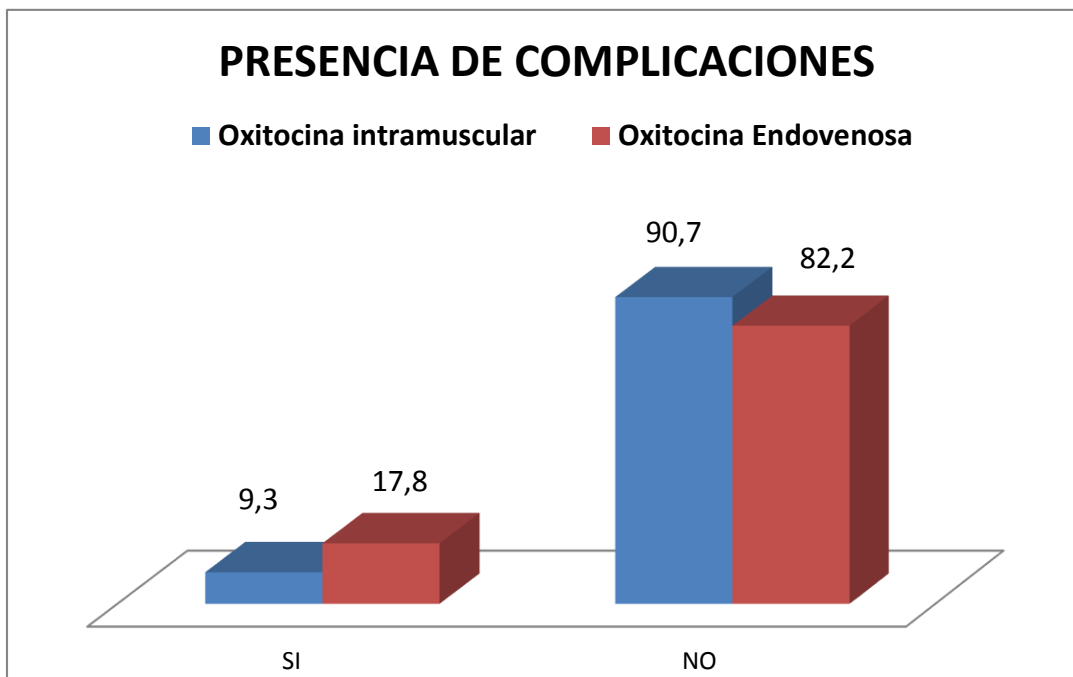
CUADRO N° 06

Según Complicación

| Presencia de Complicación | Oxitocina Intramuscular | | Oxitocina Endovenosa | |
|---------------------------|-------------------------|------|----------------------|------|
| | N° | % | N° | % |
| SI | 11 | 9.3 | 21 | 17.8 |
| NO | 107 | 90.7 | 97 | 82.2 |
| TOTAL | 118 | 100 | 122 | 100 |

Fuente: ficha de recolección de datos.

En este cuadro se observa que con el uso de la Oxitocina intramuscular se tiene que las complicaciones son en un 9.3% (N=11) en comparación con el uso de la Oxitocina endovenosa donde las complicaciones se encuentran en 17.8% (N=21)



“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

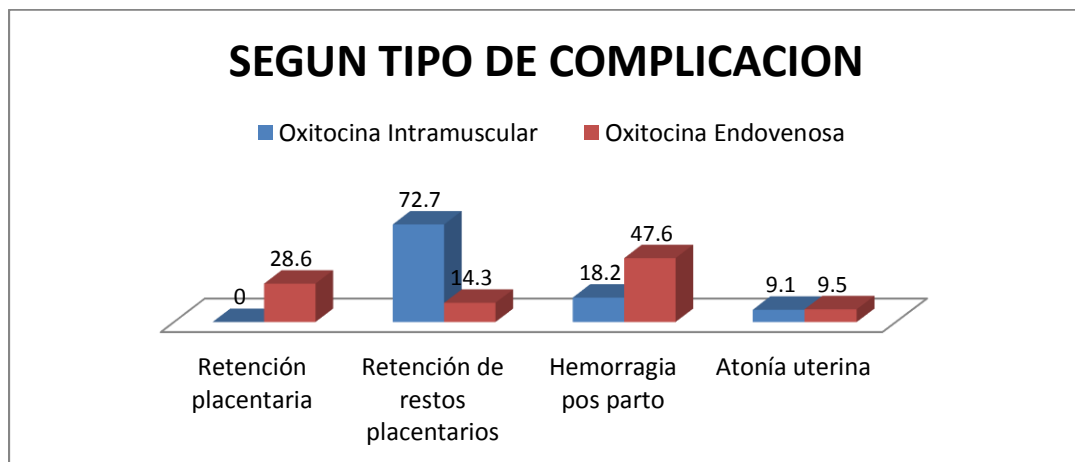
CUADRO N° 07

Según Tipo de Complicaciones

| TIPO DE COMPLICACION | Oxitocina Intramuscular | | Oxitocina Endovenosa | |
|----------------------------------|-------------------------|-------------|----------------------|-------------|
| | N° | % | N° | % |
| Retención placentaria | 0 | 0 | 06 | 28.6 |
| Retención de restos placentarios | 08 | 72.7 | 03 | 14.3 |
| Hemorragia pos parto | 2 | 18.2 | 10 | 47.6 |
| Atonía uterina | 1 | 9.1 | 02 | 9.5 |
| TOTAL | 11 | 100% | 21 | 100% |

Fuente: ficha de recolección de datos.

Con la administración de Oxitocina intramuscular observamos que un 72.7% (N=8) presentaron retención de restos placentarios, 18.2% (N=2) hemorragia pos parto y sólo el 9.1% (N=1) atonía uterina, cifras muy bajas en comparación con el uso de Oxitocina endovenosa donde encontramos que el 47.6% (N= 10) presentó hemorragia pos parto, el 28.6% (N=6) retención placentaria, seguido del 14.3% (N=3) retención de restos placentarios y finalmente el 9.5% (N=2) atonía uterina.



DISCUSION

En nuestro estudio demostramos a través de la prueba estadística del chi cuadrado que cae en la zona de aceptación con un nivel de significancia de 0.05 a 4 grados de libertad que el tiempo del alumbramiento dirigido es menor con el uso de Oxitocina endovenosa que por vía intramuscular en los Hospitales Santa María del Socorro -Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015 , lo que concordamos con el estudio de Oguz, Dilbaz y otros en Ankara Turquía quienes llegaron a la misma conclusión por lo que aceptamos dicha investigación ya la vez negar la investigación de Arotoma en Huaraz Perú y colaboradores en Huaraz Perú quienes concluyeron que la Oxitocina administrada vía intramuscular reduce el tiempo del alumbramiento, con respecto al tiempo del alumbramiento con las dos vías de administración encontramos el 45.8% desprende entre 10 a 15 minutos por vía intramuscular y 44.1% de 3 a 5 minutos por vía endovenosa lo que no concuerda con el estudio de Pérez, Arenas y Col motivo por el cual negamos dicho estudio.

En cuanto a la edad, paridad no encontramos relación significativa con el tiempo del alumbramiento en los hospitales donde se realizaron las investigaciones lo que concuerda con el estudio de Priva, Veena y col. por lo que aceptamos dicho estudio.

En cuanto a la presencia de complicaciones con las diferentes vías de administración de Oxitocina, encontramos que con la vía endovenosa se tuvo el 17.8% de complicaciones mayor porcentaje que con la vía intramuscular, lo que no coincide con el estudio de Oguz, Dilbaz y otros quienes llegaron a la conclusión que tiene menores complicaciones rechazando por lo tanto dicho estudio; dentro

de las complicaciones de esta vía tenemos la hemorragia pos parto con 47.6% complicación que es la primera causa de muerte materna en nuestro país, es por ello que estamos de acuerdo con el estudio de Arotoma, Guzmán y Col. quienes refieren que existe menor sangrado con el uso de Oxitocina intramuscular.

CONCLUSIONES

1. Existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el uso de la Oxitocina intramuscular y Oxitocina endovenosa en los hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril- agosto 2015.
2. 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.
3. La duración del trabajo de parto con oxitocina endovenosa y oxitocina intramuscular fue de 6 a 8 horas.
4. La duración del periodo expulsivo en el Hospital Santa María del Socorro es de 11 a 20 minutos y en el Hospital Augusto Hernández menor a 10 minutos, siendo el tiempo de periodo expulsivo de una hora.
5. En el alumbramiento dirigido utilizando la Oxitocina endovenosa se presenta en mayor porcentaje las complicaciones en relación con el uso de Oxitocina intramuscular.
6. Con la utilización de Oxitocina intramuscular para el alumbramiento dirigido, la complicación que mayormente se presenta es la retención de restos placentarios a diferencia que con el uso de Oxitocina endovenosa observamos la hemorragia pos parto.

RECOMENDACIONES

1. Realizar trabajos de investigación en mayor tiempo para protocolizar el uso de Oxitocina endovenosa para el alumbramiento dirigido.
2. Realizar actividades preventivas promocionales con respecto al número adecuado de hijos entre las mujeres de 20 a 35 años.
3. Establecer que la duración del periodo expulsivo en el Hospital Santa María del Socorro sea de 11 a 20 minutos y en el Hospital Augusto Hernández sea menor de 10 minutos.
4. Realizar trabajos de investigación en mayor tiempo sobre las complicaciones que se presentan con el uso de Oxitocina Endovenosa en el manejo activo de la tercera etapa del parto.
5. Capacitar al servicio de ginecología Obstetricia del Hospital Augusto Hernández sobre las complicaciones del alumbramiento con un mejor manejo activo del tercer periodo del parto.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. López M.: 2011 - Obstetricia Avanzada en Obstetricia Unidad Docente de Matronas Almería .
2. Pérez L., M.; Arenas R.,J. y Col.2013 –“Manejo del Alumbramiento con Diferentes Pautas y Tiempos de Administración de Oxitocina
3. Cárdenas H., O. 2012 “Estudio Comparativo entre la Atención del Alumbramiento Activo Modificado y el Alumbramiento Activo” - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca – México. Disponible en:
<http://ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/viewFile/392/334>
4. Piloto, M.; Cruz G.; Águila S.; Pernas G.,A. 2010 Impacto Materno del Manejo Activo del Alumbramiento La Habana, Cuba. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_03_10/gin03310.pdf
5. Segura, A., Guerra P., V. y Col.2013 Influencia del Alumbramiento Activo sobre la Morbilidad Materna por Hemorragia Posparto Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol42_3_13/mil02313.htm
6. OguzOrhan E, Dilbaz B, Aksakal SE, Altinbas S⁶; 2010 Estudio prospectivo aleatorizado de la administración de oxitocina para el manejo activo de la tercera etapa del parto - Ankara, Turquía, entre enero y octubre de 2010. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?te>

7. Priya GP, Veena P, Chaturvedula L, Subitha L.:Un ensayo controlado aleatorio de misoprostol sublingual y la oxitocina intramuscular para la prevención de la hemorragia posparto agosto de 2012 hasta julio de 2014 La India
8. Hijona J.J., Carballo A., Torres J.M.⁷- 2011 Actitud obstétrica en el alumbramiento Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil, Ciudad de Jaén.
9. Marcelo Arotoma o., Magna Guzmán A., Teresa Valencia V., Rafael Norabuena P., Julio Menacho L.⁸ – 2011- Efectos de la Oxitocina en el alumbramiento dirigido Hospital Víctor Ramos Guardia , Huaraz.Disponible en:

<https://www.google.com.pe/webhp?soura+Valencia>
10. Turco C., V. 2005 Resultado materno favorable asociado al uso de Oxitocina vía intraumbilical vs Oxitocina endovenosa durante el manejo activo del tercer periodo del parto. Hospital Arzobispo. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/364/1/Turco_cv.pdf
11. Martínez-Galiano,J 2009 Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento Complejo Hospitalario de Jaén. Disponible en:

<http://www.federacion-matronas.org/rs/642/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/a39/filename/vol10n4pag20-26.pdf>

12. Espino Chalco, Noelia E.¹¹ - 2010- “Estudio Comparativo del Alumbramiento Activo vs Alumbramiento Espontaneo y su Influencia en Retención de Membranas Oculares - Hospital Santa María del Socorro de Ica”.
13. Cifuentes, R. 2008 “Obstetricia de Alto Riesgo” –Edit. Distribuna – sexta edición - . Colombia.
14. Vargas M.,L.: -2008- Alumbramiento Normal - Universidad Austral de Chile, 2008 disponible:
<http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/alumbramiento-121.pdf>
15. Pritchard, J. - 2007- Obstetricians de Williams. Cuarta Edición. Salvat Editores. España.
16. Schwartz R. y Cols.- 2008- Atención prenatal y del parto de bajo riesgo Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Uruguay.
17. Manrique, S.; López, N. y Colab.-2012- Actualización en el uso de Uterotónicos. -Servicio de Anestesiología, Hospital Vall D Hebrón, Barcelona - España.
18. Biblioteca de Salud Sexual y reproductiva de la OMS. Disponible en:
http://apps.who.int/rhl/archives/guideline_pphprevention_fawoleb/es/

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández Ica abril – agosto 2015

Ficha N° _____

H.C. _____

Edad:

≤ 19 años _____

20 – 35 años _____

> a 35 años _____

G= _____

P= _____

Uso de Oxitocina:

IM: _____

EV: _____

Hora de adm. De Oxitocina: _____

Hora de desprendimiento de placenta: _____

Duración del trabajo de parto:

- Periodo de dilatación _____

- Periodo expulsivo _____
- Periodo de alumbramiento _____

Placenta: Completa: _____ Incompleta: _____

Membranas: Completa: _____ Incompleta: _____ Disociadas: _____

Complicaciones:

Retención de membranas ovulares: Si: _____ No: _____

Retención placentaria: Si: _____ No: _____

Hemorragia post parto: Si: _____ No: _____

Atonía Uterina: Si: _____ No: _____

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Tiempo de Desprendimiento Placentario con Oxitocina Intramuscular vs Oxitocina Endovenosa en el Alumbramiento Dirigido, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril-agosto 2015”

Autor: Juritza Judy Alvear Buendía.

| Problema Principal | Objetivo General: | Variables | Indicadores: | Instrumento | Fuentes de Información |
|--|--|--|--|--------------------------------------|---|
| <p>¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa? Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril – agosto 2015</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>1¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según edad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?</p> <p>2¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la paridad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?</p> <p>3¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del trabajo de parto, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?</p> <p>4¿Cuál es el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del período expulsivo, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?</p> <p>5¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?</p> <p>6¿Cuáles son los tipos de complicación que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?</p> | <p>Determinar el tiempo de desprendimiento placentario en alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en los Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1.Conocer el tiempo de desprendimiento placentario en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según edad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015</p> <p>2.Conocer el tiempo de desprendimiento placentario en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la paridad de las parturientas, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015</p> <p>3.Determinar el tiempo de desprendimiento placentario en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del trabajo de parto, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.</p> <p>4.Identificar el tiempo de desprendimiento placentario que se tiene en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa según la duración del periodo expulsivo, Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015?</p> <p>5. Determinar las complicaciones que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.</p> <p>6.Identificar los tipos de complicación que se presentan en el alumbramiento dirigido con Oxitocina vía intramuscular y endovenosa en el Hospitales Santa María del Socorro y Augusto Hernández, Ica abril - agosto 2015.</p> | <p>Variable Independiente:</p> <p>- Oxitocina vía endovenosa.</p> <p>-- Oxitocina vía intramuscular.</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>- Tiempo del alumbramiento dirigido.</p> <p>Variables Intervinientes:</p> <p>-Complicaciones del alumbramiento.</p> <p>-Edad.</p> <p>-Paridad.</p> | <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>3-5min.</p> <p>5-10min</p> <p>10 -15 min.</p> <p>>15 min.</p> <p>-Retención placentaria.</p> <p>-Retención de membranas ovulares.</p> <p>-Hemorragia post parto.</p> <p>15-19 años</p> <p>20-34 años</p> <p>≥ a 35 años</p> <p>Nulípara,</p> <p>Primípara.</p> <p>Multipara.</p> | <p>Ficha de recolección de datos</p> | <p>Historia clínica</p> <p>Observación directa.</p> |

