

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**TESIS**

**VENTAJAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA  
VÍA VENA UMBILICAL EN EL TERCER PERIODO DEL  
TRABAJO DE PARTO “HOSPITAL JOSÉ HERNÁN  
SOTO CADENILLAS”. CHOTA - 2015**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:  
SONIA EDITH GONZÁLES BARBOZA**

**CAJAMARCA, PERU**

**2016**

Copyright © 2015 by  
González Barboza Sonia Edith  
Todos los derechos reservados

### **SE DEDICA ESTE TRABAJO A:**

Dios, que con su gran poder me brinda las fuerzas necesarias para seguir adelante y permitir que cada uno de mis sueños hoy se hayan concretado.

Mis padres, por ser mi motivo para seguir adelante, por su lucha constante por guiarme por el buen camino y así poder lograr mis objetivos y superarme cada día.

Mi hija y esposo que siempre están a mi lado, por el apoyo que me brindan y por el constante cariño y amor que nos une.

Sonia

## **SE AGRADECE A:**

Dios que me ha permitido concluir con la meta trazada.

La Universidad Nacional de Cajamarca, por la formación académica que me permitió alcanzar.

La Escuela Académico Profesional de Obstetricia, y a todos los docentes que me inculcaron conocimientos durante los años de formación académica.

Personal del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota y cada una de las gestantes que colaboró para el desarrollo del presente trabajo.

Finalmente a mi asesora la Obsta. Dra. Julia Elizabeth Quispe Oliva, quien me brindó su tiempo, apoyo incondicional y conocimiento que me permitió ejecutar y culminar el presente trabajo con éxito.

Sonia

## INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
<b>CAPITULO I</b>	
<b>EL PROBLEMA</b>	
1.1. Delimitación de problema	3
1.2. Problema	5
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos	6
1.4. Justificación	6
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales	9
2.2. Teorías	10
2.2.1. Parto	10
2.2.2. Trabajo de parto	11
2.2.3. Tercer periodo del parto	11
2.2.3.1..Tiempo de Alumbramiento.	11
2.2.3.1.1 Desprendimiento de la placenta	11
2.2.3.1.2. Desprendimiento de membranas	13
2.2.3.1.3. Descenso de la placenta	13
2.2.3.1.4. Expulsión de la placenta	13
2.2.5. Tipos de manejo del alumbramiento	14
2.2.5.1. Manejo Expectante	14
2.2.5.2. Manejo Activo	14
2.2.5.2. Manejo activo con oxitocina vía intravenosa del cordón umbilical	15
2.2.6. Oxitocina	15
2.2.6.1. Oxitocina endógena	15
2.2.6.1. Oxitocina exógena	16
2.2.7. Complicaciones del tercer periodo del parto	18
2.2.7.1. Atonía uterina	18
2.2.7.2. Retención de restos placentarios	18
2.2.7.3. Hemorragia postparto	19

2.3. Hipótesis	20
2.4. Variables	20
2.4.1. Conceptualización y operacionalización de variables	21
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo de estudio	22
3.2. Área de estudio	22
3.3. Población	23
3.4. Muestra	23
3.5. Unidad de análisis	24
3.6. Criterios de inclusión	24
3.7. Criterios de exclusión	24
3.8. Métodos y técnicas de recolección de datos	24
3.9. Descripción del instrumento	25
3.10. Procesamiento y análisis de datos	25
3.11. Consideraciones éticas	26
<b>CAPÍTULO IV</b>	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	27
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	45

## RESUMEN

El manejo activo del tercer periodo del parto tiene gran importancia sobre la pérdida sanguínea, tiempo de alumbramiento y complicaciones que puedan presentarse durante este periodo. El presente trabajo tuvo como objetivo Identificar las ventajas de la administracion de oxitocina vía vena umbilical en mujeres atendidas durante el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, fue un estudio no experimental, de corte transversal, descriptivo; la muestra fue de 84 parturientas, del cual a 42 pacientes se les administró oxitocina vía vena umbilical (Grupo de estudio), y a las otras 42 pacientes (grupo control), tuvo un manejo expectante, con la finalidad de verificar el efecto de la oxitocina en relación a la cantidad de sangrado, tiempo de expulsión de la placenta y la presencia de complicaciones postalumbramiento. Los resultados muestran que la administración de 10UI de oxitocina vía vena umbilical, logra significativamente un menor tiempo del periodo de alumbramiento, con un promedio de 5,6 min. para el grupo de estudio, y 6,7 min. para el grupo control. Por otro lado existe un mayor porcentaje de parturientas del grupo de estudio, con sangrado posparto menor a 300cc. el que corresponde a un 61,90%, mientras que las parturientas del grupo control representaron un 38,10%.

Por lo tanto la cantidad de sangrado postalumbramiento, se redujo en un promedio de 215,2 cc en multíparas, así como el tiempo de expulsión de la placenta en 1,1 min. y la presencia de complicaciones postalumbramiento como reducción de la retención de restos placentarios, al comparar el manejo expectante con el manejo activo con oxitocina vía vena umbilical. Concluyendo que la administración de oxitocina por vía vena umbilical es ventajoso para el manejo del tercer periodo del trabajo de parto.

**Palabras clave: manejo activo, tercer periodo del parto, oxitocina, alumbramiento, vía vena umbilical, postalumbramiento.**

## **ABSTRACT**

Active management of the third stage of labor is of great importance on blood loss, delivery time and complications that may arise during this period. This study aimed to identify the advantages of the administration of oxytocin via umbilical vein in women treated for active management of the third period of labor, was a non-experimental descriptive study, cross-sectional; the sample was 84 maternity cases, of which 42 patients were given oxytocin via umbilical vein (study group), and the other 42 patients (control group), had an expectant management, in order to verify the effect of oxytocin in relation to the amount of bleeding time placental postalumbramiento and the presence of complications. The results show that administration of 10 IU of oxytocin via umbilical vein, significantly shorter time achieves delivery period, with an average of 5.6 min. for the study group and 6.7 min. for the control group. On the other hand there is a higher percentage of women in labor in the study group, with less than 300cc postpartum bleeding. which corresponds to 61.90%, while the control group parturient represented 38.10%.

Therefore the amount of postalumbramiento bleeding, was reduced by an average of 215.2 cc in multiparous and time of the placenta in 1.1 min. and the presence of complications postalumbramiento as reduced retention of placental remains, comparing expectant management with active management with oxytocin via the umbilical vein. Concluding that the administration of oxytocin via umbilical vein is advantageous for the management of third stage of labor.

**Keywords: active management of the third stage of labor, oxytocin, childbirth, via umbilical vein, postalumbramiento.**



## INTRODUCCIÓN

El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto es una medida efectiva para, acelerar la liberación de la placenta incrementando las contracciones uterinas y prevenir la hemorragia posparto impidiendo la atonía uterina (1).

Se denomina tercer periodo de parto o alumbramiento, al tiempo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, en este periodo la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares (1).

En África y Asia, donde se producen la mayoría de las muertes maternas, la hemorragia posparto representa más del 30% de todas las muertes maternas (2).

Las proporciones de las muertes maternas atribuibles a la hemorragia posparto varían considerablemente entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que sugiere que las muertes por hemorragia posparto son prevenibles (2).

Por lo tanto, las intervenciones para prevenir la hemorragia posparto en los países en vías de desarrollo son fundamentales un esfuerzo global que se quiere lograr, para el año 2016, el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir en tres cuartos la proporción de mortalidad materna (3).

El Perú, es una de los países con más alta tasa de mortalidad materna a nivel de América Latina; así Cajamarca, no es exenta a esta problemática ya que se encuentra en uno de los primeros lugares en muerte materna a nivel nacional (4).

El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto tiene gran importancia sobre la pérdida sanguínea, tiempo de alumbramiento y complicaciones de este periodo. El presente estudio tiene como objetivo demostrar las ventajas de la administración vía vena umbilical de la oxitocina durante el manejo activo del tercer periodo del parto, en comparación al manejo expectante, en el "Hospital José Hernán Soto cadenillas" de Chota en el periodo mayo a noviembre del 2015.

Estructuralmente el presente trabajo de investigación consta de cinco capítulos: el **Capítulo I**, presenta la delimitación del problema, justificación del problema y los objetivos.

El **Capítulo II**, comprende, marco teórico, la hipótesis y variables.

El **Capítulo III**, se describe la metodología utilizada en la ejecución del presente estudio, en el que se consideró; diseño de investigación, tipo de estudio, población, área de estudio, unidad de análisis, criterios de inclusión, criterios de exclusión y técnica de recolección de datos.

Por último en el **Capítulo IV**, se presenta los resultados encontrados, análisis e interpretación de los mismos. Finalmente se detallan las conclusiones, sugerencias y referencias bibliográficas.

Se espera que el presente estudio sirva para comparar si el método de atención del alumbramiento activo por vía vena umbilical de oxitocina respaldará a tener una duración más corta de alumbramiento, y por consiguiente la disminución del sangrado postalumbramiento y por ende la disminución de la complicaciones como retención de restos placentarios y la atonía uterina, en comparación al manejo expectante.

**La autora**

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Delimitación de problema.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015, habrían muerto unas 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (6).

En el Perú la tasa de muerte materna es de 66 por cada 100,000 nacidos vivos. El 46% de estos fallecimientos ocurre en el puerperio (después del parto) a causa de hemorragias; sin embargo, según una encuesta del INEI del 2014 el 34% de establecimientos de salud encuestados (801 en total) no tenía oxitócicos en sus farmacias, medicamento precisamente para cohibir las hemorragias. La misma encuesta señala que el 68% de establecimientos carece de equipos e instrumental médico para resolver las emergencias obstétricas, entre ellas la retención de placenta, una de las causas de muerte materna por hemorragia. (7).

La hemorragia posparto ocurre en aproximadamente 4% de partos vaginales y 6% de los partos por cesárea.

La muerte en el mundo por hemorragia postparto en países en vías de desarrollo es 1 por 1000 partos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 20 millones el número actual de las complicaciones maternas por hemorragias postparto (8).

Según, Gutiérrez (2011), indica que 7 de cada 10 muertes maternas se produjeron en un establecimiento de salud, en el año 2009 se registraron 208 muertes maternas, siendo la hemorragia postparto el 14,9% de todos los casos (9).

La situación en el Perú, con respecto a la mortalidad materna es similar a la que ocurre en países en vías de desarrollo, se reportaron 414 muertes maternas en el año 2015, de las cuales 38 fueron en el departamento de Cajamarca, actualmente hasta la semana 11 del 2016 ya se registraron 74 muertes maternas en todo el Perú, sin embargo estas cifras continúan siendo alarmantes (10).

Desde el punto de vista clínico, por ser el alumbramiento una evolución silenciosa, muchas veces no se le da la importancia que merece, debido a que no se tiene en cuenta que en este periodo, pueden ocurrir complicaciones graves; que incluso pueden causar la muerte materna, siendo este un problema grande en un país en vías de desarrollo como el Perú (1).

Diversos autores coinciden en que, el alumbramiento es otro de los efectos de la dinámica uterina y que cuando hay falla en ella, se alteran los patrones normales en el curso del tercer periodo del parto; es por ello que, se han realizado estudios en cuanto a la dirección clínica del alumbramiento basado en el tratamiento farmacológico de este (1,11,12).

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetras (FIGO), concuerdan en que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce la hemorragia postparto, la cantidad de sangre perdida y las transfusiones de sangre (13).

Según Cochrane, el manejo activo de alumbramiento disminuye en un 67% el riesgo de una hemorragia postparto severa definida como la pérdida de sangre igual o mayor a 1000 ml. (13).

Así pues, se han encontrado estudios en los que se ha comprobado que la actitud intervencionista de la evolución fisiológica del alumbramiento es la medida más acertada que la expectante; esto se fundamenta en el hecho de que, la pérdida de sangre durante el parto es inevitable, en el que pueden influir otros factores gineco obstétricos que podrían impedir la conservación de la integridad vascular, tras la separación de la placenta, alterando la constricción de los vasos sanguíneos uterinos del lecho placentario, por parte de las fibras miométriales y desequilibrando

el sistema de coagulación; todo ello trae consigo la prolongación del tiempo mínimo esperado del alumbramiento (11).

Con el avance de la ciencia han aparecido varias practicas o técnicas con el objetivo de favorecer la estimulación de las contracciones uterinas que constituyen el agente fundamental del desprendimiento placentario, entre estas la inyección de oxitocina vía vena umbilical, que sirve para facilitar la expulsión de la placenta y membranas ovulares, aumentando el tono uterino, disminuyendo el tiempo de alumbramiento (14).

En el Hospital José Hernán Soto Cadenillas “Chota” gran parte de mujeres que acuden a la atención obstétrica tienen un nivel socioeconómico bajo, educación deficiente, analfabetismo, desnutrición, anemia, gestación precoz, gestación tardía, periodos intergenésicos cortos y también existen barreras culturales, para el uso de los servicios médicos, los cuales agravados por la calidad limitada de dicha atención, influyen en estos también la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo, parto y puerperio; por ello es necesario prevenir las complicaciones del tercer periodo del parto como retención de restos placentarios, atonía uterina, hemorragia postparto; y una de las formas de contribuir a dicha prevención es a través del uso de oxitocina vía vena umbilical en el periodo de alumbramiento.

## **1.2 Problema**

¿Cuáles son las ventajas de administrar oxitocina vía vena umbilical en el tercer periodo del trabajo de parto, en comparación al manejo expectante, en parturientas atendidas en el “Hospital José Hernán Soto Cadenillas” de Chota durante el año 2015?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

Identificar las ventajas de la administración de oxitocina vía vena umbilical en el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto en comparación al manejo expectante en parturientas atendidas en el “Hospital José Hernán Soto Cadenillas” de Chota, durante el año 2015.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar la ventaja de la administración de oxitocina por vía vena umbilical en relación a la cantidad de sangrado, en comparación al manejo expectante.
- Identificar la ventaja de la administración de oxitocina por vía vena umbilical en relación al tiempo de expulsión de la placenta, en comparación al manejo expectante.
- Evaluar si la administración de oxitocina vía vena umbilical en el tercer periodo del trabajo de parto disminuye las complicaciones, como la retención de restos placentarios y la atonía uterina, en comparación al manejo expectante.

## **1.4 Justificación**

La muerte en el mundo por hemorragia postparto en países en vías de desarrollo es uno por 1000 partos; en el Perú, por décadas, se ha ubicado entre los países con más alta tasa de mortalidad materna a nivel de América Latina; así Cajamarca, no es exenta a esta problemática ya que se encuentra en uno de los primeros lugares en muerte materna a nivel nacional (4).

El manejo activo del alumbramiento, desempeña un papel importante en la reducción de la morbilidad materna, la evidencia científica indica que el manejo activo se asocia con una reducción de dos veces el riesgo de hemorragia postparto, y su efecto protector es válido para cualquier población en general (15).

Pese al progreso en el manejo activo del tercer periodo del parto: aún existe la preocupación por seguir investigando nuevas técnicas mucho más adecuadas o eficientes para evitar la morbilidad derivada de la prolongación y la consecuente hemorragia del alumbramiento.

Existen normas establecidas para elegir la vía de administración del alumbramiento, por lo que su elección debe ser evaluada según la edad de la paciente, edad gestacional, paridad y tener siempre presente los criterios de exclusión, para que de esta manera se optimice la atención de la parturienta (5).

Esta investigación tiene gran importancia en obstetricia, ya que cada día el sistema de salud busca implementar y mejorar el manejo activo del tercer periodo de parto debido al alto índice de muerte materna en Cajamarca, la que es producida en mayor proporción por la hemorragia postparto; por lo que los medios de mejoramiento en la calidad de atención del alumbramiento dirigido pueden fortalecer los sistemas de salud, ayudando a superar las barreras y contribuir a la disminución de la mortalidad materna.

Mediante el presente trabajo de investigación se dará a conocer la importancia de la oxitocina en el manejo del tercer periodo del parto, demostrando ser un poderoso contractor de la musculatura uterina, siendo éste necesario para la expulsión completa de la placenta y membranas, logrando disminuir la cantidad de sangrado, el tiempo de expulsión y complicaciones en el tercer periodo del parto; lo que contribuye a disminuir la mortalidad materna a causa de las hemorragias postparto, y abre la posibilidad de tener mejores alcances en el conocimiento de los efectos de la oxitocina por vía intravenosa del cordón umbilical.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Canchila (Colombia, 2009)**, tuvo como objetivo demostrar la reducción del tiempo y del sangrado durante el periodo de alumbramiento, para ello evaluó la efectividad de la inyección intraumbilical de la oxitocina en la duración de la tercera fase del trabajo de parto, 79 mujeres fueron asignadas aleatoriamente a recibir la inyección de 30 ml. de solución salina y el otro grupo de 20 UI de oxitocina en 30 ml. de solución salina. El grupo que recibió oxitocina presentó mucha menor caída en la hemoglobina que en el grupo de solución salina ( $1.3 \pm 0.9$  g/dl frente a  $1.8 \pm 0.9$  g/dl) (16).

**Lojano (Ecuador, 2014)**, tuvo como objetivo, evaluar la eficacia de la oxitocina vía umbilical en la disminución de la duración y cantidad de sangrado del alumbramiento, realizó un estudio con dos grupos, cuyos resultados obtenidos fueron: en el grupo con administración de oxitocina vía cordón umbilical obtuvo un evidente beneficio con un menor promedio del tiempo de duración del alumbramiento 102.25 segundos (DS 62,3), en comparación al grupo sin oxitocina vía cordón umbilical 171.79 segundos (DS 90.2). la diferencia de medias fue de 69,63 segundos (13,64).

Existió un beneficio con la administración de oxitocina vía cordón umbilical; para un menor volumen de sangrado del alumbramiento e el grupo de intervención 171,09 ml (DS 133,7) y grupo control 235,15 (173,34), la diferencia de medias fue de 64,05 ml.



Concluyó diciendo, que el uso de oxitocina vía cordón umbilical es beneficioso ya que se obtuvo menor volumen de sangrado postalumbramiento y menor tiempo de expulsión de la placenta, además no se presentaron complicaciones (14)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Turco. (Lima 2005)**, tuvo como objetivo principal, determinar si la vía de administración intraumbilical de oxitocina durante el manejo activo del tercer periodo del parto obtiene un resultado materno favorable al compararla con la administración endovenosa, lo realizó en 90 historias clínicas de mujeres parturientas, se dividieron en dos grupos, según la vía de administración de la oxitocina durante el tercer periodo del parto, esto es, vía intraumbilical (10 UI de oxitocina administrada en la vena umbilical del lado materno, inmediatamente después del corte del cordón umbilical) o vía endovenosa (10 UI de oxitocina diluida en 1000 cc. de NaCl al 9%, administrada inmediatamente después de la salida del bebé); 44 pacientes recibieron oxitocina por vía intraumbilical durante el tercer periodo del parto, mientras que 46 por vía endovenosa.

El tiempo de alumbramiento promedio en el grupo de administración intraumbilical fue de 2' 36", en el grupo de administración endovenosa fue de 2' 74".

No se presentó ningún caso de hemorragia postparto en el presente estudio, la medición de la hemoglobina fue una forma indirecta de comparar los resultados sobre la pérdida sanguínea. Estos resultados dieron a entender que no existe una diferencia sobre la cantidad de pérdida sanguínea al comparar ambas vías de administración.

Se observó la presencia de alumbramiento incompleto en uno de los partos donde se administró 10UI de oxitocina por vía intraumbilical, así como un caso en el grupo de administración de oxitocina endovenosa, esta cifra corresponde a la presencia de complicaciones en un 2,3% y 2,2 % respectivamente a cada grupo, con lo que se comprueba que no existe asociación entre la presencia de alumbramiento incompleto y la vía de administración utilizada (17).

**Gutarra (Lima, 2012)**, en su estudio tuvo como objetivos determinar y comparar el tiempo de alumbramiento en los tres grupos, y así determinar la variación del

hematocrito y las complicaciones se procedió a realizar un ensayo a los tres grupos de estudio A,B y C. El grupo A, recibió 20 UI de oxitocina diluido en 20 ml de cloruro de sodio para ser aplicado en la vena umbilical, el grupo B, se realizó manejo expectante y el grupo C, se realizó el manejo rutinario.

Según el grupo A, se colocó la solución preparada en la vena umbilical por encima de la pinza del cordón placentario, se esperó signos de desprendimiento y se retiró la placenta. Según los hallazgos, se concluye que el alumbramiento asistido con oxitocina intraumbilical fue más eficaz que el alumbramiento rutinario, porque redujo de forma significativa el sangrado cuando no se realizó episiotomía; así como, el tiempo de alumbramiento en todas las pacientes, además no se encontró incremento de las complicaciones en ninguno de los grupos (18).

**Rojas (Lambayeque, 2011)**, su objetivo fue determinar el tipo de alumbramiento dirigido principalmente recomendado en el manejo activo en el tercer periodo del trabajo de parto, en su estudio conformado por 3 grupos, observa, que a las parturientas que se les administró 10 UI de oxitocina vía vena umbilical, presentaron un sangrado menor de 300 cc. lo que corresponde a un 96,30% y solo el 3,7% de oxitocina vía intramuscular, concluyó que el uso de 10UI de oxitocina vía intraumbilical disminuye el tiempo de duración del alumbramiento, comparando el uso de oxitocina a través de diferentes vías, la cantidad de sangrado post-parto en el puerperio inmediato fue significativamente menor cuando se utilizó 10UI de oxitocina vía intraumbilical a comparación de las otra dos vía de administración, no se presentó ningún caso de complicaciones postparto en las pacientes que se administró 10UI de oxitocina vía intraumbilical a comparación de las otras dos vía de administración. (19).

## **2.2. Teorías**

### **2.2.1. Parto**

Proceso mediante el cual, el producto de la concepción sale normalmente al exterior, esto requiere de una secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas involucradas y de los músculos abdominales. Se refiere también a la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 gramos y una edad gestacional mayor de 20 semanas (1,12).

### **2.2.2. Trabajo de parto**

Conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objetivo la salida de un feto viable de los genitales maternos. Se divide en tres periodos el primero corresponde a la dilatación, el segundo a la expulsión del feto y el tercero consiste en la salida de los anexos fetales (1).

### **2.2.3. Tercer periodo del parto**

Es el periodo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, en este periodo la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares (1).

Habitualmente, se produce durante los 10 primeros minutos después del parto del feto, pudiéndose esperar hasta los 30 minutos, si no se presenta hemorragia (12).

### **2.2.4. Tiempos del alumbramiento**

Este periodo comprende cuatro etapas:

- Desprendimiento de la placenta
- Desprendimiento de membranas
- Descenso
- Expulsión

#### **2.2.3.1. Desprendimiento de la placenta**

En este periodo el útero continúa contrayéndose con las mismas características que durante el parto, las contracciones tienen una intensidad de alrededor 50 mm Hg, una frecuencia que varía entre 3 a 5 cada 10 minutos; no se observa ningún periodo en que este órgano interrumpa su actividad contráctil (1).

El número de contracciones necesarias para producir el desprendimiento de la placenta es muy variable y depende de la duración de las mismas y del tono basal del útero, no se precisan más de 2 a 3 contracciones para obtener este efecto; el tiempo que se demora oscila entre 4 a 8 minutos; en un término medio de 6 minutos (1,11).

El útero sufre una reducción brusca después de la expulsión del feto y trae como consecuencia una inevitable disminución del sitio donde se encuentra implantada la placenta, la cual se desprende por acción de las contracciones (1,20).

El periodo de alumbramiento cursa inicialmente con un desprendimiento de la placenta, la que permanece unos minutos adherida al útero, acompañada de contracciones uterinas rítmicas, indoloras, por estar ausentes en ellas la distensión e isquemia prolongada, motivo por el cual no son apreciadas clínicamente (1).

Durante el desprendimiento se rompen los vasos que separan la decidua basal de la placenta y se desencadena una hemorragia, la irrupción de sangre en el espacio comprendido entre la pared uterina y la placenta, origina el hematoma retroplacentario (1,11).

Son las contracciones y el hematoma los que ayudan a la expulsión de la placenta, el hematoma empuja la placenta hacia el segmento uterino inferior y de allí a la vagina (12,21).

El plano de desprendimiento de la placenta asienta en la capa más superficial de la esponjosa, de tal modo que la parte profunda de ésta permanece fija en la decidua, mientras que la parte superficial sale adherida a la superficie de cotiledones y aparece sobre esta como una membrana grisáceo brillante, de aspecto barnizado, que recubre toda la cara materna de la placenta (1).

El momento de producción de la hemorragia es siempre en el desprendimiento de la placenta, pero su manifestación hacia el exterior varía, según el mecanismo que emplea, como se describe a continuación (1).

En el de **Baudelocque – Schultze**, la zona de desprendimiento se ubica en la porción central de la placenta y es originada por el crecimiento expansivo del coágulo retroplacentario, en el cual no se exteriorizan ningún sangrado (1, 12,21).

En el de **Baudelocque – Duncan**, se le observa desde el momento en que se inició el desprendimiento en los bordes placentarios; es decir, desde antes de la expulsión (1, 12,21).

El lecho placentario tiene su principal mecanismo, en la adecuada retracción permanente de la red muscular del cuerpo uterino, produciendo la compresión y oclusión de los vasos arteriovenosos sangrantes a través de las denominadas ligaduras vivientes (1, 12,21).

El útero adopta desde ese instante una forma globulosa y dureza leñosa, que no abandonará más y que se conoce con el nombre de **Globo de Seguridad de Pinard** (1,21).

Finalmente, cuando la placenta está totalmente desprendida, se encuentra en el canal vaginal, la madre percibe sensación de pujo (12), y mediante presión intra abdominal, puede ser suficiente para expulsar la placenta (11). La consistencia del útero es blanda en reposo y leñosa después de la expulsión. (1, 12,21).

La pérdida sanguínea entre 350 a 500 ml, se considera normal en un parto vaginal, cuando la cantidad de sangre es superior a 500 ml., después de la expulsión de la placenta, se considera una hemorragia postparto y es esta la causa más frecuente de pérdida sanguínea durante el proceso reproductivo.

Cuanto mayor tiempo dure el periodo de alumbramiento, más es el riesgo de que exista una hemorragia, el 22% de muertes maternas se relacionan con esta causa; por lo tanto, se considera una de las causas directas de muerte materna (1, 12,21).

#### **2.2.3.1.2. Desprendimiento de membranas**

Las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen, al accionar sobre un tejido distinto, lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente, el mismo peso de la placenta, en su descenso, terminará de desprenderlas por simple tironeamiento (1).

#### **2.2.3.1.3. Descenso de la placenta**

Desprendida la placenta, esta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina, lo que ocurre en parte porque continúa cierta actividad contráctil del útero y mayormente por el peso del mismo de la placenta la que arrastra a las membranas invirtiéndolas desde las superficies de inserción cercanas al borde placentario (1).

#### **2.2.3.1.4. Expulsión de la placenta**

Finalmente, cuando la placenta está totalmente desprendida, se encuentra en el canal vaginal, la madre percibe sensación de pujo, y mediante presión intraabdominal, puede ser suficiente para expulsar la placenta (1,12).

## 2.2.5. Tipos de manejo del alumbramiento

### 2.2.5.1. Manejo Expectante

Implica dejar que la placenta se expulse espontáneamente y ayudada por la gravedad; otras de las formas son: **por estimulación del pezón**, excitar la contractilidad con masaje uterino (11). Este periodo no debe durar más de 30 minutos. Se debe observar los signos de desprendimiento de la placenta: **Signo de Küstner** es la presión sobre la sínfisis del pubis para desplazar el fondo uterino hacia arriba, si el cordón asciende, la placenta no se ha desprendido. **Signo de Ahlfeld** es el descenso del cordón umbilical más o menos 8 a 10 cm, reanudación de contracciones uterinas, sangrado vaginal, elevación del fondo uterino, descenso del cordón umbilical. Cuando los signos de desprendimiento placentario son evidentes, se realiza la expulsión de la placenta mediante un suave masaje en el fondo uterino y una tracción firme pero cuidadosa del cordón umbilical (22).

### 2.2.5.2. Manejo Activo

Incluye las siguientes acciones: la administración de un uterotónico antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé, la aplicación de tracción controlada del cordón umbilical y el realizar masaje uterino después de la expulsión de la placenta, según las condiciones apropiadas, se logra disminuir la pérdida sanguínea; es decir debe ser menor a 300 cc., el tiempo de expulsión de la placenta no debe durar más de 15 min y se acelera la involución uterina (1, 11,15, 22).

- **Fármacos uterotónicos:** después de la expulsión fetal se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro(s) feto(s) dentro del primer minuto, y administrar 10 UI de oxitocina según la vía de administración elegida. Entre los fármacos uterotónicos, la oxitocina es el de elección porque su efecto se produce 2 a 3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse a todas las mujeres. Si no se dispone de oxitocina, se puede utilizar otros medicamentos uterotónicos, como la ergometrina, sintometrina o misoprostol, 400 a 600 µg vía oral (15).

### **2.2.5.3. Manejo activo con oxitocina vía intraumbilical del cordón umbilical**

Se prepara una jeringa con 10 UI de oxitocina. Después de cortar el cordón umbilical, se administra 10 UI de oxitocina vía vena intraumbilical. Se debe observar los signos de desprendimiento de la placenta (Signo de **Küstner** o Signo de **Ahlfeld**). Se realiza la maniobra de Brand Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical con la mano diestra, mientras que con la otra mano se realiza la contra tracción para evitar la inversión uterina. Luego de la expulsión de la placenta se realiza su revisión y se comprueba la integridad de la placenta y membranas (23).

Existe certeza de que al administrar oxitocina a través del cordón umbilical disminuye la extracción manual cuando se retira la placenta. Siendo la placenta una fuente de nutrientes que el niño requiere dentro del útero por medio del cordón umbilical. Habitualmente se produce el alumbramiento luego de la salida del feto, pero si esta permanece detenida en el útero, la mujer se encuentra en peligro de presentar sangrado, (hemorragia), sufrir infecciones y hasta en ocasiones puede fallecer (14).

La inyección de oxitocina vía cordón umbilical probablemente facilita la entrega de una alta concentración de oxitocina en el lecho de la placenta y la pared uterina que da como resultado la contracción uterina y separación de la placenta logrando así apresurar la expulsión de la placenta acortando el tiempo de la misma. El efecto hidráulico de solución inyectada también puede contribuir a la separación de la placenta por presión mecánica. Así, este método contribuye a suprimir los efectos sistémicos adversos de los agentes oxitócicos administrados por vía parenteral (14).

### **2.2.6. Oxitocina**

#### **2.2.6.1. Oxitocina endógena:**

Es un nonapéptido sintetizado en los cuerpos celulares del núcleo supraóptico y en mayor cantidad en el 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 y desde donde es

segregada al torrente sanguíneo, otros sitios de síntesis de la oxitocina son: las células luteínicas de los ovarios, útero y membranas fetales (24,25). Los estímulos para la secreción de oxitocina comprenden estímulos sensitivos que surgen a partir de la succión del pezón, estimulación del útero, vagina y distensión del cuello uterino (20).

#### **2.2.6.2. Oxitocina exógena**

El inglés Page, en 1942, lo utilizó por primera vez con fines de inducción del trabajo de parto por vía endovenosa continua, fue el primer polipéptido hormonal sintetizado, esto le valió el premio Nobel de Química, es desde entonces que se encuentra en Obstetricia como oxitocina sintética altamente purificada (12,14).

La oxitocina se emplea en el manejo y prevención de la hemorragia puerperal, retención de restos placentarios, aborto incompleto, atonía uterina y como inductor del trabajo de parto (11).

La oxitocina estimula tanto la frecuencia de la contracción, como la fuerza de las mismas; la oxitocina exógena, puede iniciar contracciones rítmicas o aumentarlas en cualquier momento, pero se requiere una dosis mucho más alta al principio del embarazo (1). Durante las primeras semanas de gestación, el útero es relativamente insensible a esta hormona, en la segunda mitad de la gestación, la sensibilidad de la oxitocina aumenta hasta en ocho veces, y en las últimas nueve semanas de embarazo, la sensibilidad del útero a la oxitocina se debe a un incremento de más de 100 veces la cantidad de receptores intracelulares de oxitocina en el miométrio y la decidua, alcanzando un máximo durante el trabajo de parto (14,26).

Es posible que el gran incremento de los receptores de oxitocina sea la causa de la respuesta del útero a las concentraciones plasmáticas de oxitocina, y la cantidad plasmática de esta aumenta durante el parto en especial en la última fase (27,28). Por lo tanto, la oxitocina incrementa las contracciones uterinas la fuerza y frecuencia de éstas, dependiendo también en parte de los estrógenos, ya que estos también participan en el incremento de los receptores de oxitocina y es posible que la distensión uterina en el embarazo tardío incremente también la formación de dichos receptores (27, 24,29).



La oxitocina sintética está contenida en 5 y 10 UI, y puede administrarse por vía intramuscular, endovenosa y últimamente intraumbilical; todos los preparados comerciales de oxitocina son sintéticos. En las primeras semanas de gestación, la oxitocina ocasiona contracciones del útero, solo si se utiliza en dosis muy elevadas, mientras que es muy eficaz poco antes del parto. Estimula selectivamente las células de los músculos lisos del útero, aumentando la permeabilidad del sodio de las membranas de la miofibrilla. También, ocasiona la contracción de las fibras musculares que rodean los conductos alveolares de la mama, estimulando la salida de la leche.

Grandes dosis de oxitocina disminuyen la presión arterial, mediante un mecanismo de relajación del músculo liso vascular, esta disminución es seguida de un efecto de rebote con un aumento de la presión arterial (24).

A las dosis utilizadas en obstetricia, la oxitocina no produce cambios detectables en la presión arterial y es posible que la oxitocina participe en la regulación central de la presión arterial. Desde la perspectiva de la farmacología, la oxitocina exógena es metabolizada por la quimiotripsina en el tracto digestivo y por lo tanto, no puede ser administrada por vía oral (24). La respuesta a la oxitocina intravenosa es casi instantánea, actúa antes de un minuto, después de la administración intramuscular los efectos se observan a los 3 a 5 minutos (26).

La semivida plasmática de la oxitocina es de 1 a 7 minutos, la respuesta uterina se mantiene durante 2 a 3 horas después de la administración intravenosa o intramuscular (24).

Muchos fármacos tienen la capacidad de estimular el músculo liso uterino, pero pocos tienen efectos suficientes, selectivos y previsibles para justificar su uso como agentes oxitócicos en la práctica obstétrica, es por ello que el más utilizado por ser efectivo es la oxitocina, ya que administrado antes del alumbramiento de la placenta, disminuye la pérdida sanguínea (11).

## **2.2.7. Complicaciones del tercer periodo del parto**

### **2.2.7.1. Atonía uterina**

Se caracteriza por la 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. Al examen físico, la palpación abdominal evidencia un útero blando que no se contrae y aumentado de tamaño.

El diagnóstico se realiza cuando después del alumbramiento de la placenta, al examinar el canal del parto, se observa un sangrado anormal por vía vaginal y en la exploración existe un fondo de útero blando, con integridad del canal del parto y del útero, el cuello uterino está dilatado, y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática (1, 21,30).

El tratamiento inicial de la atonía uterina consiste en la práctica de masaje uterino o compresión en los casos más graves y la administración de oxitocina por vía intravenosa (14).

El masaje o compresión uterina, además de provocar en muchas ocasiones la contracción uterina, puede disminuir por sí mismo la hemorragia y así dar tiempo a que los fármacos administrados realicen su acción farmacológica. La compresión uterina es sencilla se puede realizar, estando el útero en anteflexión colocando una mano en la vagina y otra sobre la pared abdominal, cuando ninguno de estos tratamientos funciona es necesaria la intervención quirúrgica (14).

Existen condiciones que se asocian a la atonía uterina, como la hiperdistensión uterina, embarazo múltiple, hidramnios, distensión por coágulos, parto precipitado, parto prolongado, atonía uterina previa (14).

### **2.2.7.2. Retención de restos placentarios**

El diagnóstico se realiza por examen minucioso de la placenta que deberá ser efectuado después de todo el alumbramiento. Se observa así ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido (1).

El tratamiento consiste en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental de preferencia con la cureta de bordes romos de Pinard, además del uso de retractores del útero que ayudaran a la terapéutica ulterior (1).

La retención de membranas también es frecuente aun en el parto espontáneo, pueden retenerse la totalidad de las membranas o solo parte de ellas tanto en extensión como en espesor (amnios o corion separadamente) esto también ocurre por la realización de maniobras apresuradas del alumbramiento o por la friabilidad o un grado de adherencia acentuado de las membranas (1, 21,30).

Lo habitual es que ellas se expulsan en los días siguientes del puerperio junto con los loquios generalmente desintegrados, a la vez que se presentan entuertos acentuados y fetidez de loquios, puesto que la retención facilita el ascenso de gérmenes y predispone a la infección del endometrio (1).

Como tratamiento se recurre a la administración de la oxitocina, antibióticos y colocación de bolsa de hielo, en los casos de retención total puede recurrirse al raspado con cureta roma de Pinard (1).

### **2.2.7.3. Hemorragia postparto**

Complicación que denota pérdida sanguínea excesiva (mayor de 500 cc. en el parto vaginal con manejo expectante o mayor de 300 cc. en el manejo activo), después del parto, pudiendo ocurrir antes, durante o después del alumbramiento de la placenta (1, 21,30).

Otra definición clásica de la HPP es una disminución del 10% en la concentración de hemoglobina después del parto. El problema con esta definición es que las determinaciones de las concentraciones de hemoglobina y hematocrito pueden no reflejar el estado hematológico actual, porque este cambio depende del momento de la prueba y la cantidad de la reanimación con líquidos dada. Se consideran hemorragias obstétricas masivas a aquellas cuyo volumen, en el periodo periparto, supera 1 000 ml. Si bien no existe acuerdo, la mayor parte de los autores consideran hemorragias masivas a aquellas que representan el 25 % de la volemia o 1500 ml (31).

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas es las 4 “T”:

1. Tono (atonía uterina)
2. Tejido (retención de productos de la concepción)
3. Trauma (lesiones del canal genital)
4. Trombina (alteraciones de la coagulación)

Entre los factores para padecer hemorragia obstétrica por cesárea se encuentran: placenta previa, anestesia general, hemorragia intraparto, nacimiento pretérmino, macrosomía, obesidad materna, traumatismo genital y otras variables, como coagulopatía previa y miomatosis uterina.

El 20% de las episiotomías mediolaterales provocan un sangrado de 300 ml; la nuliparidad, junto con el retraso superior a 30 minutos entre el parto y el alumbramiento, también es un factor de riesgo. El tratamiento se realiza según la causa (31).

### **2.3. HIPÓTESIS**

Las ventajas de administrar oxitocina vía vena umbilical en el tercer periodo del trabajo de parto son: reducción del tiempo de expulsión de la placenta, disminución del sangrado y disminución de las complicaciones postalumbramiento (retención de restos placentarios, atonía uterina), en el Hospital “José Hernán Soto Cadenillas” de Chota en el 2015.

### **2.4. VARIABLES**

➤ **Variable:**

Administración de la oxitocina vía vena umbilical.

### 2.4.1. Conceptualización y operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DIMENSIONES	SUBVARIABLE	DEFINICION DE VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE ÚNICA	ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA VÍA VENA UMBILICAL	Tiempo de expulsión de la placenta		Tiempo transcurrido desde la expulsión fetal hasta la eliminación de la placenta y anexos por canal del parto	< 7 min. 7 – 14 min. > 15 min.	De razón
		Cantidad de sangrado post Alumbramiento		Volumen de sangrado resultante durante el periodo de alumbramiento	< 300 cc. 300 – 500 cc. > 500 cc.	De razón
		Presencia de complicaciones	Retención de restos placentarios	Cuando parte de las membranas quedan retenidas, lo cual impide que el útero se contraiga eficazmente	SI NO	Nominal
			Atonía uterina	Incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio	SI NO	Nominal

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo y diseño de estudio

Es una investigación tipo descriptiva, diseño no experimental y de corte transversal.

- **Descriptivo:** porque permitió establecer cómo es y cómo se manifestaron los fenómenos de interés.
- **No experimental:** porque se realizó sin manipular deliberadamente la variable y se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después ser analizarlos.
- **Transversal:** porque los datos se recolectaron en un sólo momento, en un tiempo único, el propósito fue describir variables y analizar su interrelación en un momento dado.

#### 3.2 Área de estudio

El presente proyecto se realizó en el Hospital “José Hernán Soto Cadenillas” de la ciudad de Chota en el área de Centro Obstétrico, servicio que brinda la atención de parto de calidad a todas las parturientas en todo lo que este proceso significa.

### 3.3 Población

Lo conformaron todas las gestantes que tuvieron un parto vía vaginal, con manejo activo y expectante del alumbramiento en el servicio de sala de partos del Hospital “José Hernán Soto Cadenillas” de Chota, durante el año 2015.

### 3.4. Muestra

Estuvo constituida por el total de partos vaginales con manejo activo y expectante del tercer periodo del parto que se atendieron en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota en el año 2015. Se determinó el tamaño de la muestra a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 (p \cdot q)}{E^2}$$

**Donde:**

**n** = tamaño de la muestra

**Z** = nivel de confianza del 91%, llevado a la tabla de distribución normal es 1.69

**p** = proporción de pacientes que presentaron un sangrado menor de 300 cc. a través de la vía vena umbilical

**q** = 1 – p; proporción diferencia de p.

**E** = tolerancia máxima de error decidida por la autora de 9%.

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{(1.69)^2(0.6)(0.4)}{(0.09)^2}$$

$$n = 84$$

### **3.5. Unidad de análisis**

Estuvo conformada por cada una de las parturientas atendidas en el “Hospital José Hernán Soto Cadenillas” de la ciudad de Chota durante el año 2015.

### **3.6. Criterios de inclusión**

- Parturientas con gestación a término.
- Parturientas que tuvieron un parto eutócico.
- Parturientas con presentación cefálica de feto único.
- Parturientas que tuvieron un parto con o sin episiotomía.
- Parturientas que firmaron su Consentimiento informado.

### **3.7. Criterios de exclusión**

- Parturientas con parto inducido o acentuado.
- Parturientas que presentaron desgarro perineal de tercer grado o lesiones del cuello.
- Parturientas con un parto prolongado.
- Parturientas con fetos macrosómicos.

### **3.8. Métodos y técnicas de recolección de datos.**

La técnica de recolección de datos que se utilizó en el presente estudio fue la observación y se registró en una ficha de recolección de datos (anexo 1) elaborada por la autora de la investigación.

Las gestantes fueron asignadas al azar, en dos grupos y se procedió a realizar el estudio controlado en forma personal.

La muestra estuvo conformada por 84 pacientes, las cuales fueron divididas en dos grupos de 42 pacientes según manejo del tercer periodo del parto.



➤ Grupo A: Constituido por 42 pacientes a quienes se les administró 10 UI de oxitocina vía vena umbilical, después de la sección del cordón umbilical, la aplicación se realizó en forma directa a la vena umbilical, a 5 centímetros del introito vaginal, para luego proceder al ordeñamiento en forma retrógrada de la sangre que ocupa el cordón desde el extremo del pinzado hasta el introito vaginal, para luego volver a pinzar, y empezar el control en minutos de la salida de la placenta, el volumen del sangrado intraparto y la presencia de complicaciones si se presentaran, al cual se le denominó, (grupo de estudio).

➤ Grupo B: Constituido por 42 pacientes que tuvieron un manejo expectante, luego de expulsado el feto, se realizó el pinzamiento de cordón umbilical, a 5 cm de la inserción fetal, esperando así los signos de separación de la placenta y su expulsión espontánea, asimismo se empezó el control en minutos de la salida de la placenta, el volumen del sangrado intraparto y la presencia de complicaciones, a este grupo se le denominó, (grupo control).

### **3.9. Descripción del instrumento.**

La recolección se obtuvo a través de un cuestionario estructurado por la autora de la investigación, con la finalidad de obtener los objetivos trazados, en el cual se obtuvieron datos del parto de cada paciente como, tiempo de expulsión de la placenta, volumen de sangrado durante el alumbramiento y presencia de complicaciones durante el periodo de alumbramiento.

### **3.10. Procesamiento y análisis de datos**

La información del presente proyecto se realizó a través del programa IBM SPSS, Microsoft Excel, para de esta manera obtener una base de datos. El proceso estuvo orientado a organizar tablas con frecuencias absolutas y relativas, para luego ser analizadas con los indicadores estadísticos.

Para la interpretación y análisis se procedió a resolver y comparar los resultados obtenidos.

### 3.11. Consideraciones éticas

- **Libertad:** la paciente estuvo en su derecho de aceptar o no ser parte del trabajo de investigación.
- **Consentimiento informado:** la paciente estuvo informada de todo el proceso en forma clara y precisa, emitió su autorización firmando el documento de conocimiento informado, además de poner en consideración de los posibles riesgos y beneficios (anexo 2).
- **Privacidad:** se respetó permanecer en el anonimato el nombre de la paciente desde el inicio hasta el final de la investigación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1: Características de la duración del tercer periodo del trabajo de parto de los grupos de estudio y de control, en parturientas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015**

Intervención	Duración del alumbramiento						Total	
	< 7 min.		7 - 14 min.		> 15 min.		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Grupo control	3	7,14	37	88,10	2	4,76	42	100
Grupo estudio	18	52,38	22	42,86	2	4,76	42	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La presente tabla muestra que la duración del periodo de alumbramiento fue estadísticamente diferente entre los dos grupos de estudio.

El 7,14% de pacientes del grupo control, las que recibieron manejo expectante del alumbramiento presentaron una duración de alumbramiento menor a 7 min., el 88,10% un periodo entre 7 – 14 min., y mayor a 15 min., el 4,76% de pacientes.

El 52,38% de pacientes del grupo de estudio a las que se les administró 10 UI de oxitocina por vía vena umbilical presentó un periodo de alumbramiento menor a los 7

min., el 42,86% presentó un periodo entre 7 – 14 min., y mayor a los 15 min., el 4,76% de las pacientes.

Estos datos coinciden con **Gutarra (2012)**, quien reportó que el alumbramiento asistido con oxitocina intraumbilical fue más eficaz que el alumbramiento rutinario, porque redujo de forma significativa el tiempo de alumbramiento en todas las pacientes, así también **Lojano (2014)**; quien concluyo que el uso de oxitocina vía cordón umbilical es beneficioso ya que se reduce el tiempo de expulsión de la placenta en las parturientas. (14,18).

Al comparar los resultados obtenidos permiten observar que existe relación en el tiempo transcurrido para la expulsión de la placenta con la administración de oxitocina vía vena umbilical, ya que se tuvo mayor porcentaje de expulsión de la placenta en un tiempo menor a los 7 minutos, lo cual estuvo representando un 52,38% de pacientes, frente a un 7,14% de pacientes del grupo control.

Estos datos se corroboran con la teoría farmacológica, la cual explica que al administrar oxitocina por vía intravenosa la respuesta es casi instantánea, actúa antes de un minuto, entonces por analogía podemos decir que se da de igual manera en la vía intraumbilical ya que pasa directamente al torrente sanguíneo, lo que hace que los efectos de desprendimiento se puedan observar a los 3 a 5 minutos de su aplicación, lo que nos lleva a pensar que a menor tiempo de acción del medicamento (oxitocina), menor tiempo de expulsión de la placenta (26).

**Tabla 2: Características descriptivas del volumen de sangrado postalumbramiento de los grupos de estudio y de control, hospital José Soto Cadenillas Chota 2015**

Intervención	Cantidad del sangrado post alumbramiento						Total	
	< 300 CC.		300 - 500 CC.		> 500 CC.			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Grupo control	19	45,24	23	54,76	0	0,00	42	100
Grupo de estudio	26	61,90	16	38,10	0	0,00	42	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En esta tabla se observa que, el 61,90% de pacientes del grupo en estudio, a las cuales se les administró 10 UI de oxitocina por vía intraumbilical presentó un sangrado menor a 300 cc, un 38,10% presentó sangrado entre 300 – 500 cc, y en ninguno de los casos el sangrado fue mayor a 500 cc., sin embargo el 45,24% de las pacientes del grupo control a las que se realizó el manejo expectante, presentó un sangrado menor a 300cc., un 54,76% presentó un sangrado entre 300 a 500 cc, al igual que el grupo de estudio no se presentaron casos mayor a 500 cc.

Los resultados coinciden con **Rojas (2011)**, quien en su estudio observó que con la administración de oxitocina por vía vena umbilical el 96.30% presentó un sangrado menor a 300 cc, así también **Canchilla (2009)**, reportó una menor caída en la hemoglobina: por lo tanto, una disminución en la cantidad de sangrado postparto (16,19).

Se podría decir que según los resultados obtenidos la vía de administración de oxitocina tiene relación significativa en cuanto a la cantidad de sangrado perdido

después del alumbramiento; ya que según lo observado anteriormente el 61,90% de pacientes del grupo de estudio presentaron un sangrado menor a 300 cc, cuando se les administró la oxitocina vía vena umbilical para el manejo del tercer periodo, frente a un 45,24% de las pacientes del grupo control que tuvieron un manejo expectante para el alumbramiento.

Entonces se concluye que la administración de 10UI de oxitocina vía vena umbilical produce menor cantidad de sangrado post- nacimiento; encontrándose un promedio menor a 300 cc de pérdida sanguínea.

Al comparar los resultados obtenidos con el mecanismo de desprendimiento de la placenta, podemos decir, que durante el desprendimiento se rompen los vasos que separan la decidua basal de la placenta y se desencadena una hemorragia, la irrupción de sangre en el espacio comprendido entre la pared uterina y la placenta, origina el hematoma retroplacentario (1,11).

Además la pérdida sanguínea también está relacionada con el mecanismo de expulsión de la placenta, ya que en el Schultze, la zona de desprendimiento se ubica en la porción central de la placenta y es originada por el crecimiento expansivo del coágulo retroplacentario, en el cual no se exteriorizan ningún sangrado, a diferencia del **Duncan**, que se observa desde el momento en que se inició el desprendimiento en los bordes placentarios; es decir, desde antes de la expulsión.

Cuanto mayor tiempo dure el periodo de alumbramiento, más es el riesgo de que exista una hemorragia, el 22% de muertes maternas se relacionan con esta causa; por lo tanto, se considera una de las causas directas de muerte materna (1, 12,21).

**Tabla 3: Características de las complicaciones postalumbramiento de los grupos de estudio y de control, en parturientas atendidas en el Hospital José Soto cadenillas chota 2015**

Intervención	Complicaciones postalumbramiento						Total	
	Retención de restos placentarios		No hubo retención de restos placentarios		Atonía uterina		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Grupo control	8	19,05	34	80,95	0	0,00	42	100
Grupo de estudio	3	7,14	39	92,86	0	0,00	42	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La presente tabla muestra que el grupo control que tuvieron manejo expectante para el manejo del tercer periodo del parto presentó un porcentaje mayor de complicaciones postalumbramiento, debiéndose está a la retención de restos placentarios con un 19,05%, a diferencia de las pacientes del grupo de estudio a quienes se les administró oxitocina vía vena umbilical de un 7,14% de pacientes, en ninguno de los dos grupos de estudio se presentó casos de atonía uterina.

Referente a la presencia de complicaciones postparto, se concluye que la mayor cantidad de estas se presentó en el grupo control, el cual tuvo manejo expectante para el alumbramiento, además no hubo casos de atonía uterina en ninguno de los dos grupos.

Los resultados obtenidos concuerdan con **Turco (2005)**, quien en su estudio tuvo la presencia de alumbramiento incompleto en uno de los partos donde se administró 10UI de oxitocina por vía intraumbilical, por otro lado se contradice con **Rojas**

**(2011)**, quien menciona que en su estudio el 100% de pacientes que recibieron oxitocina vía intraumbilical, no presentaron complicaciones postparto (17,19).

Referente a la presencia de complicaciones postparto, se comprueba que al grupo quien recibió oxitocina vía vena umbilical, fue menor a comparación del grupo control que tuvo un manejo expectante, por lo que se concluye que su uso de oxitocina vía vena umbilical para el manejo del tercer periodo del parto resultó muy ventajoso.



**Tabla 4: Características del volumen de sangrado postalumbramiento, según paridad de los grupos de estudio y de control, en relación a la paridad, en parturientas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015.**

Intervención	Cantidad del sangrado postalumbramiento	PARIDAD						Total	
		Primípara		Multípara		Gran multípara		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Grupo control	< 300 cc	6	7,14	13	15,48	0	0,00	19	22,62
	300 - 500 cc	8	9,52	12	14,29	3	3,57	23	27,38
	> 500 cc	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo de estudio	< 300 cc	8	9,52	17	20,24	1	1,19	26	30,95
	300 - 500 cc	9	10,71	6	7,14	1	1,19	16	19,05
	> 500 cc	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La siguiente tabla permite observar, que a las pacientes del grupo de estudio a quienes se les administró 10UI de oxitocina vía vena umbilical, presentaron un sangrado menor de 300 cc; lo que corresponde a un 30,95%, de los cuales el 20,24% fueron multíparas, el 9,52% primíparas y el 1,19% gran multíparas. El 19,5% presentaron un sangrado entre 300 – 500cc, del cual, el 10,71% fueron primíparas, el 7,14% multíparas y el 1,19% gran multíparas.

También se evidencia que las pacientes del grupo control, las que recibieron manejo expectante, presentaron un sangrado menor a 300 cc, un 22,62% del cual el 15,48% fueron multíparas y un 7,14% primíparas. El 27,38% presentó un sangrado entre 300 – 500 cc, del cual el 14,29% fueron multíparas, el 9,52% primíparas y el 3,57% gran multíparas.

En esta tabla no se presenta en ninguno de los grupos un sangrado mayor a 500 cc.

Estos datos coinciden con **Gutarra (2012)**, quienes reportaron que el alumbramiento asistido con oxitocina intraumbilical fue más eficaz que el alumbramiento rutinario, porque redujo de forma significativa el volumen del sangrado cuando no se realizó episiotomía (18).

Según esta tabla se podría decir, que la administración de oxitocina por vía intraumbilical reduce la cantidad de sangrado postalumbramiento en mayor porcentaje en pacientes multíparas, a diferencia de las primíparas a quien se le realiza episiotomía (si es necesario) e influye en la cantidad de pérdida de sangrado.

**Tabla 5: Características de complicaciones postalumbramiento, según paridad de los grupos de estudio y control, con relación a la paridad, en parturientas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015.**

Intervención	Presencia de complicaciones	PARIDAD						Total	
		Primípara		Multípara		Gran multípara		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
Grupo control	Retención de restos placentarios	3	3,57	4	4,76	1	1,19	8	9,52
	Atonía uterina	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Grupo de estudio	Retención de restos placentarios	2	2,38	1	1,19	0	0,00	3	3,57
	Atonía uterina	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La presente tabla, muestra que el 9,52% de las parturientas que tuvieron un manejo expectante, (grupo control), presentó retención de restos placentarios cuando se administró oxitocina, del cual el 4,76% fueron multíparas, el 3,57% primíparas y el 1,19% gran multíparas.

El 3,57% de parturientas a quienes se les administró oxitocina vía vena umbilical (grupo de estudio), presentó retención de restos placentarios, en donde el mayor porcentaje fue en primíparas con un 2,38% y 1,19% en multíparas. En los resultados obtenidos no se evidencia que en alguno de los dos grupos, haya habido la presencia de atonía uterina como complicación postalumbramiento.

La presente tabla muestra que en los dos grupos se presentaron como complicación la retención de restos placentarios, se contradice con **Rojas (2011)**, quien en su estudio concluye que el 100% de pacientes que recibieron 10UI de oxitocina vía intraumbilical, no presentaron complicaciones postparto (19).

**Tabla 6: Tiempo de duración del tercer periodo del trabajo de parto, en el grupo de estudio y de control, en parturientas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015**

Intervención	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típ.	Varianza
<b>Grupo control</b>	<b>6,9</b>	<b>4,1</b>	<b>11,0</b>	<b>6,7</b>	<b>1,7</b>	<b>2,7</b>
<b>Grupo de estudio</b>	<b>11,8</b>	<b>3,9</b>	<b>15,7</b>	<b>5,6</b>	<b>2,2</b>	<b>5,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Se observa que al comparar las medias de los tiempos estimados entre el grupo de estudio y el grupo control, se encuentra que, a las parturientas a quienes se les administró oxitocina vía vena umbilical, obtuvieron un tiempo de duración del alumbramiento de 5,6 min. obteniendo una duración mínima de 3,9 minutos y una máxima de 15,7 minutos en comparación al grupo control que tuvo el manejo expectante, que se obtuvo un promedio de 6,7 minutos de duración del alumbramiento, con una duración mínima de 4,1 y una máxima de 11,0 minutos con una diferencia de 1,1 minutos entre los dos tipos de manejo del alumbramiento, concluyendo a favor de la intervención de oxitocina por vía vena umbilical durante el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

Los datos obtenidos coinciden con **Turco (2005)**, quien reporto que el tiempo de alumbramiento promedio en el grupo de administración de oxitocina intraumbilical de 2' 36", en el grupo de administración endovenosa fue de 2' 74" (17).

Se menciona que el grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con la que la placenta se separe de la

pared uterina, según los resultados obtenidos la vía de administración de oxitocina vía vena umbilical es muy beneficiosa.

Existen diversos estudios actuales los cuales van a favor o en contra del uso de la oxitocina por la vía intraumbilical, este estudio aporta con evidencia a favor esta intervención; sin embargo es necesario nuevos estudios con la finalidad de respaldar las ventajas, beneficios y eficacia de esta vía de administración de oxitocina para el manejo activo del alumbramiento.

**Tabla 7: promedio de cantidad de sangrado postalumbramiento, según paridad, de los grupos control y de estudio, en parturientas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015**

Intervención	Promedio de cantidad de sangrado		
	Primípara	Múltipara	Gran múltipara
	X	X	X
<b>Grupo control</b>	<b>293 cc</b>	<b>270cc</b>	<b>400 cc</b>
<b>Grupo de estudio</b>	<b>282 cc</b>	<b>215,22 cc</b>	<b>275 cc</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Esta tabla muestra el volumen del sangrado postalumbramiento, en las parturientas a las que se les administró oxitocina vía vena umbilical (grupo de estudio), tuvieron una cantidad de sangrado de 282 cc. en primíparas, 215,22 cc. en múltiparas y 275 cc en gran múltiparas, en comparación a la cantidad de sangrado obtenido en el grupo control las cuales tuvieron manejo expectante, que fue 293 cc. en primíparas, 270 cc. en múltiparas y 400 cc en gran múltiparas.

Dichos resultados se comparan y permiten analizar que no existe diferencia considerable en la pérdida sanguínea entre el grupo de estudio con el grupo de control, ya que en primíparas, puede deberse a la práctica de episiotomía que se realiza según la necesidad de cada paciente la cual influye en la cantidad de sangrado postalumbramiento.

En múltiparas y gran múltiparas la reducción de sangrado es significativa cuando se administró oxitocina vía vena umbilical.

## CONCLUSIONES

Luego de haber culminado la investigación, se pudo determinar que:

- El uso de 10UI de oxitocina vía vena umbilical resulta muy ventajoso ya que disminuye el tiempo de duración para la expulsión de la placenta.
- Existe un beneficio con la administración de oxitocina vía vena umbilical ya que reduce significativamente el sangrado en pacientes multíparas y primíparas sin episiotomía.
- La administración de oxitocina vía vena umbilical resulta muy ventajoso ya que disminuye la presencia de complicaciones postalumbramiento, como la retención de restos placentarios y la atonía uterina.
- El uso de 10UI de oxitocina vía vena umbilical disminuye significativamente el volumen de sangrado en pacientes multíparas y primíparas.

## RECOMENDACIONES

Al personal de salud

- Se recomienda la administración de oxitocina vía vena umbilical como parte del manejo activo del tercer periodo del parto por disminuir significativamente el tiempo de expulsión de la placenta.
- En base a la demostración de los beneficios de la administración de oxitocina vía vena umbilical, se sugiere tomar en cuenta la elaboración y uso de un protocolo de manejo general y específico para la administración de oxitocina vía umbilical, y la capacitación permanente de profesionales de salud con habilidades y destrezas en el manejo de dicha vía de administración para el manejo activo del tercer periodo del parto.

A la comunidad científica:

- Se recomienda nuevas investigaciones con una muestra mayor, y además estudios multicéntricos para aportar con nueva evidencia a favor o no del uso de la oxitocina vía vena umbilical.
- Se recomienda realizar estudios similares en pacientes que se consideren de alto riesgo para hemorragia post parto; tales como, los que presentan trastornos de atonía uterina, hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa, embarazo múltiple, entre otros.



## BIBLIOGRAFIA

1. Schwarcz R y Duverges C. "Obstetricia" 6ta Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2010.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. The Lancet 2006; 367:1066-1074. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/archives/guideline\\_pphprevention\\_fawoleb/es/](http://apps.who.int/rhl/archives/guideline_pphprevention_fawoleb/es/)
3. United Nations. Millennium Development Goals. New York: United Nations; 2000. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals>. Accessed December 19, 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/archives/guideline\\_pphprevention\\_fawoleb/es/](http://apps.who.int/rhl/archives/guideline_pphprevention_fawoleb/es/)
4. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú. Perú: Dirección General de Epidemiología; 2002 – 2011.
5. Carrroli G, Bergel E. "Inyección en la vena umbilical para el manejo activo de la placenta retenida". Cochrane review. 2003.
6. OMS//Mortalidad Materna (internet). WHO.2014 [citado 27 de noviembre 2015] recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
7. Mortalidad materna en el Perú (internet). 2014 [citado 25 de marzo 2015] recuperado a partir de: <http://larepublica.pe/imprensa/opinion/18834-mortalidad-materna-en-el-peru>
8. Cabrera S. Hemorragia postparto. Rev Per Ginecol Obstet. [En línea] 2010 [fecha de acceso 12 de julio del 2015]; volumen 56:23-31. URL disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a05v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a05v56n1.pdf)
9. R. Rodríguez A. col. Síntesis de la evidencia para informar políticas de salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador: Opciones de política para

mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad. Ministerio de Salud Pública. Ecuador-Octubre 2011.

10. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú. Perú: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades; Hasta la SE 11 del 2016.[ fecha de acceso 23 marzo del 2016]; URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16498>
11. Cunningham G. "Williams Obstetricia". 21ava Ed. España: Editorial Mc Graw Hill; 2011.
12. Pérez A. "Obstetricia" 3ra Ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 2008.
13. Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR – OPS/OMS de la Universidad de Antioquia. Guía manejo integral del tercer y cuarto periodos del parto para mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Medellín; setiembre del 2007.
14. Lojano G. "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" Ecuador (Tesis de especialista) Universidad de Cuenca, Ecuador 2014
15. Martínez J. "Prevención De Las Hemorragias postparto con manejo activo el alumbramiento" artículo de revisión art. 10 vol 4 pág. 20 – 26, España; 2009. Disponible en: [www.federacionmatronas.org/rs/642/d112d6ad...vol10n4pag20-26.pdf](http://www.federacionmatronas.org/rs/642/d112d6ad...vol10n4pag20-26.pdf)
16. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De La Barrera A. Prevención de la hemorragia postparto. Universidad de Cartagena, Colombia. [Internet]. 2009 [Citado 08 de Enero 2015]; disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos-pdf3/prevencion-hemorragiapostparto/prevencion-hemorragia-postparto.pdf>
17. Turco V. "Resultado materno favorable asociado al uso de oxitocina vía intraumbilical vs oxitócica endovenosa durante el manejo activo del tercer

periodo del parto, Hospital Arzobispo Loayza. Febrero – Mayo del 2005” Lima (tesis de Licenciatura), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005. Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/turco\\_cv/html/sdx/turco\\_cv.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/turco_cv/html/sdx/turco_cv.html)

18. Gutarra R.; Campos T.; Samalvides F.; alumbramiento asistido con oxitocina intraumbilical, expectante y rutinario. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. [En línea] 2012 [fecha de acceso el 2 de setiembre del 2014 ]; v.58: 4. URL disponible en: [file:///H:/Revista%20Peruana%20de%20Ginecolog%C3%ADa%20y%20Obstetrica%20%20Alumbramiento%20asistido%20con%20oxitocina%20intraumbilical%20%20expectante%20y%20rutinario.htm](http://www.cyma.org.pe/Revista%20Peruana%20de%20Ginecolog%C3%ADa%20y%20Obstetrica%20%20Alumbramiento%20asistido%20con%20oxitocina%20intraumbilical%20%20expectante%20y%20rutinario.htm)
19. Rojas, D.” Estudio Comparativo de los Diferentes Tipos de Manejo Activo en el Tercer Periodo del Trabajo de Parto, Hospital Docente Belén Lambayeque 2011”. Lambayeque (Tesis De Licenciatura) Universidad Nacional de Cajamarca; 2011.
20. Pacheco R. “Ginecología Obstetricia y Reproducción”. 2da Ed. Perú: Editorial REP; 2007.
21. Botero J. Jubiz A. Hernao G. “Obstetricia y Ginecología” 8va Ed. Colombia: Editorial CIB; 2008.
22. Ministerio de Salud. “Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales según Nivel de Capacidad Resolutiva”. Lima; 2007.
23. “Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto”. Argentina; 2006. Disponible en: [www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/.../pdf/guia\\_hemorragia.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/.../pdf/guia_hemorragia.pdf)
24. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Practice & Research

Clinical Obstetrics and Gynaecology 2008;22:999-1012.Disponible en  
:http://apps.who.int/rhl/archives/guideline\_pphprevention\_fawoleb/es/

25. Arias F. “Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo”. 2da Ed. España: Editorial Diorki; 2000.
26. Litter M. “Farmacología Experimental y Clínica” 4ta Ed. Editorial interamericana; Inglaterra 2009.
27. Ganong, W. “Fisiología Médica”. 20ava Ed. México: Editorial Manual Moderno; 2006.
28. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2008;22:999-1012.Disponible en  
:http://apps.who.int/rhl/archives/guideline\_pphprevention\_fawoleb/es/
29. Gayton H. “Tratado de Fisiología Médica” 10ma Ed. México: Editorial Interamericana; 2012.
30. Carrera J. “Protocolos de Obstetricia”. 3ra Ed. Barcelona; 2000.
31. Cindy W. Su, MD. Postpartum Hemorrhage. Prim Care Clin Office Pract 39 . Department of Obstetrics & Gynecology, Contra Costa Regional Medical Center. 2012.

# ANEXOS

## ANEXO 01

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VENTAJAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA VÍA VENA UMBILICAL EN EL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL “JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS” CHOTA – 2015

El presente cuestionario se formuló con la finalidad de recolectar datos de las parturientas a quienes se les administró oxitocina vía vena umbilical y a las que se realizó manejo expectante, en el tercer periodo de parto en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas en el servicio de Gineco obstetricia durante el año 2015

**1. Fecha:** .....

**2. Manejo del alumbramiento**

- a) Vía vena umbilical
- b) expectante

**3. Paridad**

- a) Primípara ( )
- b) Multípara ( )
- c) Gran multípara ( )

**4. Tiempo de expulsión de la placenta:**

- a) < 7 min. ( )
- b) 7 – 14 min. ( )
- c) > 15 min. ( )

**5. Cantidad del sangrado postalumbramiento**

- a) < 300 cc. ( )
- b) 300 – 500 cc. ( )
- c) >500 cc. ( )

**6. Complicaciones:**

- a) Retención de restos placentarios ( )
- b) No hubo retención de restos placentarios ( )
- c) Atonía uterina ( )

**7. Valoración:**

Ventajoso ( )                      No ventajoso ( )

**Muchas gracias**

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO

Yo, \_\_\_\_\_, identificada con DNI N°:\_\_\_\_\_; quien en estos momentos recibo atención del parto con un manejo activo en el periodo del alumbramiento, en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, he sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines netamente científicos. Convengo de participar en este estudio de investigación. Reciba una copia sellada y firmada de esta forma de consentimiento

Chota----- 2015

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

**Huella Digital:**