

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

**"MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO Y PREVENCIÓN DE
HEMORRAGIAS EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES. CENTRO
DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO
2014."**

PRESENTADO POR:

INGA BUSTAMANTE, Zuleyma Evelyn

VILLA CAMASSI, Patricia Valeria

ASESORA:

Obst. QUISPE CADENAS, NOEMI

AYACUCHO – PERU

2014

DEDICATORIA

A DIOS.

Quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Con todo cariño y mi amor, para las personas más importantes de mi vida, porque siempre se esforzaron para que pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento.

Con todo mi cariño esta tesis se las dedico a ustedes.

PAPA Y MAMA.

A MIS HERMANOS.

Quienes han sido nuestros amigos fieles y sinceros, en los que hemos podido confiar y apoyarnos para seguir adelante.

Zuleyma

DEDICATORIA

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres.

Por su motivación y confianza, ustedes nunca dudaron que lograría este sueño.

A mi hijo Mathías Eduardo.

Quien me presto el tiempo que le pertenecía para poder lograr este sueño, eres el motor de mi vida, mi ángel; con tu luz iluminas mi vida y haces más claro mi camino, ¡Te amo!

A mi gran compañero Eduardo.

Porque estuviste a mi lado incondicionalmente, siempre apoyándome con nuestro hijo, sin ti no lo hubiese logrado. ¡Gracias!

A mis hermanos.

Isaac, Gabriel y Anggie por su apoyo incondicional.

Patricia

AGRADECIMIENTO

Agradecer en primer lugar a Dios quien nos dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor nos ha dado la sabiduría suficiente para culminar nuestra carrera universitaria.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga nuestra Alma Mater donde nos formaron en cada aula, dejando profundas huellas del saber, puesto que hemos procurado terminar nuestra formación con sacrificio y voluntad permanente; en seguida a nuestra Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, a nuestros profesores que nos han dado sus conocimientos y sembraron ejemplos dignos de seguir en la práctica cotidiana de nuestra tarea de servir a la población, nunca olvidaremos sus consejos y sus recomendaciones.

Finalmente a cada uno de nuestros compañeros de estudios con quienes hemos compartido diversas tareas en nuestra formación.

Que la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, viva siempre forjando el porvenir de nuestra Región de Ayacucho.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3. OBJETIVOS.....	13

CAPITULO II:

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2. MARCO TEÓRICO CIENTÍFICO.....	19
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA.....	48
2.4. HIPÓTESIS.....	50
2.5. VARIABLES.....	50

CAPITULO III:

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO.....	51

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51
3.4. TÉCNICA DE MUESTREO.....	52
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	52
3.6. TÉCNICA DE INVESTIGACION.....	52
3.7. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.8. MATERIALES.....	53
3.9. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.9. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	54

CAPITULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada día mueren alrededor del mundo unas 800 mujeres durante el embarazo, parto y puerperio⁽¹⁾, incluyendo la hemorragia post parto que se produce en el 4% de los partos eutócicos⁽²⁾; prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. ⁽¹⁾

En los países en vías de desarrollo las mujeres tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida, es decir, la probabilidad de que una adolescente de 15 años acabe muriendo por una causa materna es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo. ⁽¹⁾

En nuestro país la principal causa de muerte materna entre los años 2002

y 2011 fue la hemorragia postparto con el 48.8 % del total de muertes maternas. ⁽³⁾

Según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna de la oficina de epidemiología de nuestra región, analizados durante el periodo 2006 a 2010 se registraron 59 muertes maternas, siendo el 27.1 % (12 casos) de muertes en adolescentes; analizando las causas genéricas de muerte tenemos que la hemorragia ocasionó el 52.5 % de las muertes maternas. ⁽⁴⁾

Se considera hemorragia postparto a la pérdida sanguínea mayor de 500 cc. consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc. por cesárea. ⁽⁵⁾

Las causas de hemorragia postparto son diversas y muchas de ellas evitables. La mayoría de los casos ocurre en el periodo postparto inmediato (dentro de las 24 horas postparto) y se debe a atonía uterina. ⁽⁶⁾

El objetivo principal del manejo activo del alumbramiento es reducir el riesgo de una hemorragia postparto empleándose la administración profiláctica de oxitocina antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé, aplicando tracción controlada del cordón umbilical, y aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta. ⁽⁵⁾

Por estas razones nos planteamos el presente estudio, para lo cual se ha diseñado una investigación de tipo aplicada y una metodología clínica, observacional, transversal, prospectiva, la muestra estuvo conformada por 78 parturientas adolescentes que acudieron para su atención de parto, donde los resultados hallados fueron: el 39.7% (31) de adolescentes con manejo activo del alumbramiento atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista presentaron hemorragia postparto, siendo los factores asociados a la hemorragia postparto: duración del alumbramiento, retención de restos placentarios ($P < 0.05$) y los factores no asociados fueron la edad, nivel de instrucción, procedencia, paridad y legrado uterino ($P > 0.05$).

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, las tasas más altas las encontramos en las zonas más pobres y deprimidas, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a la educación de calidad y a los servicios de salud.

(7)

En nuestra región el número de embarazos en adolescentes se va incrementando, esto por las circunstancias de vida tales como la pobreza, baja calidad escolar, crecer en un hogar mono parenteral, tener una madre adolescente o tener una hermana que quedó embarazada siendo adolescente, las ponen en un mayor riesgo ⁽⁸⁾; con esto la tasa de mortalidad

materna también incrementa, siendo la causa directa en países en desarrollo como el nuestro, las hemorragias postparto; la mayoría de estos casos ocurren dentro de las 24 horas después del alumbramiento, alrededor del 70 % de casos se deben a la atonía uterina, la que se puede prevenir con el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, todas las mujeres pueden enfrentarse a la pérdida de sangre con amenaza de muerte en el momento del alumbramiento; las mujeres con anemia y bajo peso pre gestacional son particularmente vulnerables debido a que es posible que no resistan una pérdida de sangre incluso moderada; siendo las adolescentes más vulnerables debido a una inmadurez orgánica. ⁽⁹⁾

En el Distrito de San Juan Bautista se estima una población de 5987 adolescentes de sexo femenino ⁽¹⁰⁾, las cuales por zonificación son atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, el Centro de Salud tiene la categoría I-4.

El promedio total de atenciones de partos en el Centro de Salud San Juan Bautista en el periodo de Enero a Mayo del 2014 fue 170, de las cuales 92 partos correspondieron a parturientas adultas y 78 partos a adolescentes, de ellas el 39.7%(31) presentaron hemorragia postparto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿El manejo activo del alumbramiento previene la hemorragia en parturientas adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista - Ayacucho.
Enero – Mayo 2014. ?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

1.3.1. Objetivo general:

- Conocer si el manejo activo del alumbramiento previene la hemorragia en parturientas adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista – Ayacucho. Enero – Mayo 2014.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista.
- Cuantificar el número de parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento que presentaron hemorragia.
- Relacionar la hemorragia en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento con los factores: edad, nivel de instrucción, procedencia, paridad, legrado uterino, duración del alumbramiento y retención de restos placentarios.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

Muñoz (2013: Ecuador), en la investigación "Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013", **Objetivo:** determinar la incidencia de las complicaciones derivadas de las hemorragias postparto en adolescentes de 14 - 19 años de edad. **Método y sujetos:** Estudio de corte transversal mediante encuestas previamente elaboradas y en las que se mencionaba la edad, antecedentes gineco-obstetrico, pérdida hemática, causa de la hemorragia postparto, complicaciones y tratamiento. **Resultados:** el grupo etario mayormente representativo corresponde a 25 mujeres de edad

comprendida entre los 16 - 17 años, las mismas que representa el 41% del total de los casos, en lo que respecta a la paridad observamos que 44 puérperas (73%) son nulíparas. Es importante resaltar que el 67% de las pacientes objeto de nuestro estudio presentaron pérdida hemática considerable evaluada por el número de paños utilizados. La causa de la hemorragia postparto que mayormente se observó fue la retención de restos placentario (50%) seguida la hipotonía (42%). Las complicaciones derivadas del cuadro hemorrágico fue la anemia en el 50% de mujeres y el otro 50% no presentó ninguna complicación, lo que refleja que hubo un manejo oportuno y adecuado de las pacientes. **Conclusión:** Se identifica tempranamente los cambios hemodinámicos de las puérperas y se pueden prevenir las complicaciones. ⁽⁶⁾

Matute (2012: Ecuador), "Prevalencia de hemorragia postparto en puérperas adolescentes y factores asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador", **Objetivo:** Conocer la prevalencia de Hemorragia Postparto y los factores asociados en puérperas adolescentes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2012. **Metodología:** estudio observacional transversal o de prevalencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de mayo a julio 2012 con 276 puérperas adolescentes. **Hipótesis:** La hemorragia postparto en puérperas adolescentes es más frecuente cuando se asocia a peso bajo, anemia, operación cesárea, trastorno hipertensivo del embarazo que en ausencia de estos factores.

Resultados: La prevalencia de la hemorragia postparto en puérperas adolescentes fue del 6.9%; y se presentó con mayor frecuencia en el grupo de edad entre 17-19 años con el 64.3%, en unión libre con un 47.3%, en primíparas con un 63%, en embarazadas con peso normal el 52.6%, y en mujeres con embarazos entre 37-40.6 semanas con un 63.1%, en parto por cesárea el 53%. Los factores asociados fueron anemia materna RP 5.04 (IC 95% 2.13-12.08) y p 0.000; parto por cesárea RP 1.95 (IC 95% 0.84-4.55) y p 0.123; los trastornos hipertensivos del embarazo RP 2.381(IC 95% 0.920-5.874) y p 0.07; procedencia urbana RP 2.66 (IC 95% 1.136-6.273) y un valor p 0.023; las primíparas con RP 0.640 (IC 95% 0.270-1.53) y un valor p 0.326.

Conclusiones: La hemorragia postparto en la población adolescente presenta una elevada prevalencia y se asocia con la presencia de anemia materna, procedencia urbana, múltiparas.⁽⁵⁾

Sánchez y Sánchez (2010: Venezuela), en la investigación "Hemorragia postparto en adolescentes: Factores de riesgo asociados", **Objetivo:** Conocer los factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto en adolescentes. **Método y sujetos:** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, la muestra estuvo conformada por 186 adolescentes parturientas. **Resultados:** el 45 (24.2%) adolescentes presentaron hemorragia postparto, de los cuales el 17.7% (33) correspondieron a adolescentes con nivel de estudio intermedio y el 6.5% (12) a adolescentes con nivel básico ($P < 0.05$), asimismo, 15.1% (28) tuvieron legrado uterino y el

9.1% (17) no ($P < 0.05$), y el 12.9% (24) tuvieron un tiempo de duración del alumbramiento de 5 a 10 minutos y el 11.3% (21) presentaron un tiempo de duración de 11 a 15 minutos, hallando asociación entre ambas variables ($P < 0.05$). **Conclusión:** Existen factores de riesgo asociados por lo que se deben tomar las medidas preventivas. ⁽¹¹⁾

Martínez (2009: Venezuela), en la investigación "Manejo activo de alumbramiento: Factores de riesgo asociados", **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo asociados al manejo activo en mujeres. **Métodos:** Muestra constituida por 392 mujeres de 15 a 42 años, atendidas en los establecimientos de salud de Caracas atendidos entre mayo a junio del 2009. Estudio transversal, correlacional, de asignación aleatoria simple. Los resultados se sometieron a regresión logística, prueba de Odds Ratio. **Resultados:** Los resultados principales hallados fueron los siguiente: Del total de atenciones registradas el 62.5% (245) correspondieron a mujeres adultas y el 37.5% (147) a adolescentes. Los factores de riesgo asociados a las complicaciones del manejo activo del alumbramiento según la regresión logística fueron edad menor de 17 años ($OR = 2.59$, $IC_{95\%} = 1.98-6.45$), mujeres mayores de 38 años ($OR = 1.89$, $IC_{95\%} = 1.24-4.56$), infecciones durante la gestación ($OR = 5.26$, $IC_{95\%} = 2.51-9.58$), antecedentes de aborto ($OR = 3.25$, $IC_{95\%} = 1.47-7.25$), el resto de las variables no se comportaron como factores de riesgo.

Conclusión: Las variables implicadas en las complicaciones del

alumbramiento dirigido fueron la edad, infecciones durante la gestación, antecedentes de aborto.⁽¹²⁾

2.2. MARCO TEORICO CIENTIFICO:

2.2.1. Adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia, como un periodo durante el cual, el individuo progresa desde el punto de la aparición de las características sexuales hasta la madurez sexual, que transcurre entre los 10 y 19 años de edad; considerando dos fases: adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años). Por lo que el embarazo en la adolescencia se considera aquella gestación que ocurre en mujeres de 10 hasta 19 años de edad. ⁽¹³⁾

2.2.2. Parturienta:

Es aquella mujer que se encuentra en el periodo del parto. ⁽¹⁴⁾

2.2.2.1. Periodos del parto:

-Periodo de Dilatación:

Es el periodo del parto que transcurre desde el inicio de la dilatación hasta que se produce la dilatación máxima del cuello uterino (10 cm).

-Periodo Expulsivo:

Es aquella que transcurre entre el momento en que alcanza la dilatación completa del cuello uterino (10 cm), y el momento en que se produce la expulsión fetal.

-Periodo del Alumbramiento:

El tercer periodo del parto se inicia después de la salida del feto y termina con la expulsión de la placenta y membranas ovulares. ⁽¹⁵⁾

2.2.3. Definición de hemorragia postparto:

Perdida sanguínea mayor de 500 cc. consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc. vía cesárea; dicha hemorragia puede ocurrir antes, durante o después del alumbramiento. ⁽¹⁶⁾

También se define cuando existe:

Sangrado post parto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre.

Diferencia del hematocrito en más del 10 %, en comparación al ingreso.⁽¹⁶⁾

Sangrado mayor de 500 ml. De sangre del tracto genital después del parto. El diagnóstico mencionado suele formularse cuando no se controla adecuadamente la hemorragia con medidas comunes como masaje y oxitocina.

Los médicos y obstetras clínicos deben determinar de acuerdo a su práctica cuando un nivel más bajo de pérdida de sangre debe ser el límite para iniciar la acción terapéutica. Este es el caso cuando la madre esta anémica en el momento del parto o, exhibe otras complicaciones médicas como

enfermedad cardíaca. En esas condiciones, debe anticiparse la necesidad de medidas preventivas especiales o acción terapéutica más temprana. ⁽¹⁵⁾

Hemorragia post parto primaria:

Comprende todo sangrado que ocurre dentro de las 24 horas después del parto.

Hemorragia post parto secundaria:

Incluye todos los casos de hemorragia que ocurren entre las 24 horas y las 6 semanas post parto. ⁽¹⁵⁾

2.2.4. Incidencia:

-Se presenta hasta en el 10% de los partos.

-Es la primera causa de muerte materna en el Perú. ⁽¹⁶⁾

-En Ayacucho es la segunda causa de muerte materna con un 36% de la totalidad de muertes materna. ⁽⁴⁾

2.2.5. Fisiopatogenia:

- El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces

atraviesa la línea media abdominal.

- Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia.

- El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación. ⁽¹⁷⁾

2.2.6. Etiología:

Hemorragia Intraparto:

-Retención placentaria.

Hemorragia Post parto:

-Atonía uterina.

-Retención de restos o alumbramiento incompleto.

-Lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas)

-Inversión uterina.

-Coagulación intravascular diseminada.

Hemorragia post parto tardía:

-Retención de restos.

-Sub involución uterina ⁽¹⁶⁾

2.2.7. Factores causales de hemorragia post parto:

- Causas generales: uso de sedantes y anestésicos de forma inapropiada.

- Causas locales:

- Distensión exagerada de la fibra muscular lisa.
- Degeneración de la fibra muscular lisa.
- Músculo liso escasamente perfundido.
- Agotamiento de la actividad contráctil del útero.
- Anomalías uterinas.
- Anomalías placentarias.
- Infección uterina.
- Conducta errónea en la tercera etapa del trabajo de parto. ⁽²⁾

2.2.8. Factores de riesgo de hemorragia post parto:

-Atonía uterina:

Gestante añosa.

Gran multiparidad.

Obesidad.

Fibromatosis uterina.

Sobre distensión uterina.

Macrosomía fetal.

Embarazo múltiple.

Polihidramnios.

Parto prolongado o parto precipitado.

Antecedentes de hemorragia post parto, cesárea y legrado uterino.

Mal uso de medicamentos: oxitocina, SO₄Mg, sedantes, anestesia tipo halotano o éter y tocolíticos (salbutamol, terbutalina, fenoterol, orciprenalina, etc.).

Desprendimiento prematuro de placenta.

Infección intraamniótica.

Embolismo del líquido amniótico.

-Retención de placenta o restos placentarios:

Mal manejo del tercer periodo del parto (maniobra de Credé, tracción prematura del cordón umbilical).

Mala conducción del parto inducido.

Lóbulo placentario aberrante.

Adherencia placentaria anormal total o parcial.

Mala técnica de extracción manual de placenta.

Antecedentes de cesárea o legrado uterino.

-Laceraciones o hematomas:

Parto precipitado.

Fetos grandes o macrosómicos.

Parto espontaneo traumático o instrumentado.

Mala atención del periodo expulsivo.

Episiorrafía con técnicas de hemostasia.

Extracción podálica.

-Inversión uterina:

Mal manejo del tercer periodo de parto.

Maniobra de Credé, tracción a destiempo y excesiva del cordón umbilical.

Placenta adherente.

Mala técnica en la remoción manual de placenta.

Implantación fúndica del cordón.

Inversión uterina previa.

Predisposición congénita.

-Coagulación intravascular diseminada:

Desprendimiento prematuro de placenta previo.

Óbito fetal retenido

Corioamnionitis severa.

Transfusión de sangre conservada.

Antecedentes de hepatopatías, toxemia. ⁽¹⁵⁾

2.2.9. Clasificación:

-Hemorragia inmediata: se presenta durante las primeras dos horas post parto.

- **Atonía uterina.**
- **Retención de restos placentarios.**
- **Laceraciones o hematomas del tracto genital.**

- Inversión uterina.
- Coagulación intravascular diseminada.

-Hemorragia tardía: se presenta después de las dos horas post parto hasta el fin del puerperio.

- Endometritis.
- Retención de restos placentarios.
- Subinvolución uterina.
- Subinvolución del sitio de implantación placentaria.
- Retorno anormal de la menstruación.
- Pólipo placentario. ⁽¹⁵⁾

2.2.10. Cuadro clínico:

Signos y síntomas comunes:

- Pérdida profusa de sangre por vía vaginal.
- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Palidez.
- Alteraciones de la conciencia.
- Oliguria.
- Shock hipovolémico.

Signos específicos:

El obstetra debe vigilar el fondo del útero una vez que ha nacido el producto y adoptar una actitud de alerta ante los signos conocidos de desprendimiento

prematureo de placenta.

La hemorragia excesiva puede denotar la necesidad de extraer manualmente dicho órgano (placenta).

La revisión breve de la cavidad uterina por lo común basta para destacar la presencia de productos retenidos y rotura uterina.

Luego la inspección rápida de todo el conducto del parto, desde el cuello hasta el introito, permitir identificar cualquier desgarro sangrante.

- En caso de atonía uterina: Útero aumentado de tamaño y de consistencia, blanda que al ser estimulada manualmente se contrae, disminuye de tamaño y aumenta de consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior.
- En caso de retención placentaria: placenta adherida al útero después de 30 minutos de haberse producido el parto.
- En caso de retención de restos placentarios: Ausencia de uno o más cotiledones al examinar la placenta; y al tacto vaginal: presencia de restos placentarios en canal cervical o en el útero. El cuello está generalmente entreabierto y el útero no muy bien contraído.
- En caso de laceraciones del tracto vaginal: Se encuentran desgarros en el canal del parto (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo del útero).

El útero está generalmente bien contraído en caso de inversión del útero: se acompaña de dolor agudo en el hipogastrio y ausencia de útero a la

palpación abdominal. El cuerpo del útero se palpa en el canal vaginal o sobresale por el introito y sobre su superficie puede o no observarse la placenta aun adherida a algunos cotiledones.

- En caso de hematoma perineo – vaginal: Presencia de tumoración no visible pero palpable en vagina o visible en zona perineo – vulvo – rectal, dolor marcado, taquicardia, hipotensión, sudoración, dolor rectal, retención urinaria.

En caso de coagulación intravascular diseminada: Sangrado rutilante y sin coágulos que no responde a las causas orgánicas comunes. Además puede presentarse:

- Hematuria.

- Hemoptisis.

- Gingivorragia.

- Hematemesis.

- Hemorragias nasales.

- Persistencia de pérdida sanguínea por las zonas de venipuntura.

- En caso de placenta acreta, increta o percreta: El mecanismo normal de la tercera etapa del parto comprende la formación de un plan de despegamiento en la capa esponjosa de la decidua basal que está por debajo de la placenta, pero, en ocasiones, tal fenómeno no se produce.

Con gran frecuencia, el obstetra debe hacer la extracción manual de la placenta, si esta no se expulsa espontáneamente dentro de un lapso razonable (en forma típica 10 a 20 minutos). En ese momento el obstetra

debe estar consciente de las formas que puede observar:

-Placenta Acreta: Vellosidades que llegan al miometrio.

-Placenta Increta: Vellosidades que invaden el miometrio.

-Placenta Percreta: Vellosidades que van más allá del miometrio y llegan incluso a veces a la serosa del útero. Las entidades en cuestión pueden ser focales, parciales o totales.

El signo patológico es la ausencia de decidua basal, a menudo, tampoco surge la capa fibrinoide de Nitabuch.

Si el obstetra no puede identificar con la mano dentro del útero el plano de separación, debe abandonar los esfuerzos para extraer la placenta y emprender un plan preciso de tratamiento. ⁽¹⁵⁾

2.2.11. Diagnóstico:

Fundamentalmente el diagnostico, está basado en:

a) Historia clínica completa.

Evaluación de los antecedentes y factores de riesgo.

b). Examen Físico:

Evaluar estado general:

-Estado de conciencia, sopor y desorientación.

-Palidez.

Evaluar Funciones Vitales:

-Pulso: Taquicardia.

-Presión arterial: Hipotensión

-Temperatura: Normal o elevada.

Examen del Aparato Respiratorio:

-Frecuencia respiratoria aumentada: Taquipnea.

-Disnea.

Examen del Abdomen:

-Evaluar características del útero: Palpación: Puede palpase o no palpase.

-Contracción: Blando o Contraído:

-En la Atonía Uterina el útero es incapaz de mantener las contracciones y retracciones normales. La relajación anormal del fondo uterino explica del 75 al 90% de los casos de hemorragia post parto.

-En caso de laceraciones del tracto genital. El fondo uterino esta firme y bien contraído.

-En caso de placenta o membranas retenidas la hemorragia persiste porque el útero no puede contraerse y retraerse normalmente. Se establece la sospecha del diagnostico cuando la inspección de la placenta revela rotura

incompleta o áreas desgarradas.

-Tamaño: Aumentado, normal o contraído.

Exámen Genital:

- Sangrado Vaginal: Copiosa, abundante y persistente, es el síntoma mas característico.

- Revisión del canal vaginal, cérvix y la cavidad uterina, con set de revisión del cuello uterino.

Se debe observar cuidadosamente el cuello y la vagina para identificar posibles laceraciones.

Las laceraciones cervicales pueden ocasionar severa hemorragia y en especial suelen producirse cuando el parto ha sido muy rápido y el niño fue obligado a pasar por un cuello incompletamente dilatado. Los sitios más comunes de laceración cervical son las horas 3 y 9 del reloj.

- Cuerpo del útero se palpa en el canal vaginal o sobresale por el introito vaginal.

- Tacto vaginal y revisión de cavidad uterina: La placenta con adherencia anormal, con hemorragia o sin ella, puede sugerir placenta acreta y, a menudo requiere tracción manual, de lo cual resulta fragmentación y extracción de los pedazos.

- Evaluar la integridad del útero, el cuello, la vagina y el perineo. Se explora manualmente la cavidad uterina, y el segmento uterino inferior, para descubrir muestras de rotura uterina, tejido placentario retenido o placenta acreta.

- En la revisión de la placenta, después de la extracción manual advierte a veces que faltan cotiledones. Por tal motivo, el obstetra debe practicar siempre una nueva revisión de la cavidad uterina con una mano enguantada y gasa, para asegurar que ha extraído toda la placenta.

- La Retención de la Placenta y la hemorragia, sumadas a los factores predisponentes pueden ayudar a sospechar un acretismo placentario. Se confirma cuando se intenta el alumbramiento artificial y no se observa el plano de separación (clivaje) entre la placenta y la pared uterina.

Cuando no existe este plano de separación se confirma la presencia de una placenta acreta total. Si por el contrario, la adherencia normal es por zonas o en pequeñas partes, se trata de la variedad parcial.

- Generalmente hay hemorragia profusa acompañada de atonía uterina, y durante la revisión, se aprecia la infiltración del sitio de inserción por tejido placentario.

- En caso de Placenta percreta es muy frecuente la ruptura uterina y se confirma durante la revisión del útero.

- En caso de Coagulación intravascular diseminada. La sangre no coagula en tubo de ensayo. Cuando el nivel de fibrinógeno plasmático cae a 50 mgr/100ml, el coagulo sanguíneo es poco consistente y se diferencia con facilidad de lo normal. ⁽¹⁵⁾

c) Exámenes complementarios:

- Hemoglobina y Hematocrito.
- Hemograma.
- Grupo Sanguíneo y Factor RH.
- Pruebas cruzadas de sangre.
- Urea y Creatinina.
- Recuento plaquetario: Disminuido en Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Tiempo de Protrombina: Prolongado en CID.
- Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada.
- Tiempo de Sangría. ⁽¹⁵⁾

2.2.12. Prevención:

2.2.12.1. Manejo Expectante:

1. Se trata de una política de “manos libres”, lo que implica esperar el

desprendimiento y alumbramiento espontáneo. Puede ser ayudada por la gravedad y/o estimulación del pezón. También se conoce como manejo conservador o fisiológico. ⁽¹⁵⁾

Cuando se expulsa el feto el cordón está agrandado y es de color azul. Unos minutos después el cordón se adelgaza y deja de latir. Cuando el cordón umbilical deja de latir es el momento de pinzarlo y cortarlo. Tras un período variable (habitualmente entre 10 y 30 minutos), la placenta se separa del útero. En este momento hay un sangrado vaginal pequeño y la placenta se expulsa (menor de 400 ml). ⁽¹⁸⁾

Según protocolo q se maneja en el Centro de Salud San Juan Bautista el manejo es el siguiente:

Este periodo no debe durar más de 30 minutos.

- **Signo de desprendimiento de la placenta.**
 - **Signo de Kusner:** Presión por encima de la sínfisis del pubis para desplazar el fondo uterino hacia arriba. Si el cordón asciende, la placenta no se ha desprendido.
 - **Signo de Alfhed:** Descenso del cordón umbilical más o menos de 8 a 10 cm, reanudación de contracciones uterinas, sangrado vaginal, elevación del fondo uterino, descenso del cordón umbilical.
 - **Cuando los signos de desprendimiento placentario sean evidentes,** realizar la expulsión de la placenta mediante un suave masaje en el fondo

uterino y una tracción firme pero cuidadosa del cordón umbilical.

- Luego de la expulsión de la placenta realizar su revisión. Comprobar la integridad de la placenta y las membranas, de existir sospechas que la placenta o membranas quedaron retenidas, proceder a legrado uterino.⁽¹⁶⁾

2.2.12.2. Manejo Activo del Tercer Periodo del Trabajo de Parto:

I. Alumbramiento:

Se designa de este modo al tiempo del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares; se inician breves instantes después del periodo de expulsión fetal.

1.1 Tiempos del Alumbramiento:

Desde este punto de vista, este periodo comprende cuatro etapas: el desprendimiento de la placenta, el desprendimiento de las membranas, el descenso y la expulsión.

a) Desprendimiento de la placenta: De inmediato al parto el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante, todavía la placenta permanece un tiempo (algunos minutos) adherida a él. Pero a continuación del nacimiento del niño, sobre la retracción señalada se injertan fuertes contracciones rítmicas, que no son sino continuación de las del parto, sin interrupción y similares a ellas en intensidad y frecuencia; esta actividad contráctil será el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta. A

pesar de su potencia, las contracciones descritas son indoloras, por estar ausentes en ellas la distensión y la isquemia prolongada, motivo por el cual no son clínicamente apreciadas. Las contracciones acortan el segmento de pared uterina sobre el que está implantada la placenta; pero al no tener esta el mismo índice de retractilidad que la pared sobre la que se sienta (tejidos de distinta estructura), no pueden acompañarla paralelamente en el acortamiento, y la pared sólo logra seguir este proceso de retracción y acortamiento desgarrando las trabéculas y los vasos que la unen a la placenta. Por lo tanto las contracciones constituyen el agente fundamental del desprendimiento.

Posteriormente interviene otro mecanismo para colaborar en el proceso de separación. La rotura de los vasos durante el desprendimiento produce un hematoma interútero placentario, cuyo crecimiento intensifica excéntricamente el proceso de disección; la placenta recoge entonces esa sangre, se invierte conteniendo en su concavidad este hematoma y por su peso termina arrastrando al resto de la misma aún no desprendida, así como las membranas circundantes.

El número de contracciones necesarias para producir el desprendimiento de la placenta es muy variable, dependiendo este número de la duración de las mismas y del tono basal del útero.

El plano de desprendimiento de la placenta asienta en la capa más superficial esponjosa; de tal modo, la parte profunda de ésta permanece fija en la decidua, mientras que su parte superficial sale adherida a la superficie de los cotiledones, apareciendo sobre éstos como una membrana grisácea brillante, como barnizada, que recubre toda la cara materna de la placenta.

El mecanismo por el que puede desprenderse la placenta se realiza de dos maneras distintas:

El de Baudelocque – Schultze responde al proceso recientemente descrito. En él la placenta inicia su desprendimiento en el centro de su zona de inserción; el desprendimiento produce hemorragia; la hemorragia al intensificarse se convierte en el hematoma retroplacentario, el que termina de desprender la placenta invirtiéndola y alojándose en su concavidad; la placenta desprendida y empujada por el hematoma descrito se expulsara al exterior por su cara fetal, y tras ella la acumulación de sangre del citado hematoma retroplacentario. Toda la pérdida sanguínea del alumbramiento se producirá al final, salvo que antes haya podido labrarse un camino disecando el plano existente entre la decidua y las membranas.

El de Baudelocque – Duncan se cumple iniciándose el desprendimiento en el borde de la placenta y extendiéndose de ahí al centro de la misma; al expulsarse lo hará apareciendo primeramente el borde de la placenta. La pérdida sanguínea será aparente desde que se inicia el desprendimiento, antes de la expulsión.

b) Desprendimiento de las Membranas: las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen al accionar sobre un tejido distinto lo hace de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprende después, finalmente, el mismo peso de la placenta en su descenso, terminara de desprenderlas por simple tironeamiento. Proceso que finaliza después de expulsada la placenta que aun cuelga de las membranas no completamente desprendidas.

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

La anatomía vaginal en este momento (parto reciente del feto, multiparidad) hace que en este tramo la placenta se detenga frecuentemente algún tiempo.

d) Expulsión de la Placenta: Posteriormente pueden presentarse dos situaciones:

-Lo absolutamente normal es que se reediten algunos pujos y estos, con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retroplacentario (el mecanismo de Baudelocque – Schultze), terminen la expulsión placentaria hasta el exterior (alumbramiento espontáneo).

-Muy frecuentemente que esto no ocurra y que la placenta desprendida y descendida a la vagina, siga ahí alojada, de donde no sale sin ayuda manual (alumbramiento natural).

1.2 Evolución Clínica del Alumbramiento:

Los fenómenos mecánicos señalados tienen correlación con determinadas expresiones clínicas que denuncian la producción sucesiva de los distintos tiempos estudiados.

1.2.1 Fenómenos Subjetivos: De inmediato al parto del feto la observación exterior muestra a la parturienta tranquila durante un lapso variable de algunos minutos, llamado clásicamente periodo de reposo fisiológico, pero que en realidad debe denominarse periodo de reposo clínico, puesto que, como se ha señalado, el útero continúa con su actividad contráctil aunque en forma insensible. Luego la mujer siente de nuevo el dolor de las contracciones del desprendimiento, aunque nunca con la intensidad de las del periodo fetal. Y, por último en medio de fenómenos más incómodos que dolorosos, la placenta se elimina al exterior.

1.2.2 Fenómenos Objetivos: Los fenómenos subjetivos ya vistos van acompañados de otros fenómenos físicos:

- La palpación muestra a nivel del útero modificaciones de volumen de situación, de forma y de consistencia. De inmediato al parto, por retracción del miometrio, el fondo del útero se sitúa al nivel del

ombigo; el órgano asciende unos 5 o 6 cm cuando la placenta desprendida cae al segmento inferior, en virtud del ascenso del cuerpo empujado por la placenta y el hematoma retroplacentario; frecuentemente el cuerpo se desplaza también hacia la derecha al tiempo que sus dos paredes se adosan y su forma, de esférica, se toma angulosa. Por último, el útero desciende nuevamente hasta 2 dedos debajo del ombligo, cuando la placenta cae a la vagina o se expulsa; esta situación es ya definitiva y solo variará ante hechos patológicos o por el proceso evolutivo del puerperio.

-La medición del útero muestra una disminución de volumen durante las contracciones, el que se recupera pasadas las mismas, y una reducción permanente después de la expulsión.

-La consistencia es blanda en el reposo, dura en la contracción y leñosa después de la expulsión.

- Una serie de signos naturales unos y artificiales otros, anuncian el desprendimiento de la placenta; hecho este último que debe ser con seguridad reconocido para una correcta asistencia del alumbramiento.

Los signos que brindan esta certidumbre son:

-La reaparición de los dolores, índice de las contracciones de desprendimiento.

-La salida de la sangre por los genitales, como manifestación de la separación útero placentaria, especialmente en el mecanismo de Baudelocque – Duncan.

-La disminución del diámetro transversal y descenso del útero después de haberse elevado sobre el ombligo.

-El descenso de una señal colocada, previamente al final de la expulsión fetal, en el cordón, en el sitio que emerge de la vulva;

-La ausencia de ascenso del cordón por la vagina al elevar el útero sobre el pubis a través de la pared abdominal.

-La sensación negativa palpando por el abdomen el fondo del útero y traccionando bruscamente del cordón (signo del pescador).

Durante el curso del alumbramiento se produce siempre una pérdida de sangre esta puede calcularse, como expresión normal, entre 300 y 500 cc siendo algo más cuantiosa en las multíparas que en las primíparas. Por encima de esta cifra aumenta progresivamente el peligro de la hemorragia.

II. Manejo Activo del Alumbramiento: Es el conjunto de maniobras y fármacos que se utilizan para acortar el tercer periodo del parto.

II. Indicaciones: Prevención de la hemorragia post parto.

III. Complicaciones: El uso de oxitocina se asocia a algunos efectos indeseables como:

- Retención acuosa que puede conducir a hiponatremia, edema pulmonar, convulsiones, y coma.
- Hipertensión arterial grave o complicaciones de la misma.
- Arritmias cardíacas.
- Náuseas y vómitos.
- **Muy raramente reacciones anafilácticas. ⁽¹⁸⁾**

IV. Medicamento utilizado:

Oxitocina:

La oxitocina endógena es una hormona excretada por los núcleos supra ópticos y paraventriculares del hipotálamo que se almacena en la pituitaria posterior. La oxitocina se utiliza por vía intravenosa para inducir el parto y estimular las contracciones uterinas una vez que se ha iniciado el parto. La oxitocina intranasal se utiliza para favorecer la excreción inicial de leche una vez finalizado el parto. ⁽¹⁹⁾

Mecanismo de acción: la oxitocina sintética ejerce un efecto fisiológico igual que la hormona endógena. La respuesta del útero a la oxitocina depende de la duración del embarazo, y aumenta a medida que progresa el tercer trimestre. En las primeras semanas de la gestación, la oxitocina ocasiona contracciones del útero sólo si se utilizan dosis muy elevadas, mientras que es muy eficaz poco antes del parto. La oxitocina estimula selectivamente las células de los músculos lisos del útero aumentando la permeabilidad al sodio

de las membranas de las miofibrillas. Se producen contracciones rítmicas cuya frecuencia y fuerza aumentan durante el parto, debido a un aumento de los receptores a la oxitocina. La oxitocina también ocasiona una contracción de las fibras musculares que rodean los conductos alveolares de la mama estimulando la salida de la leche. Grandes dosis de oxitocina disminuyen la presión arterial mediante un mecanismo de relajación del músculo liso vascular. Esta disminución es seguida de un efecto de rebote con aumento de la presión arterial. A las dosis utilizadas en obstetricia, la oxitocina no produce cambios detectables en la presión arterial.

Farmacocinética: La oxitocina es metabolizada por la quimotripsina en el tracto digestivo, y por lo tanto no puede ser administrada por vía oral. La respuesta a la oxitocina intravenosa es casi instantánea. Después de una administración intramuscular los efectos se observan a los 3-5 minutos. Después de una administración intranasal, las contracciones del tejido mioepitelial que rodea los alvéolos de las mamas comienzan al cabo de pocos minutos y duran unos 20 minutos. La semi-vida plasmática de la oxitocina es de 1 a 6 minutos. La respuesta uterina se mantiene durante 1 hora después de una administración intramuscular. La hormona se distribuye por todo el fluido extracelular y sólo cantidades mínimas alcanzan al feto. En las últimas semanas del embarazo, se observa un aumento notable de la oxitocinasa, una enzima que degrada la oxitocina. Esta enzima se origina en la placenta y controla la cantidad de oxitocina en el útero. La oxitocina es

rápidamente eliminada del plasma por el hígado y los riñones y sólo una cantidad mínima alcanza la orina y se excreta sin alterar. ⁽³⁾

Contraindicaciones:

La oxitocina intranasal puede clasificarse dentro de la categoría X de riesgo el embarazo. Su uso durante el embarazo puede inducir contracciones uterinas y aborto. Solamente debe ser utilizada en la semana siguiente al parto. La oxitocina no debe ser utilizada para inducir el parto cuando hay evidencias de sufrimiento fetal, posición anormal del feto, placenta previa, prolapso uterino, desproporción cefalopélvica, cáncer cervical, cirugía mayor del cuello o de útero previa o infección por herpes. El uso de la oxitocina puede ocasionar en estos casos un agravamiento de la condición produciendo un sufrimiento innecesario al feto y a la madre.

De igual forma cualquier condición que suponga una emergencia obstétrica es una contraindicación al uso de la oxitocina. No se recomienda el uso prolongado de la oxitocina en pacientes con eclampsia o con atonía uterina crónica. Su uso continuado puede ocasionar un efecto antidiurético con posibilidad de episodios convulsivos producidos por una hipertensión.

Interacciones:

En algunos casos la oxitocina puede ser utilizada en combinación con otros oxitócicos, aunque ello supone el riesgo de una hipertonía uterina con

posible ruptura uterina o laceración cervical. En caso de utilizarse una combinación de estos fármacos se llevará supervisión adecuada prestando atención a la dilatación conseguida. La administración concomitante de oxitocina con anestésicos generales puede ocasionar efectos cardiovasculares adversos. Así, el ciclopropano puede inducir bradicardia sinusal y arritmias atrioventriculares si se utiliza conjuntamente con la oxitocina.

Puede producirse una severa hipertensión si se administra oxitocina después de una administración profiláctica de vasoconstrictores añadidos a la anestesia caudal.

Reacciones adversa:

Algunos pacientes pueden experimentar una reacción de hipersensibilidad uterina a la oxitocina. Lo mismo ocurre con dosis excesivas, produciéndose contracciones hipertónicas aumentadas y alargadas que pueden ocasionar laceración cervical, hemorragia postparto, hematoma pélvico y ruptura del útero. En algunos pacientes con hipersensibilidad a la oxitocina, puede producirse un shock anafiláctico severo. Los paciente con problemas cardíacos tratados con anestesia epidural pueden experimentar efectos adversos después de la administración de oxitocina. Estos incluyen arritmias cardíacas, disminución severa de la presión sistólica y diastólica, y aumento de la frecuencia cardíaca, del gasto cardíaco y del retorno venoso. Aunque la

oxitocina solo tiene un ligero defecto anti diurético, si se administra conjuntamente con grandes cantidades de fluidos puede ocasionar una intoxicación hídrica y coma. En algunas mujeres sensibles puede darse una hipoperfusión de la placenta que resulta en una hipoxia o hipercapnia fetal. La frecuencia de hiperbilirrubinemia neonatal es 1,6 veces más elevadas que en el caso de partos espontáneos. Otros efectos secundarios, aunque bastante raros, son hemorragias retíneales neonatales y lesiones cerebrales o nerviosas permanentes del feto. ⁽¹⁹⁾

I. Procedimientos: en el manejo activo se incluyen las siguientes medidas según el protocolo que se maneja en el Centro de Salud San Juan Bautista:

- Preparar una jeringa con 10 UI de oxitocina.
- A la salida del único o último feto aplicar 10 UI de oxitocina vía intramuscular.
- Proceda a la atención inmediata del recién nacido, secado y clampaje del cordón umbilical. Al término verifique los signos de desprendimiento de la placenta.
- Realizar la maniobra de Brandt Andrews, que consta de una tracción controlada del cordón umbilical con la mano diestra mientras con la otra mano se realiza la contratracción para evitar la inversión uterina.
- Luego de la expulsión de la placenta realizar su revisión. Comprobar la integridad de la placenta y las membranas.

DURACIÓN DEL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO: Tiempo que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS: Residuos placentarios que se quedan adheridos a la pared uterina.

2.4. HIPOTESIS:

- El manejo activo del alumbramiento previene la hemorragia en parturientas adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista - Ayacucho. Enero – Mayo 2014.

2.5. VARIABLES:

Variable Independiente:

- Parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento

Variable Dependiente:

- Prevención de hemorragias.

Variables Atributivas:

- Edad.
- Nivel de instrucción.
- Procedencia.
- Paridad.
- Legrado uterino.
- Duración del alumbramiento.
- Retención de restos placentarios.

CAPITULO III

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

Clínico, observacional, transversal, prospectivo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Estuvo conformada por todas las parturientas que acudieron para su atención de parto al Centro de Salud San Juan Bautista, Enero –Mayo 2014.

3.3.2. MUESTRA

Estuvo conformada por todas las parturientas adolescentes que acudieron para su atención de parto al Centro de Salud San Juan Bautista, Enero - Mayo 2014.

3.4. TÉCNICA DE MUESTREO

No probabilístico, intencional.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento.
- Parturientas adolescentes que acepten ser incluidas en el trabajo de investigación.

2.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Parturientas adultas.
- Parturientas adolescentes que no acepten ser incluidas en el trabajo de investigación.

3.6. TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN

Las técnicas utilizadas fueron la observación directa, entrevista y la recopilación de datos.

3.7. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos y las historias clínicas maternas.

3.8. MATERIALES:

- Camilla ginecológica.
- Materiales para atención de parto.
- Ropa para atención de parto.
- Guantes quirúrgicos.
- Oxitocina 10UI.
- Jeringa 10cc.
- Gasas 10 X10 cm.
- Agua estéril.
- Lámpara cuello de ganso.
- Estetoscopio biauricular.
- Tensiómetro.
- Reloj.
- Cubetas milimetradas.

- Practipañal.
- Balanza electrónica.

3.9. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Por medio del Decanato de la Facultad de Obstetricia se solicitó autorización para la ejecución del trabajo de investigación al Director del Centro de Salud de San Juan Bautista.

Con la autorización correspondiente se coordinó con el Jefe del Servicio de Obstetricia del Centro de Salud San Juan Bautista.

Se procedió a captar parturientas adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión, a quienes se les sensibilizó para que participen en la investigación.

Se procedió a la observación directa durante el manejo activo del alumbramiento.

Se midió la pérdida sanguínea en cubetas milimetradas durante el manejo activo del alumbramiento y en el puerperio inmediato usando el practipañal para luego ser pesados y calcular el volumen total de pérdida sanguínea.

3.9. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Los datos obtenidos fueron procesados con la ayuda del programa Microsoft Office Excel 2010, se revisó la calidad; estos datos fueron procesados y

tabulados con el paquete estadístico SPSS 18.0, con los cuales se construyeron los cuadros de una y doble entrada, asimismo se aplicó la prueba de independencia de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

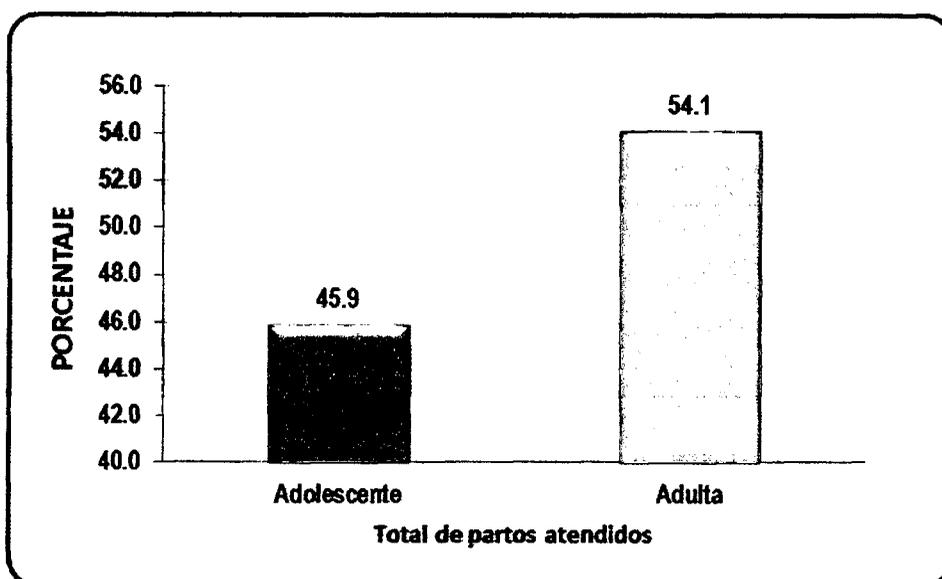


GRÁFICO Nº 1: PARTURIENTAS ADOLESCENTES CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.

El Gráfico Nº 1 nos muestra a parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento, realizado en el Centro de Salud San Juan Bautista - Ayacucho, durante los meses de enero - mayo 2014, donde del 100.0% (170), el 54.1% (92) corresponden a parturientas adultas y el 45.9% (78) a adolescentes.

Como se observa en los resultados hallados, el porcentaje de partos de adolescentes se está incrementado cada vez más en los últimos años, esto debido a la falta de información con respecto a la sexualidad y acceso a los servicios de salud ya que son pocos los programas de salud dirigidos específicamente a este grupo etario.

Una educación integral basada en el fortalecimiento de la autoestima, educación sexual y elaboración del proyecto de vida, contribuiría a prevenir los embarazos a temprana edad.

Asimismo, cuando más temprano es el embarazo, existe mayor riesgo de complicaciones durante la gestación, parto y puerperio, esto debido a que la adolescente aún no ha alcanzado una madurez física, psicológica y social.

Martínez (2009: Venezuela) en la investigación "Manejo activo de alumbramiento: Factores de riesgo asociados", reportó de un total de 392 partos con manejo activo atendidos entre mayo – junio del 2009 en un establecimiento de salud de Caracas Venezuela, el 62.5% (245) correspondieron a mujeres adultas y el 37.5% (147) a adolescentes, que difieren a los resultados hallados en la presente investigación, sin embargo se observa un mayor crecimiento en el embarazo adolescente.

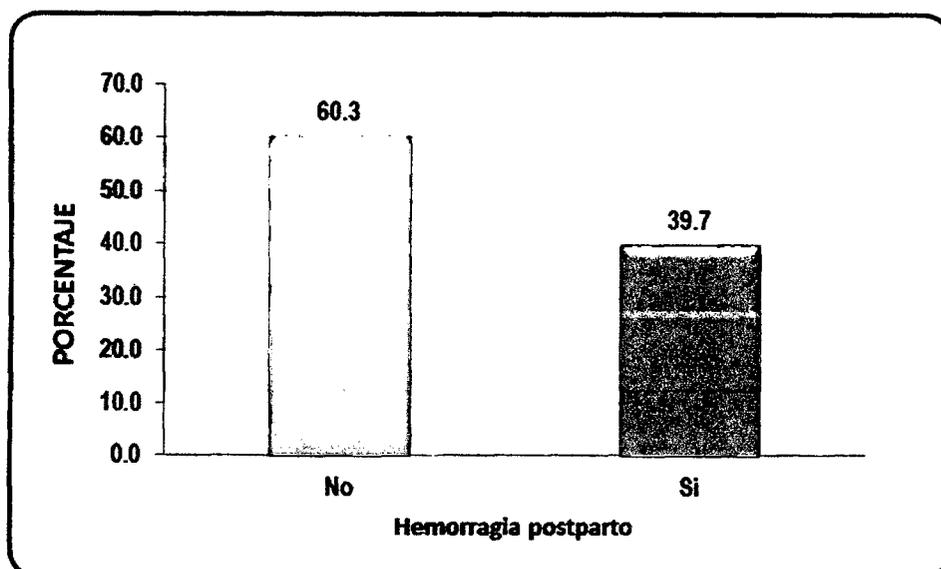


GRÁFICO Nº 2: PARTURIENTAS ADOLESCENTES CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO QUE PRESENTARON HEMORRAGIA. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.

El Gráfico Nº 2 nos muestra a parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento que presentaron hemorragia realizado en el Centro de Salud San Juan Bautista - Ayacucho, durante los meses de enero - mayo del 2014, donde del 100.0% (78), el 60.3% (47) de adolescentes no presentaron hemorragia y el 39.7% (31) si presentaron hemorragia.

De los resultados obtenidos podemos concluir que el 39.7 % (31) de parturientas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista presentaron hemorragia.

Como se observa en los resultados hallados, existe un elevado porcentaje de adolescentes con hemorragia, este grupo de edad puede desarrollar con

mayor facilidad una complicación por su inmadurez orgánica, asimismo, están inmersas en una serie de factores de riesgo como la malnutrición y poco acceso a los servicios de salud.

Matute (2012: Ecuador), en la investigación "Prevalencia de hemorragia postparto en puérperas adolescentes y factores asociados, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - Ecuador 2012", reportó de un total de 276 puérperas adolescentes atendidas, el 93.1% (257) no presentaron hemorragia postparto y el 6.9% (19), si presentaron hemorragia postparto, cifras que difieren a los resultados hallados en la presente investigación.

Sin embargo, las complicaciones postparto pueden poner en riesgo la vida de la adolescente, por ello se previene empleando el manejo activo del alumbramiento, evitando así la hemorragia.

TABLA Nº 1

HEMORRAGIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN RELACIÓN A LA EDAD. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.

Edad	Hemorragia				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
10 a 14	2	2.6	3	3.8	5	6.4
15 a 19	29	37.2	44	56.4	73	93.6
Total	31	39.7	47	60.3	78	100.0

Fuente: Elaboración propia

$\chi_c^2 = 0.0000$ N. S.

$\chi_t^2 = 3.841$

P > 0.05

g. l. = 1

La Tabla Nº 1 nos muestra la hemorragia en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento en relación a la edad, realizada en el Centro de Salud San Juan Bautista – Ayacucho, durante los meses de enero – mayo 2014, donde del 100.0% (78) partos, el 93.6% (73) correspondieron a adolescentes con edades de 15 a 19 años, de las cuales 56.4% (44) no presentaron hemorragia y el 37.2% (29) si presentaron hemorragia; así mismo el 6.4% (5) de adolescentes presentaron edades de 10 a 14 años, de las cuales, 3.8% (3) no presentaron hemorragia y 2.6% (2) si presentaron hemorragia.

Del análisis de los resultados se concluye que las parturientas adolescentes con edades de 15 a 19 años atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista presentaron hemorragia (37.2%).

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no

se halló diferencia estadística significativa, que indica, que la hemorragia en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento no es dependiente de la edad ($P>0.05$).

Como se observa en los resultados hallados, la edad de las adolescentes no está relacionada con la hemorragia, sin embargo, todo este grupo de adolescentes puede desarrollar en la misma proporción el riesgo de sufrir una hemorragia, ya que los factores de riesgo básicamente están implicadas por su desarrollo orgánico, fisiológico, psicológico y de comportamiento.

Muñoz (2013: Ecuador), reportó de un total de 60 partos de adolescentes con hemorragia atendidas, el mayor porcentaje correspondió a adolescentes con edades de 16 a 17 años con 41% (25); seguido de adolescentes con 18 a 19 años con 37% (22) y en adolescentes con 14 a 15 años con un 22% (13), cifras que difieren a los resultados hallados en la presente investigación, sin embargo los mayores porcentajes de hemorragia postparto se presentaron en adolescentes mayores de 15 años.

Matute (2012: Ecuador), reportó del 100% (19) de adolescentes con hemorragia postparto, el 84.3% (16) correspondieron a adolescentes de 17 a 19 años y el 15.7% (3) a adolescentes de 14 a 16 años, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación, sin embargo, como se mencionó, los mayores porcentajes de hemorragia se presentó en las adolescentes con edades mayores a los 15 años.

TABLA Nº 2

HEMORRAGIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA - AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.

Nivel de instrucción	Hemorragia				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Primaria	6	7.7	5	6.4	11	14.1
Secundaria	19	24.4	30	38.5	49	62.8
Superior no universitaria	3	3.8	11	14.1	14	17.9
Superior universitaria	3	3.8	1	1.3	4	5.1
Total	31	39.7	47	60.3	78	100.0

Fuente: Elaboración propia

$$\chi_c^2 = 5.063 \text{ N.S.}$$

$$\chi_t^2 = 7.815$$

P > 0.05

g. l. = 3

La Tabla Nº 2 referida a hemorragia en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento en relación al nivel de instrucción realizada en el Centro de Salud San Juan Bautista – Ayacucho, durante los meses de enero – mayo 2014, muestra que del 100.0% (78) partos atendidos, el 62.8% (49) correspondieron a adolescentes con nivel de instrucción secundaria, de las cuales 38.5% (30) no presentaron hemorragia y 24.4% (19) si presentaron hemorragia. Asimismo, 17.9% (14) que correspondieron a adolescentes con nivel de instrucción superior no universitaria, de las cuales, 14.1% (11) no presentaron hemorragia y 3.8% (3) si presentaron hemorragia.

Del análisis de los resultados se concluye que las parturientas adolescentes con nivel de instrucción secundaria atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista presentaron hemorragia (24.4%).

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa, que indica, que la hemorragia en **parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento** no es dependiente del nivel de instrucción ($P>0.05$).

Como se observa en los resultados hallados no se encontró dependencia estadística entre la hemorragia y el nivel de instrucción, esto debido a que las adolescentes de cualquier nivel de instrucción tienen la misma probabilidad de presentar hemorragia, ya que el embarazo a temprana edad implica mayor riesgo que el embarazo en una mujer adulta.

Sánchez y Sánchez (2010: Venezuela), en la investigación "Hemorragia postparto en adolescentes: Factores de riesgo asociados", reportaron de un total de 45 (24.2%) adolescentes con hemorragia postparto, de los cuales el 17.7% (33) correspondieron a adolescentes con nivel de estudio intermedio y el 6.5% (12) a adolescentes con nivel básico, hallando asociación ente ambas variables ($P<0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

TABLA Nº 4

HEMORRAGIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN RELACIÓN A LA PARIDAD. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.

Paridad	Hemorragia				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Primípara	18	23.1	28	35.9	46	59.0
Multipara	13	16.7	19	24.4	32	41.0
Total	31	39.7	47	60.3	78	100.0

Fuente: Elaboración propia

$$\chi^2 = 0.018 \text{ N. S.}$$

$$\chi^2 = 3.841$$

$$P > 0.05$$

$$g. l. = 1$$

La Tabla Nº 4 referida a hemorragia en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento en relación a la paridad, realizada en el Centro de Salud San Juan Bautista – Ayacucho, durante los meses de enero – mayo 2014, muestra que del 100.0% (78) partos atendidos, el 59.0% (46) correspondieron a adolescentes primíparas, de las cuales 35.9% (28) no presentaron hemorragia y 23.1% (18) si presentaron hemorragia. Asimismo, 41.0% (32) correspondieron a adolescentes múltiparas, de las cuales, 24.4% (19) no presentaron hemorragia y 16.7% (13) si presentaron hemorragia.

Del análisis de los resultados se concluye que las parturientas adolescentes primíparas atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista presentaron hemorragia con 23.1% (18).

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no se halló diferencia estadística significativa, que indica, que la hemorragia en

parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento no es dependiente de la paridad ($P>0.05$).

Como se observa en los resultados hallados, la hemorragia no está relacionada con la paridad, en este caso todas las adolescentes en conjunto presentan factores de riesgo que pueden conducir las a una hemorragia en comparación con las adultas. En si la adolescente es más vulnerable a sufrir complicaciones durante la gestación.

Muñoz (2013: Ecuador), reportó de un total de 60 partos de adolescentes con hemorragia atendidas, el 73% (44) fueron nulíparas y el 27% (16) fueron multíparas, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Matute (2012: Ecuador), reportó del 100% (19) de adolescentes con hemorragia postparto, el 84.2% (16) fueron multíparas y el 15.8% (3) no fueron multíparas, comportándose como un factor de riesgo ($P=0.0323$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

TABLA Nº 5

HEMORRAGIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN RELACIÓN AL LEGRADO UTERINO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.

Legrado uterino	Hemorragia				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Si	8	10.3	6	7.7	14	17.9
No	23	29.5	41	52.6	64	82.1
Total	31	39.7	47	60.3	78	100.0

Fuente: Elaboración propia

$$\chi_c^2 = 2.157 \text{ N. S.}$$

$$\chi_1^2 = 3.841$$

$$P > 0.05$$

$$g. l. = 1$$

La Tabla Nº 5 referida a hemorragia postparto en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento en relación al legrado uterino, realizada en el Centro de Salud San Juan Bautista - Ayacucho, durante los meses de enero – mayo 2014, muestra que del 100.0% (78) partos atendidos, el 82.1% (64) correspondieron a adolescentes que no tuvieron legrado uterino, de las cuales 52.6% (41) no presentaron hemorragia y 29.5% (23) si presentaron hemorragia. Asimismo, 17.9% (14) correspondieron a adolescentes que sí tuvieron legrado uterino, de las cuales, 10.3% (8) si presentaron hemorragia y 7.7% (6) no presentaron hemorragia.

Del análisis de los resultados se concluye que las parturientas adolescentes que no tuvieron legrado uterino atendidas en el Centro de Salud de San Juan Bautista presentaron hemorragia (29.5%).

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado, no

se halló diferencia estadística significativa, que indica, que la hemorragia en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento no es dependiente del legrado uterino ($P>0.05$).

Como se observa en los resultados hallados, no se encontró asociación entre el legrado uterino con la hemorragia, esta podría deberse al tiempo en que se realizó el legrado uterino, a las causas que condujeron al legrado uterino, etc. Vale decir, si el legrado uterino fue realizado poco antes de la última gestación podría existir mayor probabilidad de hemorragia y sería a la inversa si fue realizado con mucha anterioridad.

Sánchez y Sánchez (2010: Venezuela), reportaron de un total de 45 (24.2%) adolescentes con hemorragia postparto, el 15.1% (28) tuvieron legrado uterino y el 9.1% (17) no tuvieron legrado uterino, hallando asociación entre ambas variables ($P<0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

TABLA Nº 6

HEMORRAGIA EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES CON MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN RELACIÓN A LA DURACIÓN DEL ALUMBRAMIENTO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA- AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.

Duración del alumbramiento	Hemorragia				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
≤ 15 min.	19	24.4	45	57.7	64	82.1
> 15 min	12	15.4	2	2.6	14	17.9
Total	31	39.7	47	60.3	78	100.0

Fuente: Elaboración propia

$$\chi_c^2 = 15.057^{**}$$

$$\chi_t^2 = 3.841$$

P < 0.05

g. l. = 1

La Tabla Nº 6 referida a hemorragia en parturientas adolescentes con manejo activo del alumbramiento en relación a la duración del alumbramiento, realizada en el Centro de Salud San Juan Bautista- Ayacucho, durante los meses de enero – mayo 2014, muestra que del 100.0% (78) partos atendidos, el 82.1% (64) correspondieron a adolescentes con duración del alumbramiento menores o iguales a 15 minutos, de las cuales 57.7% (45) no presentaron hemorragia y 24.4% (19) si presentaron hemorragia. Asimismo, 17.9% (14) correspondieron a adolescentes con duración del alumbramiento mayor a 15 minutos, de las cuales, 15.4% (12) si presentaron hemorragia y 2.6% (2) no presentaron hemorragia.

Del análisis de los resultados se concluye que las parturientas adolescentes con duración del alumbramiento menores o iguales a 15 minutos atendidas

RECOMENDACIONES

- 1° Sugerir al personal obstetra del Centro de Salud San Juan Bautista solicitar el examen de hemoglobina postparto, con la finalidad de identificar el nivel de hemoglobina y brindar un tratamiento oportuno.**
- 2° A los jefes del Establecimiento de Salud, priorizar la capacitación y actualización permanente de los profesionales, con la finalidad de brindar una atención con calidad y calidez.**

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad Materna. May. 2014. [Consulta el 18 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Cabrera R. Hemorragia postparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010; 56: 23 – 31.
3. Tavera O. Tendencia de la Mortalidad Materna en el Perú. Desafíos pendientes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Jul./Set. 2013.
4. Dirección Regional de Salud Ayacucho. Análisis de la Situación de Salud de Ayacucho. Ayacucho 2012.
5. Matute J. Prevalencia de hemorragia postparto en puérperas adolescentes y factores asociados, en el Hospital Vicente Corral Moscoso [Tesis] Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2012.
6. Muñoz K. Incidencia de las complicaciones de la hemorragia postparto en mujeres adolescentes a realizarse en la Maternidad Matilde Hidalgo

- de Procel desde septiembre 2012 a febrero del 2013 [Tesis].
Guayaquil: Universidad Estatal de Guayaquil. Facultad de Ciencias
Médicas; 2013.
7. Dirección de Servicios de Investigación de Análisis. El Embarazo en
Adolescentes. México; 2013.
 8. Banco Mundial. Embarazo adolescente y Oportunidades en América
Latina y El Caribe sobre Maternidad Temprana, Pobreza y Logros
Económicos. EE.UU; 2012.
 9. United States Agency for International Development. Manejo del
Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Una Práctica Simple para
Prevenir una Hemorragia Postparto. Washington; 2005.
 10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional XI de
Población y VI de vivienda 2007. Lima; 2009.
 11. Sánchez V., Sánchez D. Hemorragia postparto en adolescentes:
Factores de riesgo asociados. Resumen de Investigaciones
Científicas. 2010 - Venezuela, Vol. 2(1): 145-165.
 12. Martínez M. Manejo activo de alumbramiento: Factores de riesgo
asociados. Resumen de Investigaciones Científicas. 2009 -
Venezuela, Vol. 1(1): 110 - 121.
 13. Pineda S., Aliño M. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención en
la Adolescencia. 4ª ed. La Habana; 2012.
 14. Mosby. Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud. 7ª ed.
Madrid: Hancourt S.A.; 2005.
 15. Coacalla C., Cotacallapa C. Perlas de Obstetricia y Ginecología. 1ª ed.
Lima: Ediciones del sur S.R.L.; 2001.

16. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Ayacucho: El triunfo Ediciones E.I.R.L.; 2007.
17. Martínez C. Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto y la Hemorragia Postparto en el Hospital Fernando Velez Paíz en el periodo de octubre a diciembre del 2004 [Tesis]. Managua: Universidad Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas; 2005.
18. Centro Latinoamericano de Perinatología y Salud de la Mujer y Reproductiva. Guía Clínica Basadas en las Evidencias. Manejo de la Hemorragia Postparto. Montevideo; 2012.
19. Thomson. Diccionario de especialidades farmacéuticas. 19ª ed. Lima. Editorial El Comercio; 2007.

ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO Y PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.”

La siguiente ficha tiene como objetivo recolectar información sobre Manejo activo del alumbramiento y prevención de hemorragias en parturientas adolescentes del Centro de Salud San Juan Bautista en el periodo Enero – Mayo 2014. Por lo cual necesitamos su participación y colaboración en el siguiente proceso de investigación.

Nº de entrevista:

Entrevistadora:.....

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

P.1. Edad:

1. 10 – 14 años ()

2. 15 – 19 años ()

P.2. Nivel de instrucción:

1. Sin nivel ()

2. Primaria ()

3. Secundaria ()

4. Superior no universitaria ()

5. Superior universitaria ()

P.3. Procedencia:

1. Urbana ()

2. Urbano marginal ()

3. Rural ()

I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

P.4. Paridad:

1. Primípara ()

2. Multipara ()

“MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO Y PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS EN PARTURIENTAS ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA – AYACUCHO. ENERO – MAYO 2014.”

Planteamiento del Problema: El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, las tasas más altas las encontramos en las zonas más pobres y deprimidas, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a la educación de calidad y a los servicios de salud. En nuestra región el número de embarazos en adolescentes se va incrementando, esto por las circunstancias de vida tales como la pobreza, baja calidad escolar, crecer en un hogar mono parenteral, tener una madre adolescente o tener una hermana que quedó embarazada siendo adolescente, las ponen en un mayor riesgo; con esto la tasa de mortalidad materna también incrementa, siendo la causa directa en países en desarrollo como el nuestro, las hemorragias postparto; la mayoría de estos casos ocurren dentro de las 24 horas después del alumbramiento, alrededor del 70 % de casos se deben a la atonía uterina, la que se puede prevenir con el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, todas las mujeres pueden enfrentarse a la pérdida de sangre con amenaza de muerte en el momento del alumbramiento; las mujeres con anemia y bajo peso pre gestacional son particularmente vulnerables debido a que es posible que no resistan una pérdida de sangre incluso moderada; siendo las adolescentes más vulnerables debido a una inmadurez orgánica. **Objetivos:** Conocer si el manejo activo del alumbramiento previene la hemorragia en parturientas adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista – Ayacucho. Enero – Mayo 2014. **Hipótesis:** El manejo activo del alumbramiento previene la hemorragia en parturientas adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista - Ayacucho. Enero – Mayo 2014. **Marco Teórico:** la hemorragia postparto es la pérdida sanguínea mayor de 500 cc. consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc. vía cesárea, dicha hemorragia puede ocurrir antes, durante o después del alumbramiento para prevenir esta complicación se utiliza el manejo activo del alumbramiento que es el conjunto de maniobras y fármacos (oxitocina) que se utilizan para acortar el tercer periodo del parto. **Recomendaciones:** 1. Sugerir al personal obstetra del Centro de Salud San Juan Bautista solicitar el examen de hemoglobina postparto, con la finalidad de identificar el nivel de hemoglobina y brindar un tratamiento oportuno. 2. A los jefes del Establecimiento de Salud, priorizar la capacitación y actualización permanente de los profesionales, con la finalidad de brindar una atención con calidad y calidez.

Referencias Bibliográficas:

20. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Ayacucho: El triunfo Ediciones E.I.R.L.; 2007.
21. Centro Latinoamericano de Perinatología y Salud de la Mujer y Reproductiva. Guía Clínica Basadas en las Evidencias. Manejo de la Hemorragia Postparto. Montevideo; 2012.

"ACTIVE MANAGEMENT OF DELIVERY AND PREVENTION OF BLEEDING IN parous adolescents. HEALTH CENTER SAN JUAN BAUTISTA - Ayacucho. JANUARY - MAY 2014. "

Problem Statement: The teen pregnancy is a social, economic and public health problem of considerable magnitude, the highest rates are found in the poorest and most deprived areas, which is an expression of equity gaps in access to quality education and health services. In our region the number of teenage pregnancies is increased, this life circumstances such as poverty, low school quality, growing up in a home parenteral monkey, having a teenage mother or a sister who became pregnant as a teenager, the put them at greater risk; with this the maternal mortality rate also increases, being the direct cause in developing countries like ours, postpartum hemorrhage; most of these cases occur within 24 hours after delivery, about 70% of cases are due to uterine atony, which can be prevented with the active management of the third stage of labor, all women may face to blood loss with death threat at the time of delivery; women with anemia and low pre gestational weight are particularly vulnerable because they may not withstand even moderate loss of blood; being the most vulnerable adolescents because an organic immaturity. **Objectives:** To determine whether active management of labor prevents bleeding in adolescent parturients attended at the Health Center San Juan Bautista - Ayacucho. January to May 2014. **Hypothesis:** The active management of labor prevents bleeding in adolescent parturients attended at the Health Center San Juan Bautista - Ayacucho. January to May 2014. **Framework:** PPH is blood loss greater than 500 cc. straight to the expulsion of the placenta during the first 24 hours after birth vaginally or over 1000 cc. cesarean section, such bleeding may occur before, during or after birth to prevent this complication the active management of labor which is the set of maneuvers and drugs (oxytocin) that are used to shorten the third stage of labor is used. **Recommendations:** 1.Sugerir obstetrician Health Center staff San Juan Bautista request a review of postpartum hemoglobin, in order to identify the hemoglobin level and provide timely treatment. 2. heads of the health facility, prioritize training and updating of professionals, with the goal of providing quality care and warmth.

References:

1. Ministry of Health. Clinical Practice Guidelines for Obstetric Emergency Response Capacity as Resolutiva level. Ayacucho: The triumph Editions E.I.R.L.; 2007.
2. Latin American Center for Perinatology and Women's Health and Reproductive. Clinical Guide Based on the evidence. Management of Postpartum Hemorrhage. Montevideo; 2012.