



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“EFICACIA DE LA OXITOCINA VÍA INTRAUMBILICAL EN COMPARACIÓN
CON LA OXITOCINA VÍA INTRAMUSCULAR EN EL TERCER PERÍODO
DEL TRABAJO DE PARTO. CENTRO ASISTENCIAL MATERNO INFANTIL
PIMENTEL JULIO – OCTUBRE 2017”**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA**

**AUTORA
LIZETH CONSUELO FUENTES LOZANO**

**ASESOR
DR. OSCAR FELIPE ROMERO GONZALES**

**CHICLAYO - PERÚ
2019**

DEDICATORIA

✚ A Dios, por su amor infinito, por la salud que me concede y por permitirme lograr mis objetivos.

✚ A mis padres Marina y Dante por su amor y apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante para ser profesional.

✚ A mis hermanos Lezly, Gianella, Dante y Dayiro, además de mi sobrina Flavia por estar conmigo y apoyarme siempre.

LIZETH CONSUELO

AGRADECIMIENTO

✚ Al Dr. Oscar Felipe Romero Gonzáles, por su ayuda y apoyo incondicional en la asesoría investigativa.

✚ Al Médico jefe del Centro Asistencial Materno Infantil Pimentel, Jorge Ticlla Riquelme y al personal que labora en el Servicio de Obstetricia por las facilidades en la respectiva recolección de la información para la elaboración del Informe Final de Tesis.

LA AUTORA

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE	04
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
I. INTRODUCCIÓN	07
I.1 Marco Teórico	07
a. Situación Problemática	07
b. Antecedentes bibliográficos	10
c. Base Teórica	16
1.2 Problema	21
1.3 Hipótesis	21
1.4 Objetivos	21
1.5 Justificación de la Investigación	22
1.6 Variables: Operacionalización	23 - 24
II. MATERIAL Y MÉTODOS	25
2.1 Tipo de Investigación	25
2.2 Diseño de Contrastación	25
2.3 Población y muestra	26
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	27
2.5 Procedimiento	27
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	30
III. RESULTADOS	31
IV. DISCUSIÓN	36
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXO	48

RESUMEN

Con el objetivo general de evaluar la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. Centro Asistencial Materno Infantil Pimentel julio – octubre 2017. Se realizó el presente estudio de tipo Transversal y Analítico cuyo diseño fue Cuasi - Experimental. La población muestral estuvo constituida por 22 gestantes por grupo en trabajo de parto que cumplieron con los criterios de selección.

Los principales resultados fueron:

- En ambos grupos de estudio prevalecieron las gestantes cuya edad oscilaba entre 24 y 29 años en el 36.6% y 50%. En relación a la paridad en el grupo donde se aplicó la Oxitocina Intraumbilical prevalecieron las primíparas en el 68.18%, mientras que en el grupo donde se aplicó la oxitocina intramuscular prevalecieron las multíparas en el 54.55%. Respecto al mecanismo de desprendimiento placentario el 90.91% y 95.45% fueron Schultze en ambos grupos y Duncan se presentó en el 9.09% y en el 4.55% respectivamente.
- Respecto a la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. Se halló que la oxitocina vía intraumbilical acorta la duración del tiempo del alumbramiento en las parturientas.
- La eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular disminuye la pérdida de sangre en el alumbramiento en las parturientas.

Palabras Claves: Eficacia, oxitocina, vía intraumbilical, vía intramuscular, tercer período del trabajo de parto.

ABSTRACT

With the general objective of Evaluating Efficacy of oxytocin via intraumbilical compared to oxytocin intramuscularly in the third period of labor. Maternal and Child Health Center Pimentel July - October 2017. The present Transversal and Analytical study was carried out, whose design was Quasi - Experimental. The sample population consisted of 22 pregnant women per group in labor that met the selection criteria.

The main results were:

- In both study groups, pregnant women whose age ranged between 24 and 29 years prevailed in 36.6% and 50%. In relation to the parity in the group where the Intraumbilical Oxytocin was applied, the primiparous prevailed in 68.18%, while in the group where the intramuscular oxytocin was applied, the multiparous prevailed in 54.55%. Regarding the mechanism of placental detachment 90.91% and 95.45% were Schultze in both groups and Duncan was presented in 9.09% and 4.55% respectively.
- Regarding the efficacy of oxytocin via intraumbilical compared to oxytocin intramuscularly in the third period of labor. It was found that oxytocin via intraumbilical shortens the duration of delivery time in parturients.
- The efficacy of oxytocin via intraumbilical compared to oxytocin intramuscularly decreases blood loss at delivery in parturients.

Keywords: Efficacy, oxytocin, intraumbilical route, intramuscular route, third period of labor.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

Como se sabe, el manejo activo del tercer periodo del parto tiene gran importancia sobre la pérdida sanguínea, tiempo de alumbramiento y complicaciones que puedan presentarse durante este periodo.¹

El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto es una medida efectiva para, acelerar la liberación de la placenta incrementando las contracciones uterinas y prevenir la hemorragia posparto impidiendo la atonía uterina.²

Así pues, la hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas que pueden presentarse en el puerperio y continúa representando una de las tres primeras causas de muerte materna a nivel mundial, más aún en países en vías de desarrollo.^{3,4,5,6}

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), describen que, una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Para prevenir estas muertes, estos organismos

internacionales lanzaron la iniciativa: “Cero muertes maternas por hemorragia” desde inicios del 2015.⁷

Se estima que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión.⁷

La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. Siendo las adolescentes y jóvenes las que corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.⁸

Según el Boletín Epidemiológico del Perú del I semestre del año 2018. En lo que respecta a la situación de la mortalidad materna, el 100% de muertes ocurridas durante el parto fueron por causas directas. siendo, la hemorragia como la principal complicación identificada.⁹

Se denomina tercer periodo de parto o alumbramiento, al tiempo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, en este periodo la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares.²

El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto tiene gran importancia sobre la perdida sanguínea, tiempo de alumbramiento y complicaciones de este periodo. La evidencia

sugiere que el manejo activo del tercer periodo del parto reduce la duración del alumbramiento y en consecuencia la incidencia y la severidad de la hemorragia del alumbramiento y postparto, por ende; la morbilidad materna.^{10,11}

Es preciso destacar que, la inyección en la vena umbilical fue usada por primera vez para el tratamiento de la placenta retenida por Mojon y Asdrubali en el año 1826. Por su parte, a inicios del siglo XX ya se describía su beneficio (reducción de la necesidad de extracción manual de la placenta).¹¹

La administración profiláctica de rutina de uterotónicos forma parte de la conducta activa del alumbramiento y ayuda a prevenir la hemorragia postparto. Es decir, si no se utiliza un agente oxitócico en el alumbramiento la probabilidad de sufrir una hemorragia post parto es elevada.¹²

Por todo ello, se realizó la presente investigación para comparar la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical con la oxitocina vía intramuscular (manejo activo) en el tercer período del trabajo de parto en el Centro Asistencial Materno Infantil Pimentel julio – octubre 2017.

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales:

Lojano M (Ecuador - 2014).¹³ Ejecutó un estudio clínico aleatorizado de la eficacia de la oxitocina vía cordón umbilical en el manejo activo del tercer periodo del parto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca. Se estudiaron dos grupos al primero (64 pacientes) se administró oxitocina vía cordón umbilical más manejo activo del alumbramiento; el segundo grupo (66 pacientes) se realizó manejo del tercer periodo del trabajo de parto. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa a favor de menor tiempo de duración del alumbramiento para el grupo que recibió oxitocina vía umbilical, existió un beneficio con la administración de oxitocina vía cordón umbilical, para un menor volumen de sangrado del alumbramiento, si bien hubo una tendencia a disminuir la incidencia de hemorragia postparto (sangrados más de 500 ml) en las pacientes a las que se les administro oxitocina vía cordón umbilical; estos resultados no fueron estadísticamente significativos. En el grupo que recibió la oxitocina vía cordón umbilical no existió alumbramiento incompleto, retención placentaria o de membranas ovulares tampoco transfusiones sanguíneas, ni efectos secundarios del medicamento.

Nankali A y Colab (Taiwan - 2012).¹⁴ Elaboraron un estudio con el objetivo de determinar si la inyección de la oxitocina en la vena intraumbilical reduce la necesidad manual de remoción de la placenta y se acorta la tercera etapa del parto, en comparación con el placebo. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, 178 mujeres con embarazo de feto único y parto normal fueron estudiados en un año. Seguidamente después de la entrega del feto se hizo la infusión de oxitocina (20 UI/L) se inició en ambos grupos, Por otra parte, 10 UI de oxitocina y 1ml de solución salina fueron inyectadas en la vena umbilical de las mujeres en los grupos experimentales y de control respectivamente. La duración del trabajo de la tercera etapa, la necesidad de la entrega manual de la placenta, y los efectos secundarios de los medicamentos se evaluaron en ambos grupos. Los autores concluyeron que la administración de la vena intraumbilical de 10UI (1ml) de oxitocina inmediatamente después del parto era efectiva en la reducción de la tercera etapa del parto.

Güngördük K y Colab (EE. UU - 2010).¹⁵ Elaboraron una investigación de tipo prospectiva, aleatorizada a doble ciego. Cuyo objetivo fue estimar la eficacia del uso de la inyección de oxitocina en la vena intraumbilical con manejo activo de la tercera etapa del parto para reducir la pérdida sanguínea y duración de la tercera etapa de parto. La población la formaron 412 mujeres sometidas a parto vaginal que no tenían factores de riesgo para la hemorragia

postparto. Las cuales fueron asignadas al azar para recibir oxitocina 20 unidades internacionales diluido con 26 ml solución salina o solución salina 10 ml, por inyección en la vena intraumbilical. La gestión activa de la tercera etapa del parto (profiláctica inyección de oxitocina 10 unidades internacionales a 2 minutos de nacimiento, pinzamiento precoz del cordón umbilical y la tracción controlada del cordón umbilical) fue utilizada en ambos grupos. El uso de la inyección de oxitocina en la vena umbilical con el manejo activo de la tercera etapa del parto disminuyó significativamente la pérdida de sangre después del parto y la duración de la tercera etapa.

Nacionales

Sánchez E, Torres M (Chota - 2017).¹⁶ Elaboraron una tesis con el objetivo general de evaluar el efecto de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en la duración y el volumen de sangrado en el alumbramiento. Hospital “José Soto Cadenillas” - Chota, abril – diciembre del 2016. La población muestral estuvo constituida por 30 gestantes en tercer periodo de trabajo de parto durante el período y hospital antes mencionado, que cumplieron con los criterios de selección. Hallando que, en ambos grupos de estudio prevalecieron las gestantes cuya edad oscilaba entre 24 a 29 años en el 50 y 40% respectivamente. El efecto de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular acorta la duración del tiempo del alumbramiento en las

parturientas. El efecto de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular disminuye la pérdida de sangre en el alumbramiento en las parturientas.

González S (Chota - 2016).¹⁷ El presente trabajo tuvo como objetivo Identificar las ventajas de la administración de oxitocina vía vena umbilical en mujeres atendidas durante el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto fue un estudio no experimental, de corte transversal, descriptivo; la muestra fue de 84 parturientas, del cual a 42 pacientes se les administró oxitocina vía vena umbilical (Grupo de estudio), y a las otras 42 pacientes (grupo control), tuvo un manejo expectante, con la finalidad de verificar el efecto de la oxitocina en relación a la cantidad de sangrado, tiempo de expulsión de la placenta y la presencia de complicaciones post alumbramiento. Los resultados muestran que la administración de 10UI de oxitocina vía vena umbilical, logra significativamente un menor tiempo del periodo de alumbramiento, con un promedio de 5,6 min. para el grupo de estudio, y 6,7 min. para el grupo control. Por otro lado, existe un mayor porcentaje de parturientas del grupo de estudio, con sangrado posparto menor a 300cc. el que corresponde a un 61,90%, mientras que las parturientas del grupo control representaron un 38,10%. Por lo tanto, la cantidad de sangrado post alumbramiento, se redujo en un promedio de 215,2 cc en multíparas, así como el tiempo de expulsión de la placenta en 1,1 min. y la presencia de

complicaciones post alumbramiento como reducción de la retención de restos placentarios, al comparar el manejo expectante con el manejo activo con oxitocina vía vena umbilical. Concluyendo que la administración de oxitocina por vía vena umbilical es ventajoso para el manejo del tercer periodo del trabajo de parto.

Gómez D (Lima - 2016).¹⁸ Elaboró un estudio cuasi - experimental, con dos grupos, constituidos por 15 participantes en cada grupo de mujeres en tercer periodo de trabajo de parto. El objetivo fue evaluar el efecto de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en la duración y el volumen de sangrado en el alumbramiento en parturientas en el Hospital Nacional Sergio Bernal, 2015. El primer grupo (15 pacientes) recibieron oxitocina vía cordón umbilical más el manejo activo del alumbramiento y el segundo grupo (15 pacientes) recibió manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto. La técnica utilizada fue la observación y los instrumentos utilizados fueron un cronómetro para medir tiempo y una bureta para medir volumen. Los resultados fueron, que el tiempo medio del grupo que recibió oxitocina vía intraumbilical (3.7 min) fue menor en relación al grupo que recibió solo oxitocina intramuscular (9.6 min), de igual manera para la pérdida de sangre durante el alumbramiento (127.6 ml vs 270 ml respectivamente), siendo estas diferencias significativas ($p = 0.001$), para ambos grupos. Conclusiones, el efecto de la oxitocina vía intraumbilical en

comparación con la oxitocina vía intramuscular disminuye significativamente la duración del tiempo del alumbramiento y la pérdida de sangre en el alumbramiento.

Gutarra R, Campos T y Cuba F (Lima - 2012).¹⁹ Elaboraron un estudio con el objetivo de comparar la eficacia y seguridad de los alumbramientos asistido con oxitocina intraumbilical y expectante con clampaje parcial y rutinario, para disminuir el sangrado en la tercera etapa del parto. La población de estudio estuvo constituida por 180 gestantes las cuales fueron elegidas aleatoriamente mediante muestreo sistemático al ingresar a hospitalización del servicio de obstetricia, se comparó tres formas de alumbramiento: a) asistido con oxitocina intraumbilical; b) expectante con clampaje parcial del cordón umbilical (de solo el lado fetal del cordón); y c) rutinario o expectante con doble clampaje del cordón umbilical. En cada grupo ingresaron 60 gestantes, siendo las principales medidas de resultado: tiempo de alumbramiento y complicaciones. Finiquitando que los alumbramientos asistidos y expectante con clampaje parcial fueron más eficaces que el alumbramiento rutinario.

Rojas D (Lambayeque - 2011).²⁰ Realizó un estudio con el objetivo de determinar el tipo de alumbramiento dirigido principalmente recomendado en el manejo activo en el tercer periodo del trabajo de parto, en su estudio conformado por 3 grupos, observa, que a las parturientas que se les administró 10 UI de oxitocina vía vena

umbilical, presentaron un sangrado menor de 300 cc. lo que corresponde a un 96,30% y solo el 3,7% de oxitocina vía intramuscular, concluyó que el uso de 10 UI de oxitocina vía intraumbilical disminuye el tiempo de duración del alumbramiento, comparando el uso de oxitocina a través de diferentes vías, la cantidad de sangrado post - parto en el puerperio inmediato fue significativamente menor cuando se utilizó 10 UI de oxitocina vía intraumbilical a comparación de las otra dos vía de administración, no se presentó ningún caso de complicaciones postparto en las pacientes que se administró 10 UI de oxitocina vía intraumbilical a comparación de las otras dos vía de administración.

* No se hallaron estudios a nivel local ni regional.

c) Base teórica

El alumbramiento es el tercer periodo del parto durante el cual una vez terminada la expulsión del producto de la concepción se produce la separación o desprendimiento de los anexos fetales del útero y su expulsión al exterior.² Evidenciándose por algunos signos como: Dolor tipo cólico debido a la contracción del útero, formación del hematoma retro placentario que se manifiesta por sangrado genital.²

El alumbramiento es la tercera etapa del parto, comprende el desprendimiento placentario, la separación del corion y amnios, la hemostasia uterina y la expulsión de los anexos. En la mayoría de

los casos (80-90%), como en éste, el desprendimiento placentario tiene lugar mediante el mecanismo de Baudelocque- Schultze. El proceso se inicia en el centro de la placenta de manera que, al formarse el hematoma, la placenta es empujada hacia abajo y al descender arrastra a las membranas. El saco formado por la membrana se invierte como un paraguas.²¹ (paraguas invertido) y luego se produce el sangrado. Dura de 4 a 10 minutos.²²

Mecanismo de Baudelocque - Duncan, menos frecuente, el desprendimiento se inicia en el borde placentario, por lo que el sangrado es precoz.²²

Signos clínicos de desprendimiento:

- Signo de la pérdida hemática exteriorizado por los genitales externos.
- Reaparición de la dinámica uterina.
- Signo de Schroeder, útero palpable a 3 centímetros supraumbilical y lateralización a la derecha.
- Signo del cordón de Küstner, es la inmovilidad de la pinza que está unida al cordón, al traccionar el fondo del útero hacia arriba.
- Signo de Ahlfeld, descenso espontaneo de la pinza unida al cordón. El desprendimiento es completo al descender más de 10 centímetros.

- Signo de Fabres o del pescador, se tracciona el cordón y se palpa las trepidaciones en el fondo uterino.
- Signo placentario, es la sensación de pujo materno cuando la placenta ocupa la vagina. ²³

Una vez expulsada la placenta y membranas ovulares se debe evaluar su integridad para evitar retención de restos placentarios que imposibilitan las contracciones uterinas. La duración máxima de este periodo debe ser de 30 minutos, luego de lo cual se debe considerar como placenta retenida y se debe proceder a ejecutar maniobras más intervencionistas. ²³

Tercer Periodo: Alumbramiento.²⁴ Centro Obstétrico (Sala de Parto).

La atención del parto en posición, concluye con el nacimiento del recién nacido; prosigue la atención del alumbramiento (manejo activo del tercer periodo del parto), que debe atenderse en posición horizontal debido al aumento del sangrado vaginal.^{25, 26} El manejo activo del tercer periodo del parto incluye:

- Uso de oxitocina.
- Tracción controlada del cordón umbilical (TCC).
- Compresión bimanual externa. (CBE)

Por su parte, la Oxitocina es el fármaco más prescrito en la práctica de la Obstetricia para inducción o conducción del trabajo de parto. Debido a su decisivo papel en este proceso y a todos sus efectos en el cuerpo, la oxitocina debe de ser ampliamente conocida por todos los obstetras.²⁷

La oxitocina se produce en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, se libera sobre todo de la neurohipófisis y de terminaciones nerviosas. Viaja del cerebro al corazón y de ahí a todo el cuerpo, activa o modula una amplia gama de funciones y emociones. Su efecto principal son las contracciones del miometrio y de las células mioepiteliales de la mama para la eyección de leche.

27

Sus efectos adversos se relacionan con la dosis. En la actualidad no se conocen con exactitud las dosis mínimas y máximas en que debe administrarse. Se necesita más investigaciones de receptores centrales y periféricos, del uso que se le da actualmente a los agonistas y antagonistas de oxitocina y su receptor. Sus efectos adversos documentados han sido subvalorados.²⁷

En Obstetricia, la oxitocina se indica para inducir, conducir el trabajo de parto y para controlar la hemorragia obstétrica. Aún no se sabe con exactitud si deben indicarse dosis máximas o mínimas para la inducto conducción del trabajo de parto; por eso se necesita más

investigación de los receptores centrales y periféricos. Los efectos adversos hasta ahora documentados han sido subvalorados, el Institute for Safe Medication Practices la considera un medicamento con mayor riesgo de daño.²⁷

Contraindicaciones.

Las contraindicaciones para el uso de oxitocina incluyen sufrimiento fetal, pre madurez, presentación fetal anormal, desproporción céfalo pélvica, y otros cuadros que predisponen a la rotura del útero.²⁸

Definición de Términos y conceptos

- **Hemorragia post parto:** Se define como la pérdida de 500 ml o más de sangre o más en las primeras 24 horas después del parto o descenso del hematocrito en un 10% o más.²⁹
- **Oxitócicos:** De (tokos= parto y oxites= que acelera) son fármacos que producen contracción del útero, por lo que son útiles para inducir o dirigir el parto mediante un estímulo controlado del a motilidad uterina.³⁰
- **Administración de oxitocina vía intraumbilical:** Administración de oxitocina en la vena umbilical durante el alumbramiento.
- **Tiempo de alumbramiento:** Tiempo transcurrido desde la expulsión fetal hasta la eliminación de la placenta, el cordón umbilical y las membranas ovulares por el canal del parto.

- **Volumen de sangrado en el alumbramiento:** Cantidad de sangre en el tercer periodo de trabajo de parto expresado en mililitros. parto mediante un estímulo controlado de la motilidad uterina.

1.2 Problema

¿Cuál es la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. Centro Asistencial Materno Infantil Pimentel julio – octubre 2017?

1.3 Hipótesis

La oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular disminuye la duración y el volumen de sangrado en el alumbramiento.

1.4 Objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. Centro Asistencial Materno Infantil Pimentel julio – octubre 2017.

Objetivos Específicos:

1. Cuantificar las variables edad materna, paridad y los Mecanismo de desprendimiento placentario.
2. Comparar la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical con la oxitocina vía intramuscular en relación al tiempo del alumbramiento.
3. Comparar el efecto de la oxitocina vía intraumbilical con la oxitocina vía intramuscular en relación a la pérdida de sangre en el alumbramiento.

1.5 Justificación de la Investigación:

La presente tesis se justifica porque ahonda los conocimientos teóricos sobre el tercer periodo del parto, su fisiopatología y complicaciones. Además, sobre la farmacología de la oxitocina, la prevención de la primera causa de muerte materna que es la hemorragia post parto, además amplía la práctica de los profesionales que trabajan en sala de partos en los diferentes establecimientos de salud, evitando sus complicaciones, así como los elevados costos que implica el tratamiento de las complicaciones de la hemorragia post parto.

La importancia del presente estudio radica en el perfeccionamiento de las estrategias sobre manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto. Siendo los resultados la base de estas estrategias.

1.6 Variable:

Variable Independiente. Administración de oxitocina:

Para el presente estudio se conformaron 2 grupos, un grupo para administración de oxitocina vía intraumbilical, que correspondería al grupo experimental, y otro para administración de oxitocina vía intramuscular como grupo control.

Variable Dependiente. Tercer Período del Trabajo de Parto

Tiempo de alumbramiento:

El tiempo de alumbramiento se medirá en minutos, haciendo uso de un cronometro digital.

Volumen de sangrado en el alumbramiento:

Para valorarlo se adecuará un sistema para coleccionar la máxima cantidad de sangre perdida, luego se utilizará un recipiente con graduación en mililitros.

Operacionalización de Variables

Variables	Indicador	Sub Indicador	Escala	Instrumento
V.I Administración de oxitocina	Vía intramuscular (Manejo activo del Tercer Período del parto)	Aplicación en muslo de la madre	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
	Vía intraumbilical	Aplicación en vena umbilical	Nominal	
V.D Tercer Período del Trabajo de Parto	Tiempo de alumbramiento	Tiempo en minutos.	De Intervalo	
	Volumen de pérdida sanguínea durante el alumbramiento	Volumen en mililitros.	De Intervalo	

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Transversal - Analítico. ³¹

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

Cuasi - Experimental. ³¹

G¹ X¹ O¹, O²

G² X² O³, O⁴

G¹ = Grupo 1: Gestantes en tercer periodo de trabajo de parto a quienes se aplicó oxitocina vía intraumbilical

G² = Grupo 2: Gestantes en tercer periodo de trabajo de parto a quienes se aplicó oxitocina intramuscular.

X¹ = Administración de oxitocina vía intraumbilical

X² = Administración de oxitocina vía intramuscular

O¹, O³ = Medición de la duración del alumbramiento

O², O⁴ = Medición del volumen de sangrado

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por todas las mujeres en labor de parto atendidas en sala de partos en el Centro asistencial materno infantil Pimentel en el período julio – octubre del 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Embarazo único a término.
- Gestante en trabajo de parto y en posición materna horizontal.
- Gestante entre 18 - 35 años de edad.
- Gestación a término única y en presentación cefálica.
- Gestante con peso materno normal según la curva patrón.
peso/talla para la edad gestacional.

Criterios de Exclusión

Gestante en trabajo de parto con:

- Infección intraamniótica (Ruptura prematura de membranas, corioamnionitis).
- Adherencia anormal de la placenta (evidenciado por la clínica y ecografía).

- Sobre distensión uterina: polihidramnios, gran multíparas, macrosomía fetal (> de 4000 gr basado en ecografía).
- Alteraciones en la anatómica uterina (miomas, malformaciones congénitas).
- Parto precipitado.
- Lesiones del canal de parto (Desgarro de 3er grado).
- Trastornos de coagulación, o con terapia anticoagulante.
- Cesárea anterior.
- Indicación de cesárea en el transcurso de labor de parto.
- Gran Multiparidad (> 6).

Muestra: Para el presente estudio se trabajó según criterio con 22 gestantes por grupo en trabajo de parto.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Como técnica se utilizó la Observación directa y el fichaje. Para cumplir con la respectiva recolección de la información se empleó como instrumento una ficha de datos. (Ver Anexo).

2.5 PROCEDIMIENTO:

El Trabajo de Campo se realizó de la siguiente manera:

En el grupo experimental: Parturientas que se le aplicó la oxitocina intraumbilical en el tercer periodo de trabajo de parto.

- Previamente se tuvo preparado una solución con 10 UI de oxitocina más 20 cc de solución salina al 0,9%, esto se inyectó en la vena umbilical a 18 cm del introito vaginal.
- Inmediatamente después del nacimiento, se palpo el abdomen materno para descartar la presencia de un segundo feto.
- Se observó los signos de desprendimiento de la placenta.

Signo de Kusner: Al realizar presión sobre la sínfisis del pubis para desplazar el fondo uterino hacia arriba, si el cordón asciende, la placenta no se ha desprendido.

Signo de Alfred: Descenso del cordón umbilical más o menos 8 – 10 cm, reanudación de contracciones uterinas, sangrado vaginal, elevación del fondo uterino, descenso del cordón umbilical.

- Se realizó la maniobra de Brand Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical, con la mano diestra mientras que con la otra mano se realiza la contra tracción para evitar la inversión uterina.
- Luego de la expulsión de la placenta se realizó su revisión, comprobar la integridad de la placenta y las membranas.

En el grupo control: Parturientas que se aplicó oxitocina intramuscular en el tercer periodo de trabajo de parto (Manejo activo).

- Se preparó una jeringa con 10UI de oxitocina.

- A la salida del único o último feto, se aplicó 10UI de oxitocina vía intramuscular.
- Se procedió a la atención inmediata del recién nacido, secado y clampaje del cordón umbilical, al termino verificar los signos de desprendimiento.
- Inmediatamente después del nacimiento, se palpo el abdomen materno para descartar la presencia de un segundo feto.
- Se observó los signos de desprendimiento de la placenta.

Signo de Kusner: Al realizar presión sobre la sínfisis del pubis para desplazar el fondo uterino hacia arriba, si el cordón asciende, la placenta no se ha desprendido.

Signo de Alfred: Descenso del cordón umbilical más o menos 8 – 10 cm, reanudación de contracciones uterinas, sangrado vaginal, elevación del fondo uterino, descenso del cordón umbilical.

- Se realizó la maniobra de Brand Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical, con la mano diestra mientras que con la otra mano se realiza la contra tracción para evitar la inversión uterina.
- Luego de la expulsión de la placenta se realizó su revisión, comprobar la integridad de la placenta y las membranas.

En el grupo experimental y control, se cuantificó la duración del alumbramiento mediante un cronómetro, comenzando a medir el tiempo desde la expulsión fetal hasta la expulsión de la placenta el cordón umbilical y las membranas fetales a través del canal del parto y el volumen mediante el control del sangrado en un recipiente extrayendo la sangre del balde recolector de residuos.

Luego los datos fueron consolidados en la ficha anexo. Para luego ser procesados y tabulados ingresándose a las tablas estadísticas.

2.6 Análisis Estadístico de los datos:

El procesamiento de los datos se realizó mediante el software Estadístico SPSS versión 25.

Los datos fueron consolidados en tablas de frecuencia relativas y porcentuales. El análisis de los mismos se realizó mediante la Estadística descriptiva.

III.- RESULTADOS

Tabla 1:

En la siguiente tabla se puede visualizar que en ambos grupos de estudio prevalecieron las gestantes cuya edad oscilaba entre 24 y 29 años en el 36.6% y 50%. En lo que corresponde a la paridad en el grupo donde se aplicó la Oxitocina Intraumbilical prevalecieron las primíparas en el 68.18%, mientras que en el grupo donde se aplicó la oxitocina intramuscular prevalecieron las multíparas en el 54.55%. Respecto al mecanismo de desprendimiento placentario el 90.91% y 95.45% fueron Schultze en ambos grupos y Duncan se presentó en el 9.09% y en el 4.55% respectivamente.

Tabla 2:

En la sucesiva tabla se observa que, en relación a la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. Se encontró que la oxitocina vía intraumbilical acorta la duración del tiempo del alumbramiento en las parturientas.

Tabla 3:

En la siguiente tabla se debe prestar atención que, la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular disminuye la pérdida de sangre en el alumbramiento en las parturientas. Observándose que, la pérdida de Sangre (mililitros) para el grupo

experimental en el que se le aplicó la Oxitocina Intraumbilical fue una Mínima cantidad de 30 ml y un Máxima cantidad de 100 ml, siendo la media de 58.2 ml. Todas las gestantes de este grupo tuvieron una perdida sanguínea < 200 ml. Por su parte en el grupo experimental en el que se le aplicó la Oxitocina Intramuscular fue una mínima cantidad de 80 ml y una máxima cantidad de 220 ml, siendo la media de 144.5 ml. 14/22 de las gestantes de este grupo tuvieron una perdida sanguínea < 200 ml.

TABLA 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE ESTUDIO SEGÚN
EDAD MATERNA, PARIDAD Y LOS MECANISMO DE
DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO
CENTRO ASISTENCIAL MATERNO INFANTIL PIMENTEL
JULIO – OCTUBRE 2017**

Edad (Años)	Oxitocina Intraumbilical		Oxitocina Intramuscular	
	Nº	%	Nº	%
Total	22	100.00	22	100.00
18 – 23	04	18.18	07	31.82
24 – 29	08	36.36	11	50.00
30 – 35	10	45.45	04	18.18
Paridad	Oxitocina Intraumbilical		Oxitocina Intramuscular	
	Nº	%	Nº	%
Total	22	100.00	22	100.00
Primípara	15	68.18	10	45.45
Multiparidad	07	31.82	12	54.55
Mecanismo de desprendimiento placentario	Oxitocina Intraumbilical		Oxitocina Intramuscular	
	Nº	%	Nº	%
Total	22	100.00	22	100.00
Schultze	20	90.91	21	95.45
Duncan	02	09.09	01	04.55

Fuente: Libro de Partos

TABLA 2

**TIEMPO DEL ALUMBRAMIENTO SEGÚN GRUPO
CENTRO ASISTENCIAL MATERNO INFANTIL PIMENTEL
JULIO – OCTUBRE 2017**

Tiempo del alumbramiento (minutos)	Oxitocina Intraumbilical	Oxitocina Intramuscular
Mínimo tiempo	2	7
Máximo tiempo	4	11
Media	2.8	9.8
Tiempo (minutos) > 3	05	20
Tiempo (minutos) ≤ 3	17	02

Fuente: Libro de Partos

TABLA 3

**PÉRDIDA DE SANGRE EN EL ALUMBRAMIENTO SEGÚN GRUPO
CENTRO ASISTENCIAL MATERNO INFANTIL PIMENTEL
JULIO – OCTUBRE 2017**

Pérdida de Sangre (mililitros)	Oxitocina Intraumbilical	Oxitocina Intramuscular
Mínima cantidad	30	80
Máxima cantidad	100	220
Media	58.2	144.5
Cantidad < 200 ml	22	14
Cantidad ≥ 200 ml	00	08

Fuente: Libro de Partos

IV.- DISCUSIÓN

El siguiente es un estudio realizado en el Centro asistencial materno infantil Pimentel en el período comprendido de julio – octubre del 2017 con la finalidad de evaluar la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. La población muestral la constituyeron 22 gestantes por grupo de estudio.

Como se puede apreciar en ambos grupos de estudio prevalecieron las gestantes cuya edad fluctuaba entre 24 y 29 años en el 36.6% y 50%. Respecto a la paridad en el grupo donde se aplicó la Oxitocina Intraumbilical prevalecieron las primíparas en el 68.18%, mientras que en el grupo donde se aplicó la oxitocina intramuscular prevalecieron las multíparas en el 54.55%. En relación al mecanismo de desprendimiento placentario el 90.91% y 95.45% fueron Schultze en ambos grupos y Duncan se presentó en el 9.09% y en el 4.55%. (Tabla 1)

En el ámbito Internacional se puede mencionar a la investigación realizada, por **Lojano M¹³**, quien tuvo participantes con 37.5% para edades entre 20 y 24 años; 32.8% para edades entre 30 y 34 años y 29.7% para las edades entre 25 y 29 años.

Asimismo, en el estudio de **Güngördük y Colab¹⁵** hallaron que sus participantes tuvieron edades promedio de 26 años para el grupo intraumbilical.

En el ámbito Nacional se menciona a **Sánchez E, Torres M¹⁶** en su estudio realizado en el Hospital “José Soto Cadenillas” - Chota hallaron en ambos grupos de estudio una prevalencia de gestantes entre 24 a 29 años en el 50% (Oxitocina vía intraumbilical) y 40% (Oxitocina vía intramuscular).

Por su parte **Gómez D¹⁸** quien ejecutó en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Comas, encontró que las gestantes tuvieron una edad promedio de 26.13 años en el grupo que usó oxitocina intraumbilical, mientras que en el grupo que usó oxitocina vía intramuscular fue de 24.4 años.

Respecto a la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. Se encontró que la oxitocina vía intraumbilical acorta la duración del tiempo del alumbramiento en las parturientas. Además de disminuir la pérdida de sangre en el alumbramiento en las parturientas. Prestando atención que, la pérdida de Sangre (mililitros) para el grupo experimental en el que se le aplicó la Oxitocina Intraumbilical fue una Mínima cantidad de 30 ml y un Máxima cantidad de 100 ml, siendo la media de 58.2 ml. Todas las gestantes de este

grupo tuvieron una pérdida sanguínea < 200 ml. Por su parte en el grupo experimental en el que se le aplicó la Oxitocina Intramuscular fue una mínima cantidad de 80 ml y una máxima cantidad de 220 ml, siendo la media de 144.5 ml. 14/22 de las gestantes de este grupo tuvieron una pérdida sanguínea < 200 ml. (Tabla 2 y 3)

Asimismo, **Sánchez E, Torres M**¹⁶ hallaron que, en relación al tiempo de duración del alumbramiento en minutos para el grupo experimental 1 (Oxitocina Intraumbilical) fue un tiempo mínimo de 2 y un tiempo máximo de 5, siendo la media de 3.2 minutos. Siendo la media de 10.7 minutos. Siendo 22/30 gestantes de este grupo quienes tuvieron un tiempo en minutos ≤ 3 . Por su parte en el grupo experimental 2 (Oxitocina Intramuscular) fue un tiempo mínimo de 8 y un tiempo máximo de 13, siendo la media de 10.7 minutos. Todas las gestantes de este grupo, tuvieron un tiempo en minutos > 3. Por otro lado, en lo que concierne a la pérdida de Sangre (mililitros) para el grupo experimental 1 (Oxitocina Intraumbilical) fue una mínima cantidad de 30 ml y una máxima cantidad de 110 ml, siendo la media de 62.6 ml. Todas las gestantes de este grupo tuvieron una pérdida sanguínea < 200 ml. Por su parte en el grupo experimental 2 (Oxitocina Intramuscular) fue una Mínima cantidad de 80 ml y una máxima cantidad de 110 ml, siendo la media de 168.23 ml. 18/30 de las gestantes de este grupo tuvieron una pérdida sanguínea < 200ml.

Gómez D¹⁸ halló un tiempo medio de alumbramiento de 3.7 minutos en el grupo con oxitocina intraumbilical versus 9.6 minutos para el grupo con oxitocina intramuscular, existiendo una diferencia significativa a favor del grupo que se empleó oxitocina intraumbilical ($p = 0,000$). Además, encontró un volumen medio de 127.6 mililitros en el grupo que usó oxitocina vía intraumbilical versus 270 mililitros en el grupo que usó oxitocina vía intramuscular, existiendo una diferencia significativa a favor del grupo que se empleó oxitocina vía intraumbilical ($p = 0,000$).

En el estudio de **Nankali y Colab¹⁴**, obtuvieron un tiempo medio de alumbramiento de 4.24 ± 3.27 minutos para el grupo que usó oxitocina intraumbilical y 10.66 ± 7.41 minutos para el grupo que usó oxitocina intramuscular.

Güngördük y Colab¹⁵, hallaron un tiempo de alumbramiento de 4.5 ± 1.6 minutos para el grupo con oxitocina intraumbilical versus 7.9 ± 3.4 minutos para el grupo que usó oxitocina intramuscular. Además, hallaron un volumen de pérdida de sangre medio en el alumbramiento de 195.3 ± 81.0 mililitros para el grupo que usó oxitocina vía intraumbilical versus 288.3 ± 134.1 mililitros para el grupo que usó oxitocina vía intramuscular.

Lojano M¹³, por su parte, encontró un volumen de pérdida de sangre medio en el alumbramiento de 171.09 mililitros para el grupo con

oxitocina vía intraumbilical contra 235.15 mililitros para el grupo con oxitocina vía intramuscular.

Es pertinente acotar que, al comparar los resultados obtenidos con el mecanismo de desprendimiento de la placenta, podemos decir, que durante el desprendimiento se rompen los vasos que separan la decidua basal de la placenta y se desencadena una hemorragia, la irrupción de sangre en el espacio comprendido entre la pared uterina y la placenta, origina el hematoma retroplacentario.^{2,32}

Cuanto mayor tiempo dure el periodo de alumbramiento, más es el riesgo de que exista una hemorragia, el 22% de muertes maternas se relacionan con esta causa; por lo tanto, se considera una de las causas directas de muerte materna.^{2,33,34}

En la presente investigación no se ha tenido eventualidades excepto un alumbramiento incompleto en el grupo control, es podría deberse porque el Mecanismo de desprendimiento placentario fue el Baudelocque - Duncan, el cual es menos frecuente, iniciándose en el borde placentario, por lo que el sangrado es temprano y en la mayoría de veces se asocia con al alumbramiento placentario incompleto.²²

V.- CONCLUSIONES

- En ambos grupos de estudio prevalecieron las gestantes cuya edad oscilaba entre 24 y 29 años en el 36.6% y 50%. En relación a la paridad en el grupo donde se aplicó la Oxitocina Intraumbilical prevalecieron las primíparas en el 68.18%, mientras que en el grupo donde se aplicó la oxitocina intramuscular prevalecieron las multíparas en el 54.55%. Respecto al mecanismo de desprendimiento placentario el 90.91% y 95.45% fueron Schultze en ambos grupos y Duncan se presentó en el 9.09% y en el 4.55% respectivamente.
- Respecto a la eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en el tercer período del trabajo de parto. Se halló que la oxitocina vía intraumbilical acorta la duración del tiempo del alumbramiento en las parturientas.
- La eficacia de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular disminuye la pérdida de sangre en el alumbramiento en las parturientas.

VI.- RECOMENDACIONES

- Promover el uso de la oxitocina vía intraumbilical en el manejo del tercer período del trabajo de parto por disminuir el tiempo del alumbramiento y el volumen de sangre.
- Ejecutar investigaciones alusivas al tema en otros Centros asistenciales para cotejar resultados y aportar una nueva evidencia a favor o no de la administración de la oxitocina vía intraumbilical.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Recomendaciones de la OMS. Para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. © Organización Mundial de la Salud 2018. Algunos derechos reservados. WHO/RHR/18.12.
2. Schwarcz R y Duverges C. "Obstetricia" 6ta Ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2010.
3. Casale R, Di Marco I, Davison H, Fabiano P, Franze F, Sar S. Consenso Hemorragia Postparto (HPP). SOGIBA/2018
4. Guasch E, Gilsanz F. Revisión. Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. Med Intensiva. 2016; 40 (5) pp: 298 - 310 www.elsevier.es/medintensiva © 2016 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los Derechos Reservados.
5. Cruz T. Hemorragia Post Parto - Atonía Uterina". abril 2016. Trabajo de investigación. Segunda Especialidad en: Atención Obstétrica de Emergencia y Cuidados Críticos. Facultad de Ciencias Humanas y Ciencias de la Salud. Universidad Privada de Ica. 2016.
6. Camacho F, Rubio A. International recommendations for medical treatment in postpartum hemorrhage. Rev. Fac. Med. 2016;64(1): 87-92. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.50780>.
7. OPS/OMS. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. Año 2015. OMS: WHO/RHR/14.20.
8. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva. Septiembre de 2016.

9. Gil F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, I semestre 2018. Boletín Epidemiológico del Perú. 2018. 27 (26): 567 – 570.
10. Prendiville W, Elbourne D, Donald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. [citado 2019 enero 05]. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000007sp.pdf>.
11. Nardin JM, Weeks A, Carroli G. Umbilical vein injection for management of retained placenta. En: The Cochrane Collaboration, Nardin JM, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [citado 9 de enero de 2019].
12. Abalos E. Elección de agentes uterotónicos en el manejo activo del alumbramiento [Internet]. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2015 [citado 2019 enero 05]. Available from: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/cd000201_abalose_com/es/
13. Lojano M. Estudio clínico aleatorizado de la eficacia de la oxitocina vía cordón umbilical en el manejo activo del tercer periodo de parto, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca; 2014.
14. Nankali A, Keshavarzi F, Fakheri T, Zare S, Rezaei M, Daeichin S. Effect of intraumbilical vein oxytocin injection on third stage of labor. Taiwan J Obstet Gynecol. 2013; 52: 57 - 60.

15. Güngördük K y Colab. Using intraumbilical vein injection of oxytocin in routine practice with active management of the third stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2010; 116:619–24.
16. Sánchez E, Torres M. Efecto de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la oxitocina vía intramuscular en la duración y el volumen de sangrado en el alumbramiento. Hospital “José Soto Cadenillas” - Chota, abril – diciembre del 2016. Tesis presentada para optar el Título Profesional de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Universidad Particular de Chiclayo. 2017.
17. Gonzáles S. Ventajas de la administración de oxitocina vía vena umbilical en el tercer periodo del trabajo de parto “Hospital José Hernán Soto Cadenillas”. Chota – 2015. Tesis presentada para optar el Título Profesional de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Universidad de Cajamarca. Cajamarca – Perú 2016.
18. Gómez D. Efecto de la oxitocina vía intraumbilical en comparación con la vía intramuscular en la duración y el volumen de sangrado en el alumbramiento en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Comas, 2015. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Obstetricia. Universidad Privada Arzobispo Loayza. Lima – Perú. 2016.

19. Gutarra R, Campos T, Cuba F. Alumbramiento asistido con oxitocina intraumbilical, expectante y rutinario. Rev. peru ginecol obstet. 2012; 58:285–90.
20. Rojas D. Estudio Comparativo de los Diferentes Tipos de Manejo Activo en el Tercer Periodo del Trabajo de Parto. Hospital Docente Belén Lambayeque 2011. Lambayeque (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional de Cajamarca; 2011.
21. Rubio A. Alumbramiento. Mecanismo Baudelocque-Schultze. (MIR 2º año de Obstetricia y Ginecología). Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España. 2013.
22. Cifuentes R. Ginecología y obstetricia basadas en las nuevas evidencias. Bogotá [etc.]: Distribuna; 2009.
23. Cunningham FG, Williams JW. Obstetricia de Williams. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
24. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica, para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Dirección General de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima- Perú 2007.
25. Lavender T y Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

26. NTS N° - MINSA/DGIESP V.01. Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el Marco de los Derechos Humanos con pertinencia intercultural, julio 2016.
27. López C, Arámbula J, Camarena E. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. Ginecol Obstet Mex 2014; 82:472-482.
28. Katzung B. Farmacología básica y clínica. 11th ed. México: Mc Graw Hill; 2014. 1218 p.
29. Minsa. Guías clínicas de procedimiento de Obstetricia. Hemorragia post parto. Lima – Perú 2010.
30. Wikipedia. Oxitocina. En: <https://es.wikipedia.org/wiki/Oxitocina>. jun 2017.
31. Hernández S, Fernández C, Baptista M. “Metodología de la investigación:”. 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. México. 2010.
32. Cunningham G. “Williams Obstetricia”. 21ava Ed. España: Editorial Mc Graw Hill; 2011.
33. Botero J. Jubiz A. Hernao G. “Obstetricia y Ginecología” 8va Ed. Colombia: Editorial CIB; 2008.
34. Pérez A. “Obstetricia” 3ra Ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 2008.

ANEXO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EFICACIA DE LA OXITOCINA VÍA INTRAUMBILICAL EN COMPARACIÓN CON LA OXITOCINA VÍA INTRAMUSCULAR EN EL TERCER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO. CENTRO ASISTENCIAL MATERNO INFANTIL PIMENTEL JULIO – OCTUBRE 2017

Nº H.C: _____

Edad: () ≤ 17 () 18 – 23 () 24 – 29 () 30 – 35

P: ____/____/____/____

Características del alumbramiento

Mecanismo de desprendimiento placentario

Schultze () Duncan ()

Retención placentaria: Si () No (). Tiempo ____ minutos

Extracción manual de placenta: Si () No ()

Integridad de membranas ovulares: Completa () Incompleta ()

Duración del alumbramiento: _____ minutos

Volumen del sangrado de alumbramiento: _____ mililitros