



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO
Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE. HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2006**

**Tesis previa a la obtención del Título
en la especialidad de Ginecología y Obstetricia**

Autores:

**Dra. Claudia Bojorque Íñiguez
Dr. Patricio Ortuño Vásquez**

Director:

Dr. Oswaldo Cárdenas Herrera

**Cuenca – Ecuador
2006**



RESPONSABILIDAD

Los autores se responsabilizan de los conceptos
vertidos en la presente investigación.



AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
Al Curso de postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Cuenca.
Al Dr. Oswaldo Cárdenas Herrera.
A los Drs: Jorge Narváez Ayala, Iván Orellana, Guido Pinos.
A todos los maestros y profesionales del postgrado de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Hospital José Carrasco Arteaga. Al personal de médicos residentes, enfermeras, internos rotativos, auxiliares de enfermería y mujeres del Centro Obstétrico del Hospital “Vicente Corral Moscoso”



DEDICATORIA.

A Dios, mis padres, mis hermanos,
y mis hijas, razón de mi superación.

Dra. Claudia Bojorque I.



DEDICATORIA.

A Dios, mi esposa, mis hijos, mis
hermanos.

Dr. Patricio Ortuño V.



RESUMEN.

Objetivo: evaluar el efecto del procedimiento del alumbramiento dirigido en la duración y cantidad de hemorragia en relación comparativa con el procedimiento del alumbramiento expectante.

Hipótesis: el alumbramiento dirigido disminuye el tiempo y la cantidad de hemorragia.

Diseño: estudio experimental aleatorizado.

Lugar: Hospital Regional Docente “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

Tamaño de la muestra: 700 embarazadas.

Sujetos de estudio: 350 embarazadas en el grupo dirigido y 350 embarazadas en el expectante, asignadas aleatoriamente.

Intervención: el alumbramiento dirigido utilizó ocitocina intramuscular inmediatamente después del nacimiento del feto. El alumbramiento expectante se realizó sin administración de ocitocina.



Resultados: disminución del tiempo de duración del alumbramiento dirigido de 0 a 5 minutos con un riesgo relativo de 0.93 y un intervalo de confianza 95% (0.90 - 0.97), para tiempos de 6 a 10 minutos una disminución del tiempo con un riesgo relativo de 0.25 y un intervalo de confianza 95% (0.10 - 0.60) y para 10 y más minutos un riesgo relativo 0.64 y un intervalo de confianza 95% (0.25 - 1,62).

El tiempo de duración media para el alumbramiento dirigido fue de 2.60 minutos y para el alumbramiento expectante fue de 2.99 minutos, con un valor de P 0.00000.

La cantidad de sangrado durante el alumbramiento dirigido para valores de 0 a 199 centímetros cúbicos fue menor con un riesgo relativo de 0.29 y un intervalo de confianza 95% (0.23 - 0.38) y para cantidades mayores a 199 centímetro cúbicos el riesgo relativo fue de 0.57 y un intervalo de confianza 95% (0.51 - 0.64).

La cantidad media de sangrado fue de 215,91 centímetros cúbicos para el alumbramiento dirigido y 373.51 centímetros cúbicos para el expectante, valor P 0.0000000.

Conclusión: El alumbramiento dirigido disminuyó el tiempo y la cantidad de sangrado.



ABSTRACT.

Objective: to evaluate the effect of the directed management in the duration of the third stage of labour and the quantity of haemorrhage, in comparative relationship with the procedure of the expectant management of the third stage of labour.

Hypothesis: the directed management of the third stage of labour diminishes the time and the quantity of the haemorrhage.

Design: experimental, randomized study.

Place: Regional Educational Hospital “Vicente Corral Moscoso” Cuenca - Ecuador.

Size of the sample: 700 pregnant.

Subject of study: 350 pregnant in the directed group and 350 in the expectant one, assigned aleatority.

Intervention: the directed management makes with administration of occitocin immediatly after baby’s born, The expectant management makes without administration of occitocin.



Results: decrease of the time in the directed management of the third stage of labour from 0 to 5 minutes with a relative risk of 0.93 and an confidence interval 95% (0.90 - 0.97), from 6 to 10 minutes a decrease of the time with a relative risk of 0.25 and a confidence interval 95% (0.10 - 0.60). and from 10 or more 10 minutes with relative risk 0.64 and an confidential interval 95% (0.25 -1.62).

The mean time of half duration for the directed management of the stage of labour was of 2.60 minutes and 2.99 minutes for the expectant management, P 0.00000

The quantity of haemorrhage during the directed management of the third stage of labour for values from 0 to 100 cubic centimetres was smaller with a relative risk of 0.29 and an confidence interval 95% (0.23 - 0.38) and for bigger quantities to 199 cubic centimetres the relative risk it was of 0.57 and with an confidence interval 95% (0.51 - 0.64). The mean quantity of haemorrhage was of 215.91 cubic centimetres for the directed management and 373.51 centimetres for the expectant management P 0.0000000.

Conclusion. The directed management of the third stage of labour diminished the time and the quantity of blood.



**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ALUMBRAMIENTO
DIRIGIDO Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE. HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2006**



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema.

La hemorragia del tercer periodo del parto o alumbramiento representa una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna ecuatoriana y mundial, conjuntamente con la preeclampsia y las infecciones.

El 99% de las grandes hemorragias posparto se produce en países en proceso de desarrollo, instituyéndose el alumbramiento como la complicación hemorrágica más importante. En nuestro país, durante el año 1999, de acuerdo a la publicación sobre "Situación de la Salud en el Ecuador" de INEC, en su edición 2001. (16) la hemorragia del alumbramiento representa el 9.6 % de las principales causas de muerte materna.

Las altas tasas de morbilidad y mortalidad por la hemorragia del alumbramiento y posparto tienen como causa principal el mantenimiento de la atención expectante del alumbramiento recomendada en los libros de texto y en las normas de atención del mismo (3, 5, 6, 10, 14), que institucionalizan este procedimiento que produce mayor hemorragia, mayor duración del alumbramiento y complicaciones hemorrágicas en el posparto como lo



demuestra el metaanálisis de la base de datos COCHRANE, si se lo compara con la atención del alumbramiento dirigido (11).

Consideramos que esta conducta se condiciona por la ausencia de una cultura de cuestionamiento y de investigación, por la aprobación de las prácticas médicas habituales, que se aplica como ciencia cerrada e indiscutible, desconociendo la nocionalidad y conceptualidad de la ciencia y su ineficacia en la generalización, lo que ha propiciado conductas conservadoras que no han desarrollado la capacidad del análisis crítico de los métodos de diagnóstico y tratamiento, ni la investigación de nuevos procedimientos que utilicen innovadoras formas de evaluación y tratamiento.

Las normas clásicas de atención del tercer período del parto, recomiendan una conducta predominantemente expectante para diagnosticar el desprendimiento placentario y conseguir su expulsión, basándose únicamente en la observación de los signos clásicos del desprendimiento placentario, por tanto fundamentándose para el diagnóstico en indicadores del desprendimiento que no han sido objeto de jerarquización, priorización, ni valoración, lo que ha condicionado la globalización de una conducta médica que ha causado daño.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP, en su boletín del mes de diciembre de 1998, publica los resultados de un metaanálisis, concluyendo que la conducta activa, intervención con drogas: ocitocina, prostaglandinas, ergotanimina, syntometrina, y las maniobras:



masajes fúndicos, tracción controlada del cordón y pinzamiento precoz del cordón en el tercer período, disminuyen la hemorragia posparto, especialmente cuando se utiliza la ocitocina como droga de primera elección y las prostaglandinas como fármaco de segunda elección (13).

Con este marco conceptual y metodológico resulta importante indagar si el tratamiento dirigido, podría disminuir significativamente el tiempo de duración y la cantidad de hemorragia del alumbramiento en nuestras pacientes, como se ha demostrado en algunos centros obstétricos mundiales; disminuyendo consecuentemente la morbilidad y mortalidad materna por hemorragia.

Con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad de la hemorragia del alumbramiento y del posparto realizamos esta investigación experimental aleatorizada, sobre esta nueva forma de atención dirigida del alumbramiento, que se sustenta en los resultados del metaanálisis de COCHRANE, en una investigación anterior no aleatorizada (11), realizada como tesis en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, por los Médicos Residentes Dra. Silvia Mora J. y Dr. Fernando Quintero M., bajo la Dirección del Dr. Oswaldo Cárdenas, en la que se estudió la sensibilidad de los signos placentarios como predictores del desprendimiento placentario, resultados de la Tesis de Maestría de Investigación del Dr. Oswaldo Cárdenas Herrera sobre “Estudio Comparativo ente el alumbramiento dirigido y el expectante” en la que se reemplaza el uso de ocitocina por masaje uterino y se inicia la tracción de la



placenta una vez desprendida, comprobado previamente mediante tacto vaginal, de que la placenta se halla desprendida debajo del cuello uterino.

La presente investigación es diferente a las anteriormente citadas. La tesis de los doctores Mora y Quintero estudió la sensibilidad de los signos clásicos del desprendimiento placentario en un estudio comparativo no aleatorizado y la investigación del Dr. Cárdenas, aleatorizada, comparó el alumbramiento dirigido con el expectante pero reemplazando los ocitócicos por masaje uterino e iniciando la tracción placentaria al verificar mediante tacto vaginal que la placenta se halla por debajo del cuello uterino.

Esta nueva propuesta trata de demostrar experimentalmente y aleatoriamente que con la aplicación del alumbramiento dirigido utilizando occitocina, disminuye el tiempo y la cantidad de hemorragia, si lo comparamos con la atención del alumbramiento en la forma expectante, en pacientes obstétricas del Hospital "Vicente Corral Moscoso" de la ciudad de Cuenca.

Justificación

La presente investigación tratará de eliminar la iatrogenia producida por la atención del alumbramiento expectante que debe ser impostergablemente eliminada, mediante este método alternativo avalizado por la metodología de la investigación científica, para lo que es necesario obtener los resultados en la atención del alumbramiento, siguiendo el procedimiento dirigido, mediante la aplicación de ocitocina.



Validamos esta nueva forma de atención del alumbramiento dirigido, que tiene el apoyo de la Red Andina De Salud Sexual y Reproductiva (CESTAS), mediante un estudio comparativo experimental de tipo clínico aleatorizado en 350 embarazadas con parto en posición horizontal a las que se aplicaron los procedimientos de atención del alumbramiento dirigido y a 350 embarazadas que serán atendidas de acuerdo a las recomendaciones tradicionales de atención del alumbramiento expectante, en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Docente "Vicente Corral Moscoso" de la ciudad de Cuenca, con el objetivo de demostrar, que la utilización del procedimiento del alumbramiento dirigido brinda mejores resultados al disminuir significativamente el tiempo y la cantidad de hemorragia del alumbramiento.

Los resultados obtenidos nos permitirán construir una nueva propuesta ecuatoriana, a través, de la Facultad de Ciencias Médicas y del Curso de Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Cuenca, y de la Red Andina de Salud Sexual y Reproductiva integrada por Perú, Bolivia y Ecuador, para presentarla a la comunidad científica obstétrica local y nacional, para no recomendar la metodología tradicional de atención del alumbramiento que tanto daño ha causado a las mujeres, por utilizar conductas expectantes que ocasionan mayor duración y cantidad de hemorragia en el alumbramiento.

La atención del alumbramiento utilizando el procedimiento dirigido, suplantará la atención expectante del alumbramiento, propiciando un impacto científico y médico relevante, disminuyendo el tiempo de duración del alumbramiento, la incidencia y prevalencia de la morbilidad por hemorragia que actualmente



constituye la segunda causa de enfermedad y muerte materna en todas las regiones del país.

Se difundirá la información y los conocimientos obtenidos mediante un CD para hacer factible la institucionalización en todas las unidades o centros de atención obstétrica local, regional y nacional, para de esta forma disminuir la morbilidad y mortalidad por hemorragia del alumbramiento en todas las áreas de influencia que reciban los resultados de esta investigación.

Esta propuesta interdisciplinaria, académica y asistencial, integró estudiantes del postgrado de Gineco-Obstetricia y Pediatría y personal de los servicios para la atención del parto; utilizó conocimientos fundamentados y una metodología apoyada en la fisiología, mediante signos anatómicos objetivos y en la metodología de la investigación científica.

Los resultados obtenidos permitirán la institucionalización de la atención dirigida del alumbramiento en el Hospital "Vicente Corral Moscoso", que anhelamos, se constituya en un Centro Obstétrico de Difusión, Capacitación e Investigación, Nacional e Internacional.

Los beneficios de la investigación optimizarán la atención del alumbramiento a las mujeres en labor de parto, los servicios obstétricos y la docencia en las Facultades de Ciencias Médicas, que se constituirán en Centros de Atención para aplicar e incrementar la investigación aplicada o de transferencia inmediata en este ámbito obstétrico.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Identificación de los elementos teóricos.

A lo largo de la historia obstétrica, se han planteado manejos activos, que se inician, siempre terminando en la fase de observación expectante luego de la aparición de los signos clásicos del desprendimiento placentario:

- Inyección de 5 o 10 unidades de ocitocina por vía intramuscular cada treinta minutos o los derivados del cornezuelo del centeno (ergotamina, ergometrina, methergin) para reforzar las contracciones.
- Alumbramiento conducido con la misma medicación pero desde el momento del desprendimiento de los hombros.
- El método intervencionista de Credé que decide la expresión del útero una vez reanudadas las contracciones post parto (18).
- La maniobra de Brandt Andrews que ejerce presión fuerte sobre el fondo uterino hacia fuera y la tracción suave del cordón en dirección al eje del parto (19)
- La técnica de Pastore, que con una mano se presiona el fondo uterino y con la otra realiza presión sobre la sínfisis del pubis, para que de esta



manera la placenta al desprenderse se deslice hacia la vagina. La placenta la extraen con ligera tracción del cordón umbilical.

Todos los procedimientos anteriormente explicitados se inician al término de la expectación de los signos clásicos del desprendimiento placentario, que han sido demostrados en otras investigaciones que son tardíos y por lo tanto iatrogénicos.

Existen publicaciones (13), que describen el uso de ocitocina más tracción controlada del cordón para la atención del período placentario dirigido.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en su revista de diciembre de 1998 (13) publica un meta-análisis tomado de la base de datos COCHRANE, en el que concluye que “el manejo activo o dirigido (intervención con drogas: ocitocina o prostaglandinas o ergotamina o syntometrina, maniobras, masajes fúndicos, tracción controlada del cordón, pinzamiento precoz del cordón en el tercer período), disminuye el tiempo y duración de la hemorragia del alumbramiento, procedimientos practicados en la mayoría de las investigaciones”.

En la investigación realizada para obtener la sensibilidad y especificidad de los signos clásicos del alumbramiento expectante (11), las suaves maniobras de extracción disminuyeron notoriamente la duración promedio del tercer período del parto de 6.85 ± 3.63 minutos en el alumbramiento expectante, a 3.94 ± 2.5



minutos en el alumbramiento dirigido, con una diferencia altamente significativa ($p < 0.0001$) y una disminución de la cantidad de hemorragia de $636.327 \pm 371,926$ a 396.786 ± 305.145 centímetros cúbicos, con una alta significación estadística ($p < 0.00000162$), valores obtenidos en una investigación como lo expresamos anteriormente sin asignación aleatoria de las pacientes.

La tesis sobre alumbramiento dirigido realizada por el Dr. Oswaldo Cárdenas H., que reemplaza la ocitocina por masaje uterino manual realizado por el obstetra, obtuvo los siguientes resultados:

- Para la cantidad de sangrado durante el alumbramiento dirigido y expectante en primigestas y multíparas para sangrados de 0 a 199 centímetros cúbicos de sangre, el riesgo relativo fue de 0.52 con un intervalo de confianza de 0.38 – 0.71.
- Para el tiempo de duración del alumbramiento dirigido y expectante en primigestas y multíparas entre 0 hasta 5 minutos de duración, el riesgo relativo fue de 0.28 con un intervalo de confianza de 0.17 – 0.46.

En la base de datos COCHRANE, sobre manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto comparado con el expectante de Prendville W.J. Elbourne D, McDonald S, se obtuvieron como resultados:

- Para la pérdida de sangre estimada clínicamente igual o mayor a 500 centímetros cúbicos el riesgo relativo fue de 0.35 con un intervalo de confianza de 0.28 – 0.42.



- Para la duración del alumbramiento mayor a 20 minutos cúbicos el riesgo relativo fue de 0.15 con un intervalo de confianza de 0.12 – 0.19.

En nuestro país no existe un protocolo establecido científica y estadísticamente sustentado que utilizando un ocitócico, luego del pinzamiento del cordón umbilical, nos permita adoptar un manejo dirigido y eficaz que se inicie tempranamente y utilice un método confiable, basado en evidencias obstétricas, para el comienzo de la aplicación de las maniobras que faciliten la expulsión placentaria, sin observar y utilizar los signos clásicos del alumbramiento expectante.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador con la participación del Dr. Oswaldo Cárdenas director de nuestra investigación y los fundamentos de Cochrane, junto con los representantes de los principales Centros Obstétricos del País y la Red Andina de Salud Sexual y Reproductiva apoyan la utilización del alumbramiento dirigido.

Estimamos que la variable independiente alumbramiento dirigido es la que propicia menor tiempo de duración del alumbramiento y menor cantidad de hemorragia durante el alumbramiento.

La variable independiente alumbramiento expectante es la que provoca mayor tiempo de duración del alumbramiento y mayor cantidad de hemorragia durante el alumbramiento.



CAPÍTULO III

Hipótesis.

El alumbramiento dirigido disminuye el tiempo y la cantidad de la hemorragia, si se lo compara con el alumbramiento expectante.

Objetivo general.

Evaluar el efecto del procedimiento del alumbramiento dirigido, en la duración y la cantidad de hemorragia, en relación comparativa con la técnica del alumbramiento expectante en las embarazadas del Hospital "Vicente Corral Moscoso".

Objetivos específicos.

- 1 Conocer la duración del alumbramiento dirigido en 350 embarazadas versus el alumbramiento expectante en 350 embarazadas, en el Hospital "Vicente Corral Moscoso".
- 2 Determinar la pérdida de sangre en el alumbramiento dirigido versus alumbramiento expectante, en el Hospital "Vicente Corral Moscoso".



- 3 Establecer la frecuencia de complicaciones de retención parcial o total placentaria en el alumbramiento dirigido versus el alumbramiento expectante.
- 4 Determinar la pérdida de sangre durante la primera hora posalumbramiento en los dos tipos de atención del alumbramiento.
- 5 Determinar la frecuencia de utilización de ocitócicos complementarios, de la revisión de la cavidad uterina bajo anestesia y de transfusión sanguínea materna
- 6 Registrar mediante vídeos (CD) lo más representativo del alumbramiento dirigido y expectante.



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño general

Estudio experimental, aleatorizado de tipo clínico, comparativo entre la atención del alumbramiento dirigido, utilizando ocitocina y la atención del alumbramiento expectante que inicia las maniobras de extracción basándose en los signos clásicos del desprendimiento placentario (3).

Para obtener validez en los resultados se asignaron las madres de la investigación de los dos grupos, mediante un procedimiento randomizado, utilizando una tabla de números aleatorios para bloques de 20 números, que consta en anexos. No fue posible ocultar al investigador la designación de cada embarazada para que atienda a la gestante -enmascaramiento- porque el manejo activo y expectante requieren diferentes acciones, sin embargo, la aleatorización se realizó mediante sobres cerrados y los datos obtenidos y el procesamiento fueron efectuados por un experto en estadística que no conocía la asignación al azar.



La validación de los instrumentos, que en la presente investigación son procedimientos clínicos que se basan en la observación u obtención de signos, que son explicitados en la operacionalización de las variables y la validación de los observadores se realizó mediante un proceso de capacitación de los médicos investigadores que atendieron a las embarazadas en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Docente “Vicente Corral Moscoso”.

El plan de capacitación de los investigadores se realizó de acuerdo con los contenidos del componente educativo.

Componente educativo para los investigadores.

Los autores de la investigación recibieron la información de parte del director en sesiones conjuntas, previo al inicio de la investigación.

El componente educativo estuvo direccionado hacia los siguientes objetivos:

1. Realizar una prueba piloto en las embarazadas del Centro obstétrico.
2. Capacitar en el manejo del formulario a utilizarse.
3. Capacitar en la forma de atención del alumbramiento expectante y dirigido.
4. Estandarizar y validar los procedimientos diagnósticos que realizarán los investigadores.



Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión.

El universo de estudio lo constituyeron las embarazadas que acudieron en labor de parto para ser asistidas en el Hospital "Vicente Corral Moscoso" durante los meses marzo del 2006 a septiembre del 2006.

Tamaño de la muestra.

La muestra se conformó con 700 embarazadas en labor de parto, entre primigestantes y multíparas, 350 para el tratamiento activo y 350 para el tratamiento expectante; valor muestral que fue obtenido en el programa de computación Epi Info.

Cálculo del tamaño de la muestra en el programa Epi Info de la Organización Panamericana de la Salud, OPS.

El cálculo lo realizamos de la siguiente manera:

En una investigación realizada por el Dr. Oswaldo Cárdenas, en la tesis “Estudio comparativo entre el alumbramiento dirigido y expectante” donde reemplaza los ocitócicos por masaje uterino, se encontró que la duración del



alumbramiento dirigido representó el 20% y del alumbramiento expectante el 30%.

Nivel de confianza 95%, probabilidad de que si las dos poblaciones difieren, las dos muestras expresen una diferencia “significativa” poder 1-Beta, 80%, razón de no expuestas/número de expuestas 1:1; prevalencia esperada del factor en grupo no expuestas 30%, prevalencia del factor en expuestas 20%.

Para un nivel de confianza del 95% obtuvimos una muestra de 313 (redondeando corresponde a 350) para las no expuestas y de 313 (350) para las expuestas.

Para el cálculo de la muestra considerando el resultado primario cantidad de sangrado ingresamos los datos:

En una investigación realizada por el Dr. Oswaldo Cárdenas, en la tesis “Estudio comparativo entre el alumbramiento dirigido y expectante” donde reemplaza los ocitócicos por masaje uterino, se encontró que la media de duración del alumbramiento fue de 636cc para el alumbramiento expectante y de 368cc para el dirigido lo que representa un 50% y un 29% respectivamente.



Nivel de confianza 95%, probabilidad de que si las dos poblaciones difieren, las dos muestras expresen una diferencia “significativa” poder 1-Beta, 80%, razón de no expuestas/número de expuestas 1:1, prevalencia esperada del factor en grupo no expuestas 50% (636cc), prevalencia del factor en expuestas 29% (368cc).

Para un nivel de confianza del 95% obtuvimos una muestra de 93pacientes para las no expuestas y de 93 para las expuestas.

Para dar una mayor significación estadística y estudiar en el mismo grupo de embarazadas los dos puntos finales utilizamos una muestra de 350 embarazadas en cada uno de los grupos.

Los dos grupos de 350 mujeres, se conformaron aleatoriamente de la siguiente manera:

Alumbramiento Activo: constituido por 350 pacientes a las que se aplicará el procedimiento de atención del alumbramiento activo.

Alumbramiento Pasivo: conformado por 350 embarazadas a las cuales se les aplicó la atención expectante del alumbramiento.



Criterios de inclusión.

Formaron parte del estudio 700 mujeres con embarazo a término y en labor de parto que acudieron al Centro Obstétrico del Hospital "Vicente Corral Moscoso", libres de patología asociada (general, obstétrica y fetal), que influyan sobre el alumbramiento, seleccionadas mediante la Historia Clínica Perinatal del CLAP (anexo 3), que firmaron el consentimiento informado (anexo 1) y que tuvieron la indicación de parto vaginal.

Criterios de exclusión.

Todas las embarazadas que cumpliendo los requisitos para ser incluidas presentaron:

- Patología general, materna o fetal, detectada mediante la Historia Clínica Perinatal del CLAP.
- Antecedente de cesárea previa.
- Necesidad de conducción o inducción.
- Complicaciones obstétricas o clínicas, durante el primer periodo y/o segundo periodo del parto.



Asignación.

La selección de las embarazadas en labor de parto para cada grupo se realizó randomizadamente utilizando una tabla de números aleatorios en bloques, lo que otorgó a la investigación validez externa.

Para determinar las pacientes sin factores de riesgo para el alumbramiento, utilizamos la Historia Clínica Perinatal del CLAP (anexo 3).

En los dos grupos la vigilancia de la labor de parto se realizó bajo las normas de atención del Curso de Postgrado de la Universidad Estatal de Cuenca y con la utilización del partograma del CLAP (anexo 4).

En los dos grupos, el primer y segundo periodo del parto fue atendido de acuerdo a las normas del Curso de Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Obtenida la expulsión fetal se diferenció la atención del tercer período del parto en los dos grupos.

Utilizamos la hoja de registro de la labor de parto del Ministerio de Salud Pública (anexo 5).



Operacionalización de las variables.

La operacionalización de las variables, conceptualización y traducción a términos medibles, mediante indicadores y categorización (escalas) la efectuamos considerando la hipótesis: "El alumbramiento dirigido, disminuye el tiempo y la cantidad de la hemorragia, si se lo compara con el alumbramiento expectante".

VARIABLES DE CONTROL.

- Edad materna.
- Antecedente de gestaciones.
- Antecedentes de partos.
- Talla de la embarazada.
- Peso de la embarazada.
- Talla del recién nacido.
- Peso del recién nacido.

La aleatorización controló a estas variables brindando a la investigación validez interna.



Variable independiente:

TIPO DE ALUMBRAMIENTO

- Alumbramiento expectante.
- Alumbramiento dirigido.

Variables dependientes:

- Tiempo de duración del alumbramiento.
- Cantidad de hemorragia del alumbramiento.
- Expulsión total de la placenta
- Complicaciones del alumbramiento: retención de membranas o lóbulos placentarios.
- Hemorragia durante la primera hora del posalumbramiento.

Definiciones de las variables de control.

Edad materna. Definición: edad de la embarazada. Indicador: edad en años cumplidos manifestados por la embarazada o confirmados en su cédula de identidad.

Antecedente de gestaciones. Definición: número de embarazos anteriores. Indicador: número de embarazos previos manifestados por la embarazada.



Antecedente de partos. Definición: número de partos anteriores. Indicador: número de partos anteriores superiores a 20 semanas, manifestados por la embarazada.

Talla de la embarazada. Definición: talla o altura de la embarazada. Indicador: talla de la embarazada medida en centímetros en el tallímetro del Centro Obstétrico, con la mujer descalza.

Peso de la embarazada. Definición: peso de la embarazada. Indicador: peso de la embarazada medida en libras en la balanza del Centro Obstétrico, con la mujer descalza.

Talla del recién nacido. Definición: talla del recién nacido. Indicador: talla del recién nacido medida en centímetros en el tallímetro del Centro Obstétrico.

Peso del recién nacido. Definición: peso del recién nacido. Indicador: peso del recién nacido medido en libras en la balanza del Centro Obstétrico, con el recién nacido desnudo.



Definiciones e indicadores de las variables independientes.

Inicio de la atención del alumbramiento dirigido.

1. Pinzamiento del cordón umbilical.
2. Administración de una ampolla de ocitocina de 10 unidades internacionales intramuscular.

1.-Pinzamiento del cordón umbilical

Definición	Indicador
Pinzamiento del cordón umbilical.	Pinzamiento del cordón umbilical luego de la aspiración de secreciones bucales y nasales.

Metodología: Se determinó mediante la observación el pinzamiento del cordón umbilical.



2.- Administración de ocitocina.

Definición	Indicador
Administración de una ampolla de ocitocina.	Inyección de 10 unidades internacionales de ocitocina intramuscular a la madre luego del nacimiento del feto.

Metodología: Se determinó mediante la observación de la aplicación de la ocitocina.

Inicio de la atención del alumbramiento expectante.

Se obtuvieron tres o más signos y/o maniobras clásicas (expectantes) que señalaron que la placenta se ha desprendido y requiere extracción:

1. Pérdida repentina de sangre.
2. Descenso de la pinza del cordón.
3. Útero firme y globuloso.
4. Signo del ascenso del útero.
5. Ausencia del ascenso del cordón.
6. Presencia del signo del pescador



1) Pérdida repentina de sangre

Definición	Indicador	Escala
Salida súbita de sangre por el canal vaginal luego del nacimiento del niño.	Observación de la salida súbita de sangre.	Valoración cualitativa determinada por la observación: si, no.

Metodología: Se determinó mediante la observación la salida súbita de sangre por el canal vaginal luego del nacimiento, cada dos minutos.

2) Descenso de la pinza del cordón.

Definición	Indicador	Escala
Descenso de la pinza colocada sobre el cordón umbilical.	Observación del descenso de la pinza.	Confirmación o ausencia del descenso de la pinza

Metodología: se observó: Falta tiempo de descenso de la pinza.



3) Útero firme y globuloso.

Definición	Indicador	Escala
Consistencia y forma del útero.	Útero firme y globuloso luego del nacimiento, detectado por palpación.	Presencia o ausencia de útero firme y globuloso.

Metodología: se detectó por la palpación la presencia o ausencia de un útero firme y globuloso.

4) Signo visual del ascenso del útero.

Definición	Indicador	Escala
Observación del ascenso del útero.	Observación y palpación que comprueba el ascenso uterino.	Presencia o ausencia del ascenso uterino.

Metodología: se observó y palpó al útero para comprobar su ascenso.



5) Ausencia del ascenso del cordón.

Definición	Indicador	Escala
Ascenso del cordón.	Ascenso del cordón cuando se presiona el útero hacia arriba, a través de la pared abdominal materna.	Presencia o ausencia del ascenso uterino.

Metodología: se presionó el útero hacia arriba cada dos minutos, a través de la pared abdominal materna, para observar si asciende el cordón.

6) Presencia del signo del pescador

Definición	Indicador	Escala
"Signo del pescador": movilización del útero por tracción del cordón umbilical.	Observación si el útero se mueve siguiendo la ligera tracción que se realiza sobre el cordón umbilical.	Presencia o ausencia del signo del pescador.

Metodología: se traccionó el cordón umbilical y se observó si esta maniobra moviliza simultáneamente al útero.



Definiciones, indicadores y escalas de las variables dependientes.

Variables dependientes:

- Expulsión de la placenta.
- Tiempo de duración del alumbramiento.
- Cantidad de hemorragia del alumbramiento.
- Complicaciones del alumbramiento.
- Cantidad de hemorragia durante la primera hora del posalumbramiento.

Expulsión total de la placenta.

Definición	Indicador	Escala
Expulsión total de la placenta.	Comprobación mediante la observación y la palpación de la placenta: lóbulos, membranas y cordón.	Presencia o ausencia de una placenta completa.

Metodología: se observó y palpó la placenta para determinar si se halla completa.



Tiempo de duración del alumbramiento

Definición	Indicador	Escala (en minutos)
Duración del alumbramiento.	Determinación de tiempo de duración del alumbramiento en minutos cumplidos, desde el nacimiento del niño hasta la expulsión total de la placenta.	0 – 3 4 – 5 6 – 7 8 – 9 > 10

Metodología: se registró la duración del alumbramiento en minutos cumplidos.



Cantidad de hemorragia del alumbramiento.

Definición	Indicador	Escala en centímetros
Hemorragia del alumbramiento	Medición en centímetros	0 – 99
	cúbicos de la cantidad de	100 – 199
	hemorragia durante el	200 – 299
	alumbramiento, desde el	300 – 399
	nacimiento del niño hasta	400 – 499
la expulsión total de la placenta.	> 500	

Metodología: se midió en centímetros cúbicos la cantidad de hemorragia durante el alumbramiento.



Complicaciones del alumbramiento: retención de membranas o lóbulos placentarios

Definición	Indicador	Escala
Retención total o parcial de la placenta:	Retención total o parcial de la placenta.	Si, No.
membranas y/o lóbulos placentarios	Retención de membranas y/o lóbulos placentarios	Si, No.

Metodología: se observó la placenta en cuanto ésta fue expulsada.

Hemorragia posalumbramiento durante la primera hora.

Definición	Indicador	Escala
Hemorragia durante la primera hora posalumbramiento	Cantidad medida de acuerdo al número de toallas sanitarias utilizadas durante la primera hora posparto.	Tollas sanitarias utilizadas: 1, 2, 3, 4, 5, >5.

Metodología: se observó el número de toallas utilizadas durante la primera hora del alumbramiento.



Procedimiento de atención para el alumbramiento dirigido (11).

El nacimiento del feto se registró en horas y minutos.

De inmediato se procedió a pinzar y a cortar el cordón, cambiando el recipiente recolector de sangre, para recibir la sangre proveniente de útero y de la vagina durante el alumbramiento.

Pinzado el cordón se esperó hasta el primer minuto. Se inyectó 10 unidades internacionales de ocitocina por vía intramuscular a la madre.

Se procedió a la tracción controlada del cordón umbilical cada dos minutos.

Se realizó la revisión de la placenta y sus membranas en toda su integridad.

Estuvo previsto que si fuese necesario se realice la revisión de la cavidad uterina bajo anestesia general cuando exista retención parcial o total de la placenta.

Luego de terminar el alumbramiento se procedió a medir la cantidad de sangre en centímetros cúbicos recolectada en el recipiente seleccionado para ello. Se utilizó una cubeta graduada en centímetros cúbicos.



Procedimiento de atención para el alumbramiento expectante (3).

Se registró la hora del nacimiento en horas y minutos.

Inmediatamente del nacimiento del feto se procedió a pinzar y cortar el cordón, cambiando el recipiente recolector de sangre, para recibir la sangre proveniente del útero y de la vagina durante todo el procedimiento.

El pinzamiento se realizó a nivel del introito vaginal, para controlar el descenso de la pinza cada dos minutos.

Al observar tres o más signos de desprendimiento (útero globoso y fuerte, pérdida repentina de sangre por los genitales, elevación del útero en el abdomen, descenso de la pinza colocada en el cordón, falta de ascenso del cordón al elevar el útero sobre el pubis o signo del pescador, deseos de pujo de la paciente o sangrado súbito) se procedió a realizar la maniobra de Credé y a traccionar el cordón para lograr la expulsión de la placenta, si ésta se hubiese desprendido.

Si no fue posible la extracción placentaria con esta maniobra, se esperó la aparición u obtención de otro de los signos de desprendimiento y se realizó



nuevamente la maniobra de Credé. Se esperó treinta minutos para proceder al alumbramiento manual, bajo anestesia general.

Se realizó la revisión de la placenta y de sus membranas en toda su integridad.

Luego de producirse el alumbramiento se procedió a medir el sangrado en centímetros cúbicos recolectado en el recipiente destinado para ello. Para esta medición se utilizó una cubeta graduada en centímetros cúbicos.

Complicaciones del alumbramiento.

Se realizó el registro de las complicaciones del alumbramiento en lo relacionado con la retención total o parcial de la placenta o membranas, hipotonía uterina en los dos grupos de embarazadas. Registrando el uso de ocitócicos o transfusión sanguínea si fue necesario.

Se observó la cantidad de la hemorragia durante la primera hora del posparto, contando la cantidad de toallas sanitarias usadas para ello, para conocer si supera los niveles de la normalidad y se constituye en una complicación, en los dos grupos de mujeres.



Todos los datos obtenidos en los dos grupos de investigación se registraron, en el momento de su observación, en el formulario creado para ello.

Toda paciente que ingresó a la investigación recibió la información correspondiente, previa a la obtención de su autorización, mediante su firma en la hoja de consentimiento informado, conjuntamente con la firma de los investigadores del proyecto.

Se archivó el original del consentimiento informado en el expediente de la investigación.

Para realizar la filmación del parto, se solicitó la autorización correspondiente a la embarazada investigada.

Los formularios de consentimiento informado, cumplieron con todos los requisitos generales del proceso de obtención del consentimiento, documento escrito para ser formalmente aprobado, ser sujeto de información previa al ingreso al estudio, de aceptación voluntaria, comprensible, renunciable, presenciado, firmado y por cada sujeto de la investigación.



Metodología para el análisis de los resultados.

Para el análisis de los resultados utilizamos un formulario codificado elaborado en el programa de investigación Epi Info versión 2000 en el que se ingresaron los datos obtenidos.

Las variables de control se incluyeron en la tabla 1: Características basales de los dos grupos de embarazadas primigestas y multíparas para demostrar que están distribuidas equitativamente mediante la asignación aleatoria. Los resultados se calcularon en el programa Epi Info versión 2000 y SPSS 12.

Aspectos éticos.

Las pacientes que ingresaron al estudio fueron informadas de que se trata dicha investigación, recalando sobre las ventajas del alumbramiento dirigido sobre el expectante, para lo cual se les hizo firmar una hoja de Consentimiento Informado que consta detalladamente en el (anexo 1), y las pacientes que no desearon no formaron parte del estudio.

También se les informó que por el hecho de participar en la investigación no recibirán ningún estímulo, sea este dinero u otro tipo de beneficio, excepto los propios de la atención hospitalaria del parto.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

TABLA No. 1.- CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS DOS GRUPOS DE EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE

VARIABLE	Alumbramiento Dirigido (n=350)	Alumbramiento Expectante (n=350)	P
Años de edad materna	24,16 ± 6,13	23,23 ± 5,49	0,633
Antecedente de gestaciones	1,43 ± 1,65	1,26 ± 1,37	0,455
Antecedentes de partos	1,33 ± 1,59	1,13 ± 1,24	0,491
Talla materna (cm)	150,32 ± 5,66	150,11 ± 5,95	0,843
Peso materno (lbs)	62,78 ± 8,55	63,70 ± 9,64	0,184
Peso del recién nacido (g)	2908,47 ± 446,84	2934,91 ± 373,86	0,396
Talla del recién nacido (cm)	48,37 ± 2,56	48,61 ± 1,97	0,155

La asignación aleatorizada de las embarazadas primigestas y multíparas distribuyó equitativamente las variables de control en los dos grupos de alumbramiento dirigido y expectante, como lo comprueba el valor $P > 0.05$



TABLA 1A: CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS GRUPOS DE EMBARAZADAS PRIMIGESTAS PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE.

PRIMIGESTAS

VARIABLE	Alumbramiento Dirigido (n=350)	Alumbramiento Expectante (n=350)	P
Años de edad materna	19,87 ± 3,70	19,94 ± 3,55	0,317
Talla materna (cm)	150,71 ± 5,74	155,055 ± 5,94	0,294
Peso materno (lbs)	60,56 ± 7,12	62,65 ± 8,83	0,634
Peso del recién nacido (g)	2842,81 ± 364,62	2877,32 ± 372,37	0,380
Talla del recién nacido (cm)	48,08 ± 2,16	48,53 ± 1,79	0,729

La asignación aleatorizada de las embarazadas primigestas distribuyó equitativamente las variables de control en los dos grupos de alumbramiento dirigido y expectante como lo comprueba el valor de $P > 0.05$.



TABLA 1B: CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS GRUPOS DE EMBARAZADAS MULTÍPARAS PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE.

MULTÍPARAS:

VARIABLE	Alumbramiento Dirigido (n=350)	Alumbramiento Expectante (n=350)	P
Años de edad materna	26,69 ± 5,87	25,06 ± 5,50	0,317
Antecedente de gestaciones	2,27 ± 1,56	1,97 ± 1,24	0,380
Antecedentes de partos	2,11 ± 1,54	1,78 ± 1,27	0,475
Talla materna (cm)	150,10 ± 5,62	149,59 ± 5,91	0,852
Peso materno (lbs)	64,10 ± 9,06	64,27 ± 10,053	0,854
Peso del recién nacido (g)	2947,27 ± 485,60	2970,72 ± 369,66	0,568
Talla del recién nacido (cm)	48,54 ± 2,75	48,67 ± 2,07	0,574

La asignación aleatorizada de las embarazadas múltiparas distribuyó equitativamente las variables de control en los dos grupos de alumbramiento dirigido y expectante como lo comprueba el valor de $P > 0.05$.



TABLA No. 2.- CANTIDAD DE SANGRADO EN LOS DOS TIPOS DE ALUMBRAMIENTO EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS.

SANGRADO (cc)	Dirigido		Expectante		RR	IC	P
0 – 99	19	5.43%	4	1.14%	0,21	0,07– 0,61	0,0014
100 – 1	161	46.00%	49	14.00%	0,30	0,23– 0,40	0,0000
200 – 299	101	28.86%	91	26.00%	0,90	0,71- 1,15	0,3969
300 – 399	36	10.29%	79	22.57%	0,46	0,32- 0,60	0,0000
400 – 499	15	4.29%	51	14.57%	0,29	0,17- 0,51	0,0000
500 y más	18	5.14%	76	21.71%	0,24	0,14- 0,39	0,0000
TOTAL	350	100.00%	350	100.00%			

El sangrado en cada grupo de estudio evaluado en centímetros cúbicos fue menor para el alumbramiento dirigido como lo demuestran los riesgos relativos menores a uno, y los intervalos de confianza menores a uno, lo que nos indica que tiene validez, excepto para el valor de 200 a 299 centímetros cúbicos, lo cual no es estadísticamente significativo.



TABLA No. 3.- CANTIDAD DE SANGRADO DEL ALUMBRAMIENTO EN LOS DOS TIPOS DE ALUMBRAMIENTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS. EN CENTÍMETROS

GRUPO DE ESTUDIO	NÚMERO	MEDIA ± DS	MÍNIMO	MÁXIMO	MODA	P
Dirigido	350	215,91±131,70	50,00	1100,00	150,00	0.0000
Expectante	350	373,51 ±213,02	60,00	1200,00	200,00	0.0000

La media, el mínimo, máximo y la moda son menores en el alumbramiento dirigido, valores que expresan que el alumbramiento dirigido presenta un sangrado menor si lo comparamos con el sangrado del alumbramiento expectante.



TABLA No. 4.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS MULTÍPARAS.

ALUMBRAMIENTO	Alumbramiento Dirigido (n=350)	Alumbramiento Expectante (n=350)	P
Primigestas y Multíparas	215,91 ± 131,70	373,51 ± 213,02	0.0000
Primigestas	223,00 ± 122,85	379,48 ± 204,42	0.0000
Multíparas	211,72 ± 136,75	367,73 ± 215,71	

Medias y desvíos estándar en centímetros cúbicos.

El sangrado en centímetros cúbicos es menor en cada uno de los tres grupos de embarazadas para el alumbramiento dirigido como lo demuestran las medias en centímetros cúbicos y los valores de $P < 0.05$.



TABLA No. 5.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

Cantidad de Sangrado (cc)	Dirigido (n=350)	Expectante (n=350)	R.R.	R.R. A.	R.R. R.	NNT	Intervalo de Confianza	P
0 – 199	180	53	0,29	36%	71%	3	0,23-0,38	P = 0,00000000 ←
199 y más	170	297	0,57	36%	43%	3	0,51-0,64	P = 0,00000000 ←
TOTAL	350	350						

RR= Riesgo Relativo, RRA= Reducción del Riesgo Absoluto, RRR= Reducción del Riesgo Relativo, NNT= Número Necesario a Tratar, P= Valor de P

La cantidad de sangrado del alumbramiento dirigido en primigestas para 0 a 199 centímetros cúbicos de sangre y para más de 199 centímetros cúbicos de sangre fue menor si lo comparamos con el alumbramiento expectante como lo demuestran los riesgos relativos menores de 1 y los intervalos de confianza menores a 1.

La reducción del riesgo absoluto (RRA) expresa la diferencia de riesgo entre el alumbramiento expectante y el dirigido, en el grupo de 0 a 199 cc (36%) y los del grupo de 199 y más cc (36%).

La reducción del riesgo relativo (RRR) es complemento del riesgo relativo. Se expresa en porcentaje, 71% para el grupo de 0 a 199 cc y 43% para el grupo de 199 o más cc.

El número necesario a tratar (NNT) expresa el número de pacientes a tratar para evitar un resultado no deseado (3 pacientes) en los dos grupos de estudio.



TABLA No. 6.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS

Cantidad de Sangrado (cc)	Dirigido (n=130)	Expectante (n=157)	R.R.	R.R.A.	R.R.R.	NNT	Intervalo de Confianza	P
0 – 199	58	16	0,28	34%	77%	3	0,17-0,46	P = 0,00000000 ←
199 y más	72	111	0,63	15%	22%	3	0,54-0,75	P = 0,00000000 ←

RR= Riesgo Relativo, RRA= Reducción del Riesgo Absoluto, RRR= Reducción del Riesgo Relativo, NNT= Número Necesario a Tratar, P= Valor de P

La cantidad de sangrado del alumbramiento dirigido en primigestas para 0 a 199 centímetros cúbicos de sangre y para más de 199 centímetros cúbicos de sangre fue menor como lo demuestran los riesgos relativos e intervalos de confianza menor a 1.

La reducción del riesgo absoluto (RRA) expresa la diferencia de riesgo entre el alumbramiento expectante y el dirigido, en el grupo de 0 a 199 cc (34%) y los del grupo de 199 y más cc (15%).

La reducción del riesgo relativo (RRR) es complemento del riesgo relativo. Se expresa en porcentaje, 77% para el grupo de 0 a 199 cc y 22% para el grupo de 199 y más cc.

El número necesario a tratar (NNT) expresa el número de pacientes a tratar para evitar un resultado no deseado (3 pacientes) en los dos grupos de estudio.



TABLA No. 7.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN MULTÍPARAS

Cantidad de Sangrado (cc)	Dirigido (n=220)	Expectante (n=223)	R.R.	R.R.A.	R.R.R.	NNT	Intervalo de Confianza	P
0 – 199	122	37	0,30	39%	70%	2	0,22-0,41	P = 0,00000000
199 y más	98	185	0,53	39%	47%	2	0,46-0,63	P = 0,00000000

RR= Riesgo Relativo, RRA= Reducción del Riesgo Absoluto, RRR= Reducción del Riesgo Relativo, NNT= Número Necesario a Tratar, P= Valor de P.

La cantidad de sangrado del alumbramiento dirigido en primigestas para 0 a 199 centímetros cúbicos de sangre y para más de 199 centímetros cúbicos de sangre fue menor como lo demuestran los riesgos relativos e intervalos de confianza menor a 1.

La reducción del riesgo absoluto (RRA) expresa la diferencia de riesgo entre el alumbramiento expectante y dirigido, en el grupo de 0 a 199 cc (39%) y los del grupo de 199 y más cc (39%).

La reducción del riesgo relativo (RRR) es complemento del riesgo relativo. Se expresa en porcentaje 70% para el grupo de 0 a 199 cc y 47% para el grupo de 199 y más cc.

El número necesario a tratar (NNT) expresa el número de pacientes a tratar para evitar un resultado no deseado (2 pacientes) para los dos grupos de estudio.



TABLA No. 8.- TIEMPO DE DURACIÓN DE LOS DOS TIPOS DE ALUMBRAMIENTO EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

TIEMPO (Minutos)	Dirigido (n=350)		Expectante (n=350)		RR	IC
	No.	%	No.	%		
0 – 3	315	90.00	260	74.29	0,83	0,77 – 0,89
4 – 5	22	6.29	55	15.71	0,40	0,25 – 0,64
6 – 7	3	0.86%	16	4.57	0,19	0,06 – 0,64
8 – 9	2	0.57	3	0.86	0,67	0,11 – 3,97
10 y más	8	2.29	16	4.57	0,50	0,22 – 1,15
TOTAL	350	100.00	350	100.00		

RR= Riesgo Relativo, IC= Intervalo de Confianza.

Los intervalos del tiempo de duración de 0 a 3, 4 a 5 y de 6 a 7 minutos del alumbramiento dirigido en comparación con el expectante tienen un riesgo relativo e intervalo de confianza menores a 1, lo que significa que es favorable, no así los intervalos de 8 o más minutos donde el riesgo relativo es menor a uno pero un intervalo de confianza mayor a uno lo que indica que no es estadísticamente significativo.



TABLA No. 9.- TIEMPO DE DURACIÓN EN MINUTOS DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

GRUPO DE ESTUDIO	NÚMERO	MEDIA ± DS	MÍNIMO	MÁXIMO	MODA
Dirigido	350	2,60 ± 3,93	0,00	23,00	1,00
Expectante	350	2,99 ± 2,90	0,00	62,00	2,00

P = 0,00000000 ←

Los valores para la media, mínimo, máximo y moda para la duración del alumbramiento expresados en minutos son menores para el alumbramiento dirigido si lo comparamos con el alumbramiento expectante con un valor de P significativo.



TABLA No. 10.- TIEMPO DE DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS

TIEMPO (Minutos)	Dirigido (n=350)	Expectante (n=350)	RR	RRA	RRR	NNT	IC	P
0 – 5	337	315	0,93	6%	7%	16	0,90-0,97	0,0010
6 – 10	6	24	0,25	5%	75%	19	0,10-0,60	0,0007
> 10	7	11	0,64	1%	36%	100	0,25-1,62	0,3394
TOTAL	350	350						

RR= Riesgo Relativo, RRA= Reducción del Riesgo Absoluto, RRR= Reducción del Riesgo Relativo, NNT= Número Necesario a Tratar, P= Valor de P.

Los intervalos de tiempo de duración del alumbramiento de 0 – 5 y 6 -10 minutos tienen un riesgo relativo menor a 1, con intervalos de confianza menor a 1 lo que nos demuestra que es favorable. Los intervalos de 10 y más minutos tienen un riesgo relativo menor a 1 pero un intervalo de confianza mayor a 1, lo que nos indica que no es estadísticamente significativo.

La reducción del riesgo absoluto (RRA) expresa la diferencia de riesgo entre el alumbramiento expectante y el dirigido, en el grupo de 0 a 5 minutos (6%), 6 a 10 minutos (5%) y 10 y más minutos (1%).

La reducción del riesgo relativo (RRR) es complemento del riesgo relativo. Se expresa en porcentaje 7% para el grupo de 0 a 5 minutos, 75% para el grupo de 6 a 10 minutos y 36% para el grupo de 10 y más minutos.

El número necesario a tratar (NNT) expresa el número de pacientes a tratar para evitar un resultado no deseado (16, 19 y 100 pacientes) para los tres grupos respectivamente.



TABLA No. 11.- TIEMPO DE DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS

TIEMPO (min)	Dirigido (n=130)	Expectante (n=127)	RR	RRA	RRR	NNT	IC	P
0 – 5	125	114	0,93	6%	7%	16	0,87-0,98	0,044
6 – 10	4	11	0,36	6%	64%	18	0,12-0,60	0,562
> 10	1	2	0,50	1%	50%	124	0,05-1,40	0,556
TOTAL	130	127						

RR= Riesgo Relativo, RRA= Reducción del Riesgo Absoluto, RRR= Reducción del Riesgo Relativo, NNT= Número Necesario a Tratar, P= Valor de P.

El tiempo de duración del alumbramiento dirigido en primigestas de 0-5, 6-10, y más de 10 minutos fue menor como lo demuestra los riesgos relativos menores a 1, con intervalos de confianza menor a 1 excepto para la escala > 10 minutos.

La reducción del riesgo absoluto (RRA) expresa la diferencia de riesgo entre el alumbramiento expectante y el dirigido, en el grupo de 0 a 5 minutos (6%), 6 a 10 minutos (6%) y 10 y más minutos (1%).

La reducción del riesgo relativo (RRR) es complemento del riesgo relativo. Se expresa en porcentaje 7% para el grupo de 0 a 5 minutos, 64% para el grupo de 6 a 10 minutos y 50% para el grupo de 10 y más minutos.

El número necesario a tratar (NNT) expresa el número de pacientes a tratar para evitar un resultado no deseado (16, 18 y 124 pacientes) para los tres grupos respectivamente.



TABLA No. 12.- TIEMPO DE DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN MULTÍPARAS

TIEMPO (Minutos)	Dirigido (n=220)	Expectante (n=223)	RR	RRA	RRR	NNT	IC	P
0 – 5	212	201	0,94	6%	6%	16	0,89-0,98	0,0090
6 – 10	2	13	0,16	5%	84%	20	0,04-0,68	0,0041
> 10	6	9	0,68	1%	32%	75	0,24-1,87	0,4464
TOTAL	220	223						

RR= Riesgo Relativo, RRA= Reducción del Riesgo Absoluto, RRR= Reducción del Riesgo Relativo, NNT= Número Necesario a Tratar, P= Valor de P

El tiempo de duración del alumbramiento dirigido en multíparas de 0-5, 6-10 y más de 10 minutos fue menor como lo demuestra los riesgos relativos menores a 1, con intervalo de confianza significativos con excepción de los valores en la escala > 10 minutos.

La reducción del riesgo absoluto (RRA) expresa la diferencia de riesgo entre el alumbramiento expectante y el dirigido, en el grupo de 0 a 5 minutos (6%), 6 a 10 minutos (5%) y 10 y más minutos (1%).

La reducción del riesgo relativo (RRR) es complemento del riesgo relativo. Se expresa en porcentaje 6% para el grupo de 0 a 5 minutos, 84% para el grupo de 6 a 10 minutos y 32% para el grupo de 10 y más minutos.

El número necesario a tratar (NNT) expresa el número de pacientes a tratar para evitar un resultado no deseado (16, 20 y 75 pacientes) para los tres grupos respectivamente.



TABLA 13: COMPLICACIONES

	ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO	ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE	RR	IC	P
RETENCION PLACENTARIA	0	1	0	0	0
RETENCION DE MEMBRANAS	2	5	0.40	0.08- 2.05	0.2253
HIPOTONIA UTERINA	1	9	0,11	0.01- 0.87	0.01083
TOTAL	350	350			

Las complicaciones que se presentaron en el presente estudio son; en el alumbramiento expectante: retención placentaria (1 paciente), retención de membranas (5 pacientes) e hipotonía uterina posparto (9 pacientes); en el alumbramiento dirigido: retención placentaria (0 pacientes), retención de membranas (2 pacientes) e hipotonía uterina (1 paciente).

Las pacientes con retención placentaria y de membranas fueron canalizadas y llevadas a quirófano para realizar extracción manual bajo anestesia general, posterior a lo cual se manejó con la administración de ocitócicos y/o metil-ergonovínicos.

Las pacientes con hipotonía uterina posparto se manejó con la administración de ocitócicos, metil-ergonovínicos.



MEDICIÓN DEL SANGRADO POSPARTO.

La cuantificación del sangrado posparto se realizó mediante el número de toallas cambiadas por la paciente en el lapso de una hora, encontrándose como media dos toallas para el alumbramiento dirigido y tres toallas para el alumbramiento expectante.



CAPÍTULO VI

DISCUSION

La asignación de las embarazadas por aleatorización por conglomerados conformó los dos grupos de investigación resultando exitosamente equiparables como lo demuestran los valores de P superiores a 0.05 para todas las variables de control, tales como, años de edad materna, antecedentes de gestaciones, antecedentes de partos, talla materna, peso materno, peso del recién nacido y talla del recién nacido (tablas 1, 1A, 1 B).

Para conseguir estos resultados aleatorizamos separadamente a primigestas y multíparas.

Como consecuencia de esta aleatorización el grupo de 700 embarazadas fueron también equiparables al ser analizados en subgrupos de primigestas y multíparas (350 embarazadas en cada grupo), primigestas (257 embarazadas en cada grupo) y multíparas (443 embarazadas en cada grupo) como lo demuestran los valores de P mayores a 0.05 para todas las variables de control que constan en las tres tablas de características basales de los tres grupos de embarazadas (tabla 1, 1A, 1 B).

En nuestra investigación clínica aleatorizada el análisis comparativo de la cantidad de sangrado para los dos grupos de atención del alumbramiento



dirigido y del alumbramiento expectante, permite inferir que la atención del alumbramiento dirigido consigue una menor cantidad de sangrado lo que se demostró al obtener riesgos relativos menores a uno (para los 6 rangos o escalas de sangrado con significación estadística).

Consideramos que la mejor comparación de nuestros datos debemos realizar con el metaanálisis efectuado por Prendville, denominado Active versus expectant management in the third estage of labour y que consta en la base de datos de COCHRANE (11).

Este Metaanálisis incorpora 4 investigaciones denominadas Abu DHAI 1997, Bristol 1998, Dublín 1990 y Hinchinbrooke 1998, y demostró que el alumbramiento dirigido que utilizó ocitócicos consiguió disminuir la cantidad de sangrado del alumbramiento expectante en solo 79.33 centímetro cúbicos (157.6 cc en nuestro estudio) y encontró para la duración del alumbramiento un tiempo de 9.77 minutos (2.60 minutos en nuestro estudio), lo cual nos indica que nuestro estudio es mejor con un diferencia de 7.17 minutos.

Nuestros resultados superan los hallazgos del metaanálisis mencionado ya que conseguimos disminuir la cantidad de sangrado de 373.51 centímetros cúbicos con la atención del alumbramiento expectante a 215.91 centímetros cúbicos con la atención del alumbramiento dirigido mediante la administración de ocitocina.



En la tesis realizada por el Dr. Oswaldo Cárdenas Herrera, titulada “ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE” realizada sin la aplicación de ocitocina con una muestra de 200 pacientes, 100 para el alumbramiento dirigido y 100 para el expectante demuestra un promedio de sangrado de 169,80 centímetros cúbicos para el alumbramiento dirigido y 242,25 centímetros cúbicos para el alumbramiento expectante. En comparación con nuestro estudio donde obtuvimos como media 373,51 centímetros cúbicos para el alumbramiento expectante y 215,91 centímetros cúbicos para el alumbramiento dirigido. (tabla 3). Los resultados del Dr. Cárdenas fueron menores porque utilizó el tacto vaginal.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

La investigación clínica aleatorizada demostró que el alumbramiento dirigido mediante la administración de ocitocina y tracción del cordón disminuye el tiempo y la cantidad de hemorragia, si se lo compara con el alumbramiento expectante, resultados primarios de la investigación obtenidos con buena significación estadística.

El sangrado en los seis grupos de estudio evaluado en centímetros cúbicos (0 a 99cc, 100 a 199cc, 200 a 299cc, 300 a 399cc, 400 a 499cc y 500 y más) fue favorable como lo demuestra los riesgos relativos menor a uno.

La atención del alumbramiento dirigido disminuyó los valores de la media correspondiente a la cantidad de sangrado, al valor mínimo, al valor máximo y a la moda en los tres subgrupos de embarazadas, con un valor de $P=0,00000000$, si se lo compara con el alumbramiento expectante (tabla 3).

El alumbramiento dirigido produjo cantidades menores de sangrado como termino medio 215.91 centímetros cúbicos para todas las embarazadas primigestas y multíparas (Tabla 4).



Se obtuvieron cantidades de sangrado menores si se los compara con el alumbramiento expectante, beneficios demostrados con riesgos relativos y límites de confianza menores a uno en los tres subgrupos de embarazadas, lo que demuestra incuestionablemente y con significación estadística las bondades de la atención del alumbramiento dirigido para disminuir la cantidad de sangrado durante el alumbramiento. (tablas 5,6,7).

La atención del alumbramiento dirigido se produjo en un lapso menor si lo equiparamos con la atención del alumbramiento expectante, resultados que se fundamentan en la obtención de riesgos relativos menores a uno para los 5 rangos o escalas de tiempo, confirmados por los respectivos intervalos de confianza menores a uno con excepción de las escalas de 8 a 19 y 10 o más minutos (tablas 8, 11, 12 y 13)

Las medias correspondientes al tiempo de duración del alumbramiento dirigido, el tiempo mínimo, el tiempo máximo y la moda son menores para el alumbramiento dirigido si lo comparamos con el alumbramiento expectante, en los tres subgrupos de embarazadas, hallazgos avalizados por un valor de $P=0.0000000$ (tabla 9)



CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES.

1. Difundir los resultados de esta investigación.
2. Sugerir la implementación del alumbramiento dirigido en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Docente “Vicente Corral Moscoso” Cuenca-Ecuador.
3. Sugerir llevar un registro estadístico de las embarazadas atendidas con el procedimiento de alumbramiento dirigido en el Centro Obstétrico del Hospital Regional Docente “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca-Ecuador.
4. Realizar nuevos estudios sobre este tema, implementando el masaje uterino y el tacto vaginal para detectar la ubicación de la placenta por debajo del cuello uterino y controlando su tracción para disminuir el tiempo del alumbramiento y la cantidad de sangrado. “Tesis Dr. Oswaldo Cárdenas Herrera”.
5. Solicitar a la Facultad de Ciencias Médicas y al Departamento de Postgrado la publicación de esta investigación clínica aleatorizada que obtuvo mejores resultados comparados con el metaanálisis de la base de datos Cochrane.



CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biswas, MK, Craigo, S: The course & Conduct of normal labor & delivery In De Cherney AH, Pernoll MI: Current Obstetrics & Gynecology Diagnosis & treatment. 8th Edition. Appleton & Lange, E. Norwalk, ct 1994.
2. Bowes, WA: Anormalities of third stage. In: creasy RK, Resnik R. Maternal Fetal Medicine: principles and Practice. 3 RD Edición. W.B Saunders Compañy, 1994.
3. Cárdenas, Oswaldo et al. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia. Editorial Universidad de Cuenca . Ecuador. 1990. Pag: 32-44.
4. Cárdenas, Oswaldo. Estudio Comparativo ente el alumbramiento dirigido y el expectante Cuenca-Ecuador 2003.
5. Chapter 35 Cunningham, Gary et al. Williams Obstetricia. 4ta de. Editorial Masson. Barcelona España. 1996. Pag: 338, 603.
6. Cunningham F, MacDonald Pc, Gant NF et al: Williams Obstetrics 20Th Edition. Appleton & Lange, e. Norwalk, ct 1997.
7. Cunningham, G. et al. Williams Obstetricia. 4ta de. Editorial Masson. Barcelona España. 1996. Pag: 338, 603.
8. El-Refaey, H. O'Brian, P. Morafa, W. Use of misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 104. 1997. Págs: 336-339.
9. Ginecología y Obstetricia. Botero. 7^a Edición 2004
10. Hofmeyr, G. Nikodom, Vc. de Jager. Gelbart, BR. A randomized placebo controlled trial of oral misoprostol in the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105 ; 971-5.
11. J.A. Uzandizaga – P. DE LA Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol 1: Obstetricia. 2^a edición 2004
12. Khan, Quadir et al. Controlled Cord Traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. American Journal Obstet Gynecol. Vol 177, Num 6 . 1997. Pag :770-771.



13. Pérez, Manuel. Tratado de Obstetricia. 8 va de. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina Vol 1. 1950.
14. Quintero, F. Mora, S. Estudio comparativo entre el alumbramiento pasivo expectante y el alumbramiento activo dirigido en pacientes del Centro Obstétrico del Hospital "Vicente Corral Moscoso". Tesis. Universidad de Cuenca. 1999. Pág: 48.
15. Rogers, J, McCanollish, R. Ayer s, Truesdale A, Elbourne D. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke. Randomized Controlled trial . Lancet 1998. Mar 7; 351 (9104); 603-9.
16. Salud Perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Boletín 17. CLAP. Diciembre 1998. Pag.: 6-7.
17. Schwarcz, Ricardo et al. Obstetricia. 5ta. ed. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 1995. Pág: 410-415.
18. Sempértegui, F. La investigación en Medicina. Reflexiones teóricas y fundamentos metodológicos. 2 da. ed. Quito. Universidad Central. 1999. Pag: 115.
19. Situación de la salud en el Ecuador. Indicadores básicos por región y provincia. INEC. Edición 2001. 1999.
20. Thomas Wo. Manual removal of de placenta. AM . J. Obstet Gynecol. 1963. Pág: 86.
21. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000007.html>



CAPÍTULO X

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ANEXO 1

Estudio comparativo entre el alumbramiento dirigido y el alumbramiento expectante en el Hospital "Vicente Corral Moscoso". marzo del 2006 a septiembre del 2006.

Protocolo número..... Fecha: Mes Día.....
Autores: Dra. Claudia Bojorque – Dr. Patricio Ortuño

Si está de acuerdo con este documento firmará este consentimiento en el lugar indicado y devolverá a su médico.

Usted va a participar en un estudio que trata de demostrar que luego del nacimiento de su hijo,

la extracción de la placenta mediante la administración de occitocina intramuscular es mejor que esperar a que salga la placenta espontáneamente.

Si usted participa en este estudio será seleccionada a uno de dos grupos de 350 mujeres, por un procedimiento al azar que consiste en algo similar a un sorteo.

No existirán molestias por participar en este estudio si va a cualquiera de los dos grupos ya que se hallará permanentemente vigilada. Si usted no desea ser incluida en el grupo seleccionado, se hará excepción con usted, no ingresará al estudio y se atenderá el parto como es costumbre en este hospital.

La investigación tiene como finalidad disminuir el sangrado y el tiempo del periodo de la salida de la placenta, por lo que solicitamos a Usted, su colaboración. Por participar en cualquiera de los dos grupos no recibirá pago adicional. No se le cobrará ninguna cantidad adicional por participar en este estudio, así como tampoco recibirá dinero por su participación.

Solamente los autores de esta investigación tendrán acceso a sus datos. Su nombre no aparecerá en ningún informe ni publicación sobre los resultados de este estudio.

Su participación en este estudio es voluntaria. Me han explicado y luego de leer este consentimiento informado he recibido respuestas a todas mis preguntas y por lo tanto acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre de la embarazada/ Cédula

Firma

Nombre del investigador

Firma



**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO
Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE. HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2006**

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS:

Nombre.....Historia Clínica.....

NUMERO DE LA PACIENTE EN LA INVESTIGACIÓN.....

GRUPO DE ESTUDIO: ALUMBRAMIENTO ACTIVO ()
(aleatorización) ALUMBRAMIENTO PASIVO ()

VARIABLES DE CONTROL:

EDAD MATERNA (años).....
PRIMIGESTARIDAD. SI.....NO.....
ANTECEDENTE DE GESTACIONES (número).....
ANTECEDENTES DE PARTOS (número).....
TALLA DE LA EMBARAZADA (centímetros).....
PESO DE LA EMBARAZADA (libras o kilos).....
TALLA DEL RECIÉN NACIDO (centímetros).....
PESO DEL RECIÉN NACIDO (kilos).....

→ HORA DEL PARTO (hora y minutos).....

→ DESCENSO PLACENTARIO III : (bajo el borde cervical) Hora:

TABLA PARA RECOLECCION DE DATOS DE LOS SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO PARA AMBOS GRUPOS DE LAUMBRAMIENTO.

SIGNOS	TIEMPO EN MINUTOS												
	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	25	27
ÚTERO FIRME Y GLOBULOSO													
PERDIDA DE SANGRE SÚBITA													
ASCENSO DEL ÚTERO													
DESCENSO DE LA PINZA													
AUSENCIA ASCENSO CORDÓN													
SIGNO PESCADOR													

→ HORA DEL ALUMBRAMIENTO (hora y minutos).....





SANGRADO DEL ALUMBRAMIENTO

CANTIDAD DE SANGRADO DEL ALUMBRAMIENTO (centímetros)...

EPISIOTOMÍA SI.....NO.....
PARTO CON INDUCCIÓN SI.....NO.....
DESGARROS SI..... NO.....

INTEGRIDAD PLACENTARIA

PLACENTA COMPLETA SI.....NO.....

SI EXISTE RETENCIÓN PLACENTARIA

RETENCIÓN PLACENTARIA TOTAL SI.....

RETENCIÓN MEMBRANAS SI.....

RETENCIÓN DE LÓBULOS SI.....

DATOS DEL RECIÉN NACIDO.....

PESO RECIEN NACIDO

APGAR AL MINUTO

APGAR A LOS 5 MINUTOS

SANGRADO DEL POSALUMBRAMIENTO

SANGRADO POS ALUMBRAMIENTO EN 1 HORA (número de toallas)..

Observaciones:



“ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE”

APPELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRES N° DE HISTORIA CLINICA ANEXO 3

DOMICILIO LOCALIDAD TELEFONO EDAD años menor de 15 mayor de 35 ALFABETA ESTUDIOS ESTADO CIVIL

ANTECEDENTES PERSONALES OBSTETRICOS FAMILIARES TB diabetes hipertensión genitales otros TB diabetes hipertensión crónica cirugía pélvica - uterina infertilidad otros gestas abortos vaginales nacidos vivos nacidos muertos muertos tras sem. después tras sem. vivos fin anterior embarazo mes año RN con mayor peso g

EMBARAZO ACTUAL PESO ANTERIOR TALLA (cm) FUM DUDAS ANTITETANICA 1° 2°R GRUPO FUMA HOSPITALIZACION TRASLADO Lugar

EX. CLINICO EX. MAMAS EX. CDOMT PELVIS PAPANIC COLPOSCOPIA CERVIX VDRL GLUCOSA hb g/dl 1 dia mes hb g/dl 2 dia mes

fecha de la consulta 1/ 2/ 3/ 4/ 5/ 6/ 7/ 8/ 9/ semanas de amenomae peso (Kg) tensión arterial máx./mín. (mm Hg) Alt. uterina pubis fondo / presen. Cef. Pelv./Tr. F.C.F. (lat./min.) / mov. fetal edema / albuminuria (cruces) sangrado genital Nombre del examinador

PARTO ABORTO CONSULTA PRENATAL N° ORIGEN en el hosp. con carné INGRESO temperatura °C EDAD GEST. sem. menor 37 mayor 41 PRES. cef. pelv. Tran. TAMAÑO FETAL Adecuado no si INICIO esp. int. ces. elect. MEMBRANAS fecha ruptura hora min dia mes

PATOLOGIAS ninguna emb. múltiple hipert. previa preeclampsia eclampsia cardiopatia diabetes infección urinaria otras infecciones parasitosis R.C.I.U. amen. parto prem. desprop. cef. pelv. hemorragia 1er. trim. hemorragia 2do. trim. hemorragia 3er. trim. TRABAJO DE PARTO hora tensión arterial máx./mín. (mmHg) contracciones/frec./10min / dur seg altura / var. posic F.C.F. / F.C. mat. (latidos / min.) dilat. cerv. / meconio Nombre del examinador PATOLOGIAS P.P. asist. pra memb. intec. part. hemor. part. otras

TERMINACION espont. fórceps cesarea otra hora min dia mes año NIVEL DE ATENCION 3° 2° 1° domic. otro N-H.C. RN ATENDIDO médico enf./ gest. auxil. estud./ part. otro nombre RN PARTO NEONATO NOMBRE NOMBRE MEDICACION EN PARTO ning. anest. reg. anest. gener. anest. tranquil. ootoc. antibióticos otros

RECEN NACIDO En aborto y FM solo sexo y peso SEXO PESO AL NACER PER. CEFALICO TALLA EDAD POR EX. FISICO PESO E.G. APGAR 1° 5° REANIM. RESPIR. VDRL PUERPERIO horas o días post. parto o aborto temperatura pulso (lat./min.) tensión arterial máx./mín. (mm Hg) invol. uterina características de loquios

EXAMEN FISICO normal anormal PATOLOGIAS ninguna membr. hialina sind. aspirat. agnea otros SDR hemorragia hiperbilirub. otras hematol. infecciones defectos congen. neurológicas metab./nutric. * otras ALOJ. CONJUNTO HOSPITALIZADO

R.N. B.C.G. SI NO P.V.D. SI NO GRUPO R.N. OBSERVACIONES RECIBIO NO

EGRESO RN sano traslado con patol. fallece ALIMENTO pecho mixto artificial PESO AL EGRESO EGRESO MATERNO sano traslado con patol. fallece ANTICONCEPCION ligadura condón DIU píldora inyectables ritmo otro

Responsable Responsable

MSP - H.C.U. Form 051 ATENCION PERINATAL



ANEXO 4

REFERENCIAS

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Dips tipo I (Desaceleración precoz) _____ I

Dips tipo II (Desaceleración tardía) _____ II

Dips variables (Desaceleración variable) _____ V

Mecotono _____ M

POSICION MATERNA

Lit. derecha _____ LD

Lit. izquierda _____ LI

Dorsal _____ D

Sentada _____ SS

Prone o Camillando _____ PS

SCHWARTZ, R. DIAZ, A.G.
NIETO, F. CLAP

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA*
(en horas) p10

0-15	0-15	0-05	0-30	0-20
0-25	0-25	0-10	0-35	0-35
0-35	0-40	0-25	0-40	0-50
1:00	0-55	0-35	1:00	1:05
1:15	1-25	1:00	1:30	1:25
2:00	2-30	2-30	3:15	2:30

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

FRECUENCIA CARDIACA - FETAL
PLANOS DE HODGE Y VAREDADE DE POSICION
DILATACION CERVICAL
ROTURA ESPONTANEA MEMB.
ROTURA ARTIFICIAL MEMB.

INTENSIDAD
Fuerte _____
Normal _____
Débil _____

LOCALIZACION
Suprapúbico _____ SP
Sacro _____ S

Frecuencia - contracciones _____

APellido PATERNO _____ **MATERNO** _____ **NOMBRES** _____

PARTOGRAMA

DILATACION CERVICAL (cm)

HORA DE REGISTRO

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p

HORA REAL

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p

DIAGRAMA DE HODGE Y DE LEE

Y-axis: 0, 100, 115, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200

X-axis: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

Scale: Hodge (I, II, III, IV) and De Lee (1, 2, 3, 4)

PARTE _____ **DIAS** _____ **MESES** _____ **AÑOS** _____

Nº DE HISTORIA CLINICA _____



HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO"

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	N° DE HISTORIA CLINICA
------------------	---------	---------	------------------------

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> GESTA <input type="text"/> <input type="text"/> PARA <input type="text"/> <input type="text"/> CESAREA <input type="text"/> <input type="text"/>	PARTOS A TERMINO <input type="text"/> <input type="text"/> PARTOS PREMATUROS <input type="text"/> <input type="text"/> ABORTOS <input type="text"/> <input type="text"/> NACIDOS VIVOS <input type="text"/> <input type="text"/> NACIDOS MUERTOS <input type="text"/> <input type="text"/>	FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION <table border="1"> <tr> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Día</th> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> Semanas de gestación <input type="text"/> <input type="text"/> N° de controles prenatales <input type="text"/> <input type="text"/> Madurez fetal: _____ Ultrasonidos: _____	Año	Mes	Día	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GRUPO SANGUINEO <input type="text"/> O <input type="text"/> A <input type="text"/> B <input type="text"/> AB FACTOR Rh <input type="text"/> + <input type="text"/> - V.D.R.L. u otras <input type="text"/> + <input type="text"/> - Hb. g% <input type="text"/> <input type="text"/> P.A.P. (Clase y fecha): _____
Año	Mes	Día							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

VALORACION Y VIGILANCIA PREPARTO

PRIMERA		SUBSECUENTES							
	Fecha (año, mes, día)								
	Hora (0-24)								
	Temperatura (°C)								
	Tensión arterial (sistólica/diastólica)	/	/	/	/	/	/	/	/
	Edema (cruces)								
	Tiempo de labor (horas)								
	EXAMEN	Abdominal							
		Vaginal							
	Frecuencia cardiaca fetal y variabilidad (x')								
	CONTRACION UTERINA	Intervalo							
		Duración (en segundos)							
	Intensidad en (cruces)								
	Presentación fetal - Variedad de posición								
	CUELLO	Dilatación (cm)							
		Borramiento							
	DESCENSO DE LA PRESENTACION	Móvil (M)							
		1er. plano (I)							
		2do. plano (II)							
		3er. plano (III)							
	4to. plano (IV)								
	Proporción pélvico - cefálico								
	MEMBRANAS	Integras							
		Rotas (tiempo en horas)							
	LIQUIDO AMNIOTICO	Cantidad							
		Color							
	Sangrado genital								
	Albuminuria (cruces)								
	Glucosuria (cruces)								
	Analgesia								
	Ocitócicos (unidades)								
	Uteroinhibidores (unidades)								
	Valoración de riesgo y causa								
	Diagnóstico								
	Nombre del examinador								



INDICE

CARATULA.....	1
RESPONSABILIDAD.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
DEDICATORIA.....	4, 5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	8

CAPÍTULO I

INTRODUCCION.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACION.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....	17
Identificación de los elementos teóricos.....	17

CAPÍTULO III

Hipótesis.....	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos.....	22

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA.....	23
Tipo de estudio y diseño general.....	23
Componente educativo para los investigadores.....	24
Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra.....	25
Tamaño de la muestra.....	25
Cálculo del tamaño de la muestra en el programa Epi Info de la Organización Panamericana de la Salud, OPS.....	25
Criterios de inclusión.....	28
Criterios de exclusión.....	28
Asignación.....	29
Operacionalización de las variables.....	30
Variables de control.....	30
Variables independientes.....	31
Tipo de Alumbramiento.....	31
Variables dependientes.....	31
Dimensiones Indicadores y escalas de las variables de control.....	31
Edad materna.....	31
Antecedentes de gestaciones.....	31
Antecedente de partos.....	32
Talla de la embarazada.....	32
Peso de la embarazada.....	32
Talla del recién nacido.....	32
Peso del recién nacido.....	32
Definiciones e indicadores de las variables independientes.....	33
Inicio de la atención del alumbramiento dirigido.....	33
Pinzamiento del cordón umbilical.....	33
Administración de ocitocina.....	34



<i>Inicio de la atención del alumbramiento expectante</i>	34
<i>Pérdida repentina de sangre</i>	35
<i>Descenso de la pinza del cordón</i>	35
<i>Útero firme y globuloso</i>	36
<i>Signo visual del ascenso del útero</i>	36
<i>Aucencia del ascenso del cordón</i>	37
<i>Presencia del signo del pescador</i>	37
<i>Definiciones, indicadores y escalas de las variables dependientes</i>	38
<i>Variables dependientes</i>	38
<i>Expulsión total de la placenta</i>	38
<i>Tiempo de duración del alumbramiento</i>	39
<i>Cantidad de hemorragia del alumbramiento</i>	40
<i>Complicaciones del alumbramiento: retención de membranas o lóbulos placentarios</i>	41
<i>Hemorragia posalumbramiento durante la primera hora</i>	41
<i>Procedimiento de atención para el alumbramiento dirigido(11)</i>	42
<i>Procedimiento de atención para el alumbramiento expectante(3)</i>	43
<i>Complicaciones del alumbramiento</i>	44
<i>Metodología para el análisis de los resultados</i>	46
<i>Aspectos éticos</i>	46

CAPÍTULO V

<i>RESULTADOS</i>	47
<i>TABLA No. 1.-EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS PARA EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EL ALUMBRAMIENTO EXPECTANTE</i>	47
<i>TABLA 1A: CARACTERISTICAS BASALES PRIMIGESTAS</i>	48
<i>TABLA 1B: CARACTERISTICAS BASALES MULTÍPARAS</i>	49
<i>TABLA No. 2.- CANTIDAD DE SANGRADO EN LOS DOS TIPOS DE ALUMBRAMIENTO EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS</i>	50
<i>TABLA No. 3.- CANTIDAD DE SANGRADO DEL ALUMBRAMIENTO EN LOS DOS TIPOS DE ALUMBRAMIENTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS: MEDIAS DS</i>	51
<i>TABLA No. 4.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTES EN PRIMIGESTAS MULTÍPARAS</i>	52
<i>TABLA No. 5.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTES EN PRIMIGESTAS MULTÍPARAS</i>	53
<i>TABLA No. 6.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS</i>	54
<i>TABLA No. 7.- CANTIDAD DE SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN MULTÍPARAS</i>	55
<i>TABLA No. 8 : TIEMPO DE DURACIÓN DE LOS DOS TIPOS DE ALUMBRAMIENTO EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS</i>	56
<i>TABLA No. 9.- TIEMPO DE DURACIÓN EN MINUTOS DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS</i>	57
<i>TABLA No. 10.- TIEMPO DE DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS</i>	58
<i>TABLA No. 11.- TIEMPO DE DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS</i>	59
<i>TABLA No. 12.- TIEMPO DE DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO Y EXPECTANTE EN PRIMIGESTAS</i>	60
<i>TABLA 13: COMPLICACIONES</i>	61
<i>MEDICIÓN DEL SANGRADO POSPARTO</i>	62

CAPÍTULO VI

<i>DISCUSION</i>	63
------------------------	----

CAPÍTULO VII



<i>CONCLUSIONES</i>	66
<i>CAPÍTULO VIII</i>	
<i>RECOMENDACIONES</i>	67
<i>CAPÍTULO IX</i>	
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	68
<i>CAPÍTULO X</i>	
<i>ANEXOS</i>	71
<i>INDICE</i>	78