

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en las pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de enero – junio 2017.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Autora:

Alvarado Zuñiga, Susan Lizbeth

Asesora:

Apaza Mendoza, Jackeline Petronila

PIURA – PERU

2018

Índice

| | |
|---|-----------|
| Título | 1 |
| Resumen | 2 |
| Abstract | 3 |
| Introducción. | 4 |
| Antecedentes Y Fundamentación Científica. | 4 |
| Justificación. | 21 |
| Problema. | 23 |
| Conceptualización Y Operación De Variable..... | 24 |
| Hipótesis | 25 |
| Objetivos..... | 25 |
| Metodología Del Trabajo..... | 26 |
| Tipo De Investigación. | 26 |
| Instrumento Y Fuentes De Información..... | 26 |
| Procedimiento Y Análisis De La Información. | 27 |
| Diseño De Investigación..... | 27 |
| Población Y Muestra..... | 28 |
| Técnica E Instrumento. | 31 |
| Resultados | 32 |
| Análisis y Discusión..... | 48 |
| Conclusiones y Recomendaciones..... | 50 |
| Agradecimientos..... | 53 |

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Bibliografía | 55 |
| Anexo y Apéndice | 58 |

Índice de tablas

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 1: Características generales de las pacientes que recibieron alumbramiento espontáneo y alumbramiento dirigido..... | 32 |
| Tabla 2: Características generales según tipo de alumbramiento de las pacientes..... | 36 |
| Tabla 3: Periodo intergenésico según tipo de alumbramiento..... | 40 |
| Tabla 4: Características del alumbramiento según tipos de alumbramiento..... | 41 |
| Tabla 5: Prevención de hemorragias en el post parto según tipo de alumbramiento... | 45 |

Palabras clave:

Español

| | |
|------------------------|--|
| Tema | Efectividad del alumbramiento dirigido |
| Especialidad | Obstetricia |
| Línea de investigación | 0202 0002 Salud Sexual y Reproductiva |

English

| | |
|------------------|--|
| Topic | Effectiveness of directed delivery |
| Specialty | Obstetrics |
| Line of research | 0202 0002 Sexual and Reproductive Heal |

Titulo

Efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en las pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del hospital III José Cayetano

Heredia durante el periodo de enero – junio 2017.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo Enero – junio 2017. Estudio de enfoque cuantitativo, observacional de casos y controles para lo cual se aplicó un instrumento validado y confiable; se recogió la información de las historias clínicas de las pacientes con alumbramiento dirigido (casos) y alumbramiento espontaneo (controles). La muestra fue de 152 pacientes de parto vaginal, 78 (casos) y 78 (control). Se encontró que la edad promedio de las pacientes fue de 28,79 años en las que recibieron alumbramiento dirigido y 29,78 años en las pacientes con alumbramiento espontaneo. La modalidad de alumbramiento fue Schultze para alumbramiento dirigido (89,74%) y alumbramiento espontaneo (91,03%). La duración del alumbramiento fue de 10 minutos en el alumbramiento dirigido (43,59%) y de 15 minutos en alumbramiento espontaneo (30,77%) ($P=007^{**}$). En cuanto a la integridad de la placenta fue completa en alumbramiento dirigido (84,62%) y en alumbramiento espontaneo (79,49%), la integridad de las membranas ovulares fueron integras en el alumbramiento dirigido (88,46%) mientras que alumbramiento espontaneo fueron disociadas (71,79%) ($P=008^{**}$). La cantidad de pérdida de sangrado fue de 101 – 200cc en pacientes con alumbramiento dirigido (60,26%) y de 201-300 en pacientes con alumbramiento espontaneo (51,28%) ($P=045^{*}$). Se evidenció hemorragia en el post parto en pacientes con alumbramiento espontaneo (5,28%) y en pacientes con alumbramiento dirigido (0%). Se concluyó que la efectividad del alumbramiento previene las hemorragias en el post parto, encontrándose alta asociación estadísticamente significativa de la duración de alumbramiento, la integridad de las membranas ovulares con el tipo de alumbramiento.

Palabras clave: alumbramiento dirigido, hemorragias post parto.

Abstract

The objective of the present investigation was to determine the effectiveness of delivery in the prevention of postpartum haemorrhage in patients treated in the obstetric center service of Hospital III José Cayetano Heredia during the period January - June 2017. Study of quantitative approach, observational of cases and controls for which a validated and reliable instrument was applied; the information of the clinical histories of the patients with directed delivery (cases) and spontaneous delivery (controls) was collected. The sample was 152 vaginal delivery patients, 78 (cases) and 78 (control). It was found that the average age of the patients was of 28.79 years in those who received directed delivery and 29.78 years in the patients with spontaneous delivery. The delivery modality was Schultze for directed delivery (89.74%) and spontaneous birth (91.03%). The duration of delivery was 10 minutes in the managed delivery (43.59%) and 15 minutes in spontaneous delivery (30.77%) ($P=007^{**}$). Regarding the integrity of the placenta, it was complete in directed delivery (84.62%) and in spontaneous birth (79.49%), the integrity of the ovular membranes were integrated in the directed delivery (88.46%) while spontaneous births were dissociated (71.79%) ($P=008^{**}$). The amount of bleeding loss was 101 - 200cc in patients with targeted delivery (60.26%) and 201-300 in patients with spontaneous delivery (51.28%) ($P=045^{*}$). Hearthae bleeding was observed in postpartum patients spontaneous (5.28%) and in patients with directed delivery (0%). It was concluded that the effectiveness of the delivery prevents hemorrhages in the postpartum period, finding a statistically significant association of the duration of delivery, the integrity of the ovular membranes with the type of delivery.

Key words: managed delivery, postpartum hemorrhages.

1. Introducción.

1.1. Antecedentes y Fundamentación Científica.

1.1.1. Antecedentes

De la investigación planteada encontramos trabajos a nivel internacional y nacional.

En la publicación de un artículo denominado “Manejo del Alumbramiento: Conducta Expectante Frente a Conducta Activa. Una revisión de la Bibliografía” de las autoras Pérez, et al (2015) plantearon como objetivo el comparar la técnica de alumbramiento activo con la conducta expectante, mediante revisión de la literatura, para determinar cuál proporciona mejor resultado en la salud de las mujeres. Obtuvieron como resultado que se necesitan más investigaciones para examinar si sólo la administración de un uterotónico podría reducir la hemorragia grave sin reducir el volumen sanguíneo del recién nacido. En cuanto al manejo activo, parece que existe buena evidencia de que disminuye el riesgo de hemorragia post parto (HPP), reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto.

Mena (2008) en su investigación Manejo Activo del alumbramiento en nacimientos céfalo vaginales y prevalencia de anemias post parto. Plantearon como objetivo el valorar la cantidad de sangrado y la disminución de hemoglobina/hematocrito con el manejo activo versus expectante en la tercera

fase de la labor de parto, realizando un ensayo clínico controlado, simple ciego, escogidos al azar con 150 mujeres embarazadas que terminaron su embarazo por vía céfalo vaginal en el Hospital Carlos Andrade Marín. Tomado a 75 pacientes para someterle a manejo activo y 75 pacientes a manejo pasivo o expectante de manera aleatoria. Encontrando que la cantidad de sangrado en el manejo activo fue de 177.1 ml= 127, mientras que en el grupo de manejo expectante es de 498.3 ml = 290.6. El 36% de los pacientes de manejo activo presentaron anemia post parto y el 61.3% con el manejo expectante. Concluyendo que el uso del manejo activo en la tercera fase de parto demostró disminuir la hemorragia, anemia, tiempo de alumbramiento y complicaciones.

En la revista cubana Medicina Militar, Segura, et al. (2013) se publicó: Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto, estudio observacional realizado en 2523 mujeres de parto eutócico con el propósito de determinar la utilidad del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia post parto. Se compararon los efectos del alumbramiento activo con el expectante, en relación a la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas. El manejo activo incluyó: administración de oxitocina después de salir el hombro anterior del feto, tracción controlada del cordón y contra tracción por encima del hueso pubiano. Para el análisis se utilizó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significación del 0,05. Adquiriendo como resultados 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%) ($p=0,04$). Se concluyó que 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.

Begley, et al (2015) Manejo activo frente a manejo expectante para mujeres en el alumbramiento. Comparar la eficacia del manejo activo frente al manejo expectante del alumbramiento. La evidencia indica que para las mujeres con niveles mixtos de riesgo de sangrado, el manejo activo muestra una reducción del riesgo promedio de hemorragia primaria materna en el momento del nacimiento (más de 1000 ml) (razón de riesgo promedio [RR]: 0,34; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,14 a 0,87; tres estudios; 4636 mujeres; GRADE: calidad muy baja) y de hemoglobina (Hb) materna inferior a 9 g/dl después del nacimiento (RR promedio: 0,50; IC 95%: 0,30 a 0,83; dos estudios; 1572 mujeres; GRADE: calidad baja). Tampoco se encontraron diferencias en la incidencia de ingresos de los lactantes a las unidades neonatales (RR promedio: 0,81; IC 95%: 0,60 a 1,11; dos estudios; 3207 neonatos; GRADE: baja calidad)

ni en la incidencia de ictericia que requiere tratamiento en el lactante (0,96; IC 95%: 0,55 a 1,68; dos estudios; 3142 neonatos; GRADE: calidad muy baja). No se proporcionaron datos sobre los otros resultados primarios de hemorragia posparto grave en el momento del nacimiento (más de 2500 ml), mortalidad materna o policitemia neonatal que requiriera tratamiento. Se concluyó que el manejo activo del alumbramiento redujo el riesgo de hemorragia en más de 1000 ml al momento del nacimiento en una población de mujeres con riesgo mixto de sangrado excesivo, pero se identificaron efectos adversos. Las mujeres deben recibir información sobre los beneficios y los daños de ambos métodos para respaldar una elección fundamentada. Dadas las preocupaciones sobre el pinzamiento temprano del cordón umbilical y los potenciales efectos adversos de algunos agentes uterotónicos, en esta instancia es fundamental evaluar los componentes individuales del manejo del alumbramiento. También se requieren datos de países de bajos ingresos.

Boichuk, et al. (2005) Manejo activo farmacológico para la prevención de la hemorragia aguda post parto, cuyo objetivo fue identificar el fármaco uterotónico más eficaz para la prevención de la hemorragia aguda post parto. Oxitocina vs. Placebo en las hemorragias post parto mayores a 500 ml, el uso de oxitocina como medida preventiva es beneficiosa frente al placebo (OR = 0.56, IC 0.46 0.70). Cada 1000 mujeres tratadas se evitan 150 hemorragias, con un máximo de 190 y un mínimo de 100. Se necesita tratar 7 pacientes con oxitocina

para evitar una hemorragia, con un máximo de 10 y un mínimo de 5. No se observan diferencias significativas en las hemorragias post parto severas mayores a 1000 ml (OR= 0.71 IC 0.45-1.10); de todas maneras, existe tendencia a favor de la oxitocina. Al utilizar este fármaco, se debe evitar los bolos intravenosos por la posibilidad de hipotensión y colapso circulatorio en pacientes con hipovolemia o cardiopatías. Se concluyó que el manejo activo farmacológico del tercer estadio del trabajo de parto se asocia con reducciones significativas de resultados importantes desde el punto de vista clínico, Ante la posibilidad de realizar la prevención de la hemorragia aguda post parto, mediante el manejo activo, es necesario evaluar la disponibilidad de uterotónicos en los centros de salud, su costo y efectos secundarios.

A nivel nacional:

Chavez (2014) realizó una investigación titulada: “Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo del desprendimiento placentario en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala en Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, mayo - diciembre 2014”, cuyo objetivo fue determinar cuál es la relación del desprendimiento placentario en el tiempo del alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y en el Hospital de Apoyo de Nasca. Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, con una muestra de 122 parturientas. El instrumento utilizado fue

las historias clínicas y la ficha de recolección de datos; analizando la información con la prueba estadística de chi-cuadrado. Concluyendo que existe diferencia significativa en el alumbramiento dirigido con el tiempo del desprendimiento placentario en el Hospital Felipe Huamán Poma de Ayala de Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, mayo – diciembre 2014.

Chávez y Zantalla (2013) en su investigación “Efectos de la oxitocina en el alumbramiento dirigido a las parturientas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2013”. Estudio que tuvo como objetivo valorar la eficacia de la oxitocina 10 UI intramuscular en el alumbramiento dirigido en parturientas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno, la investigación fue cuasi experimental: Ensayo clínico controlado. Su muestra fue de 153 parturientas. Obteniendo como resultados que la oxitocina redujo el tiempo de alumbramiento entre 3 hasta 5 minutos en el 56,9% de parturientas, pérdida sanguínea de 350cc a 150cc (68,0%), anemia (22,8%), efectos secundarios: náuseas y vómitos (9,2%). Complicaciones: Desgarros perineales (5,2%), retención de membranas ovulares (4,6%) y retención placentaria (0,6%). Concluyendo que la oxitocina acorta el periodo de alumbramiento y reduce el sangrado vaginal; la anemia y efectos secundarios ocurrieron en mínima proporción.

Ching (2012) en su investigación: “Manejo activo versus manejo expectante del alumbramiento” cuyo objetivo fue determinar la eficacia del Manejo activo del alumbramiento. Comparado con el método expectante en gestantes a término. Estudio observacional descriptivo, prospectivo en relación al manejo activo o expectante del alumbramiento, dentro de los resultados obtenidos donde fueron evaluadas 668 gestantes de acuerdo a sus criterios de selección. Encontraron que la edad promedio de la población fue de 31 años, con un promedio de 3 gestaciones y 38 semanas de edad gestacional. El sangrado en el alumbramiento para el manejo activo fue un promedio de 100 cc (19 - 150) y en el grupo expectante fue de 300cc (100--600). La duración con el manejo activo tuvo una media de 4.65 (3-6) min y para el expectante de 21 (14-36) min. El dolor en el alumbramiento fue leve en un promedio de 90 para el manejo activo y 10 para el expectante, encontrándose dolor moderado en un promedio de 7.5 para el activo y 71 para el expectante. No se observó complicaciones en un 99% para el manejo activo y en un 97% para el manejo expectante, siendo las complicaciones observadas retención placentaria, retención de membranas y hemorragia obstétrica. El autor concluye en su investigación que el manejo activo es bien tolerado y tiene ventajas sobre el expectante en cuanto a menor sangrado, menor tiempo para el parto y menor dolor, observándose escasas complicaciones en ambos grupos de estudio.

1.1.2. Fundamentación científica.

1.1.2.1 Alumbramiento Dirigido.

1.1.2.1.1. Consideraciones Generales.

El alumbramiento dirigido está definido como la tercera etapa del parto es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Nagusia (2010)

Matronas (2007). La Guía de parto de baja intervención nos menciona que “En un embarazo y parto de bajo riesgo se puede optar por dos modelos de actuación: el alumbramiento fisiológico y el alumbramiento activo o dirigido”.

Gracias a la administración sistemática de fármacos oxitócicos (que estimulan la contracción del monetario), lo cual suele hacerse inmediatamente luego del nacimiento del niño, este periodo normalmente se completa en unos 5 minutos, tanto en nulípara como multíparas. Coacalla y Cotacallapa (2001).

1.1.2.1.2. Modalidad del Alumbramiento.

Coacalla y Cotacallapa (2001) Según la zona donde se inicia el desprendimiento de la placenta existen dos modalidades de alumbramiento:

- Modalidad Schultze: es el tipo más común (80%) ocurre cuando el desprendimiento se inicia en la zona central del área de la implantación. La rotura de vasos a este nivel produce una hemorragia entre la pared uterina y el área de placenta desprendida, formándose un hematoma retroplacentario que se hace cada vez más voluminoso por la sangre que continúa fluyendo y este al crecer levanta el centro de la placenta invirtiéndola, de modo que ella es expulsada por su cara fetal y tras la placenta se elimina la sangre acumulada en el hematoma.
- Modalidad Duncan: Menos frecuente (20%) ocurre cuando el desprendimiento se inicia en el borde inferior de la placenta, extendiéndose posteriormente al centro de la misma, al expulsarse, primero aparece el borde de la placenta, que es eliminada por cara materna. (Pág. 106)

1.1.2.1.3. Signos de desprendimiento placentario.

A) Signos uterinos:

La revista Médico y diagnóstico (2015) menciona sobre los signos de desprendimiento:

- Signo de Schroeder: El útero asciende por encima del ombligo y se lateraliza a la derecha.
- Signos del Globo de pinar: Signo de buena hemostasia.

B) Signos del cordón:

Coacalla y Cotacallapa (2001), Signo de küstner: al desplazar el útero hacia arriba el cordón se mantiene inmóvil (placenta desprendida). Si con esta maniobra se retira el cordón umbilical, la placenta no se ha desprendido.

Signo de Ahlfeld: expulsado el feto, a ras de la vulva se coloca una pinza de Kocher en el cordón umbilical; al descender la placenta, se exterioriza más cordón y la pinza defiende. Podemos decir que la placenta ha desprendido si observamos que la distancia entre la vulva y la pinza es de 10cm a más.

Signo de “pescador” de fabre: se coloca la mano en el fondo uterino, se efectúan ligeras tracciones desde el cordón, y si la placenta está adherida, serán percibidas por la mano abdominal, entonces, si la placenta esta desprendida, el signo de Fabre será negativo.

C) Signo de la pérdida hemática.

Según el mecanismo de desprendimiento habrá o no pérdida de sangre durante el alumbramiento, en el mecanismo de Duncan se exterioriza una cantidad variable de sangre lo que constituye el llamado signo de la pérdida hemática, mientras que durante el alumbramiento al

modo de baudelocque schultze una discreta cantidad se acumula entre la placenta y el útero que se elimina justamente con ella. La revista Médico y diagnóstico (2015).

1.1.2.1.4. **Procedimiento del alumbramiento dirigido.**

Matronas (2007) Alumbramiento activo o dirigido

- Administrar oxitocina IV una vez haya salido de la vulva el hombro anterior del niño, o bien 10 UI de oxitocina IM un minuto tras el nacimiento.
- Se puede esperar a que el cordón deje de latir antes de cortarlo.
- Esperar una contracción uterina (después de 2-3 minutos) y extraer la placenta con tracción controlada del cordón:

Aplicar presión sobre la sínfisis del pubis con la palma dirigida hacia el ombligo de la madre (esta maniobra hace de soporte para el útero mientras se hace la tracción controlada del cordón) al mismo tiempo que se ejerce una tracción continua y hacia abajo del cordón.

- Si la placenta no cede después de una tracción de 30-40 segundos, dejar de tirar y presionar el útero y repetir la maniobra después de una contracción uterina. Cuando la placenta desciende a vagina, levantar levemente el cordón para sacar la placenta y membranas de forma controlada. Inmediatamente tras el alumbramiento se aconseja

realizar masaje uterino hasta conseguir un útero contraído, y posteriormente continuar con masajes uterinos cada 15 minutos durante 2 horas.

1.1.2.2. Hemorragias post parto.

1.1.2.2.1 Consideraciones Generales

La Organización Mundial de la Salud (2014) define la hemorragia posparto (HPP) como la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto. Que es la primera causa de mortalidad materna en todo el mundo. Ha sido demostrado que podrían evitar más muertes maternas a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado.

Solari, et al (2014) Consideran dos tipos de hemorragia postparto.

Hemorragia Post Parto Inmediata.-. Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina.

Hemorragia Post Parto Tardía. - Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posteriores a las 6

semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos

1.1.2.2.2 Categorización de Hemorragias Post Parto.

Desde el punto de vista etiológico, Fechina, et al (2012) la tabla 1, se categoriza la Hemorragia posparto según la nemotecnia de las “4 t”:

| Etiología y frecuencia | Etiología | Factores de riesgo |
|-------------------------------|--|--|
| Tono 70% | <ul style="list-style-type: none"> • Sobre distensión Uterina • Parto prolongado/precipitado • (Ej.: inducido). | <ul style="list-style-type: none"> • Parto prolongado/precipitado • (Ej.: inducido). • Embarazo múltiple. • Macrosomia. • Polihidramnios. • Gran Multípara. • Hidrocefalia severa |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga Muscular Uterina. | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto prolongado. • Corioamnionitis |
| Trauma 20% | <ul style="list-style-type: none"> • Desgarros vaginales/cervicales/perineal | <ul style="list-style-type: none"> • Parto instrumental. Episiotomía |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Extensión del desgarro en la cesárea | <ul style="list-style-type: none"> • Mal posición fetal. Manipulación brusca durante la extracción fetal |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura uterina. | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía uterina previa. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Inversión uterina. | <ul style="list-style-type: none"> • Excesiva tracción del cordón. Gran multípara |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Retención de Restos | <ul style="list-style-type: none"> • Placenta o membranas |

| | | |
|------------|---|--|
| Tejidos 9% | <ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades Placentarias. | <ul style="list-style-type: none"> • Localización: Placenta previa. Invasión: acreta, percreta, increta. Congénitas: Útero bicorneo. Adquiridas: Cirugía previa, leiomioma. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatías congénitas. | <ul style="list-style-type: none"> • Hemofilia. • Enfermedad Von Willebrand. • Hipofibrinogemia |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatías adquiridas embarazo. | <ul style="list-style-type: none"> • HTA. Muerte fetal. Enfermedad hepática. Síndrome HELLP |
| Trombos 1% | <ul style="list-style-type: none"> • Púrpura trombocitopénica idiopática. | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Coagulación intravascular diseminada. | <ul style="list-style-type: none"> • Muerte fetal intrauterina. Toxemia. Abruption placentae Embolismo amniótico Sepsis |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatía dilucional. | <ul style="list-style-type: none"> • Transfusiones masivas |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulación. | <ul style="list-style-type: none"> • Historia de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Trombo embolia Pulmonar (TEP). Uso de Aspirina, Heparina. |

Tabla 1: Las pacientes con factores de riesgo para HPP no deben finalizar el embarazo en un hospital sin banco de sangre.

1.1.2.2.3 Causas frecuentes de la Hemorragia post parto:

Karlsson y Pérez (2009) 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 son las 4 “T

a) Atonía uterina:

Es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobre distensión Uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: “Un útero vacío y contraído no sangra” (p. 160)

b) Retención de tejido placentario y/o coágulos:

Calle, et al (2008) La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Normalmente, Después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada; más aún, si luego de su expulsión existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas. (p. 236).

c) Trauma:

Calle, et al (2008) Hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

- Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura.
- Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente.
- Dehiscencia uterina: se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves.
- Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial.

d) Alteraciones de la coagulación:

Coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.
Congénitas: Enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
Adquiridas: Pre eclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abrupcio placentae, sepsis. Karlsson y Pérez (2009)

1.1.2.2.4. Prevención de la Hemorragia post Parto:

Quintana (2013) En el manejo activo del tercer periodo del parto, las revisiones de la literatura han expuesto que la única maniobra efectiva para la prevención de la hemorragia posparto es el manejo activo del tercer periodo, claramente respaldada bajo el nivel de evidencia. En gestantes de alto riesgo para HPP hay reducción del 62% de pérdida de sangre mayor a 500 cc y del 67% en pérdida mayor a 1000 cc, 66% de disminución en requerimiento de transfusión de sangre y 80% menos necesidad de ocitocina terapéutica. La ocitocina es considerada la droga de elección en el manejo activo del tercer periodo del parto. Las preparaciones de la ergotamina reducen también el riesgo de HPP con un incremento significativo de los efectos adversos y el misoprostol también reduce la probabilidad de HPP y es ideal en aquellos lugares donde no está disponible la ocitocina. Según las recomendaciones de la

Organización Mundial de la Salud (2014) menciona que todos los medicamentos uterotónicos orales o inyectables deben estar disponibles para la prevención y manejo de la HPP. Los componentes del manejo activo del tercer periodo del parto se han modificado ligeramente a la luz de las evidencias sobre los efectos en los recién nacidos y para evitar confusiones lo hemos redefinido como manejo perinatal del tercer período del parto

1.2. Justificación.

Desde el punto de vista teórico, la presente investigación contribuye a profundizar el análisis de la efectividad del alumbramiento dirigido como prevención de hemorragias post parto mediante la técnica de alumbramiento dirigido o farmacológico lo cual permitirá una mejor comprensión del problema planteado en el Hospital III José Cayetano Heredia, con el fin pueda tomar medidas preventivas de la hemorragia post parto en beneficio de las pacientes.

Desde el punto de vista práctico la investigación brinda el aporte necesario a través de la metodología científica de la efectividad del alumbramiento dirigido como prevención de hemorragias post para la implementación en este nosocomio.

1.3. Problema.

La hemorragia post parto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, continúa siendo una de las primeras causas de mortalidad materna en el mundo y a nivel nacional.

Entre las primeras causas de muerte materna figura la hipertensión, hemorragia y sepsis.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, (2017) en el Perú, a pesar de los decrecientes casos de mortalidad materna, se espera que ésta mantenga su línea de descenso, o cuando menos que no se incremente; sin embargo, se ha observado un importante incremento de muertes maternas a nivel nacional, así; hasta la SE23- 2017 en donde se han notificado 176 muertes maternas, lo que representa un incremento del 12% con respecto al mismo periodo del año anterior, más preocupante aún es compararlo con las últimas 23 semanas del año 2016, en la que se notificaron 132 casos de muertes maternas, un incremento de 33.3%; con una tendencia ascendente.

En el Hospital José Cayetano Heredia, nosocomio del tercer nivel, por su complejidad se reciben todas las complicaciones de la región Piura; y se realiza el manejo de las emergencias obstétricas la clave roja para la atención de las hemorragias. En este nosocomio se ha observado que existen aún profesionales que no realizan el alumbramiento dirigido o farmacológico, solo algunos profesionales que realizan la atención del parto realizan el alumbramiento dirigido, evidenciándose que aquellas pacientes en que se aplicó el procedimiento de alumbramiento farmacológico tienen mayores ventajas en relación a la menor pérdida sanguínea, el tiempo de duración de

alumbramiento, lo cual protege a la mujer de una probabilidad de una hemorragia post parto. Si esto continua así se puede incrementar los casos de hemorragia post parto, las complicaciones y aumentará la morbimortalidad materno neonatal. Por lo tanto, es necesario realizar la presente investigación para determinar la efectividad del alumbramiento dirigido como prevención de hemorragias post parto.

Por lo cual ante esta problemática se plantea la siguiente interrogante, pretendiendo dilucidarla, a partir del siguiente problema:

¿Existe efectividad del alumbramiento dirigido como prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia en el periodo de enero a julio 2017?

1.4. Conceptualización y operacionalización de variable.

Pérez y Gardey (2011), Características Generales: Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes.

Roura y Rodríguez (2009), Alumbramiento dirigido: consiste en administrar un agente uterotónico al salir el hombro anterior fetal, tiene lugar en un tiempo máximo de 15 20 minutos.

OMS (2014), Prevención de hemorragias post parto: Durante el alumbramiento, se deben proporcionar agentes uterotónicos a todas las mujeres parturientas, para la prevención de la HPP; se recomienda la administración de oxitocina (IM/IV, 10 UI) como el uterotónico preferido.

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala de Medición |
|-----------------------------------|---|--|-----------------------------------|---|---------------------------|--------------------|
| Características generales | Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiendo de sus semejantes. | Características que presentan en el momento de la aplicación del instrumento. | Demográficas | <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de estudio • Ocupación • Estado civil. • G_P ____ • Periodo intergenésico | Características generales | Nominal |
| Alumbramiento dirigido | Farmacológico consiste en administrar un agente uterotónico al salir el hombro anterior fetal, tiene lugar en un tiempo máximo de 15 20 minutos. Roura & Rodríguez, (2009) | Registro en la historia clínica de la Administración vía IM de 10UI oxitocina en el periodo expulsivo al salir el hombro anterior. | -Tipo de alumbramiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Schultz. • Duncan | 1 | Nominal |
| | | | -Duración de alumbramiento. | <ul style="list-style-type: none"> • 5 min • 10 min • 15min • 16-20 min • 21-25 min • 26- 30 min. | 2 | |
| | | | -Integridad de placenta. | <ul style="list-style-type: none"> • Completa • Incompleta | 3 | |
| | | | Integridad de membranas ovulares. | <ul style="list-style-type: none"> • Integras • Disociadas | 4 | |
| | | | Cantidad de sangrado | <ul style="list-style-type: none"> • <100cc • 100cc • 101- 200 • 201- 300 • 301-400 • 401-500 • >500cc | 5 | |
| Prevención Hemorragias post parto | Durante el alumbramiento, se deben proporcionar agentes uterotónicos a todas las mujeres parturientas, para la prevención de la HPP; se recomienda la administración de oxitocina (IM/IV, 10 UI) como el uterotónico preferido. (OMS, 2014) | Es la técnica aplicada para la atención del alumbramiento. | Alumbramiento espontaneo | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | 1 | Nominal |
| | | | Hubo hemorragia | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | 1.1 | |
| | | | Alumbramiento dirigido. | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | 2 | |
| | | | Hubo hemorragia | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | 1.2 | |

1.5. Hipótesis.

H0.- Es posible la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo enero – junio 2017.

H1.- No es posible la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo enero – junio 2017.

1.6. Objetivos.

Objetivo General

Determinar la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

Objetivos Específicos

- Identificar las características generales de las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.
- Identificar características generales de las pacientes que no recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

- Identificar las características del alumbramiento de las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.
- Identificar las características del alumbramiento de las pacientes que no recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.
- Identificar si existen diferencias significativas entre las pacientes que recibieron y las que no alumbramiento dirigido para la prevención de la hemorragia post parto en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

2. Metodología del trabajo

2.1. Tipo de investigación.

El estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, observacional, retrospectivo. En las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido, frente aquellas que no recibieron el alumbramiento dirigido a través del estudio de Caso y Controles que consiste en comparar el grupo de pacientes que recibieron alumbramiento dirigido con un grupo control o testigo que no recibió alumbramiento dirigido.

2.2. Instrumento y fuentes de información.

La fuente para obtener la información fueron las historias clínicas, se recogió la información con una ficha para la recolección de los datos necesarios.

La validez del instrumento se realizó a través de la validez de contenido, a partir del juicio de 3 expertos en la materia.

La confiabilidad fue necesaria en el instrumento debido a que los Ítems no se ajustan a un análisis de confiabilidad. Se realizó la prueba estadística del Chi cuadrado.

2.3. Procedimiento y Análisis de la información.

Se realizó la coordinación correspondiente con el Hospital José Cayetano Heredia previa a la recolección de información.

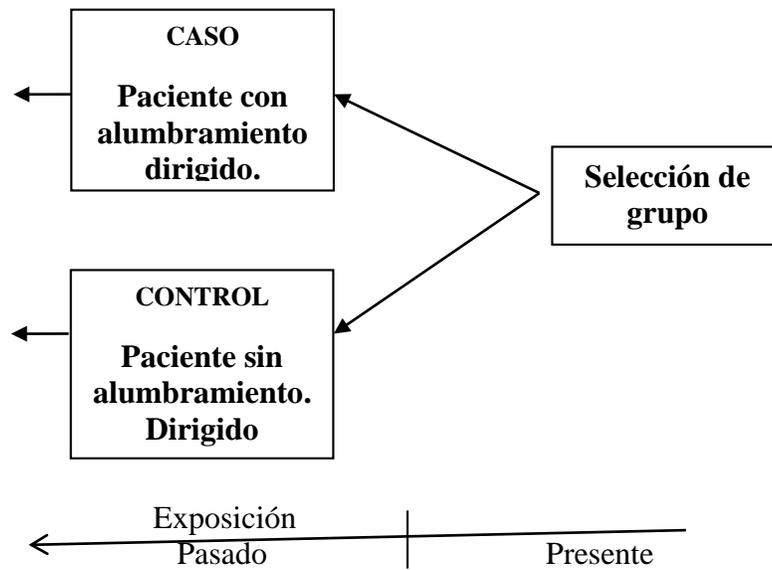
Se identificó a las pacientes con parto vaginal que tuvo alumbramiento espontaneo y quienes recibieron alumbramiento dirigido en los meses de enero a julio del 2017.

Se recolectó los datos de las historias clínicas de las pacientes de acuerdo a la ficha pre elaborada y validada. Se digitó y analizó los datos de la información encontrada en la ficha de recolección de datos usando las técnicas y asesoramiento de la especialista en investigación.

2.4. Diseño de investigación.

El diseño de la investigación es de enfoque cuantitativo, observacional casos y controles, analítico ya que los casos fueron seleccionados; todas aquellas parturientas que recibieron alumbramiento dirigido o farmacológico y los controles aquellos que no recibieron el alumbramiento dirigido o farmacológico que son los controles. Posteriormente se compara para ver si hay significancia estadística entre ellos.

Esquema de Caso- Control



2.5. Población y muestra

La población está constituida por el número de partos vaginales de pacientes aseguradas atendidas en el Hospital III José Cayetano Heredia Piura, siendo un total de 525 partos vaginales.

Muestra

El método para la selección de la muestra será el no probabilístico, requiriendo una cuidadosa y controlada selección de las gestantes tanto para los casos como para los controles con las características especificadas en el planteamiento del problema.

La presente investigación la muestra está constituida por 78 pacientes aseguradas en EsSalud, con partos vaginales, la misma que será dividida en dos grupos: Caso (alumbramiento dirigido) y Control (alumbramiento espontaneo).

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Dónde:

N: Población = 525

Z: Nivel de confianza 95% = 1.96

P: Probabilidad de éxito = 0.5

Q: Probabilidad de fracaso = 0.5

D: Margen de error = 0.05

$$n = \frac{525 \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (525-1) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$n = \frac{525 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times 524 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{504.21}{1.31 + 0.9604}$$

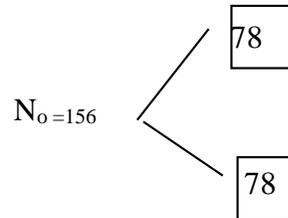
$$n = \frac{504.21}{2.2704}$$

$$n = 222.07$$

$$n_0 = \frac{n_1}{1 + \frac{n_1}{N}}$$

$$N_0 = \frac{222}{1 + \frac{222}{525}}$$

$$N_0 = 156$$



Criterios de Inclusión

- Partos vaginales atendidos en el servicio de Centro obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.
- Partos a término atendidos en el servicio de Centro obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

Criterios de Exclusión

- Pacientes cuyo parto fue extra hospitalario
- Pacientes con diagnóstico de trastornos de la coagulación
- Óbitos fetales
- Pacientes no Aseguradas en EsSalud
- Placenta Previa
- Embarazos Gemelares
- Desgarro cervical

2.6. Técnica e instrumento.

Las fuentes para obtener la información fueron de las historias clínicas, se recogió la información en una ficha para la recolección de los datos necesarios. La cual fue validada en su contenido, a partir del juicio de expertos en la materia.

Se almacenaron los datos a través del programa SPSS de la misma versión 23.

Los datos se digitaron teniendo la base de datos de Excel usando la tabla de datos y tabla de códigos asignados en el estudio, tanto para los casos y los controles. Los datos que se analizaron respondieron a nuestra pregunta y objetivos del trabajo de investigación, estos se representaron en tablas y gráficos pastel, comparativas, otras figuras. Se aplicó la prueba de chi cuadrada.

3. Resultados

Tabla 1

Características generales de las pacientes que recibieron alumbramiento espontaneo y alumbramiento dirigido.

| | | Grupo | | | | Ji cuadrada | |
|----------------------|---------------------------|------------|--------|----------|--------|-------------|---------|
| | | Espontaneo | | Dirigido | | Valor | P-valor |
| | | n | % | N | % | | |
| Edad | 15- 25 | 24 | 30,77 | 30 | 38,46 | .719 | .715 |
| | 26 - 33 | 29 | 37,18 | 25 | 32,05 | | |
| | 34 - 45 | 25 | 32,05 | 23 | 29,49 | | |
| Grado de instrucción | Primaria | 18 | 23,08 | 18 | 23,08 | .049 | 1.00 |
| | Secundaria | 34 | 43,59 | 35 | 44,87 | | |
| | Superior universitaria | 15 | 19,23 | 14 | 17,95 | | |
| | Superior no universitaria | 11 | 14,10 | 11 | 14,10 | | |
| Ocupación | Ama de casa | 50 | 64,10 | 46 | 58,97 | 0.463 | .876 |
| | Estudiante | 3 | 3,85 | 3 | 3,85 | | |
| | Otros | 25 | 32,05 | 29 | 37,18 | | |
| Estado civil | Soltera | 6 | 7,69 | 6 | 7,69 | 1.901 | .660 |
| | Casada | 27 | 34,62 | 33 | 42,31 | | |
| | Viuda | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| | Otros | 44 | 56,41 | 39 | 50,00 | | |
| | Total | 78 | 100,00 | 78 | 100,00 | | |

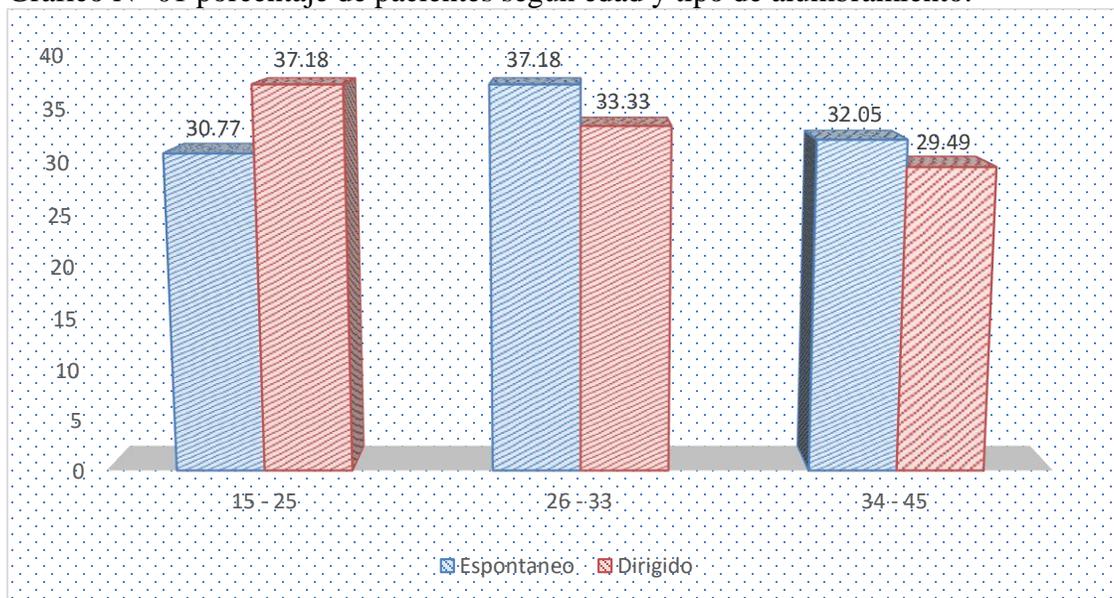
Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 1, se aprecia que las características generales en las pacientes que recibieron alumbramiento espontaneo (control) el 37,18% de estas tienen una

edad entre 26 a 33 años, el 43,59% tienen un grado de instrucción de secundaria, el 64,10% son amas de casa y el 56,41% tienen un estado civil de otros.

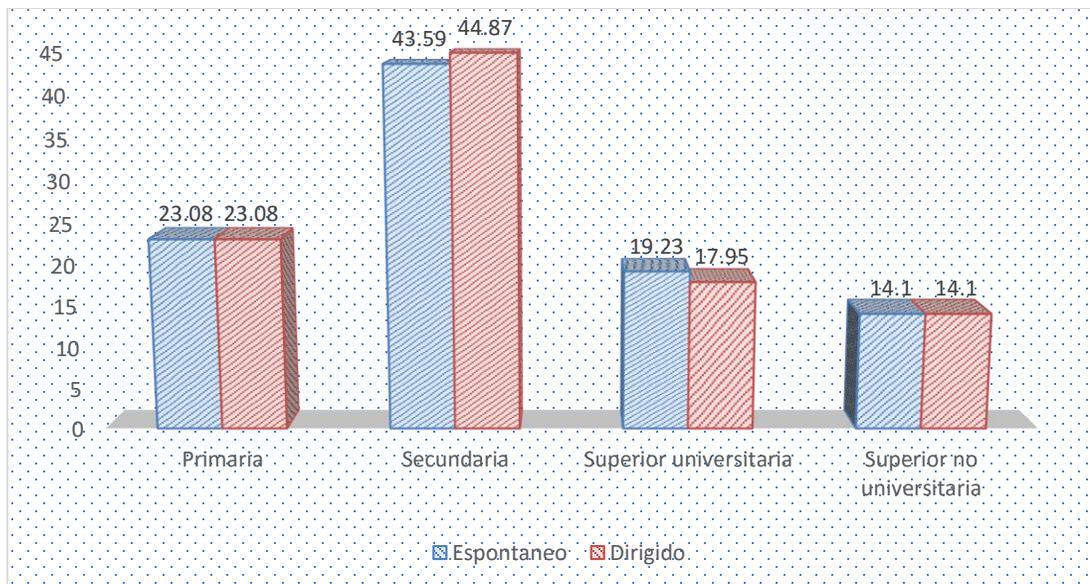
Con respecto a las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido (caso) un 38,46% tienen edades entre 15 a 25 años, un 44,87% su grado de instrucción es secundaria, un 58,97% su ocupación es ama de casa, mientras que el 50% su estado civil es de otros. No se ha podido determinar asociación estadísticamente significativa debido a que el p-valor es mayor del 5%.

Grafico N° 01 porcentaje de pacientes según edad y tipo de alumbramiento.



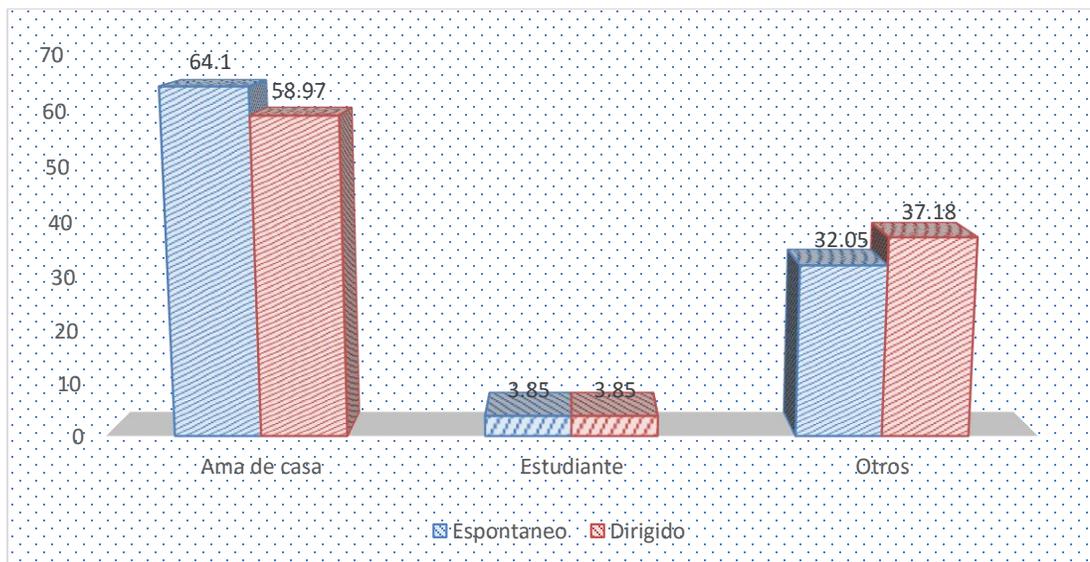
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico N° 02 Porcentaje de las pacientes según grado de instrucción y tipo de alumbramiento



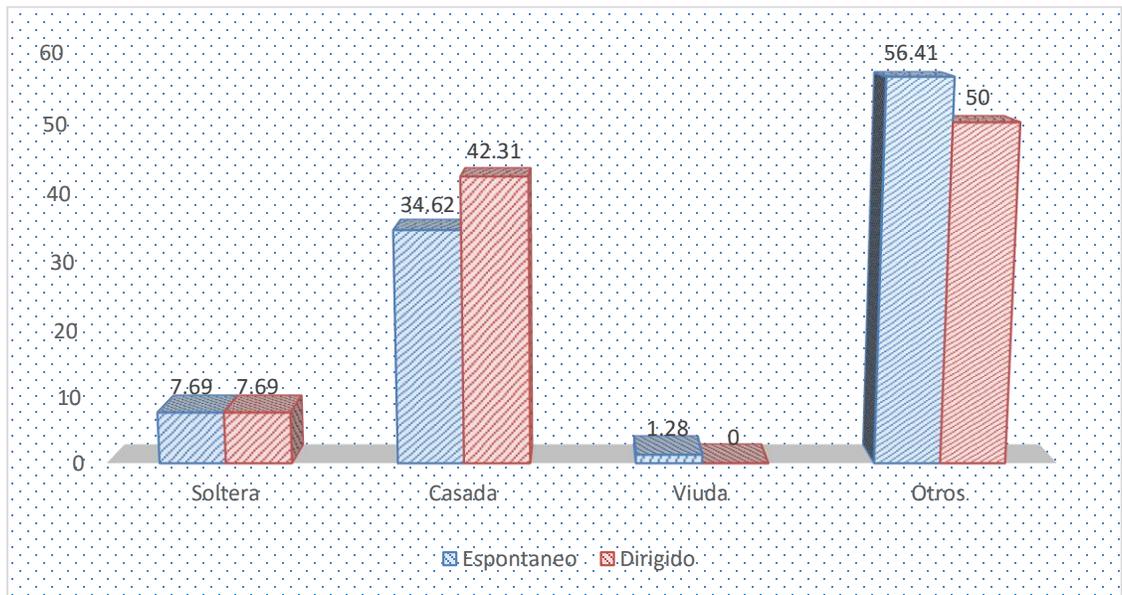
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico N° 03 Porcentaje de las pacientes según ocupación y tipo de alumbramiento



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico N° 04 Porcentaje de gestantes según estado civil y tipo de alumbramiento



Fuente: Ficha de recolección de datos

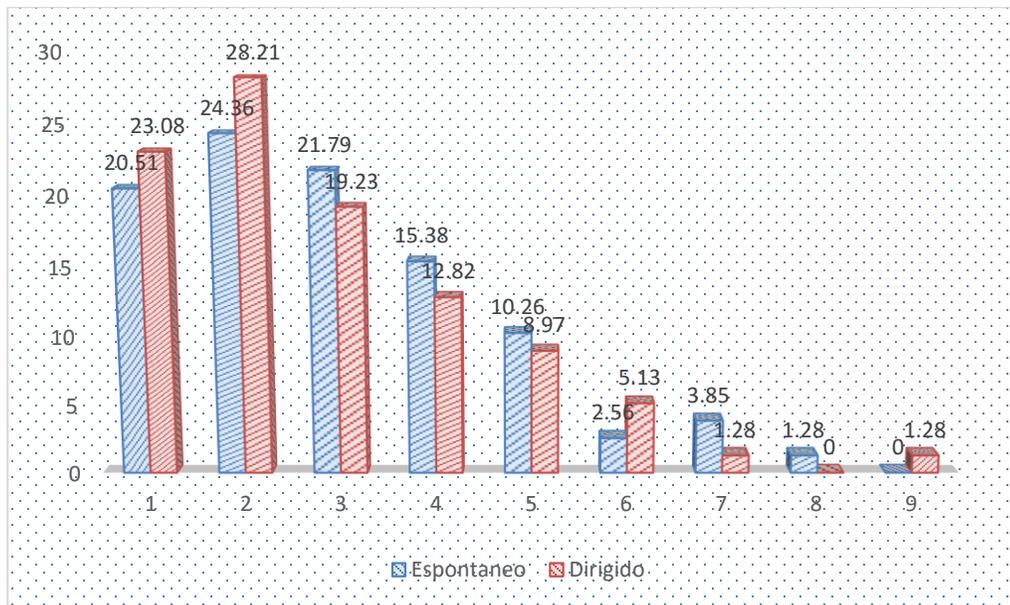
Tabla 2

Características generales según tipo de alumbramiento de las pacientes.

| | | Grupo | | | | Exacta de Fisher | |
|-------------|---|------------|--------|----------|--------|------------------|---------|
| | | Espontaneo | | Dirigido | | Valor | P-valor |
| | | N | % | n | % | | |
| Gestación | 1 | 16 | 20,51 | 18 | 23,08 | 4,244 | ,905 |
| | 2 | 19 | 24,36 | 22 | 28,21 | | |
| | 3 | 17 | 21,79 | 15 | 19,23 | | |
| | 4 | 12 | 15,38 | 10 | 12,82 | | |
| | 5 | 8 | 10,26 | 7 | 8,97 | | |
| | 6 | 2 | 2,56 | 4 | 5,13 | | |
| | 7 | 3 | 3,85 | 1 | 1,28 | | |
| | 8 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| | 9 | 0 | ,00 | 1 | 1,28 | | |
| A término | 0 | 20 | 25,64 | 22 | 28,21 | 5,460 | 0,801 |
| | 1 | 21 | 26,92 | 25 | 32,05 | | |
| | 2 | 19 | 24,36 | 13 | 16,67 | | |
| | 3 | 9 | 11,54 | 12 | 15,38 | | |
| | 4 | 6 | 7,69 | 4 | 5,13 | | |
| | 5 | 1 | 1,28 | 1 | 1,28 | | |
| | 6 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| | 7 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| Pretérmino | 0 | 75 | 96,15 | 76 | 97,44 | ,207 | 1,00 |
| | 1 | 3 | 3,85 | 2 | 2,56 | | |
| Abortos | 0 | 56 | 71,79 | 52 | 66,67 | 3,483 | 0,452 |
| | 1 | 15 | 19,23 | 22 | 28,21 | | |
| | 2 | 5 | 6,41 | 4 | 5,13 | | |
| | 3 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| | 5 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| Hijos vivos | 0 | 19 | 24,36 | 21 | 26,92 | 5,430 | ,804 |
| | 1 | 22 | 28,21 | 26 | 33,33 | | |
| | 2 | 20 | 25,64 | 14 | 17,95 | | |
| | 3 | 8 | 10,26 | 11 | 14,10 | | |
| | 4 | 6 | 7,69 | 4 | 5,13 | | |
| | 5 | 1 | 1,28 | 1 | 1,28 | | |
| | 6 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| | 7 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| | 8 | 0 | ,00 | 1 | 1,28 | | |
| Total | | 78 | 100,00 | 78 | 100,00 | | |

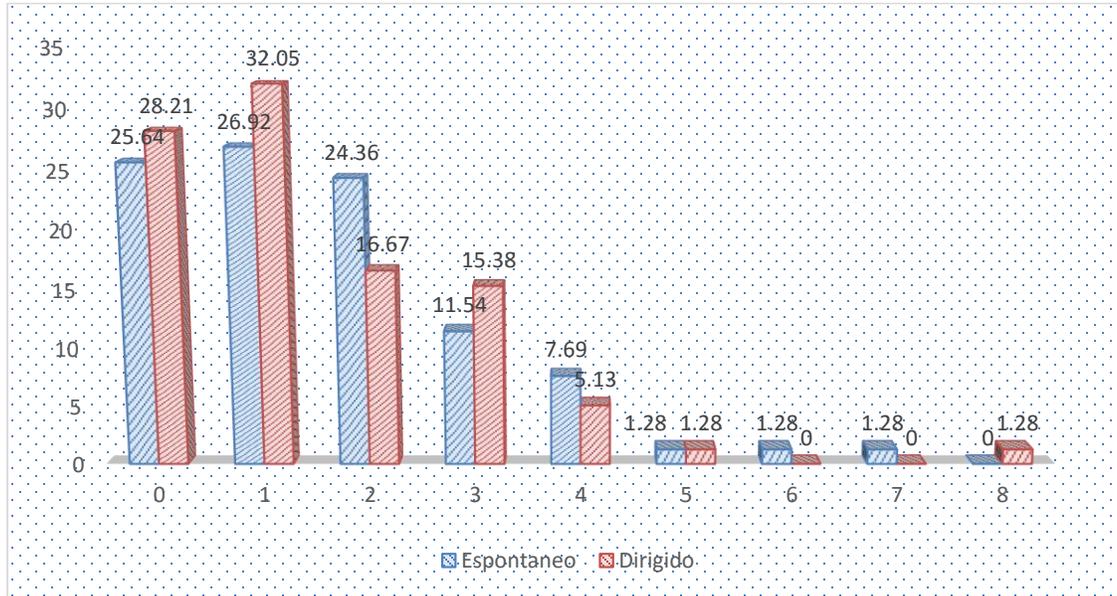
En la tabla 2, se observa el total de las pacientes con alumbramiento espontaneo el 24,36% de estas han tenido 2 gestaciones, el 26,92% su gestación fue a término, el 96,15% no han tenido partos pretérmino. Un 71,79% no ha tenido abortos y un 28,21% ha tenido un hijo vivo. Con respecto a los alumbramientos dirigidos el 28,21% ha tenido 2 gestaciones, un 32,05% ha tenido un parto a término, el 97,44% no ha tenido un parto pretérmino, mientras que el 66,67% no ha tenido abortos, mientras que el 33,33% ha tenido un hijo vivo. No se ha podido determinar asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio debido a que el p-valor es mayor del 5%.

Grafico N°05 Porcentaje de gestantes según número de gestaciones y tipo de alumbramiento



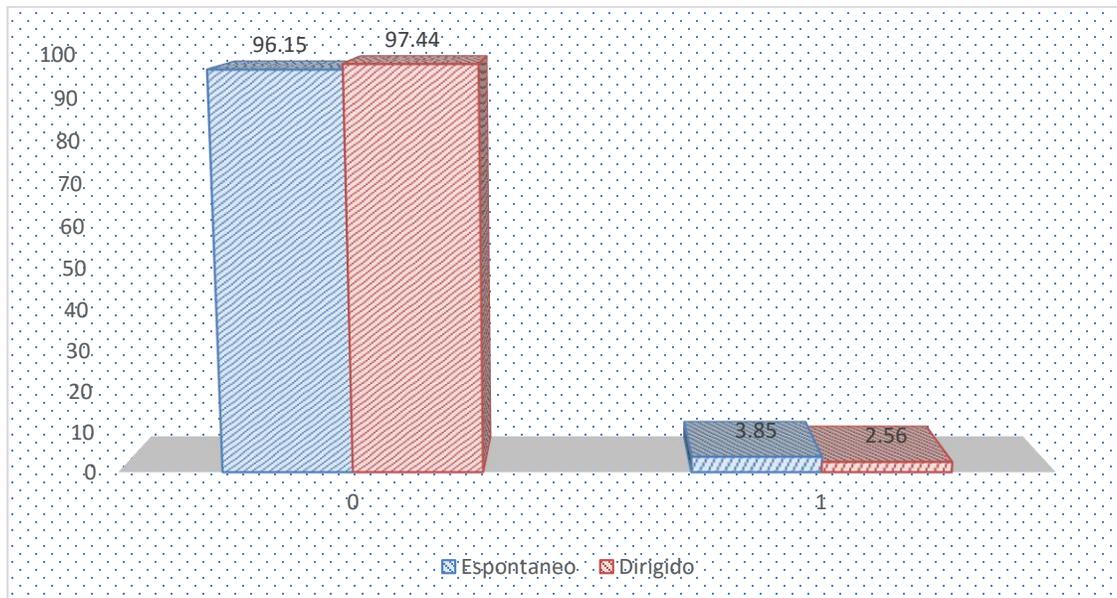
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico N° 06 Porcentaje de gestantes según partos a término y tipo de alumbramiento



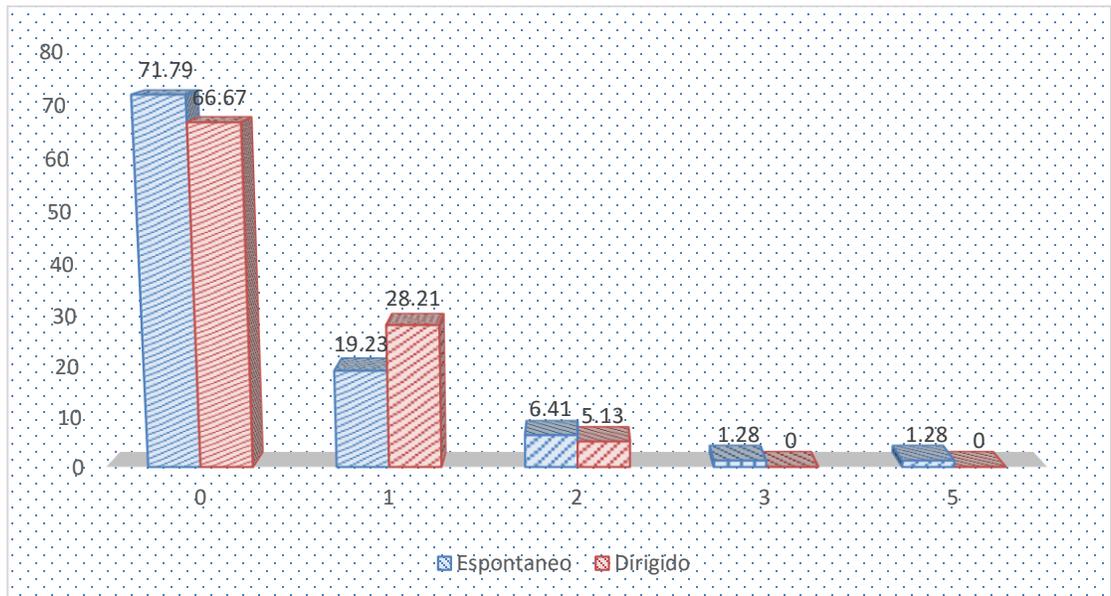
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 07 Porcentaje de gestantes según partos pretérmino y tipo de alumbramiento



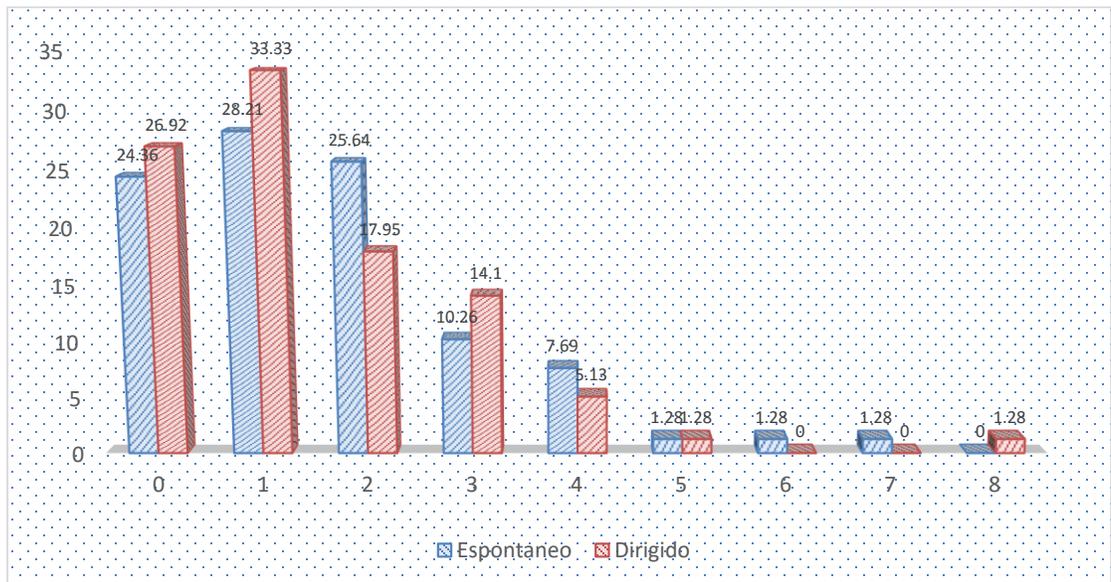
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 08 Porcentaje de gestantes según número de abortos y tipo de alumbramiento



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico N°09 Porcentaje de gestantes según número de hijos vivos y tipo de alumbramiento



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 3

Periodo intergenésico de las pacientes según tipo de alumbramiento.

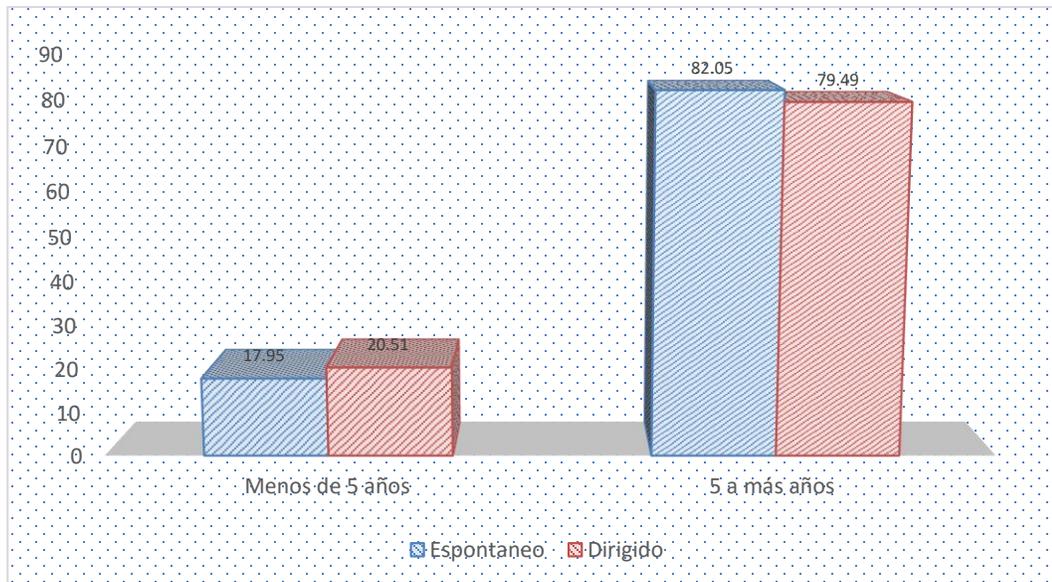
| | | Grupo | | | | Ji cuadrada | |
|-----------------------|---------|------------|--------|----------|--------|-------------|---------|
| | | Espontaneo | | Dirigido | | Valor | P-valor |
| | | N | % | n | % | | |
| Periodo intergenésico | <5 años | 14 | 17,95 | 16 | 20,51 | | |
| | >5 años | 64 | 82,05 | 62 | 79,49 | 0,165 | ,420 |
| | Total | 78 | 100,00 | 78 | 100,00 | | |

*p<0.05 (significativa) **p<0.01 (altamente significativa)

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 3, se observa que el total de las pacientes que recibieron alumbramiento espontaneo el 82,05% su periodo intergenésico es de 5 a más años, mientras que del total que recibieron alumbramiento dirigido el 79,49% es de 5 a más años.

Grafico N° 10 Porcentaje de gestantes según periodo intergenésico y tipo de alumbramiento



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla 4

Características del alumbramiento según tipo de alumbramiento

| | | Grupo | | | | Ji cuadrada | |
|--------------------------------------|--------------|------------|--------|----------|--------|-------------|---------|
| | | Espontaneo | | Dirigido | | Valor | P-valor |
| | | n | % | n | % | | |
| Modalidad de alumbramiento | Schultz | 71 | 91,03 | 70 | 89,74 | ,786 | ,50 |
| | Duncan | 7 | 8,97 | 8 | 10,26 | | |
| Duración de alumbramiento | 5 | 1 | 1,28 | 29 | 37,18 | 14,687 | ,007** |
| | 10 | 11 | 14,10 | 34 | 43,59 | | |
| | 15 | 23 | 27,49 | 12 | 15,38 | | |
| | 16-20 | 24 | 30,77 | 2 | 2,56 | | |
| | 21-25 | 13 | 16,67 | 1 | 1,28 | | |
| | 26-30 | 6 | 7,69 | 0 | ,00 | | |
| Integridad de la placenta | Completa | 62 | 79,49 | 66 | 84,62 | ,696 | ,266 |
| | Incompleta | 16 | 20,51 | 12 | 15,38 | | |
| Integridad de las membranas ovulares | Integras | 22 | 28,21 | 69 | 88,46 | 6,804 | ,008** |
| | Disociadas | 56 | 71,79 | 9 | 11,54 | | |
| Cantidad de sangrado vaginal | menos de 100 | 1 | 1,28 | 1 | 1,28 | 14,240 | ,045* |
| | 100 | 1 | 1,28 | 10 | 12,82 | | |
| | 101-200 | 29 | 37,18 | 47 | 60,26 | | |
| | 201-300 | 40 | 51,28 | 18 | 23,08 | | |
| | 301-400 | 3 | 3,85 | 2 | 2,56 | | |
| | 401-500 | 1 | 1,28 | 0 | ,00 | | |
| | Más de 500 | 3 | 3,85 | 0 | ,00 | | |
| | Total | 78 | 100,00 | 78 | 100,00 | | |

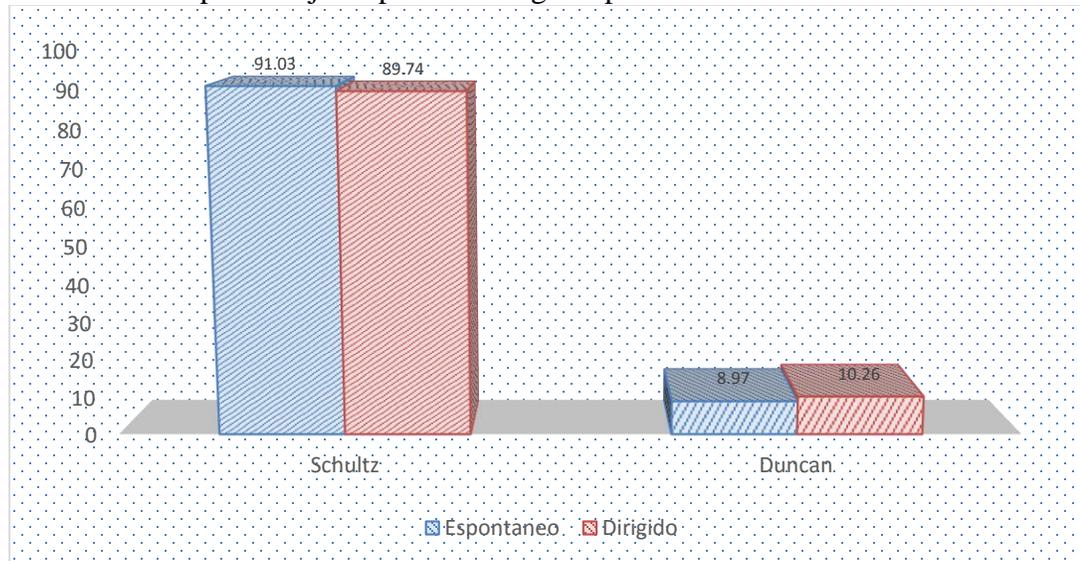
*p<0.05 (significativa) **p<0.01 (altamente significativa)

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Del total de las pacientes que recibieron alumbramiento espontaneo el 91,03% presento una modalidad de alumbramiento de Schultz; con respecto a la duración de alumbramiento el 30,77% es de 16-20 minutos, un 79,49% la integridad de la placenta es completa; un 71,79% la integridad de las membranas ovulares fueron disociadas y en el 51,28% de la muestra la cantidad de sangrado vaginal fue de 201-300cc.

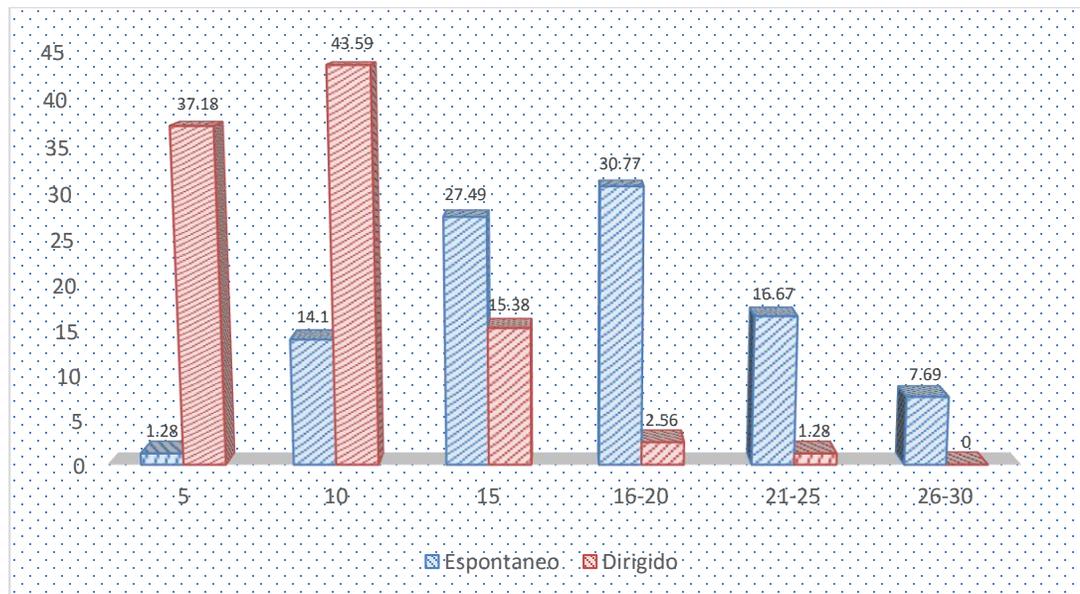
Con respecto a las pacientes con alumbramiento dirigido del 100% de estos, el 89,74% presento modalidad de alumbramiento es tipo Schultze; asimismo en el 43,59% la duración del alumbramiento fue de 10 minutos, el 84,62% la integridad de la placenta fue completa; un 88,46% la integridad de las membranas ovulares son integras mientras que el 60,26% tuvieron una pérdida de sangrado vaginal entre 101-200cc. Se podido determinar que existe alta asociación estadísticamente significativa de la duración de alumbramiento, la integridad de las membranas ovulares con el tipo de alumbramiento debido a que el p-valor es menor del 1%, también se ha logrado determinar que existe asociación estadísticamente significativa entre la cantidad de sagrado vaginal y el tipo de alumbramiento.

Grafico N° 11 porcentaje de pacientes según tipo de alumbramiento



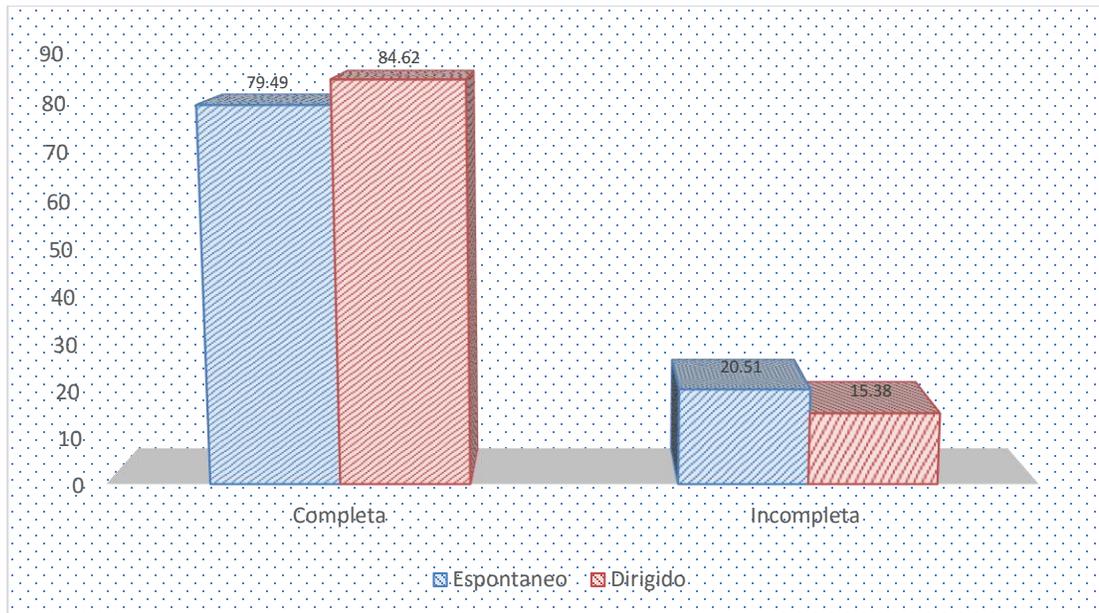
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 12 Porcentaje de gestantes según duración de alumbramiento y tipo de alumbramiento



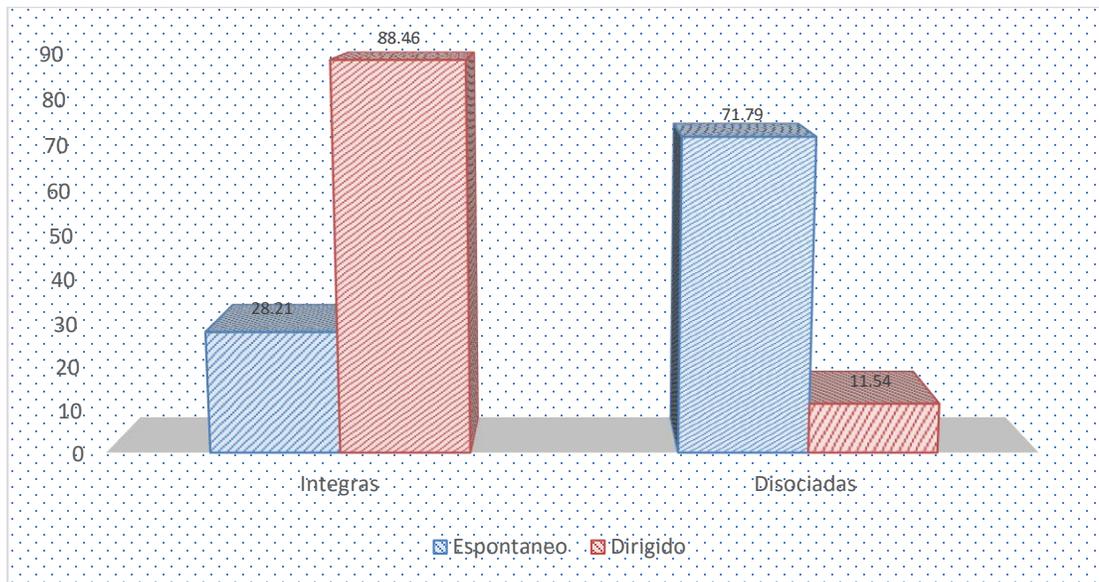
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Grafico N°13 Porcentaje de gestantes según integridad de la placenta y tipo de alumbramiento



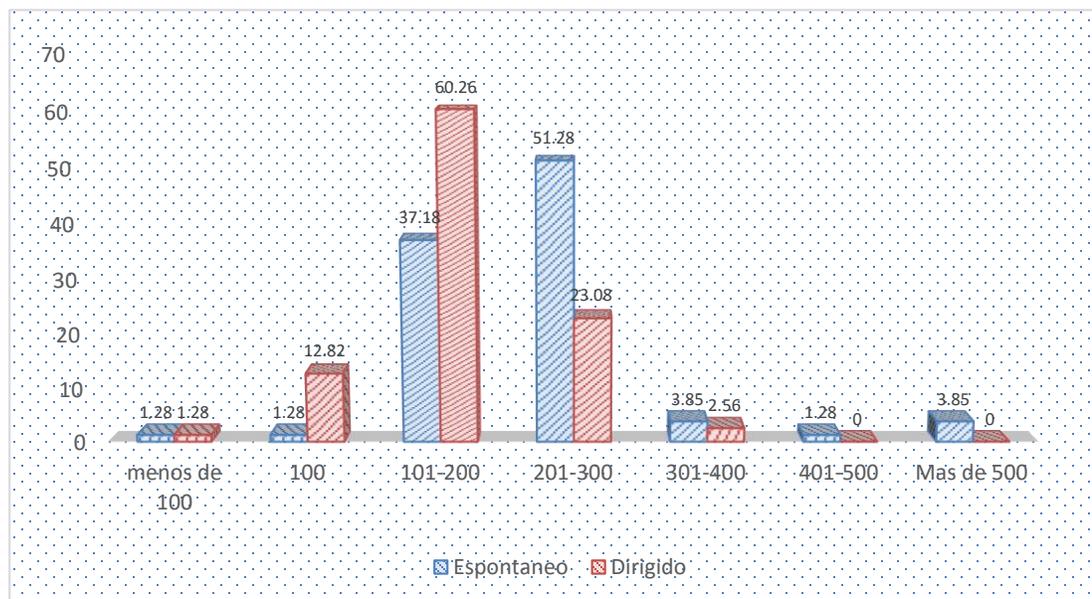
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 14 Porcentaje de gestantes según la integridad de las membranas ovulares y tipo de alumbramiento



Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico N° 15 Porcentaje de gestantes según la cantidad de sangrado vaginal y tipo de alumbramiento



Fuente: Ficha de recolección de datos

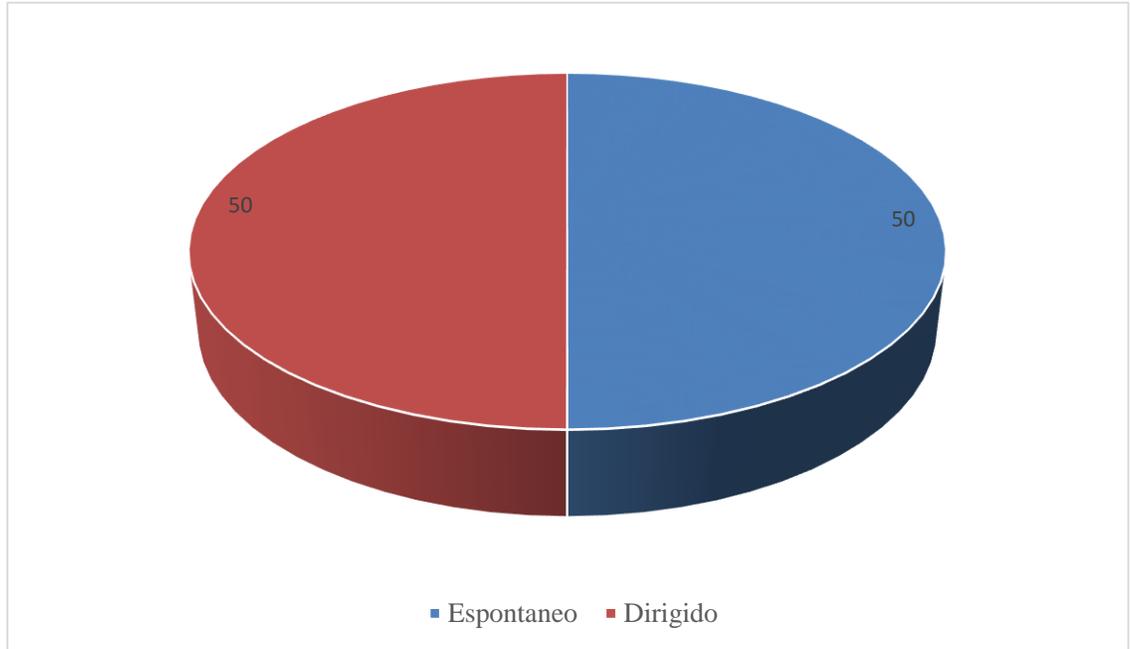
Tabla 5. Prevención de hemorragias en el post parto según tipo de alumbramiento

| | | Grupo | | | |
|------------|----|------------|--------|----------|--------|
| | | Espontaneo | | Dirigido | |
| | | n | % | n | % |
| | | 78 | 50.00 | 78 | 50.00 |
| Hemorragia | No | 74 | 94.87 | 78 | 100.00 |
| | Si | 4 | 5.28 | 0 | 0.00 |
| Total | | 78 | 100,00 | 78 | 100,00 |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

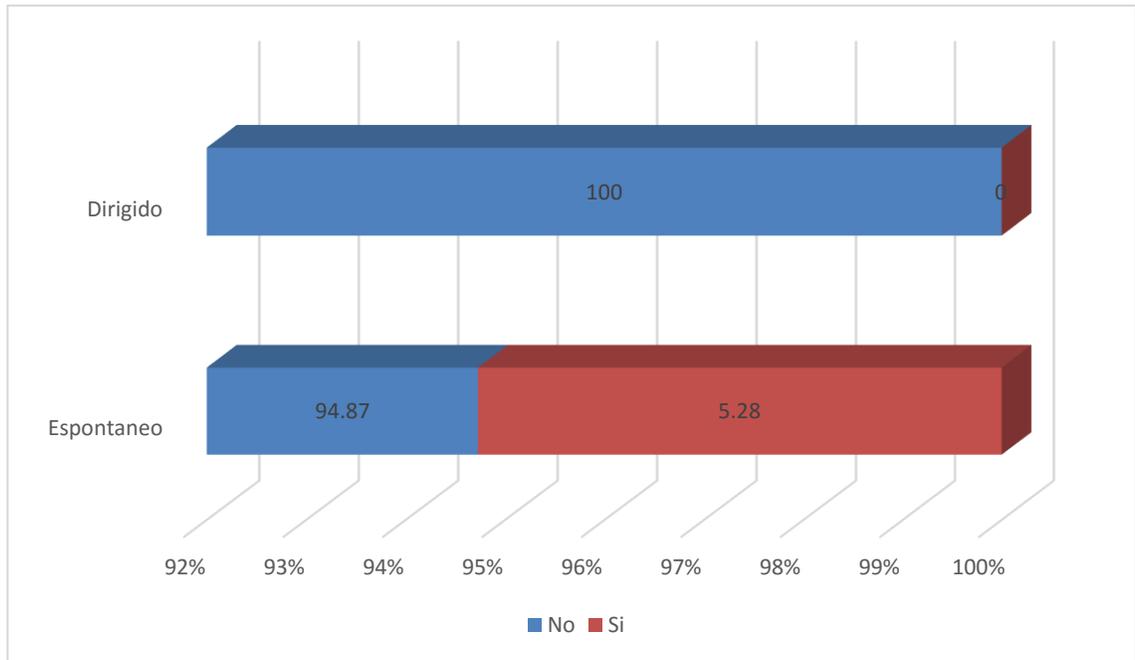
Tabla N°5 Se logra observar que del 100% de las gestantes el 50% de estas el tipo de alumbramiento es el espontaneo mientras que el otro 50% es dirigido. De las pacientes con alumbramiento espontaneo el 94,87% de estos no han tenido hemorragia mientras que el 5,28% si tuvo hemorragia post parto. Con respecto a las pacientes con alumbramiento dirigido el 100% no ha tenido hemorragia post parto

Grafio N° 16. Porcentaje de pacientes según tipo de alumbramiento



Ficha de recolección de datos.

Grafico N° 16. Porcentaje de pacientes que presentaron hemorragia post parto.



Fuente: Ficha de recolección de datos.

4. Análisis y Discusión.

Características Generales

Las edades de las pacientes en estudio presentaron una edad promedio de 29.78 años para el grupo control y 28.79 años en el grupo de casos. Aproximándose a la investigación de Ching (2012) "Manejo activo versus manejo expectante del alumbramiento" quien encontró que la edad promedio de su población fue de 31 años.

El número de la gestación en la paciente que recibieron alumbramiento dirigido (caso) fue de 2 gestaciones en un 28.21; mientras que en las pacientes con alumbramiento espontáneo (control) presentaron 2 gestaciones en un 22,36%. Estudio como el de Ching (2012) se aproxima a los resultados obtenidos ya que dicho autor evidenció que las pacientes de estudio presentaron.

Características del alumbramiento.

En las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido el tipo de modalidad fue Schultz en un 89,74% y Duncan en un 10,26%; mientras que en las pacientes con alumbramiento espontáneo presentaron tipo de modalidad Schultz en un 91,3% y Duncan en 8,97%. Coincidiendo que Coacalla y Cotacallapa (2001) quienes mencionan que el tipo de modalidad Schultz es el más común presentándose con una frecuencia de 80%, mientras que la modalidad Duncan es menos frecuente con un 20%.

La duración del periodo en las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido fue de 10 minutos en un 43,59%, mientras que las pacientes con alumbramiento espontaneo el 30,77% tuvo una duración de 16-20 minutos. Estudios con el de los autores Chavez y Zantalla (2013) “Efectos de la oxitocna en el alumbramiento dirigido a las parturientas del Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, Puno 2013” evidencio que el tiempo de alumbramiento en pacientes que se les administro oxitocina redujo entre 3 hasta 5 minutos en el 56,9% de las parturientas.

La integridad de la placenta en pacientes que recibieron alumbramiento dirigido fue integra en un 84,62% de las pacientes, mientras que el 79,49% de las pacientes con alumbramiento espontaneo la placenta mantuvo su integridad a la expulsión. La integridad de las membranas ovulares fueron integras en el 88,46% de las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido; mientras que en las pacientes con alumbramiento espontaneo en un 71,79% fueron disociadas, Calle, et al (2008) menciona que la retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Por lo que esta debe ser examinada, más aún si llego de la expulsión existe sangrado, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas.

La cantidad de pérdida de sangrado en las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido fue de 101 – 200 ml en un 60,26%; mientras que en las pacientes con alumbramiento espontaneo el 51,28% presento una pérdida sanguínea de 201 - 300 ml. La investigación coincide con el estudio de Ching (2012) quien encontró que el sangrado en el alumbramiento para el manejo activo fue un promedio de 100 cc y en el grupo expectante fue de 300cc.

Prevención de hemorragias post parto

Hubo presencia de hemorragia en el pos parto en el 5.28% de las pacientes con alumbramiento espontaneo, mientras que en las pacientes con alumbramiento dirigido no presentaron hemorragias en post parto. Resultados que difieren con Boichuk, et al. (2005) quienes no observaron diferencias significativas en las hemorragias post parto severas mayores a 1000 ml. Por lo que se puede observar que en la presente investigación se demostró la eficacia del alumbramiento dirigido como prevención de las hemorragias en el post parto.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones

La edad promedio de las pacientes fue de 29,78 años en las pacientes con alumbramiento espontaneo y en las pacientes con alumbramiento dirigido 28,79 años.

El grado de instrucción fue de educación secundaria en un 43,59% en el grupo de control y 44,87% en el grupo de caso. La ocupación fue de ama de casa en un 64,10% para los casos de alumbramiento espontaneo y 58,97% amas de casa para el grupo de alumbramiento dirigido. En cuanto al estado civil el 56,41% de las pacientes con alumbramiento espontaneo tienen otro tipo de estado civil al igual que para el grupo de pacientes con alumbramiento dirigido en un 50%.

En la muestra estudiada el grupo de casos y controles presento su segunda gestación, 28,21% y 24,36% respectivamente.

En las características del alumbramiento se concluye que el tipo de modalidad más frecuente fue la de Schultze en los casos y los controles.

la duración del periodo de alumbramiento hubo una ligera diferencia ya que en el caso tuvieron una duración de 10 minutos en un 43,59% de la muestra; y alumbramiento espontaneo tuvieron una duración de 16-20 minutos en un 30,77%.

La integridad de la placenta en ambos grupos se evidencio placenta completa en el 79,49% de las pacientes con alumbramiento espontaneo al igual que en las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido en el 84,62% de la muestra en estudio. Así mismo, hablamos de la integridad de las membranas ovulares, en donde se concluye que tanto las pacientes con alumbramiento espontaneo 71,79% y las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido 88,46% presentaron total integridad en las membranas ovulares.

En cuanto a la pérdida sanguínea se evidencio diferencias ya que las pacientes con alumbramiento espontaneo presentaron en un 51,28% una cantidad de 201-300cc, mientras en las pacientes con alumbramiento dirigido tuvieron una pérdida sanguínea de 101- 200cce en el 60,26%.

En cuanto a la prevención de las hemorragias en el post parto, se concluye que el alumbramiento dirigido fue efectivo las pacientes no presentaron hemorragia en el post parto; mientras que en pacientes con alumbramiento espontaneo presentaron casos de hemorragia post parto en un 5.28%.

5.2. Recomendaciones.

A la jefatura del departamento de Gineco-Obstetricia, se sugiere implementar la técnica del alumbramiento dirigido para prevenir las hemorragias post parto ya que con ello se disminuye las probabilidades de la mortalidad materna por esta causa.

A la coordinadora de Obstetras, se recomienda intensificar la información a las mujeres en trance de parto acerca del procedimiento de la técnica del alumbramiento dirigido como parte de la atención humanizada del parto y derechos de las usuarias.

6. Agradecimiento.

Agradecer a Dios, por permitir que siga aquí cumpliendo mis sueños, su bondad no tiene fin. Quiero que mediante Dios le llegue también mi agradecimiento a mi mami Zoila, aunque ya no este conmigo siempre estará presente en mi corazón.

Gracias Dios por permitir que mi familia siga conmigo, a mis Padres, y hermanas; por brindarme su apoyo incondicional, sus consejos y apoyarme en cada decisión que doy.

A mis amigas, gracias por estar siempre conmigo todo este tiempo pude disfrutar de cada momento, que cada investigación, proceso y proyectos junto a ustedes y decir que la amistad es valiosa.

A mi alma mater la Universidad San Pedro, a los docentes que fueron pieza fundamental durante el aprendizaje de la carrera. Así como a mi profesara asesora por su tiempo y apoyo en el desarrollo de la investigación

7. Bibliografía.

- Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., & A., W. (2015). Manejo activo frente a manejo expectante para mujeres en el alumbramiento. Obtenido de THE WHO REPRODUCTIVE HEALTH LIBRARY: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-3rd-stage/active-versus-expectant-management-women-third-stage-labour>
- Boichuk, V., Chaves, R., Vanina, G., & Luján, M. (2005). manejo activo farmacológico para la prevención de la hemorragia aguda post parto. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina N° 143, 28- 30. Obtenido de https://med.unne.edu.ar/revista/revista143/7_143.pdf.
- Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2008). Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Peruana de Ginecología obstetricia.*, 236.
- Chávez, A. (s.f.). Alumbramiento dirigido y su relación con el tiempo de desprendimiento placentario en parturientas del hospital Felipe Huamán Poma de Ayala en Puquio y Hospital de Apoyo de Nasca, mayo- diciembre 2014. Recuperado el 10 de julio de 2017, de http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/214/2/CHAVEZ_ESPINOZA-Resumen.pdf.
- Chávez, J., & Zantalla, L. (2013). Efectos de la Oxitocina en el Alumbramiento Dirigido a las Parturientas del Hospital. Recuperado el 10 de julio de 2017, de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/414-1424-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/414-1424-1-PB%20(1).pdf)
- Ching, S. (2012). Manejo activo versus manejo expectante del alumbramiento. Recuperado el 5 de agosto de 2017, de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2269>.
- Coacalla, A., & Cotacallapa, E. (2001). *Perlas de Obstetricia y Ginecología* . Lima.

- Fescina, R., De Mucio, B., Ortiz, E., & Jarquin, D. (17 de 12 de 2012). Guías para la Atención de las Principales Emergencias Obstétricas. Obtenido de http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=390-guia-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas&Itemid=253
- Peréz, J, & Gardey, A. (2011) Definición de Características. <https://definicion.de/caracteristica/>
- Karlsson, H., & Pérez, C. (2009). Hemorragia postparto. Obtenido de An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 159-167: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
- MatronasS, E. d. (mayo de 2007). Guia de Parto de Baja Intervención. Obtenido de Area de Gestion Sanitaria Norte de Almeria: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/recursos%20y%20datos/Protocolos/Nuestro%20Protocolo%20Parto/GUIA%20DE%20PARTO%20DE%20BAJA%20INTERVENCION.pdf>
- Médico, & Diagnostico (25 de junio de 2015).ALUMBRAMIENTO Obtenido de <http://diagnosticoenmedicinablog.blogspot.pe/2015/06/alumbramiento.html>
- Mena, A. (2008). Manejo Activo del Alumbramiento en Nacimientos Cefalovaginales y Prevalencia de Anemia Post Parto. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/356/1/89546.pdf>
- Nagusia, E. J. (octubre de 2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Obtenido de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de las hemorragias postparto. Obtenido de (www.who.int) : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf

- Pérez, I., Serrano, M., & Morón, J. (2015). Manejo del Alumbramiento: Conducta Expectante Frente a Conducta Activa. *Cuidandote.eu*, 1- 14.
- Quintana, J. (2013). Complicaciones Hemorrágicas en Partos de Pacientes Multíparas Asistidas por Interno Rotativo Médico del Hospital Provincial General Latacunga en el Periodo Septiembre 2012- Agosto 2013. Obtenido de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/67/3/TUAMED012-2013.pdf>.
- Roura, L. C., & Rodríguez, D. S. (2009). Extracción manual de la Placenta. En L. C. Roura, *Operatoria Obstétrica. Una Visión Actual* (pág. 111). México: Editorial Medico Panamericana.
- Segura, A., Guerra, V., León, I., Rodríguez, G., & Arpa, Á. (2013). influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. *Revista Cubana Militar*, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300002.
- Solari, A., Solari, C., wash, A., Guerrero, M., & Enrique, O. (2014). Hemorragias Del Postparto. Principales Etiología, Su Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. *Revista Medicina: Clínica las Condes*, https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/21-solari.pdf.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS. (F.R.D)

Efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Edad:

Grado de estudio: Primaria () Secundaria () Superior universitario () Superior no universitario ()

Ocupación: Ama de casa () Estudiante () Otros ()

Estado civil: Soltera () Casada () Viuda () Otros ()

G_____ P: número de hijos vivos a término_____ número de hijos pretérmino_____, número de abortos_____ total de hijos vivos_____

Periodo intergenésico: <5 años_____ >5 años_____

II. ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO:

1.-Tipo de alumbramiento.

a) Schultz () b) Duncan ()

2.-Duración del alumbramiento.

a) 5' () b) 10' () c) 15' () d) 16'-20' () e) 21'-25' () f) 26- 30' ()

3.-Integridad de la placenta.

- a) Completa () b) Incompleta ()

4.-Integridad de las membranas ovulares.

- a) Integras () b) Disociadas ()

5.-Cantidad del sangrado vaginal.

- a) <100cc () b) 100cc () c) 101- 200cc () d) 201- 300cc ()

- e) 301-400cc () d) 401-500cc () f) >500cc ()

III.PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS POST PARTO:

1.-Alumbramiento espontáneo.

- a) Si () b) No ()

1.1 Hubo hemorragia

- a) Si () b) No ()

2.-Alumbramiento dirigido.

- a) Si () b) No ()

2.1. Hubo hemorragia

- a) Si () b) No ()

Anexo N° 02

Matriz de consistencia

Título: “Efectividad del Alumbramiento Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017.

| Formulación del Problema | Objetivos | Hipótesis | Tipo de Investigación | Variables | Recolección de datos |
|---|--|--|---|--|--|
| ¿Existe efectividad del alumbramiento dirigido como prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia en el periodo de enero a julio 2017? | <p>General. - Determinar la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.</p> <p>Específicos. - - Identificar las características demográficas de las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia. - Identificar características demográficas de las pacientes que no recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia. - Identificar las características del alumbramiento de las pacientes que recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia. - Identificar las características del alumbramiento de las pacientes que no recibieron alumbramiento dirigido en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia. - Identificar si existen diferencias significativas entre las pacientes que recibieron y las que no alumbramiento dirigido para la prevención de la hemorragia post parto en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.</p> | <p>H0.- Es posible la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo Enero – Junio 2017.</p> <p>H1.- No es posible la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo Enero – Junio 2017.</p> | <p>El estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, observacional, retrospectivo. La efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.</p> <p>La población Está constituida por todas las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia que terminaron en parto vaginal.</p> <p>Muestra La presente investigación la muestra está constituida por 78 pacientes aseguradas en EsSalud, con partos vaginales, la misma que será dividida en dos grupos: Caso (alumbramiento dirigido) y Control (alumbramiento espontaneo).</p> | <p>Variable Efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto</p> | <p>La fuente para obtener la información fueron las historias clínicas, se recogió la información con una ficha para la recolección de los datos necesarios.</p> <p>La validez del instrumento se realizó a través de la validez de contenido, a partir del juicio de 3 expertos en la materia.</p> <p>La confiabilidad no es necesaria en el instrumento debido a que los Ítems no se ajustan a un análisis de confiabilidad.</p> |



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Efectividad del Alumbramiento Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017.

OBJETIVO: Determinar la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

PARA: Recoger la información a través de las historias clínicas de cada unidad de análisis.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Ibarra Carlos Benabel Benilde

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Obstetra Especialista COP: 7284 RNE:

VALORACIÓN:

| | | | | |
|----------|------|-------|------|----------|
| Muy Alto | Alto | Medio | Bajo | Muy Bajo |
|----------|------|-------|------|----------|

(Valoración Sugerida)

FIRMA DEL EVALUADOR


BENABEL BENILDE IBARRA CARLOS
OBSTETRA ESPECIALISTA



MATRIZ DE VALIDACION



TITULO DE LA TESIS: Efectividad del Alumbramiento

Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017.

| INDICADOR | RELACION ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSION | | RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR | | RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS | | RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE LA RESPUESTA | | OBSERVACIONES |
|---|---|----|--|----|--|----|---|----|---------------|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| TIPO DE ALUMBRAMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Schultze | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Duncan | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DURACION DEL ALUMBRAMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 15 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 16 – 20 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 21 – 25 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 26 – 30 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| INTEGRIDAD DE LA PLACENTA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Completa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Incompleta | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS OVULARES | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Integras | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Disociadas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| CANTIDAD DE SANGRADO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| <100 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 100cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 101 – 200 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 201 – 300 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 301 – 400 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 401 – 500 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| >500 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| PREVENCION DE HEMORRAGIAS POST PARTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Alumbramiento espontáneo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Hubo Hemorragia Si / No | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Alumbramiento Dirigido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Hubo Hemorragia Si / No | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |


 BENABEL BRENILDE IBARRA CARLOT
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 COP 7284 RNE 30141-21

FIRMA DEL EVALUADOR



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Efectividad del Alumbramiento Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017.

OBJETIVO: Determinar la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

PARA: Recoger la información a través de las historias clínicas de cada unidad de análisis.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Sandoval Nores Karina Yalesi

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Magister en Salud Pública

VALORACIÓN:

| | | | | |
|---------------------|------|-------|------|----------|
| Muy Alto | Alto | Medio | Bajo | Muy Bajo |
|---------------------|------|-------|------|----------|

(Valoración Sugerida)


 Mg. Karina Y. Sandoval Nores
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 COP. 11293 RENOE. 2104-E.09

FIRMA DEL EVALUADOR



MATRIZ DE VALIDACION



TITULO DE LA TESIS: Efectividad del Alumbramiento

Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017.

| INDICADOR | RELACION ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSION | | RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR | | RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS | | RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE LA RESPUESTA | | OBSERVACIONES |
|---|---|----|--|----|--|----|---|----|---------------|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO | | | | | | | | | |
| TIPO DE ALUMBRAMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Schultze | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Duncan | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DURACION DEL ALUMBRAMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 15 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 16 – 20 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 21 – 25 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 26 – 30 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| INTEGRIDAD DE LA PLACENTA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Completa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Incompleta | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS OVULARES | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Integras | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Disociadas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| CANTIDAD DE SANGRADO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| <100 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 100cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 101 – 200 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 201 – 300 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 301 – 400 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 401 – 500 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| >500 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| PREVENCION DE HEMORRAGIAS POST PARTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Alumbramiento espontáneo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Hubo Hemorragia Si / No | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Alumbramiento Dirigido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Hubo Hemorragia Si / No | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |



 Mg. Karina Y. Sandoval Nores
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 C.O.P. 11293 RENOE. 2104-E.09.3

FIRMA DEL EVALUADOR



MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



NOMBRE DEL INSTRUMENTO: Efectividad del Alumbramiento Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017.

OBJETIVO: Determinar la efectividad del alumbramiento dirigido en la prevención de hemorragias post parto en pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia.

PARA: Recoger la información a través de las historias clínicas de cada unidad de análisis.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EVALUADOR:

Avila Morales, Carmen

GRADO ACADÉMICO DEL EVALUADOR:

Obstetra especialista COP: 4522 RNE: 1073-E01

VALORACIÓN:

| | | | | |
|-----------------|------|-------|------|----------|
| <u>Muy Alto</u> | Alto | Medio | Bajo | Muy Bajo |
|-----------------|------|-------|------|----------|

(Valoración Sugerida)

FIRMA DEL EVALUADOR


AVILA MORALES CARMEN
OBSTETRA ESPECIALISTA
COP. 4522 RNE 1073-E01



MATRIZ DE VALIDACION



TITULO DE LA TESIS: Efectividad del Alumbramiento
Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017.

| INDICADOR | RELACION ENTRE LA VARIABLE Y LA DIMENSION | | RELACION ENTRE LA DIMENSION Y EL INDICADOR | | RELACION ENTRE EL INDICADOR Y EL ITEMS | | RELACION ENTRE EL ITEMS Y LA OPCION DE LA RESPUESTA | | OBSERVACIONES |
|---|---|----|--|----|--|----|---|----|---------------|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| TIPO DE ALUMBRAMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Schultze | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Duncan | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| DURACION DEL ALUMBRAMIENTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 15 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 16 – 20 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 21 – 25 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 26 – 30 minutos | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| INTEGRIDAD DE LA PLACENTA | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Completa | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Incompleta | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS OVULARES | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Integras | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Disociadas | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| CANTIDAD DE SANGRADO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| <100 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 100cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 101 – 200 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 201 – 300 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 301 – 400 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 401 – 500 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| >500 cc | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| PREVENCION DE HEMORRAGIAS POST PARTO | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Alumbramiento espontáneo | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Hubo Hemorragia Si / No | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Alumbramiento Dirigido | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| Hubo Hemorragia Si / No | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

FIRMA DEL EVALUADOR


AVILA MORALES CARMEN
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 COP. 4522 RNE 1073-E.01

Piura, Octubre 2017

Coordinación de la Escuela de Obstetricia
Universidad "San Pedro" - Piura

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Para darle a conocer sobre la confiabilidad estadística de los instrumentos que se va a utilizar para el proyecto de investigación titulado **"Efectividad del Alumbramiento Dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las pacientes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero – Junio 2017."** que presenta la Bachiller en Obstetricia **ALVARADO ZUÑIGA, Susan Lizbeth**.

Con respecto a la confiabilidad estadística de los ítems se tiene que no es necesario realizar una confiabilidad estadística debido a que los ítems no se adecuan para el análisis.

Agradeciendo su confianza y atención al presente reiterando mis sentimientos de consideración y estima personal.



JOSE CARLOS FIESTAS ZEVALLOS
LIC. EN ESTADISTICA



DECLARACION DE AUTENTICIDAD DE LA TESIS

YO, Susan Lizbeth Alvarado Zuñiga, identificada(o) con DNI N° 48195820 Br. en el programa profesional de Obstetricia, con la tesis titulada: Efectividad del Alumbramiento dirigido en la Prevención de Hemorragias Post Parto en las Pacientes atendidas en el Servicio de centro Obstetrico del Hospital III José Cayetano Heredia durante el periodo de Enero - Junio 2017
Declaro bajo juramento lo siguiente:

- Que mi tesis es auténtica.
- Que, he respetado la normatividad vigente, de las citas, referencias ya autores consultados. Mi tesis no es plagiada ni total, tampoco parcialmente.
- Que, mi tesis no ha sido presentada anteriormente, para optar grado académico u otros, no he incurrido en el ilícito de auto plagio.
- Que, los datos obtenidos presentados en mi tesis son reales y confiables, y constituyen aportes para la comunidad científica.

Por lo cual en caso de que la Universidad San Pedro detectara, datos falsos, plagio o auto plagio, u el uso ilegal de información de otros investigadores ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE MI ACCIONAR y me someto a la sanción que me pudiera asignar esta casa superior de estudios.

Piura, 14 de mayo 2018

Susan Lizbeth Alvarado Zuñiga

Nombres y Apellidos

DNI. 48195820