

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE POSGRADO



TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

Eficacia del alumbramiento dirigido comparado con el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato. Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018”

AUTORA:

SALINAS AGUIRRE UBALDINA FRESCIA

Jurado Evaluador:

Presidente: Bardales Zuta, Víctor Hugo

Secretario: Díaz Peña, Elizabeth

Vocal: Goicochea Lecca, Betty Nelly

ASESORA:

MANTA CARRILLO YVONNE

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2674-0264>

Trujillo – Perú

2024

Fecha de sustentación: 08/02/2024

EFICACIA DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y ALUMBRAMIENTO MANUAL CON LAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	scielo.sld.cu Fuente de Internet	9%
2	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	www.elpartoesnuestro.es Fuente de Internet	3%
4	www.scielo.cl Fuente de Internet	1%
5	repositorio.autonmadeica.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

DECLARACION DE ORIGINALIDAD

Yo, Ms Yvonne Graciela Manta Carrillo, docente del Programa de Estudios de Obstetricia/o de Post Grado, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesora de la tesis de investigación titulada " **Eficacia del alumbramiento dirigido comparado con el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato. Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018**", cuya autora es Obsta. Ubaldina Frescia Salinas Aguirre, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud del 18%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 14/12/2023
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, **Eficacia del alumbramiento dirigido comparado con el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato. Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018**, y no se advierte indicios de plagio
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad

Trujillo, 27 de noviembre del 2023



Manta Carrillo Yvonne Graciela
DNI 06879259
ORCID 0000 0002 2674 0264



Salinas Aguirre Ubaldina Frescia
DNI 17930691

DEDICATORIA

A Dios:

Padre celestial por la vida, la salud y haber permitido el logro de mis objetivos.

Por acompañarme, ser mi guía a lo largo de toda mi vida.

Gracias por darme una vida llena de experiencias y satisfacciones en la enseñanza-aprendizaje

A mi familia:

A mi esposo, por su comprensión y apoyo y a mis amados hijos por su infinito amor

AGRADECIMIENTOS

A los docentes de la Universidad Privada Antenor Orrego, que me apoyaron en la culminación exitosa de mi posgrado.

Al Hospital Materno Infantil San Isabel El Porvenir.

A la asesora por guiarme y apoyarme incondicionalmente.

RESUMEN

Con el objetivo de Comparar la eficacia del alumbramiento dirigido vs el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018 se realizó un estudio retrospectivo, analítico y de cohorte, con 2 grupos uno de expuestos y el otro de no expuesto, con una muestra de 53 historias clínicas. por cada grupo.

Resultados se encontró que las características de las puérperas fueron: en parto vaginal y parto quirúrgico de 20 a 25 años 74% y 79% según edad respectivamente, multípara (51%) en parto vaginal y primíparas (45%) en parto quirúrgico, hemoglobina pre parto normal en ambos tipos de partos (92% y 98% respectivamente, las complicaciones como sangrado post parto fue de mayor de 500cc en alumbramiento dirigido y de 200 a 500cc en alumbramiento manual, la hipotonía se presentó en el 58% en el alumbramiento dirigido y sin hipotonía el 96% en el alumbramiento manual, en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018

Concluyendo que existe mayor eficacia en el alumbramiento dirigido que en el alumbramiento manual, con una alta significancia estadística $p < 0.001$

Palabras claves: alumbramiento, puerperio, alumbramiento dirigido, alumbramiento manual.

ABSTRACT

With the objective of comparing the effectiveness of third stage of labor directed vs. manual third stage of labor in complications of the immediate postpartum period in patients treated at the Santa Isabel District Hospital, El Porvenir 2018, a retrospective, analytical and cohort study was carried out, with 2 groups, one of exposed and the other was not exposed, with a sample of 53 medical records. for each group.

Results: It was found that the characteristics of the puerperal women were: in vaginal childbirth and surgical childbirth from 20 to 25 years old 74% and 79% according to age respectively, multiparous (51%) in vaginal childbirth and primiparous (45%) in surgical childbirth, hemoglobin normal prepartum in both types of births (92% and 98% respectively, complications such as postpartum bleeding were greater than 500cc in directed third stage of labor and 200 to 500cc in manual third stage of labor, hypotonia occurred in 58% in third stage of labor directed and without hypotony 96% in manual third stage of labor, in patients treated at the Santa Isabel District Hospital 2018 Concluding that there is greater effectiveness in directed third stage of labor vs. manual third stage of labor, with a high statistical significance $p < 0.001$.

Keywords: Third stage of labor, postparto women, third stage of labor directed, Third stage of labor manual

INDICE DE CONTENIDOS

DECLARACION DE ORIGINALIDAD.....	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INDICE DE CONTENIDOS.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	x
I. INTRODUCCION.....	11
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	11
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1. Objetivo general	13
1.2.2. Objetivos Específicos.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
II. MARCO DE REFERENCIA	15
2.1.MARCO TEÓRICO.....	15
2.2.ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	21
2.3.MARCO CONCEPTUAL.....	27
2.4.SISTEMA DE HIPOTESIS.....	28
2.4.1.Hipótesis de trabajo o de investigación (Hi)	28
2.4.2.Hipótesis nula (Ho).....	28
2.5.VARIABLES E INDICADORES	28
2.5.1.Definición operacional de variables.....	28
III. METODOLOGIA	30
3.1.TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	30
3.2.POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	30
3.3.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	32
3.4.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	32
3.5.CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
IV. RESULTADOS	33
4.1.ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	33

4.2. DOCIMASIA DE LA HIPOTESIS	39
V. DISCUSION	40
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA IV-1 Complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento dirigido en parto vaginal. Pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018..**34**

TABLA IV-2 Complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento manual en parto quirúrgico. pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018..... **35**

TABLA IV-3 Características según edad, paridad, hemoglobina pre parto de las pacientes puérperas inmediatas atendidas con parto vaginal y quirúrgico en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018.....**36**

TABLA IV-4 Alumbramiento dirigido vs el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018**39**

I. INTRODUCCION

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

a. Descripción de la realidad problemática

La atención al parto supone una parte importante de la actividad asistencial de los hospitales que disponen de maternidad en nuestro país. Las hospitalizaciones relacionadas con este proceso suponen el 84% del total de pacientes ingresadas al Servicio de obstetricia, y el parto es el motivo de ingreso más frecuente en estos hospitales¹

En el instante en el que vamos a asistir un parto como profesionales de la salud, nos comprometemos a realizar la mejor práctica clínica conocida, buscando la obtención de los mejores resultados respecto a la salud materna y del recién nacido. Entendiendo por parto, proceso en el cual se expulsa el feto procedente del útero materno al exterior¹.

Las obstetras especialistas tienen una parte muy importante en esta etapa al ayudar a las mujeres con su experiencia de parto, dirigiendo y proporcionando los cuidados propios tanto a la madre como al recién nacido y así alcanzar un estado óptimo de salud materna y neonatal¹.

La hemorragia postparto (HPP) es la principal causa de muerte materna en el mundo, ocasionando un 27,1% de las muertes, seguida de trastornos hipertensivos y sepsis. En España, la hemorragia postparto es responsable del 23,07% de la mortalidad materna^{2,3}.

Sin embargo, aunque en la Estrategia se recomiende esta opción también se hace hincapié en que debe informarse a la mujer de las

dos posibilidades y respetar su decisión si ésta prefiere optar a esperar a que la placenta se desprenda por sí sola, pues el alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita⁴.

Todo parto eutócico, tiene el riesgo de complicarse en el puerperio inmediato, como resultado tenemos incremento de la tasa de morbi-mortalidad materna, habiéndose detectado que una de las causas de la morbi mortalidad materna es la hemorragia en el puerperio inmediato, es que el MINSA ha dado normas específicas para poder prevenir esta complicación, como es el realizar el alumbramiento dirigido en el post parto. Este procedimiento se viene realizando desde hace 5 años y se emplea esta norma en el Hospital Distrital Santa Isabel – El Porvenir, con este trabajo de investigación se quiere demostrar y comparar la eficacia del alumbramiento dirigido vs el alumbramiento manual en la presencia de complicaciones en el puerperio inmediato, en pacientes cuyo parto ha sido atendido en este hospital.

Por lo anteriormente expuesto es que me planteo el siguiente problema:

b. Formulación del problema:

¿Será más eficaz el alumbramiento dirigido, que el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

Determinar si el alumbramiento dirigido es más eficaz que el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características según edad, paridad, hemoglobina pre parto de las pacientes puérperas inmediatas atendidas con parto vaginal y quirúrgico.
- Determinar las complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento dirigido en parto vaginal. Pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018.
- Determinar las complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento manual en parto quirúrgico. pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El estudio es importante porque va permitir demostrar sobre las técnicas de alumbramiento la eficacia de las mismas, en relación a las complicaciones del puerperio, para poder establecer a partir de lo que se demuestre, que técnica de alumbramiento se debe practicar.

En este contexto es imprescindible y conveniente la realización del presente estudio por considerar que: Desde un punto de vista teórico, el estudio permitiría mejorar aún más el área temática al explorar sobre la relación entre la eficacia del alumbramiento dirigido vs el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018. y proporcionar una descripción más clara de los

esfuerzos que se realizan para llegar a que el paciente tenga un mejor alumbramiento sin el menor riesgo para las gestantes.

Desde un punto de vista social, el estudio es una herramienta estratégica del conocimiento y el aprendizaje social, ya que abre mayores oportunidades para el entendimiento de la situación real y a la luz del conocimiento de esta relación en estudio, se espera que en el ideario social el camino hacia la predicción, prevención y la protección de la salud se encuentre con mayor interés.

De una perspectiva práctica, el estudio facilita herramientas de predicción, prevención y apoyo de la salud que facilita la toma de decisiones. Además, en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir no se encontraron estudios previos sobre el tema lo cual brindará una base para futuras investigaciones.

Y desde el enfoque metodológico, dicho estudio indica el camino para determinar las diferencias entre el alumbramiento dirigido y el alumbramiento manual y sus complicaciones esto nos llevara a estar precavidos frente a las complicaciones que aumentan la morbi-mortalidad en el post parto que es periodo más urgente de vigilancia frente a la muerte materna. Además, permitirá abordar a las pacientes que presenten ciertas complicaciones prever el manejo del alumbramiento pertinente.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO TEÓRICO

El proceso del parto presenta tres periodos para su desarrollo. En el curso del parto se distingue clásicamente, desde el punto de vista clínico, un primer periodo, o periodo de dilatación, que se caracteriza por una serie de modificaciones que tienen lugar en el polo inferior del útero y dan lugar a que el cérvix –que hasta entonces era una estructura cerrada– se vaya dilatando, a la vez que también se va distendiendo la vagina, formándose así el canal vagino-cérvico segmentario. En un segundo periodo, o periodo de expulsión, que comprende desde la dilatación completa hasta la salida del feto, las contracciones se hacen más enérgicas y se les asocian las de la prensa abdominal y el diafragma. De esta forma, la presentación desciende y progresa, distiende el periné y se produce la salida del feto al exterior. Por último, el tercer periodo, o alumbramiento, va desde la salida del feto hasta la expulsión completa de la placenta y las membranas. Clínicamente, se caracteriza por un periodo de pausa al que siguen pequeñas contracciones uterinas, junto con una hemorragia que no suele exceder de 200 ml, lo cual, además de otros signos, indica el desprendimiento placentario, y tras él se produce la expulsión de la placenta, alumbramiento espontáneo⁵.

El alumbramiento espontáneo o expectante es aquel que se produce de manera fisiológica, en el cual no se interviene en el desprendimiento de placenta³. Desde un enfoque “Hands Off”, se espera a la aparición de signos entre los que Manrique J. et al. 2017., destacan: cambios en la forma y posición del útero, descenso de la ligadura de cordón umbilical (signo de Ahlfeld), la no elevación de la pinza del cordón al hacer presión suprapúbica (signo de Kustner) y la visible pérdida hemática, se produce entonces la expulsión natural, únicamente existe la actuación por parte de la mujer mediante pujos y la acción de la gravedad. Este se considera prolongado una vez

transcurridos 60 minutos desde el inicio^{6,7,8}.

Según la NICE, en el alumbramiento expectante no se deben utilizar uterotónicos, ni clampar el cordón hasta que deje de latir y en cuanto a la expulsión de la placenta, se ayudará de los esfuerzos maternos⁸.

El alumbramiento espontáneo supone una sensible reducción del tamaño del útero. Por este mecanismo, la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que ésta se combe y se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa. Se produce una contracción y una retracción del miometrio, y un efecto colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formando las ligaduras vivientes de Pinard. El engrosamiento del lecho placentario en la pared uterina y las contracciones son las principales fuerzas impulsoras en el proceso de separación placentaria. A veces, se origina un hematoma entre la placenta que se separa y la decidua restante, como resultado de la separación; sin embargo, es posible, que este hematoma acelere el proceso de separación. Actualmente, no existe suficiente evidencia sobre la fisiología de la separación placentaria⁹.

El útero está compuesto de una red única de fibras musculares entrelazadas, conocida como «miometrio». Los vasos sanguíneos que alimentan el lecho placentario pasan a través de este enrejado de músculo uterino. La contracción miométrica es la principal fuerza impulsora, tanto para la separación de la placenta como para la hemostasia, por medio de la constricción de estos vasos sanguíneos. Este mecanismo de preservación de sangre se conoce como «suturas fisiológicas» o “ligaduras vivas”. Se considera “fisiológicamente normal” una pérdida de sangre de hasta 500 ml en el momento del parto. Es parte del mecanismo normal que retorna los parámetros de sangre de la madre a sus niveles normales antes del embarazo, y una mujer saludable puede sobrellevarlo sin

dificultad^{10,11}.

Cuando los niveles de sangrados son altos se produce la hemorragia postparto que se define tradicionalmente, como una pérdida de sangre de al menos 500 ml. en un parto vaginal y 1000 ml en una cesárea¹² sin embargo el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) la define como “una pérdida de sangre acumulada de 1000ml o pérdida de sangre acompañada de signos/síntomas de hipovolemia, dentro de las 24 horas siguientes al proceso del parto”¹² El ACOG establece la siguiente recomendación: en caso de que la pérdida de sangre se sitúe entre 500 ml y 999ml, solo supondrá la necesidad de aumentar el control de las complicaciones potenciales clínicamente establecidas¹².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte, se refiere a esta complicación obstétrica como “una pérdida de sangre de 500 ml. o más en las primeras 24 horas tras el parto”^{12,13} Recientemente, un grupo de expertos internacionales en distintos campos relacionados, como ginecología, anestesia, obstetricia y hematología, adoptaron un consenso sobre la definición de hemorragia postparto, considerando esta entidad como “un sangrado activo superior a 1000 ml. en las primeras 24 horas tras el parto, que continúa a pesar del uso de medidas iniciales incluyendo agentes uterotónicos de primera línea y masaje uterino”¹³

13. La controversia en torno a la definición de la hemorragia postparto hace visible la falta de conocimiento acerca de esta patología. Esta situación junto con el nivel mundialmente bajo de evidencia científica hace que el abordaje de la hemorragia postparto se fundamente más en culturas locales que en una base científica sólida².

La hemorragia obstétrica, según el momento en el que se produce, puede clasificarse en Hemorragia preparto o hemorragia postparto primaria, cuando ocurre en las primeras 24 horas después del parto

y Hemorragia postparto secundaria, cuando se produce de uno a seis días después del parto. La gran mayoría de las hemorragias tienen lugar en el postparto inmediato. La causa más frecuente de hemorragia postparto es la atonía uterina, aunque también el traumatismo genital, la rotura uterina, el tejido placentario retenido o los trastornos de la coagulación pueden provocar una hemorragia postparto¹².

Para evitar la hemorragia pos parto es importante que se realice un buen alumbramiento en este caso hablaremos del dirigido que consiste en la administración de un uterotónico como la oxitocina 10 UI vía intramuscular, esperar la contracción uterina y realizar la tracción y contracción controlada del cordón umbilical para extraer la placenta una vez retirada la placenta de la cavidad vaginal se realiza la comprensión bimanual externa del útero, lo cual garantiza una disminución en el sangrado vaginal post parto.^{14,15} La cual beneficia en la reducción de la hemorragia post parto, también reduce la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto. – Existen diferentes pautas, pero las más eficaces son las que emplean oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior. El uterotónico de elección es la oxitocina^{14,15}.

Aunque las prostaglandinas son eficaces en el tratamiento de las Hemorragias post parto (HPP), actualmente no tienen un papel en su prevención (ni por vía oral ni por vía rectal han demostrado ser tan eficaces como los uterotónicos inyectables). Tras el alumbramiento, es recomendable la administración de oxitocina o de uterotónicos^{16,17}

El tratamiento para la HPP primaria requiere más investigaciones. Después de que una mujer da a luz, sus músculos uterinos se contraen, colapsando los vasos sanguíneos y ayudando a limitar la hemorragia cuando la placenta se ha desprendido. Si los músculos

no se contraen lo suficiente, puede producirse una HPP grave. Estas situaciones son frecuentes en los países en vías de desarrollo, y la mortalidad materna es aproximadamente 100 veces mayor que en los países desarrollados. Es un problema grave que requiere tratamientos eficaces para intentar evitar la histerectomía, que a menudo es la última opción de tratamiento. Las opciones de tratamiento precoz incluyen la administración de fármacos para aumentar las contracciones musculares (ergometrina, oxitocina y prostaglandinas), técnicas quirúrgicas (anudamiento o bloqueo de la arteria uterina), intervenciones radiológicas (bloqueo de la arteria principal al útero mediante espumas de gel) y fármacos hemostáticos (ácido tranexámico y factor VII recombinante activado ¹⁸).

Aunque hay buena evidencia de que el manejo activo del parto aumenta algunas complicaciones maternas, como presión diastólica superior a 100 mm de Hg, náuseas, vómitos y cefalea, no se observaron otras complicaciones como incremento del dolor durante la tercera etapa, HPP secundaria, readmisiones por sangrado, necesidad de antibióticos o fatiga materna a las seis semanas. No se encontraron diferencias en los resultados neonatales ¹⁹.

Entre los inconvenientes del manejo activo podemos señalar²⁰: el uso de oxitócicos afecta al flujo de la oxitocina materna, la hormona del apego, en un momento crítico en la creación del vínculo madre-hijo, si 30 minutos después de haber administrado la oxitocina, la placenta sigue sin salir, es habitual proceder a realizar una tracción controlada de cordón para extraerla, lo que obliga a cortar el cordón umbilical si aún no hubiese sido cortado. Esta práctica, muy extendida, de tirar del cordón para forzar la salida de la placenta, está totalmente desaconsejada por los riesgos que conlleva, entre los cuales está precisamente un mayor riesgo de hemorragia, que es precisamente lo que se trataba de evitar a través del manejo activo²¹.

Las mujeres deben ser informadas (preferiblemente durante la

gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica⁴.

Los métodos para el alumbramiento de la placenta durante la cesárea incluyen el drenaje de la placenta con el alumbramiento espontáneo, la tracción del cordón y la extracción manual. El alumbramiento de la placenta mediante la tracción del cordón durante la cesárea tiene más ventajas que la extracción manual: menos casos de endometritis, menor pérdida de sangre, menor disminución del hematocrito postoperatorio y menor duración de la estancia hospitalaria. El método de alumbramiento de la placenta es un procedimiento que puede contribuir al aumento o a la disminución de la morbilidad de la cesárea ⁴.

La realización de la cesárea trae complicaciones poco frecuentes, pero es observada por los servicios, la complicación es toda desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica Tradicionalmente ha existido un vacío en la literatura quirúrgica en cuanto a la estandarizada definición y clasificación de las complicaciones postoperatorias. Eso dificulta tener una medida objetiva que permita comparar resultados²².

Existen múltiples clasificaciones sobre complicaciones de una Cesárea para su estudio se analizará de la siguiente manera: La Clasificación basa su catalogación de gravedad sobre el tratamiento que esta complicación demanda. Así, en su forma abreviada, se reconocen cuatro grados: Las leves son aquellas que requieren para su corrección sólo mínimas medidas como medicamentos simples y/o procedimientos al lado de la cama del enfermo. Las de tipo moderado, en cambio, requieren tratamiento farmacológico, incluidos los antibióticos, transfusiones y nutrición parenteral. Las de tipo grave, requieren procedimientos radiológicos o endoscópicos intervencionales, o una reoperación. Están incluidos los casos con

falla de uno o más órganos. El cuarto grado corresponde al fallecimiento del paciente²².

Las complicaciones más frecuentes post cesárea son las hemorrágicas. Se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular), pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria. No obstante, este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto Lesiones de tracto urinario. Su diagnóstico suele ser tardío en la mayoría de los casos. Ambas lesiones son más frecuentes en la cesárea que en el parto vaginal. Lesiones intestinales²³.

2.2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional

Fernández Anadys Segura y col, Cuba (2013), en su investigación Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. Con el objetivo de determinar la utilidad del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto, realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal en 2523 mujeres cuyos partos eutócicos se produjeron en el Hospital "Dr. Luis Díaz Soto" desde enero de 2003 a diciembre de 2007. Se compararon los efectos del alumbramiento activo con el expectante, en relación a la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas. Encontró los siguientes 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 %) ($p= 0,04$). Conclusiones: 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 sencillo²⁴.

Perez, et al. (2015) En la publicación de un artículo denominado “Manejo del Alumbramiento: Conducta Expectante Frente a Conducta Activa. Una revisión de la Bibliografía” 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 parto²⁵.

Begley, et al (2015) en su estudio “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 ingresos²⁶.

Segura, et al. (2017) En la revista cubana “Medicina Militar”, 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 sencillo²⁷.

Mena, A. (2008), en su investigación “Manejo Activo del Alumbramiento en Nacimientos Cefalovaginales y Prevalencia de Anemia Post Parto”, planteó 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 cefálica 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.²⁸

Velázquez V, et al., (2017), en su investigación “Hemorragia post parto por retención placentaria en un hospital nivel III-2. Lima”, exponen que una de las causas de hemorragia postparto es la placenta retenida y el tratamiento habitual para ésta es su extracción manual o legrado bajo anestesia, procedimientos que pueden causar complicaciones. Una alternativa válida y segura es la inyección umbilical de uterotónicos y volumen, pero no existe recomendación firme respecto a qué fármaco y cuánto volumen usar. Los objetivos de este estudio son establecer uniformidad en la indicación y procedimiento de la técnica, y registrar como serie de casos para evaluar efectividad y seguridad. Se incluyen mujeres sin alumbramiento 15 minutos tras expulsivo, y ausencia de hemorragia. En los resultados de la fase de pilotaje se obtuvo un 85,71% de casos en los que se produjo el alumbramiento sin precisar más intervenciones. Se concluye que la inyección umbilical de oxitocina es una buena práctica que las matronas pueden usar como recurso complementario para evitar otros procedimientos que se asocian a complicaciones²⁹.

A nivel nacional

Puchuri, M., (2015); “Relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II– 2 de Tarapoto”, realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en mujeres de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto 2017, el material logístico de instrumento fue la revisión de historias clínicas y la recolección de datos con 16 ítem. El diseño de estudio es descriptivo correlacional porque se trata de interpretar los datos numéricos y los datos estadísticos presentados siendo el método deductivo. Teniendo una muestra de 122 historias clínicas de parturientas que tuvieron retención de membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, se evaluó la edad, paridad, antecedentes de

aborto, cesáreas anteriores, legrados uterino, antecedentes de retención de membranas ovulares, el tiempo de alumbramiento y el tipo de retención de membranas ovulares y el tratamiento. Los resultados que llegaron fueron el perfil de la edad obtenidas en las parturientas oscilaba entre el rango de 20 -25 años (31.1%), fueron nulíparas y multíparas (33.6%), antecedente de aborto se presentaron (49.2%), antecedente de legrado uterino tuvo mayor frecuencia (54.9%), el tiempo de alumbramiento fue de 1 a 5 minutos (49.2%), el tipo de retención de membranas ovulares en el alumbramiento dirigido es parcial (96.7%) y el tipo de tratamiento es el legrado uterino (100%)³⁰.

Rojas C., De la Cruz Mili, Ica, Perú, 2021, en su investigación “Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2019”, tiene como objetivo determinar la relación entre el alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019, su metodología fue de tipo básica, su Nivel es descriptivo y su diseño no experimental, cuya muestra fue de 51 puérperas que presentaron alumbramiento incompleto, en sus resultados se encontró que el 60.8% presento retención por membranas y el 39.2% por retención de placenta, de las cuales los factores de riesgo fueron: el 76.5% multíparas de 2-5 partos, el 51% antecedentes de legrado y el 41.2% antecedente de cesárea, concluyendo que si existe asociación significativa entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 ³¹.

Majo G., (2022), en su caso clínico de Hemorragia post parto por retención placentaria en un Hospital Nivel III-2. Lima, señala que una de las complicaciones más graves de la gestación son las hemorragias post parto que deben de ser prevenidas, identificando los factores de riesgo en la población gestante, con la finalidad de disminuir los casos de hemorragias después del parto.

En el presente trabajo de análisis de caso clínico, se trata de una mujer de 40 años que ingresa a un EESS, que ingresa con un diagnóstico de: a) Multigesta de 41 semanas y 4 días x FUR. b) Pródromos de trabajo de parto. c) Descartar macrosomía fetal. La indicación es hospitalizarse para culminar el embarazo con una maduración cervical de oxitocina 5 UI por 12 hrs. al no haber modificación cervical cambian a misoprostol de 25 microgramos, se administra en dos dosis cada 6 horas, para la expulsión de la placenta se practica alumbramiento dirigido utilizando oxitocina IM, al no producirse la expulsión de la placenta se realiza extracción manual de placenta por partes, termina en legrado uterino en sala de operaciones, control de hemoglobina posterior al legrado es de 6 gr/dl, se administra 02 unidades de paquete globular, tiempo de permanencia en el hospital es de 6 días³².

2.3. MARCO CONCEPTUAL

El alumbramiento dirigido.- Consiste en fortalecer la retracción uterina mediante la administración de un medicamento uterotónico³.

El alumbramiento manual.- Es la espera de la aparición de signos de separación y la expulsión de la placenta de forma espontánea³.

Sangrado en el alumbramiento.- Cantidad de sangrado que se produce durante el alumbramiento cuando la placenta comienza a desprenderse, debido a que los vasos sangran dentro del útero

Complicaciones pos parto.- Dificultades imprevistas posteriores al nacimiento y expulsión de la placenta, también es el conjunto de dificultades secundarias al periodo de parto³⁴.

2.4. SISTEMA DE HIPOTESIS

2.1.1. Hipótesis de trabajo o de investigación (Hi)

El alumbramiento dirigido es más eficaz que el alumbramiento manual en la presencia de complicaciones del puerperio inmediato en pactes atendidas en el hospital distrital santa Isabel El Porvenir 2018.

2.1.2. Hipótesis nula (Ho)

El alumbramiento dirigido es menos eficaz que el alumbramiento manual en la presencia de complicaciones del puerperio inmediato en pactes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018.

2.5. VARIABLES E INDICADORES

2.5.1. Definición operacional de variables

Variable	Operacionalización	Escala	Indicador	Categoría	Índice
Independiente Tipo de alumbramiento	Se registró el tipo de alumbramiento escrito en la HC.	Nominal	Tipo de alumbramiento/ HC	Técnica empleada Alumbramiento dirigido Alumbramiento manual	SI NO
Dependiente Complicaciones del Puerperio Inmediato	Se registró el tipo de complicación escrito en la HC.	Nominal	Complicaciones del Puerperio Inmediato / HC	Tipo de complicación Sangrado < 200 cc, 200 a 500 cc 500 cc a más Hipotonía SI NO	SI NO
Variables intervinientes Edad	Se registró la edad escrita en la HC.	Ordinal	Grupo etéreo / HC	< de 19 años 20 a 35 años 35 a mas	SI NO
Paridad	Se registró la paridad escrito en la HC.	Ordinal		Primípara 1 Hijo Multípara 2 a 3 hijos Gran Multípara 4 a más hijos	SI NO
Hemoglobina pre parto	Se registró a el nivel de hemoglobina descrito en la HC., antes del parto	Ordinal	Hemoglobina pre parto / HC	Anemia moderada < 09 gr/dl. Anemia leve 10 gr.a 11gr. Normal 11 a más	SI NO

III. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, analítico de cohorte

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Población

Todas las puérperas inmediatas atendidas de parto vaginal y quirúrgico durante el año 2018, que fueron 905.

Muestra

Puérperas inmediatas atendidas con parto vaginal con alumbramiento dirigido y puérperas inmediatas atendidas con alumbramiento manual durante el año 2018, serán 53 por cada grupo, obtenido por formula.

Selección de muestra

Conformando

Grupo expuesto constituido por 53 puérperas inmediatas atendidas con parto vaginal con alumbramiento dirigido

Grupo control constituido por 53 puérperas inmediatas atendidas con alumbramiento manual (quirúrgico).

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	905
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Valor tipificado de Z al 2.5% de error tipo I	$Z (1 - \alpha/2)$	1.960

Porcentaje de eventos favorables	$p = 0.500$
Complemento de p	$q = 0.500$
Precisión	$d = 0.090$
Tamaño de la muestra calculada	$n = 104.932$
Tamaño de la muestra	$n = 105$

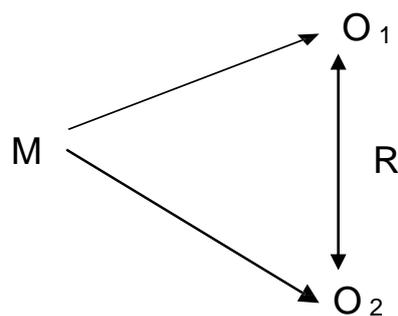
Distribución homogénea de elementos muestrales para los grupos en estudio:

Distribución homogénea			
Grupos	N	%	N
G1	844	50.0%	53
G2	61	50.0%	53
Total	905	100.0%	106

Muestreo

Se realizó en forma aleatoria simple cada 5 pacientes por cada grupo hasta obtener la muestra.

3.1. Diseño de investigación Retrospectiva



M: Muestra

O₁: Variable independiente; tipo de alumbramiento

O₂: Variable Dependiente: Complicaciones del puerperio inmediato

E: Eficacia

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Técnica

La técnica empleada fue la de observación, revisión de historias clínicas perinatales, y comparación de la información de los datos de las variables, además se empleó el instrumento de ficha de recolección de datos.

Instrumento

Se empleó una ficha de recolección de datos, que se codificó en forma alfanumérica y se procesaron los datos en forma automatizada.

Procedimiento

Se presentó el Proyecto a la Escuela de Post Grado de la Universidad Privada Antenor Orrego, una vez que fue aprobada, se solicitó la autorización del Director del Hospital Distrital Santa Isabel, una vez aceptado se solicitó a la oficina de estadística la relación y datos de las Historias clínicas perinatales, para la obtención de los datos.

Se excluyeron a las historias clínicas que no contaron con el 95% de datos.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS. V 22, se presentarán en tablas de una doble entrada, se utilizó la frecuencia, porcentaje para datos cuantitativos, se realizó el análisis univariado y luego la prueba de chi cuadrado para ver la eficacia, considerando $p < 0.05$.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomó en cuenta la Declaración de Helsinsky, El Código de ética de la UPAO, y Código de ética del Colegio de Obstetras del Perú.

Se consideró la veracidad de los datos, el anonimato de los pacientes.

IV. RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

Características según edad, paridad, hemoglobina pre parto de las pacientes puérperas inmediatas atendidas con parto vaginal y quirúrgico en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018

		Dirigido %	Manual %	Tota %
EDAD	DE 20 A 35 AÑOS	39 74	42 79	81 76
	DE 35 A MAS	6 11	6 11	12 11
	MENOR DE 19	8 15	5 9	13 12
	Total general	53 100	53 100	106 100
PARIDAD	GRAN MULTIPARA	17 32	13 25	30 28
	MULTIPARA	27 51	16 30	43 41
	PRIMIPARA	9 17	24 45	33 31
	Total general	53 100	53 100	106 100
HEMOGLOBINA	ANEMIA LEVE	4 8	1 2	5 5
	NORMAL	49 92	52 98	101 95
	Total general	53 100	53 100	106 100

Fuente: HCP/SIP Hospital Santa Isabel

En tabla número 1 observamos que la mayoría de pacientes 76% tienen entre 20 y 35 años seguido por las menores de 19 años 12%, con respecto a la paridad la mayoría 41% son múltipara seguido por las primíparas 31%, en último lugar la gran múltipara con 28%, por último, se observa que los niveles de hemoglobina son en un 95% normales y un 5% presenta anemia leve.

TABLA 2

Complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento dirigido en parto vaginal. pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018

COMPLICACIONES	ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	
	N°	%
SANGRADO		
< 200	2	4
200 A 500	49	92
> 500 CC	2	4
HIPOTONIA		
SI	2	4
NO	51	96
TOTAL	53	100

Fuente: HCP/SIP Hospital Santa Isabel

Los resultados de la tabla 2 nos muestran que el 92% tuvo sangrado regular de 200 a 500cc y que solo el 4% tuvo hipotonía mientras que el 96% no tuvo hipotonía.

TABLA 3

Complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento manual en parto quirúrgico. Pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018

COMPLICACIONES	ALUMBRAMIENTO MANUAL	
	N°	%
SANGRADO		
< 200	0	0
200 A 500	24	42
> 500 CC	29	58
HIPOTONIA		
SI	29	58
NO	24	42
TOTAL	53	100

Fuente: HCP/SIP Hospital Santa Isabel

Los resultados que nos muestra la tabla 1 es que el 58% tuvo sangrado mayor a 500cc y el 42% tuvo de 200 a 500 cc, también observamos que el 58% tuvo hipotonía y el 42% no tuvo hipotonía.

TABLA 4

Alumbramiento dirigido vs el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018.

COMPLICACIONES	TIPO DE ALUMBRAMIENTO				TOTAL		VALOR p
	MANUAL		DIRIGIDO				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
SANGRADO							
< 200	0	0	2	4	2	2	P<0.001
200 A 500	24	42	49	92	73	69	
> 500 CC	29	58	2	4	31	29	
HIPOTONIA							
SI	29	58	2	4	31	29	P<0.001
NO	24	42	51	96	75	71	
TOTAL	53	100	53	100	103	100	

Fuente SIP Hospital Santa Isabel p< 0.001

En la tabla 4 se puede identificar que en el alumbramiento dirigido el 92% tuvo sangrado de 200 a 500cc y el 4% de pacientes que tuvieron un sangrado de 500cc a mas tuvieron hipotonía, pero en el alumbramiento manual el 58% tuvo sangrado de mas 500cc en donde el 58% tuvo hipotonía como complicación., se evidencia que existe relación entre el sangrado superior a 500cc con hipotonía en el alumbramiento manual.

4.2. DOCIMASIA DE LA HIPOTESIS

Se empleó la prueba Chi Cuadrado para validar si el alumbramiento dirigido es más eficaz que el alumbramiento manual en la presencia de complicaciones del puerperio inmediato en pactes atendidas en el hospital distrital santa Isabel El Porvenir 2018, Para este contraste se consideraron los valores críticos según el grado de libertad correspondiente y el valor X^2 calculado:

H0:	Independencia de variables (No Eficacia)	Distribución:	Chi Cuadrado
H1:	Dependencias de variables (Eficacia)	Error :	5%
		Grados de Libertad:	3
Zona de No rechazo:	$\chi^2 > 0.656$	Estadístico de Prueba:	33.236
Zona de Rechazo :	$\chi^2 \leq 0.656$	Valor crítico:	0.656

$X^2 = 33.236 < 0.656$, Entonces: Se rechaza H0, Existe eficacia del alumbramiento dirigido con las complicaciones del puerperio inmediato

:

V. DISCUSION

En la Tabla 1 observamos las características según edad, paridad, hemoglobina pre parto de las pacientes puérperas inmediatas atendidas con parto vaginal y quirúrgico en pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018 para reforzar los objetivos principales de la tesis al tener una descripción demográfica de las pacientes observamos que la mayoría de pacientes 76% tienen entre 20 y 35 años seguido por las menores de 19 años 12%, con respecto a la paridad la mayoría 41% son multípara seguido por las primíparas 31%, en último lugar la gran multípara con 28%, por último, se observa que los niveles de hemoglobina son en un 95% normales y un 5% presenta anemia leve, estos resultados son similares a los de Puchuri, M.³¹, Tarapoto (Perú), 2015; realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en mujeres de 15 - 35 años atendidas en el hospital II – 2 de Tarapoto 2017, Los resultados que llegaron fueron el perfil de la edad obtenidas en las parturientas oscilaba entre el rango de 20 -25 años (31.1%), fueron nulíparas y multíparas (33.6%), también Majo G³²., Lima, 2022, en su caso clínico de Hemorragia post parto por retención placentaria en un Hospital Nivel III-2, En el presente trabajo de análisis de caso clínico, se trata de una mujer de 40 años que ingresa a un EESS, que ingresa con un diagnóstico de: a) Multigesta de 41 semanas y 4 días x FUR, estos resultados nos indican que las pacientes adultas y teniendo como antecedente ser multíparas tienen más riesgo de tener hemorragia pos parto con hipotonía y otros tipos de complicaciones sobre todo en alumbramientos manual. Estos factores son determinantes para saber a la hora de atender un parto a qué tipo de paciente podría tener complicaciones pos parto.

En la Tabla 2 al analizar sobre las complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento manual en parto vaginal. Pacientes atendidas en el

Hospital Distrital Santa Isabel 2018 podemos decir que el 58% tuvo sangrado mayor a 500cc y el 42% tuvo de 200 a 500 cc, también observamos que el 58% tuvo hipotonía y el 42% no tuvo hipotonía, estos resultados son similares a los de Mena²⁸ Encontrando que en el grupo de manejo manual es de 498.3 ml = 290.6. y el 61.3% con el manejo o manual. Concluyendo que el uso del manejo activo en la tercera fase de parto demostró disminuir la hemorragia, anemia, tiempo de alumbramiento y complicaciones, esto se puede reforzar con el estudio de Pérez, et al²⁵ 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 esto debido a que es un tema que se ha estudiado poco a nivel global.

En la Tabla 3 al analizar sobre las Complicaciones como sangrado post parto, hipotonía, en el puerperio inmediato de pacientes con alumbramiento manual en parto quirúrgico. pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018 donde los resultados que nos muestra la tabla 1 es que el 58% tuvo sangrado mayor a 500cc y el 42% tuvo de 200 a 500 cc, también observamos que el 58% tuvo hipotonía y el 42% no tuvo hipotonía. Similares resultados también fueron obtenidos por Mena²⁸ Encontrando que la cantidad de sangrado en el manejo activo fue de 177.1 ml= 127, El 36% de los pacientes de manejo activo presentaron anemia post parto Concluyendo que el uso del manejo activo en la tercera fase de parto demostró disminuir la hemorragia, anemia, tiempo de alumbramiento y complicaciones. Otro autor como Segura, et al.²⁷ publicó: Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto, 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 %) ($p= 0,03$), 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. También Begley, et al²⁶ 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. 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. En el alumbramiento dirigido apreciamos que en diversos estudios que tiene menor riesgo de sufrir sangrado con hipotonía.

Por ultimo respondiendo a la Tabla 4 que es el objetivo principal si es más eficaz el alumbramiento dirigido vs el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018 tuvimos como resultados que en el alumbramiento dirigido el 92% tuvo sangrado de 200 a 500cc y el 4% de pacientes que tuvieron un sangrado de 500cc a mas tuvieron

hipotonía, pero en el alumbramiento manual el 58% tuvo sangrado de más 500cc en donde el 58% tuvo hipotonía como complicación., se evidencia que existe relación entre el sangrado superior a 500cc con hipotonía en el alumbramiento manual. Estos resultados los podemos contrastar con los de Mena²⁹ (2018) en su investigación Manejo Activo del alumbramiento en nacimientos céfalo vaginales y prevalencia de anemias post parto 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. Esto demuestra que las pacientes cuando son atendidas en un alumbramiento activo tienen menos probabilidades de tener hemorragia por parto y para reforzar esta teoría En la revista cubana Medicina Militar, Segura, et al.²⁷(2017) se publicó: Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto, 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. Estos resultados no hacen más que reforzar nuestra teoría que los alumbramientos dirigidos son más eficaces y tiene un menor riesgo de complicaciones maternas pos parto.

Limitaciones

No se presentaron porque el establecimiento brindó las facilidades para la revisión de historias clínicas.

CONCLUSIONES

1. Las características de las puérperas fueron: con parto vaginal y quirúrgico de 20 a 25 años 74% y 79% según edad respectivamente, múltipara (51%) en parto vaginal y primíparas (45%) en parto quirúrgico, hemoglobina pre parto fue normal en ambos tipos de partos (92% y 98% respectivamente).
2. En el alumbramiento dirigido en parto vaginal, no se presentó hipotonía en el 96%, y el sangrado post parto fue de 200 a 500cc (92%), de las pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018.
3. Las complicaciones como sangrado post parto fue mayor de 500cc y la hipotonía se presentó en el 58% en el alumbramiento manual de parto quirúrgico de las pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel 2018.
4. El alumbramiento dirigido es más eficaz ($p < 0.001$) que el alumbramiento manual en las complicaciones del puerperio inmediato pacientes atendidas en el Hospital Distrital Santa Isabel, El Porvenir 2018.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados y conclusiones encontrados en el presente estudio, se considera pertinente hacer las siguientes recomendaciones:

- En el hospital Santa Isabel, se debe promover la capacitación y atención del parto vaginal vs las cesáreas en pacientes que no presenten complicaciones; asimismo, brindar capacitación permanente de los profesionales de la atención del parto en el empleo de estrategias para la medición de la cantidad de pérdida sanguínea que ocurre en las modalidades de parto.
- Con respecto a la GERESA La Libertad, buscar Promover y realizar capacitaciones permanentes a los profesionales obstetras de la salud en la técnica del alumbramiento dirigido en los Hospitales y Centros maternos de la Región.
- Igualmente, en el Colegio de Obstetras se sugiere que promueva y realice capacitaciones permanentes a los profesionales de la salud en la técnica del alumbramiento dirigido a las Obstetras de la Región y afines.
- Realizar investigaciones más exhaustivas relacionadas al presente tema con el propósito de indagar y conocer más cerca sobre las ventajas y desventaja del alumbramiento dirigido y/o manual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IASIT. Hospitales TOP 20. Benchmarks de Obstetricia. Octubre 2005. Disponible en: www.iasist.com/iasist.html Acceso el 10 octubre de 2008).
2. Madar,H., Sztark, F., Brun,S., Deneux-Tharoux, C. Postpartum Haemorrhage: prevention and treatment. Expert Rev Hematol[Internet].2016[citado 12/03/2017]; 9(11): 1043-1061. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/doi/full/10.1080/DanaInfo=www.tandfonline.com+17474086.2016.1245135>.
3. World Health Organization. Maternal mortality: fact sheet 348 Disponible en: http://www.who.int/gho/maternal_health/en/ Accessed Feb, 26, 2017
4. Anorlu RI, Maholwana B, Hofmeyr GJ. Methods of delivering the placenta at caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD004737. DOI: 10.1002/14651858.CD004737.pub2
5. Acien P. Tratado de obstetricia y ginecología. Vol. I. Obstetricia, 2.^a ed. Alicante: Mohillo; 2001
6. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [internet] 2019.[acceso 20 de febrero 2020] Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub5/full>
7. Manrique Tejedor J, Castillo García J, García Romero V, Cuéllar de Frutos A, Parrilla Fernández A. Relación de los valores de hemoglobina y hematocrito posparto, y el tipo de alumbramiento, parto e integridad del periné. Matronas Profesión. [internet] 2017.[acceso 3 de marzo 2020]18(4): 137-143. Disponible en:

<https://dialnet->

[uniriojaes.accedys.udc.es/servlet/articulo?codigo=6440910](https://dialnet-uniriojaes.accedys.udc.es/servlet/articulo?codigo=6440910)

8. National Institute for Health and Care Excellence. Care in third stage of labor. NICE [internet]. 2019. [acceso 1 de marzo 2020] Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/intrapartum-care/care-in-third-stage-of-labour>
9. FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007.)
10. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia posparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, nº 2. Oxford: Update Software Ltd., 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
11. Martínez Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Federación de Matronas Prof. 2009; 10(4):20-6.
12. ockhart, E. Postpartum hemorrhage: a continuing challenge. Hematology Am Soc Hematol Educ Program [Internet]2015 [Citado 15 Abr 2017] 2015(1);132-137. 3. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf?ua=1
13. Abdul-kadir, R., McLintock, C., Ducloy, AS., El-Refaey, H., England, A., Federici, Ab., et al. Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel. Trsfusion [Internet]. 2014 [citado 29/02/2017]; 54:1756-1768. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.12550/pdf>
5. Merlot, B.
14. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la ocitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane

- traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd., 2006. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
15. Anourle RI, Maholwana Babalwa, Hofmeyr GJ. Métodos para el alumbramiento de la placenta durante la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd., 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, Issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2008)
 16. The Euphrates Group. European Consensus on Prevention and Management of Post Partum Haemorrhage; 2005
 17. SEGO. Documento de consenso Recomendaciones sobre la asistencia al parto. SEGO; 2007
 18. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd.; 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com>
 19. Phaneuf, S., Rodriguez-Liñares, B., TambyRaja, R.L., MacKenzie, IZ. and López Bernal, A. (2000) Loss of myometrial oxytocin receptors during oxytocin-induced and oxytocin-augmented labour. *Journal of Reproduction and Fertility*, 120 (1), p.91-9.
 20. Belghiti J, et al. Oxitocina durante el trabajo y el riesgo de hemorragia posparto severa. *Abra BMJ* 2011; 1:000514.
 21. El parto es nuestro: alumbramiento de la placenta disponible en: www.elpartoesnuestro.es/informacion/5-el-alumbramiento-de-la-placenta Barcelona 26*06*2019
 22. Espinoza G Ricardo. Accordion: sistema de clasificación de gravedad de las complicaciones quirúrgicas. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2010 Jun [citado 2019 Mar 28]; 62(3): 314-314. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262010000300020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262010000300020>

23. Zuñiga J., Características clínicas de las madres y recién nacidos por cesárea segmentaria en la clínica Arequipa en los años 2010- 2015 Trabajo de investigación para optar el título profesional de Médico-cirujano Arequipa – Perú 2016
24. Fernández Anadys Segura²⁰ y col en su investigación Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. Revista Cubana de Medicina Militar. jul-sep2013, Vol. 42 Issue 3, p258-267. 10p. La Habana, Cuba.
25. Pérez, J, & Gardey, A. (2011) Definición de Características. <https://definicion.de/caracteristica/>
26. 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](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)
27. 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
28. 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>
29. Vicente Velázquez Vázquez, Maite Pernía Castro, María Auxiliadora Moya Ruiz, María del Carmen Mejías Panequ Hemorragia post parto por retención placentaria en un hospital nivel III-2. Lima- 2017 Hospital de la Merced Rev Hygia 106 2do cuatrimestre 2021
30. Puchuri M., “Relación entre el alumbramiento dirigido y la retención de membranas ovulares en parturientas de 15 - 35 años atendidas en el hospital II– 2 de Tarapoto – 2015

31. Rojas C., De la cruz M., “Relación entre alumbramiento incompleto y factores obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro, 2019” Ica Perú.
32. Majo G., Hemorragia post parto por retención placentaria en un Hospital Nivel III-2. Lima- 2022 para optar el Título de Segunda Especialidad en Obstetricia con mención en Emergencias Obstétricas, Alto Riesgo y Cuidado Críticos Maternos Universidad José Carlos Mariátegui Moquegua Perú

ANEXOS

Anexo 1.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HC :

EDAD :

PARIDAD :

HEMOGLOBINA PRE PARTO:

FECHA DE PARTO:

TIPO DE PARTO:

VAGINAL ()

QUIRURGICO ()

TIPO DE ALUMBRAMIENTO

DIRIGIDO ()

MANUAL ()

COMPLICACIONES

SANGRADO POST PARTO

< 200 cc ()

200 a 500 ()

500 a mas ()

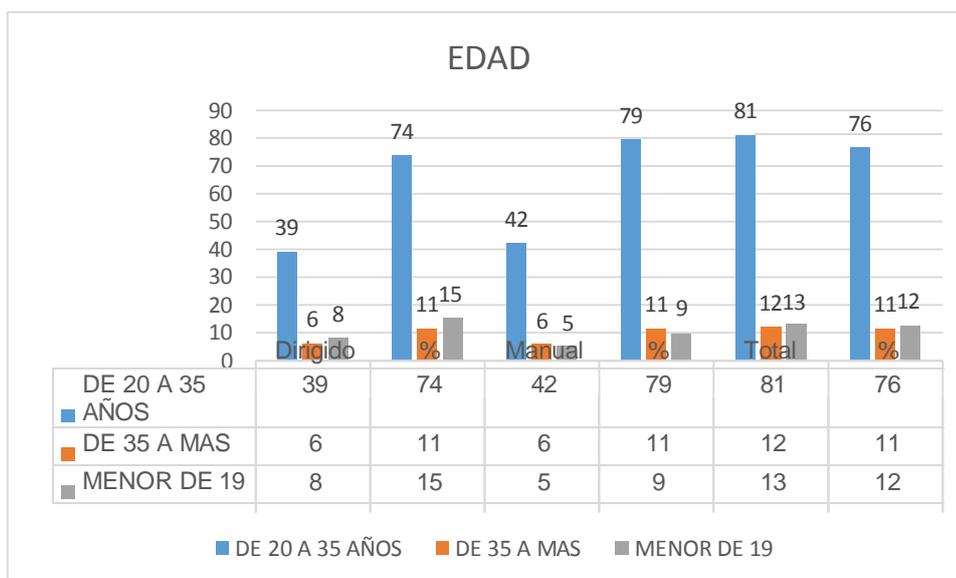
HIPOTONÍA

SI () NO ()

Anexo 2.

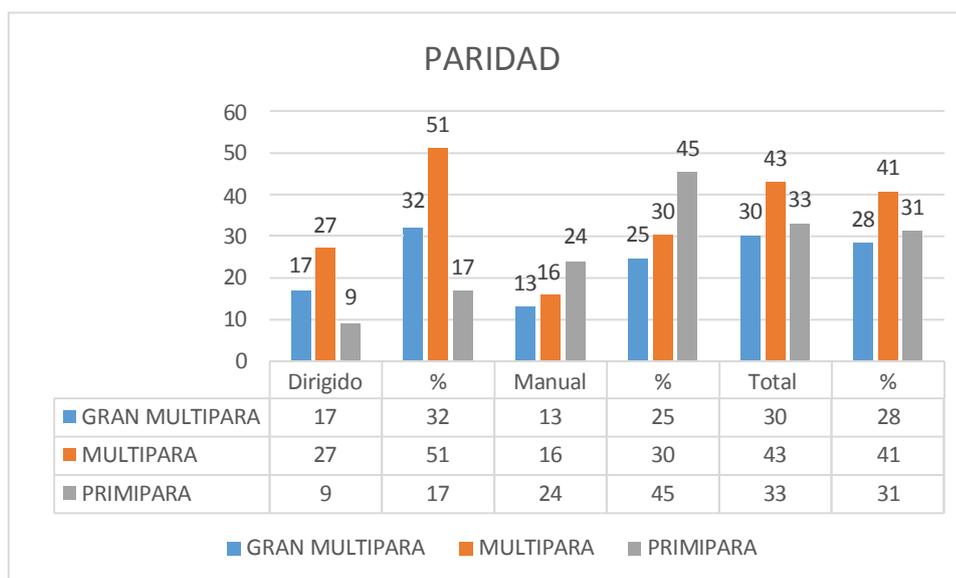
Características según edad, paridad, hemoglobina, pre parto de las pacientes púerperas inmediatas atendidas con parto vaginal y quirúrgico en pacientes del Hospital Santa Isabel El Porvenir, 2018.

GRÁFICO 1-A



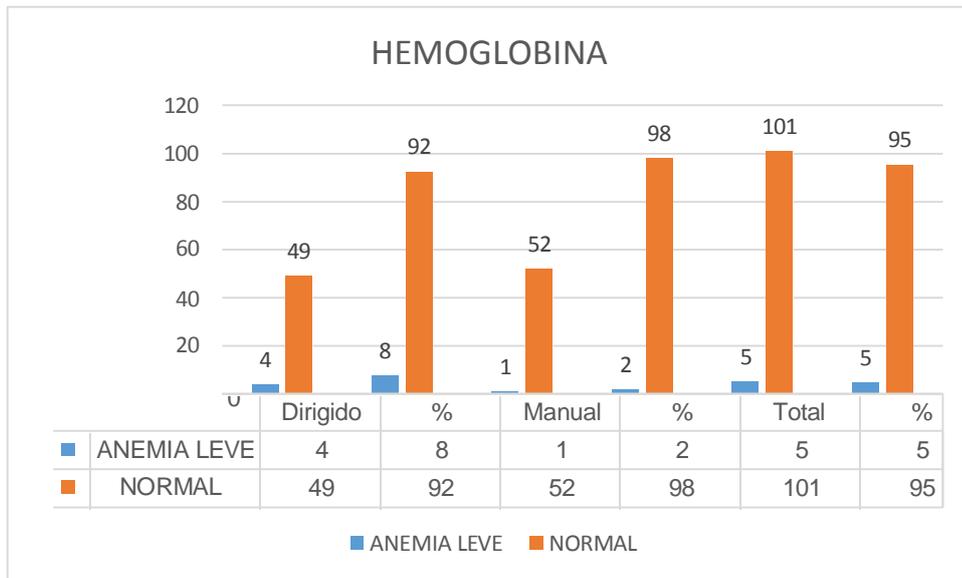
Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 1-B



Fuente: Tabla 1

GRÁFICO 1-C

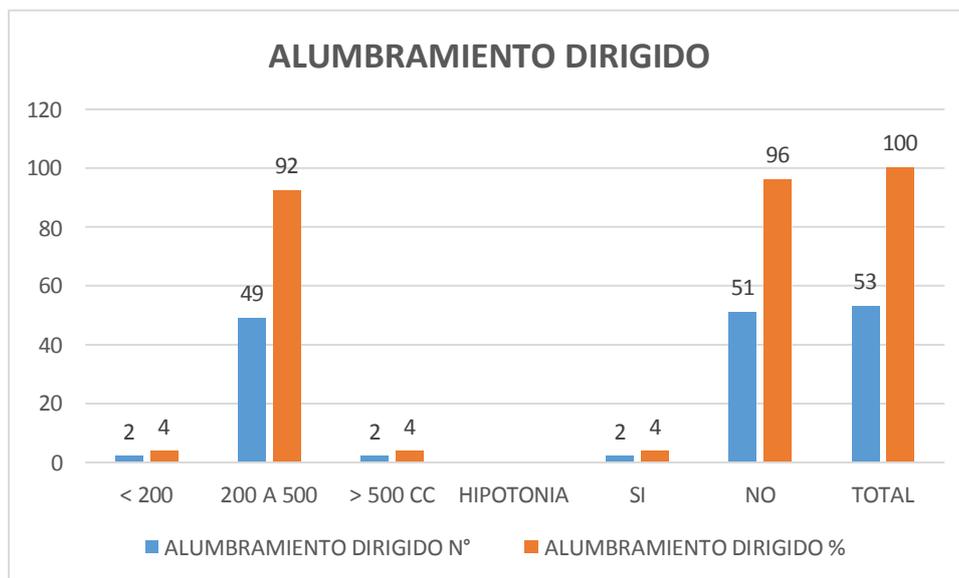


Fuente: Tabla 1

Anexo 3.

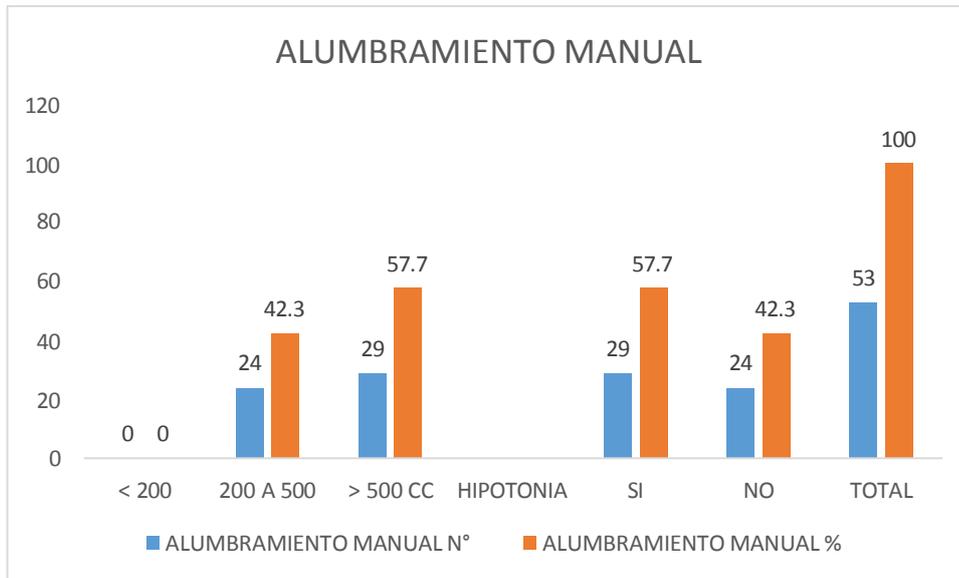
Alumbramiento dirigido de las pacientes puérperas inmediatas atendidas con parto vaginal y quirúrgico en pacientes del Hospital Santa Isabel El Porvenir, 2018.

GRÁFICA 2



Fuente: Tabla 2

GRÁFICA 3



Fuente: Tabla 3