UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 040-288086
Guayaquil - Ecuador

28/08/2013

Of.EG#169-PROY

Agosto 29 del 2013

Doctor
Jorge Alfredo Armijos Suárez
RESIDENTE ESPECIALIDAD
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICA ENRIQUE C. SOTOMAYOR
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"EVALUACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL. HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO 2007-2009".

Tutor de tesis: Dr. Luis Hidalgo Guerrero

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 22 de agosto del 2013, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador final.
Revisor: Lcda. Ketty Piedra Chávez Msc.

Atentamente,

Dra. Rosario Zambrano Bonilla
DIRECTORA

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dra. Rosario Zambrano B.
Elaborado	Nadia Quezada V.

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION

HES-DDI- DOF-0200

Guayaquil, 2 septiembre 2013

Señora Doctora
Rosario Zambrano de Dávila
Directora de Escuela de Graduados
Ciudad

De mis consideraciones:

El suscrito **CERTIFICA** haber analizado el borrador final de la tesis presentada por el **DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUÁREZ,** como requisito previo a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es **"EVALUACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR",** y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilos requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente

Dr. Peter Chedraui
TUTOR DE TESIS

Dr. Peter Chedraui
JEFE DE INVESTIGACION
Hospital G. O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR

C.c. Archivo
Mayra

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION

HES-DDI- DOF-00201

Guayaquil, 2 septiembre 2013

Señora Doctora
Rosario Zambrano de Dávila
Directora de Escuela de Graduados
Ciudad

De mis consideraciones:

El suscrito **CERTIFICA** haber analizado el borrador final de la tesis presentada por el **DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUÁREZ,** como requisito previo a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es **"EVALUACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR",** y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilos requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente

Dr. Peter Chedraui
ASESOR DE TESIS
JEFE DE INVESTIGACION

Dr. Peter Chedraui
JEFE DE INVESTIGACION
H. G. O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR

C.c. Archivo
Mayra

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION

HES-DDI- DOF-00203

Guayaquil, 2 septiembre 2013

Señora Doctora
Rosario Zambrano de Dávila
Directora de Escuela de Graduados
Ciudad

De mis consideraciones:

La suscrita **CERTIFICA** haber analizado el borrador final de la tesis presentada por el **DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUÁREZ,** como requisito previo a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es **"EVALUACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR"**, y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilos requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente

Dra. Martha Gonzaga Figueroa
JEFE DE DOCENCIA

C.c. Archivo
Mayra

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION

HES-DDI- DOF-00202

Guayaquil, 2 septiembre 2013

Señora Doctora
Rosario Zambrano de Dávila
Directora de Escuela de Graduados
Ciudad

De mis consideraciones:

El suscrito **CERTIFICA** haber analizado el borrador final de la tesis presentada por el **DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUÁREZ,** como requisito previo a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es **"EVALUACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR",** y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilos requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente

Dra. Martha Gonzaga F.
Docencia
Ho. Enrique C. Sotomayor

Dr. Jorge Daher Nader
DIRECTOR DEL POSTGRADO
GINECO-OBSTETRICIA

C.c. Archivo
Mayra

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"

Guayaquil, 02 de septiembre del 2013

CERTIFICADO

Con la presente y a petición de parte del interesado tengo a bien certificar que el **Doctor Jorge Alfredo Armijos Suarez**, estuvo revisando en el Departamento de Estadística Médica las Historias Clínicas de los años 2007 -2009 relacionada con su Tema de Tesis: "EVALUACION DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DE TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C.SOTOMAYOR".

Atentamente,

Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hospital Enrique C. Sotomayor
Dr. Luis Rivadeneira Campodónico
Obstetra Reg. Med. 1472
ESTADISTICA MEDICA

Dr. Luis Rivadeneira Campodónico
Jefe de Estadística Médica

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N: 0 - 87108

$ 1.20
UN dólar Americano CON VEINTE Centavos

NOMBRES: 0703241158 ARMIJOS SUAREZ JORGE ALFREDO

FACULTAD: 020505 09/09/2013 09:19:14

ESPECIE VALORADA PARA PROFESIONALES

Guayaquil, 09 de septiembre de 2013

Doctora
Rosario Zambrano Bonilla
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, **DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUAREZ** con número C.I. **0703241158**, egresado en la especialidad de **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, solicito a usted de la manera más comedida, fecha para sustentación de tesis que será para el día:

Día: 24 de Septiembre del 2013

Hora: 11:00 am

Lugar: Sala de Docencia de la Escuela de Graduados

Agradeciendo de antemano por la atención prestada, quedo muy agradecida..

Atentamente,

DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUAREZ
C.I. 0703241158

ESCUELA DE GRADUADOS
FECHA 09 SET 2013
HORA 12:50
RECIBIDO POR:

C9-Nº 0087108

Punto de Venta 001-005

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 04 2 288086

ACTA: COMISION DE EVALUACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION CIENTIFICA

SEDE: HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR.

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA .

TEMA: "EVALUACION DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL. HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR. EN EL PERIODO 2007 - 2009 .

AUTOR: DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUAREZ.

FECHA: 9 de Septiembre 2013

AL TÉRMINO DE LA EVALUACION SE DECLARA:

SATISFACTORIO ( ) NO SATISFACTORIO ( )

DE ACUERDO A LO DISPUESTO POR EL REGLAMENTO RESPECTIVO.
SE CONSTITUYÓ LA COMISION INTEGRADA POR:

Nombre y Apellidos:
DIRECTOR/ Representante
ESCUELA DE GRADUADOS

Nombre y Apellidos: Dr. Pedro Chedraui
JEFE DE INVESTIGACION
Hospital G. O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR

Nombre y Apellidos: Dr. Pedro Chedraui
ASESOR DE INVESTIGACION
Hospital G. O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR

Nombre y Apellidos:
JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Nombre y Apellidos:
DIRECTOR DEL CURSO DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288086
Guayaquil - Ecuador

CERTIFICADO DE REVISION DE TESIS PREVIA A LA SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA: "EVALUACION DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL. HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO 2007 - 2009 .

DENUNCIADO POR: DR. JORGE ALFREDO ARMIJOS SUAREZ

SEDE: HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR.

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Dr. Peter Chedraui
Nombre y Apellidos: JEFE DE INVESTIGACION
Hospital G. O. Enrique C. Sotomayor
TUTOR

Dr. Peter Chedraui
Nombre y Apellidos: JEFE DE INVESTIGACION
Hospital G. Enrique C. Sotomayor
REVISOR

Nombre y Apellidos:
JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Nombre y Apellidos:
DIRECTOR DEL CURSO DE POSTGRADO

Nombre y Apellidos:
DIRECTOR / Representante
ESCUELA DE GRADUADOS

Guayaquil, 9 de Septiembre 2013

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288986
Guayaquil - Ecuador

29.08.2013

OFEG#169-PROY

Agosto 29 del 2013

Doctor
Jorge Alfredo Armijos Suárez
RESIDENTE ESPECIALIDAD
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICA ENRIQUE C. SOTOMAYOR
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"EVALUACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO 2007-2009".

Tutor de tesis: Dr. Luis Hidalgo Guerrero

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 22 de agosto del 2013, por lo tanto puede continuar con la ejecución del **Borrador final**.
Revisor: Lcda. Ketty Piedra Chávez Msc.

Atentamente,

Dra. Rosario Zambrano Bonilla
DIRECTORA

C. archive

Revisado y Aprobado	Dra. Rosario Zambrano B.
Elaborado	Dr. Luis Hidalgo G.

l.- RESÙMEN

La mortalidad materna en países en desarrollo es de 140 por cada 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad, según últimos reportes es del 14.9% para la hemorragia postparto como factor causal. Se define como hemorragia postparto a la pérdida de sangre de 500 cc después de un parto normal y de 1000 cc después de una cesárea, el tiempo comprendido entre la extracción del producto de la gestación y posteriormente de la placenta se denomina alumbramiento o tercer periodo del trabajo de parto. El presente estudio tiene como objetivo determinar que el manejo acitivo del tercer periodo del trabajo de parto y el Misoprostol administrado por via sublingual,en dosis de 50 mcg disminuye el tiempo de alumbramiento y por ende la perdida hemática postparto, se valoraron variables como la necesidad de episiotomía, pariedad, valores de hematocrito preparto y postparto , necesidad de transfusión sanguínea entre otros , la metodología del estudio se basa en un método no experimental de tipo longitudinal y retrospectivo, realizado en la Maternidad Enrique C. Sotomayor en el área de preparto general y embarazo de alto Riesgo.

Demostró que con el Manejo activo del alumbramiento con Misoprostol Sublingual se disminuye la perdida sanguínea tras el nacimiento del producto de la gestación, así como disminuye el riesgo de instrumentación postparto,el tiempo de alumbramiento y la perdida hemática, mermando la morbilidad materna por anemia y choqué hipovolèmico.

Palabras Clave: Hemorragia postparto, Manejo activo , Alumbramiento.

2-SUMMARY

l summary the maternal mortality in developing countries is 140 per 1000 live births and the mortality rate, according to recent reports is 14.9% for PPH as a causal factor. It is defined as postpartum hemorrhage to blood loss 500 cc after a normal delivery and 1000 cc after a caesarean section, the time between gestation and subsequently of the placenta product extraction is called a delivery or third period of labor. The present study aims to determine that management acitivo of the third period of the labor and Misoprostol administered sublingually, in dose of 50 mcg decreases the time of delivery and therefore the blood loss postpartum, valued variables as the need of episiotomy, parity, hematocrit prepartum and postpartum values, need for transfusion among others the study's methodology is based on a non-experimental method type longitudinal and retrospective, in the maternity Enrique C. Sotomayor in the area of general prepartum and high risk pregnancy. He showed that with active management of childbirth with Sublingual Misoprostol is decreased blood loss after the birth of the product of gestation, as well as decreases the risk of instrumentation postpartum, time of delivery and the lost blood, reducing maternal morbidity by anemia and I ran hypovolemic.

Key words: Hemorrhage postpartum, active management and delivery.

3.- INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo es de brindar un apoyo técnico para la elaboración de protocolos de manejo estandarizados en la atención del tercer periodo del trabajo de parto y disminuir la morbimortalidad de las usuarias de los servicios de salud.

La tasa de mortalidad materna en el Ecuador continúa a un nivel inaceptablemente alto, estas cifras varían según su procedencia, mueren entre 500 y 700 mujeres y niñas cada año, por causas relacionadas a complicaciones con el embarazo. Entre las causas medicas directas de mortalidad materna se encuentra la hemorragia o sangrado durante el embarazo o parto, entre otras como las infecciones, aborto en condiciones de riesgo, hipertensión y parto obstruido, las condiciones medicas que contribuyes al riesgo están la anemia, diabetes, malaria, ITS , etc.

Según publicaciones en el 2010, la Organización Mundial de la salud estima aproximadamente 500.000 muertes anuales ,50% debida a hemorragias posparto, que dejan complicaciones secundarias en más de 20 millones de mujeres anualmente.

A nivel mundial, el 75% de las complicaciones corresponde a hemorragia posparto, además se estima que esta aparece en el 40% de todos los partos vaginales y en 30% de los parto por cesárea. En nuestro vecino país Colombia según la DANE durante el año 2007, la hemorragia posparto aparece como la segunda causa de muerte materna, superando la hipertensión gestacional y la eclampsia.

Durante la última década, podría decirse que el Misoprostol ha sido uno de los fármacos más investigados y discutidos en el campo de la salud reproductiva. Sus potentes efectos de preparación cervical y uterotónicos han demostrado ser efectivos para el aborto médico y la inducción del trabajo de parto a término. Su uso en la prevención de la HPP, por otro lado, es algo polémico. En 2001, la OMS llevó a cabo un estudio clínico metacéntrico de equivalencia a gran escala a fin de evaluar los beneficios y perjuicios del misoprostol en comparación con 10 UI de oxitocina para la prevención de la hemorragia postparto.

Antes de este estudio clínico, en 1997, la OMS había publicado una revisión sistemática de todos los estudios clínicos de prostaglandinas para la prevención de la HPP , esta revisión se actualizó en 2002 para reflejar los hallazgos del nuevo estudio clínico de la OMS .

Además, para garantizar la más amplia disponibilidad posible de los hallazgos de la revisión sistemática Cochrane, la OMS también publicó la misma revisión en una revista científica.

El principal interrogante para los estudios clínicos de misoprostol para la prevención de la HPP ha sido si el misoprostol muestra la misma efectividad que los agentes uterotónicos inyectables estándar, por ejemplo, la oxitocina. Dadas las ventajas del misoprostol (administración oral, bajo costo, larga vida útil, etc.), la demostración de su no inferioridad en relación con los agentes uterotónicos inyectables estándar le otorgaría una clara ventaja sobre sus rivales.Por lo general, los estudios clínicos de equivalencia requieren tamaños muéstrales mayores.

Los resultados de estudios clínicos de equivalencia con potencia estadística insuficiente tienen mayor probabilidad de ser interpretados como "tratamientos equivalentes" ya que la diferencia entre las intervenciones que se comparan no alcanza niveles estadísticamente significativos de $P < 0.05$ convencional, simplemente debido al pequeño tamaño muestral.

Los recursos para subsanar esta falencia son la realización de estudios clínicos con la potencia estadística adecuada o la combinación en un meta análisis de los resultados de estudios clínicos nuevos con los resultados de otros estudios clínicos.

En su estudio clínico de equivalencia y su revisión sistemática, la OMS ha realizado ambas cosas. El meta análisis que comparó 600 ug de misoprostol oral con otros agentes uterotónicos mostró un mayor riesgo relativo (RR) de 1.42 (intervalo de confianza [lC] del 95%: 1.33 a 1.51) de pérdida de sangre de 500 ml o más y RR: 1.36 (le 95%: 1.17 a 1.58) de pérdida de sangre de 1000 ml o más. La reciente actualización de la revisión de la OMS Y otro meta análisis independiente mostraron resultados similares.

La OMS examinó 31 estudios clínicos de la prevención de la HPP con misoprostol publicados entre 1998 y 2001 (es decir, antes de la actualización de la revisión sistemática de la OMS) y entre 2002 y 2005 (es decir, después de la actualización de la revisión sistemática de la OMS). De todos ellos, sólo cuatro publicaciones mencionan los resultados de las revisiones sistemáticas en la sección de discusión. Dos de los cuatro estudios clínicos (1, 6) (uno de los cuales fue un estudio clínico de la OMS) analizaban los nuevos hallazgos en el marco de la evidencia global disponible en la revisión sistemática.

La mayoría de los estudios clínicos no analizan los resultados de todos los estudios clínicos anteriores incluidos en la revisión sistemática y sugieren una equivalencia entre el misoprostol y la oxitocina en la prevención de la HPP, lo que se contradice con la estimación agrupada de las revisiones sistemáticas mencionadas.

Las afirmaciones injustificadas de equivalencia no se limitan a los estudios clínicos de misoprostol. Greene y colaboradores (7) identificaron afirmaciones inadecuadas de equivalencia en el 67% de 88 informes sobre la base de una comparación estadística no significativa y únicamente 45 de dichos estudios tenían como objetivo específico el estudio de la equivalencia. Las revistas científicas reconocen cada vez más este problema. Los autores tienen la responsabilidad de analizar los resultados de su investigación primaria en el contexto de todos los demás resultados de investigaciones existentes en una forma explícita en las secciones de discusión de sus informes de investigación.

CAPITULO 1

4.- El PROBLEMA

4.1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En una investigación referencial en colaboración con aliados en cinco países (Burkina Faso, Ecuador, Egipto, Turquía y Vietnam), Gynuity condujo dos ensayos clínicos amplios para evaluar la seguridad, la eficacia y la aceptabilidad del uso de misoprostol sublingual para el tratamiento de la hemorragia postparto, los estudios compararon el misoprostol con la oxitocina, el actual estándar internacional de atención para el tratamiento de la HPP(hemorragia postparto), usando un diseño de estudio controlado por placebo, doble ciego y aleatorio. Uno de los estudios fue llevado a cabo en

hospitales en los que las mujeres recibían de forma rutinaria 10 U1 de oxitocina en la tercera etapa del trabajo de parto. En este estudio, el 13% de las mujeres fue diagnosticado con HPP y recibió tratamiento. El otro estudio fue realizado en hospitales en los que las mujeres no recibían oxitocina antes o durante la tercera etapa del trabajo de parto, resultando en una tasa del 10% de casos tratados para HPP.

En los dos estudios, más de 40.000 mujeres fueron examinadas con su consentimiento para constatar la presencia de HPP, de éstas, 1.787 mujeres fueron tratadas con uno de los dos regímenes: 800 mcg de misoprostol sublingual o 40 UI de oxitocina administrada por vía intravenosa .En el mismo se demostró que el suministro de 800 mcg de misoprostol sublingual es eficaz en el control del sangrado postparto.En el estudio en el que todas las mujeres recibieron profilaxis con oxitocina, el Misoprostol y la oxitocina tuvieron una eficacia similar para el tratamiento de la HPP.

En casi el 90% de los casos, ambos tratamientos detuvieron el sangrado activo en un plazo de 20 minutos.

El promedio de pérdida de sangre, la provisión de uterotónicos adicionales, la transfusión de sangre e histerectomía, y un cambio en la hemoglobina postparto de 2g/dL fueron similares en ambos tratamientos.

En el estudio en el que ninguna mujer recibió profilaxis con oxitocina. Ambos tratamientos detuvieron el sangrado activo en el plazo de 20 minutos en al menos el 90% de las mujeres.

Las mujeres tratadas con oxitocina presentaron un promedio de sangre perdida menor, una más rápida detención del sangrado y requirieron menor número de intervenciones

adicionales (como intervenciones uterotónicas adicionales).Los cambios en la hemoglobina postparto de 2g/dL fueron similares para los dos tratamientos.

Los Ensayos del Cochrane del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto .Incluyeron 37 ensayos de Misoprostol y nueve de prostaglandina intramuscular. EI Misoprostol oral (siete ensayos, 2849 mujeres) o el Misoprostol sublingual (riesgo relativo [RR] 0,66; intervalo de confianza del 95% [lC] 0,45 a 0,98; un ensayo, 661 mujeres) en comparación con placebo pueden ser efectivos para reducir la HPP grave y la transfusión de sangre (RR 0,31; lC del 95%: 0,10 a 0,94; cinco ensayos de Misoprostol oral, 3519 mujeres). El análisis de HPP grave de los ensayos de Misoprostol oral no se agrupó debido a heterogeneidad significativa.

La conclusión de los autores menciona que el Misoprostol oral o sublingual en una dosis de 600 mcg muestra resultados prometedores en comparación con el placebo para reducir la pérdida de sangre después del parto, El margen de beneficio puede verse afectado por el uso o no de los componentes del manejo del alumbramiento. Debido a que los efectos secundarios se relacionan con la dosis, las investigaciones deben dirigirse hacia el establecimiento de la dosis más baja efectiva para el uso sistemático y la vía óptima de administración.

Ni las prostaglandinas intramusculares ni el Misoprostol son preferibles a los uterotónicos inyectables convencionales como parte del manejo del alumbramiento, en especial para las mujeres de bajo riesgo.

Durante la última década, podría decirse que el Misoprostol ha sido uno de los fármacos más investigados y discutidos en el campo de la salud reproductiva. Sus potentes efectos de preparación cervical y uterotónicos han demostrado ser efectivos para el aborto médico y la inducción del trabajo de parto a término. Su uso en la prevención de la HPP, por otro lado, es algo polémico. En 2001, la OMS llevó a cabo un estudio

clínico metacéntrico de equivalencia a gran escala a fin de evaluar los beneficios y perjuicios del misoprostol en comparación con 10 UI de oxitocina para la prevención de la hemorragia postparto.

Antes de este estudio clínico, en 1997, la OMS había publicado una revisión sistemática de todos los estudios clínicos de prostaglandinas para la prevención de la HPP , esta revisión se actualizó en 2002 para reflejar los hallazgos del nuevo estudio clínico de la OMS .

Además, para garantizar la más amplia disponibilidad posible de los hallazgos de la revisión sistemática Cochrane, la OMS también publicó la misma revisión en una revista científica.

El principal interrogante para los estudios clínicos de misoprostol para la prevención de la HPP ha sido si el misoprostol muestra la misma efectividad que los agentes uterotónicos inyectables estándar, por ejemplo, la oxitocina. Dadas las ventajas del misoprostol (administración oral, bajo costo, larga vida útil, etc.), la demostración de su no inferioridad en relación con los agentes uterotónicos inyectables estándar le otorgaría una clara ventaja sobre sus rivales.Por lo general, los estudios clínicos de equivalencia requieren tamaños muéstrales mayores.

Los resultados de estudios clínicos de equivalencia con potencia estadística insuficiente tienen mayor probabilidad de ser interpretados como “tratamientos equivalentes” ya que la diferencia entre las intervenciones que se comparan no alcanza niveles estadísticamente significativos de $P < 0.05$ convencional, simplemente debido al pequeño tamaño muestral.

Los recursos para subsanar esta falencia son la realización de estudios clínicos con la potencia estadística adecuada o la combinación en un meta análisis de los resultados de estudios clínicos nuevos con los resultados de otros estudios clínicos.

En su estudio clínico de equivalencia y su revisión sistemática, la OMS ha realizado ambas cosas. El meta análisis que comparó 600 ug de misoprostol oral con otros agentes uterotónicos mostró un mayor riesgo relativo (RR) de 1.42 (intervalo de confianza [lC] del 95%: 1.33 a 1.51) de pérdida de sangre de 500 ml o más y RR: 1.36 (le 95%: 1.17 a 1.58) de pérdida de sangre de 1000 ml o más. La reciente actualización de la revisión de la OMS y otro meta análisis independiente mostraron resultados similares.

La OMS examinó 31 estudios clínicos de la prevención de la HPP con misoprostol publicados entre 1998 y 2001 (es decir, antes de la actualización de la revisión sistemática de la OMS) y entre 2002 y 2005 (es decir, después de la actualización de la revisión sistemática de la OMS). De todos ellos, sólo cuatro publicaciones mencionan los resultados de las revisiones sistemáticas en la sección de discusión. Dos de los cuatro estudios clínicos (1, 6) (uno de los cuales fue un estudio clínico de la OMS) analizaban los nuevos hallazgos en el marco de la evidencia global disponible en la revisión sistemática.

La mayoría de los estudios clínicos no analizan los resultados de todos los estudios clínicos anteriores incluidos en la revisión sistemática y sugieren una equivalencia entre el misoprostol y la oxitocina en la prevención de la HPP, lo que se contradice con la estimación agrupada de las revisiones sistemáticas mencionadas.

Las afirmaciones injustificadas de equivalencia no se limitan a los estudios clínicos de misoprostol. Greene y colaboradores identificaron afirmaciones inadecuadas de equivalencia en el 67% de 88 informes sobre la base de una comparación estadística no significativa y únicamente 45 de dichos estudios tenían como objetivo específico el

estudio de la equivalencia. Las revistas científicas reconocen cada vez más este problema. Los autores tienen la responsabilidad de analizar los resultados de su investigación primaria en el contexto de todos los demás resultados de investigaciones existentes en una forma explícita en las secciones de discusión de sus informes de investigación.

4.2 .- EVALUACIÒN DEL PROBLEMA

La hemorragia postparto constituye una de las causas más frecuentes de morbimortalidad materna tanto en países industrializados como en vía de desarrollo. Según la OMS mueren 800 mujeres por dia en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo , parto o postparto, la mayoría en zonas rurales y en comunidades más pobres, las mujeres adolescentes son las que corren más riesgo de complicaciones y de muertes en comparación con las de más edad.

El manejo activo del alumbramiento con drogas que estimulan la contractibilidad uterina , así como el pinzamiento temprano del cordón umbilical y la tracción controlada , sostenida del mismo, han demostrado ser eficientes como medidas para disminuir el sangrado postparto. Nuestro estudio presenta algunas características que exponemos a continuación.

Delimitado

Por que comprende pacientes a partir de las 28 semanas de gestación sin antecedente de sensibilidad al compuesto.

Concreto

Porque trata de determinar la eficiencia del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto para disminuir el riesgo de morbimortalidad materna.

Evidente

Porque sus puntos de análisis son claros, precisos y fácilmente cuantificables.

Relevante

Porque permite mediante el empleo de maniobras y medicamentos reducir el sangrado postparto y disminuir la morbilidad materna.

5.-PREGUNTAS DE INVESTIGACIÒN

1.- Cual es el tiempo de alumbramiento con la utilización del Misoprostol 50 mcg sublingual y el manejo activo del alumbramiento?

2.- Cual es la correlación del hematocrito preparto y postparto?

3.-Cuales son las complicaciones que se puedan presentar con el uso del Misoprostol?

4.- Conocer los casos de alumbramientos incompletos que requieran legrado uterino ?

6.-FORMULACIÒN DE LOS OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar la eficacia del misoprostol 50mcg sublingual en el manejo activo del tercer perìodo del trabajo de parto y la disminución de la hemorragia postparto

6.2OBJETIVO ESPECÍFICO

1.- Determinar el tiempo de alumbramiento placentario.

2.-Cuantificar el valor del Hematocrito preparto y postparto en las pacinetes estudio.

3.- Evidenciar el numero de alumbramientos incompletos que necesiten legrado uterino instrumental.

4.- Identificar complicaciones hemorrágicas que se presenten en los casos sometidos a estudio.

7.-HIPOTESIS

“EL manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto con 50 mcg de Misoprostol sublingual disminuye el tiempo de alumbramiento placentario y el sangrado postparto”.

8.- OPERACIONALIZACIÒN DE LAS VARIABLES

8.1.- VARIABLES INTERVINIENTES

EDAD MATERNA: Expresada en años

PARIEDAD: Nùmero de hijos. Nuliparidad, multiparidad

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: Existen antecedentes de alergias al compuesto (misoprostol), historia de enfermedades respiratorias anemia. Etc.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS: Nùmero de gestas, partos, retención placentaria o acretismoplacentario , infecciones etc.

8.2.- VARIABLE DEPENDIENTE

TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO: Momento que inicia desde la extracción del recién nacido hasta la expulsión de la placenta.

HEMATOCRITO PREPARTO: Valor del hematocrito tomado por sangre capilar del área de preparto

HEMATOCRITO POSTPARTO: Valor del hematocrito tomado por sangre capilar en la sala de recuperación.

8.3.- VARIABLE INDEPENDIENTE

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO: Conjunto de maniobras realizadas para obtener el alumbramiento de la placenta después del parto.

MISOPROSTOL : Prostaglandina E 2 , con potente acción uterotònica , administrada por vía sublingual .

EDAD: PACIENTES EN EDAD FERTIL

DENOMINACIÒN	DIMENSIÒN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	15años a mas de 35	Pacientes con capacidad reproductiva	14 a 19 años
			20 a 24 años
			30 a 34 años
			35 años y mas

Fuente de verificación: Hojas de Recolección

PARIEDAD: NùMERO DE HIJOS AL MOMENTO DEL PARTO

DENOMINACIÒN	DIMENSIÒN	INDICADOR	ESCALA
PARIEDAD	0 a más de 5	Número de hijos	PRIMIPARA : Primer hijo
			MULTIPARA: Mas de 5 hijos.

Fuente de verificación: Hojas de Recolección

ANTECEDETES PATOLÒGICOS PERSONALES

DENOMINACIÒN	DIMENSIÒN	INDICADOR	ESCALA
Historia de enfermedades anteriores y sensibilidad al misoprostol	Antecedentes de todas las enfermedades adquiridas en su vida	Antecedentes de enfermedades relacionadas o de alergia al compuesto	Entre 15 a >35 años

Fuente de verificación: Hojas de Recolección

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÈTRICOS

DENOMINACIÒN	DIMENSIÒN	INDICADOR	ESCALA
Enfermedades Obstétricasy ginecológicas incluidas patología cervical	Todas las enfermedades ginecológicas u obstétricas.	Enfermedades previas al parto que o antecedente de partos anteriores	Entre 15 a > 35 años

Fuente de verificación: Hojas de Recolección

HEMATOCRITO PREPARTO

DENOMINACIòN	DIMENSIÒN	INDICADOR	ESCALA
VALOR DE LA MASA DE GLOBULOS ROJOS PREVIO AL PARTO	Valor del hematocrito de 25% a mas de 41%	Pacientes con disminución de valores de hematocrito previo al parto	25 % a 29 %
			30 a 34%
			35 a 40%
			Más de 41%

Fuente de verificación: Hojas de recolección.

HEMATOCRITO POST PARTO

DENOMINACIòN	DIMENSIÒN	INDICADOR	ESCALA

VALOR DE LA MASA DE GLOBULOS ROJOS DESPUES DEL PARTO	DESDE VALOR DE 25 A 41%	Presencia de anemia en las pacientes después del parto	Menor a 29%
			Entre 30 a 34%
			Entre 35 a 40%
			Mas de 41%

Fuente de verificación. Hojas de Recolección

9.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La hemorragia postparto es una causa importante de mortalidad materna a nivel mundial, la determinación de métodos clínicos que puedan contribuir a su disminución son validos para el arsenal terapéutico medico. Se pretende contribuir a adquirir experiencias con drogas útero tónicas que modifique la perdida innecesaria de sangre en el postparto. La presente revisión muestra que la determinación de sus resultados dependen de muchas variables, pero que la importancia de esta valoración y la disminución de la mortalidad materna , justifican directamente el mismo.

Los resultados nos bridaran una información valiosa a la hora de realizar protocolos de manejo para este evento del parto.

10.- UTILIDAD PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo investigativo permitirá adquirir un mayor conocimiento del uso de drogas uterotonicas empleadas e n el tratamiento y manejo de la hemorragia postparto y permitirá prevenirla con la mejor utilización de recursos y disminuirá las complicaciones y la necesidad de realizar procedimiento cruentos adicionales.

11.- CUALES SON LOS BENEFICIARIOS

En este aspecto consideramos que los mayores beneficiarios son por una parte las usuarias de los servicios de salud y por otra constituye una herramienta en el arsenal terapéutico medico para la creación de protocolos de atención ante la prevención de la hemorragia postparto.

12.-VIABILIDAD

Debido al alto grado de muerte materna por hemorragia postparto en nuestros sectores rurales y urbanos en nuestro país hemos realizado un proceso investigativo para validar la propuesta del manejo activo del alumbramiento tomando como referencia

valores de laboratorio y condiciones clínicas de las pacientes estudio , analizando posteriormente los resultados que nos oriente a convalidar nuestras hipótesis , al mismo tiempo aportar el conocimiento técnico de procedimientos , beneficiando a corto plazo la elaboración de protocolos de atención en el campo de nuestra especialidad. La viabilidad técnica en la elaboración de la investigación cuenta con el apoyo y asesoramiento del jefe de área de alto riesgo y la vigilancia de la dirección técnica de la maternidad Enrique C Sotomayor, la viabilidad científica es sustentada en hallazgos bibliográficos y estudios realizados , los recursos para la realización del proyecto están a cargo del autor.

13.- LIMITACIONES

Nuestro estudio se realizó en las salas de preparto general , y alto riesgo del hospital gineco-obstetrico Enrique C Sotomayor , donde tuvimos la dificultad del tiempo para dedicar a la recolección de datos debido a la gran demanda de atención emergente en la mayoría de los casos , y la falta de recursos para poder tomar muestras rápidas para el estudio inmediato de hematocrito en cuanto ingresen las pacientes a las áreas, a pesar de todo contamos con el apoyo humano necesario para la realización de la misma.

CAPITULO II

14.- MARCO TEÓRICO

14.1 ANTECEDENTES

Para la mayoría de las mujeres la maternidad en una experiencia positiva y satisfactoria pero en ocasiones se convierte en una mala experiencia. Evitar la mortalidad materna como problema de salud pública, el impacto desfavorable que genera en el ámbito más

esencial de la sociedad, por tal motivo es necesario, promover y favorecer las políticas la salud materna a través de una maternidad sin riesgo que garanticen la integridad del binomio madre- hijo, es importantes como prioridad en todas las sociedades.

En este sentido el status de la mujer debe de ser elevado y reconocido en todo su valor, tanto en el papel productivo y reproductivo que desempeña en la sociedad, esto entraña que la mujer se le situé en primer plano como persona, más que como un objeto de intervenciones. La madre tiene derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgo y complicaciones tanto para ella como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención.

La mujer debe reconocer su propio riesgo reproductivo y Obstétrico. La mujer es la inversión de tiempo y energía que emplea, para que sus hijos e hijas gocen en condiciones de equidad y de pleno derecho de los beneficios para que logren un desarrollo pleno. A nivel mundial según las cifras de la OMS, ocurren en la actualidad alrededor de 650 mil muertes maternas lo que representa que cada minuto ocurre una defunción materna, la mayoría de ellas en los países considerados como subdesarrollados. La Sección cuarta en su artículo 43 de la Mujer embarazadas señala que.” El Estado garantizará” a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1.-No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.

2.-La gratuidad de los servicios de salud materna.

3.-La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4.-Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

El choque circulatorio permanece como uno de los más frecuente desafiantes problemas en el manejo de la paciente con complicación durante o después del parto. Durante el embarazo el volumen sanguíneo aumenta un 45 % aunque el algunos casos llega al 80%, dado que el aumento del volumen es mayor que el aumento de los glóbulos rojos, se produce un cierto grado de dilución llamado anemia fisiológica con una disminución de 3 a 5 puntos del valor de hematocrito en las últimas semanas aumenta algo mas el volumen de glóbulos rojos que el plasma sanguíneo.

14.2 .- TERCER PERIODO DEL TRABAJO DEL PARTO

14.2.1.- PERIODO PLACENTARIO NORMAL

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

14.2.2 **TIEMPO DE 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 .

14.2.3.-**DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA**:

De inmediato al parto el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante todavía la placenta permanece algunos minutos adherida a él. Pero a continuación, sobre la retracción señalada se agregan 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 ella la distención y la isquemia prolongada, motivo por el cual no son apreciadas clínicamente.

Las contracciones aportan el sector de pared uterina sobre el que está implantada la placenta, pero al no tener esta el mismo índice de la retractilidad que la pared sobre la que asienta (tejidos de distinta estructura), no puede acompañarla paralelamente en el acortamiento, y la pared solo logra continuar 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 interutero-placentario cuyo crecimiento intensifica excéntricarnente el proceso de disección, la placenta recoge entonces esa sangre y se invierte contenido en su concavidad este hematoma el que por su peso termina arrastrando el resto de la misma aun no respondido, así como las membranas circundantes.

Es indudable que este desgarro de las trabéculas y de los vasos es el mecanismo íntimo fundamental del desprendimiento. Parecen intervenir también ciertos procesos necro bióticos que se desarrollan nivel de esta estructura trabecular, necrosis de coagulación, degeneración hialina y adiposa, calcificación, etc. El número de contracciones necesarias para producir el desprendimiento de la placenta es muy variable, y depende de las duraciones de las mismas y del tono basal del útero.

El plano de desprendimiento de la placenta asienta en la capa más superficial de la esponjosa de tal modo la parte profunda de esta permanece fija en la decidua, mientras que su parte superficial sale adherida a la superficie de cotiledones y aparece sobre estos como una membrana grisácea brillante, de aspecto barnizado, que recubre toda la cara

materna de la placenta. El mecanismo por el cual puede desprenderse la placenta se verifica de dos maneras distintas.

El de baudelocque-schultze responde al proceso recientemente descrito. En la placenta inicia su desprendimiento en el centro de su zona de inserción, con la consiguiente hemorragia, esta, al intensificarse, se convierte en la hematoma retro placentario, que termina de desprender la placenta interviniéndola y alojándose en su concavidad, la placenta así desprendida y empujada por el hematoma descrito es expulsada al exterior por su cara fetal, y tras ella la acumulación de sangre del citado hematoma retro placentario, toda la perdida sanguínea del alumbramiento se producirá al final.

El de baudelocque-duncan se cumple al iniciarse el desprendimiento en el borde de la placenta y extenderse hacia el centro de la misma: al expulsarse aparecerá primero el borde de la placenta. La pérdida sanguínea será notoria desde que se inicia el desprendimiento, antes de la expulsión.

14.2.4 **DESPRENDIMIENTO DE LAS MEMBRANAS**.

Las membranas se desprenden por idéntico proceso. Las contracciones del útero que sobrevienen, al accionar sobre un tejido distinto, lo hacen de tal manera que después, finalmente, el mismo peso de la placenta en su descenso, terminara de desprenderlas por simple tironeamiento. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta que aun cuelga de las membranas no completamente desprendidas.

14.2.5 **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 continúa cierta actividad contráctil del útero y mayormente por el .peso mismo de la placenta, la que arrastra las membranas invirtiéndolas desde

las superficies de inserción cercanas al borde placentario. La atonía vaginal por el parto reciente hace que en este tramo la placenta suela quedar detenida algún tiempo.

14.2.6 **EXPULSIÓN DE LA PLACENTA**.

Posteriormente pueden presentarse dos situaciones: a) lo absolutamente normal es que repitan algunos pujos y estos, con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retro placentario (en el mecanismo de baudelocqueschultze), terminen la expulsión placentario hasta el exterior (alumbramiento espontaneo) , o bien b) la placenta desprendida y descendida a la vagina continua allí alojada, por lo que es menester extraerla de la misma con la ayuda manual (alumbramiento natural).

Tan pronto como el feto se desprende, el útero continuo contrayéndose con las mismas características que durante el parto. Las contracciones tienen una intensidad de 500 mm Hg y una frecuencia que varía entre 3 y 5 cada 10 minutos; no observa ningún periodo en que el órgano interrumpa su actividad contráctil. Esta actividad es la que determina el desprendimiento y descenso de la placenta. No se precisan más de dos o tres contracciones para obtener este efecto; el tiempo que se demora oscila entre cuatro y ocho minutos. Este tiempo es denominado tiempo corporal.

14.2.7.- **EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL ALUMBRAMIENTO**

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

14.2.8 **FENÓMENOS SUJESTIVOS**.

Inmediatamente después de la expulsión del feto la observación exterior muestra al paciente tranquilo durante un lapso variable llamado clásicamente periodo de reposo fisiológico, pero en realidad debe denominarse periodo clínico, puesto que, como se ha señalado, el útero continua 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 incomodas que dolorosos la placenta se elimina al exterior.

14.2.9 **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 ombligo, el órgano asciende unos 5 o 6 cm cuando la placenta desprendida cae a segmento inferior, en virtud del ascenso del cuerpo empujado por la placenta y el hematoma retro placentario; frecuentemente el cuerpo se desplaza hacia la derecha al último que sus dos paredes se adosan y su forma, esférica, se toma angulosa.

Por último, el útero desciende nuevamente hacia dos dedos por debajo del ombligo cuando la placenta cae a la vagina o se expulsa, esta situación, ya definitiva, solo variara 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, otros, denuncian el desprendimiento de la placenta hecho que debe ser, con seguridad, reconocido por una correcta asistencia del alumbramiento. Los signos que brindan esta certidumbre son: La reparación de los dolores, índice de las contracciones de desprendimiento, la salida de sangre por los genitales, como manifestación de la separación uteroplacentaria, especialmente en el mecanismo de baudelocque-duncan.

Además también se evidencia la disminución del diámetro transverso y el descenso del útero después de haberse elevado sobre el ombligo, el descenso de una señal (Pinza) colocada previamente al final de la expulsión fetal en el cordón por la vagina al elevar el útero sobre el pubis a través de la pared abdominal, y la sensación negativa al palpar por el abdomen el fondo del útero y fraccionar del cordón (signo del pescador).

Durante el curso de alumbramiento se produce siempre una pérdida de sangre, que puede calcularse, como expresión normal, entre 300 y 500 ml; es algo más cuantiosa en las multíparas que en las primìparas. Por encima de esta cifra aumenta progresivamente el peligro de la hemorragia; al respecto, no debe olvidarse que el organismo se halla preparado para esta perdida durante el aumento de la volemia y que existen notables variaciones individuales en el índice de tolerancia a la hemorragia.

El signo de producción de la hemorragia es dado por el desprendimiento, pero su manifestación varia, como se ha dicho, según el mecanismo del mismo. En el de baudelocque- schultze la hemorragia se vuelve ostensible después de la expulsión de la placenta (hematoma retroplacentario) y en el de baudelocque-duncan se la observa desde el momento en que se inicia el desprendimientos de los bordes placentarios, es decir, desde antes de la expulsión.

La hemorragia se detiene en cuanto se expulsa la placenta y el útero se retrae, los vasos arteriovenosos que quedan abiertos en la pared son fuertemente comprimidos y obliterados por la red muscular del cuerpo uterino en esa contracción permanece que es la retracción (ligaduras vivientes). El útero adopta desde ese instante una forma globulosa y una dureza leñosa que no abandonara más y que se conoce con el nombre de globo de seguridad de pinard.

Otros mecanismos se agregan para la hemostasia, pero ninguno de la importancia del descrito, señalaremos la formación de trombos obliterantes, facilitada por la contracción

de la túnica muscular de los vasos así como la formación de excrecencias en el endotelio de los mismos. La trombosis señalada, como se ha dicho, tiene un solo valor secundario, el que se acrecienta, por supuesto, cuando falla la hemostasia activa la retracción del útero.

14.2.10.- ATENCIÓN DEL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO O TERCER PERIODO DEL PARTO

El concepto básico y fundamental en la asistencia en este periodo a sido el de expectación máxima. Conocidos los fenómenos clínicos de este tiempo del parto, el criterio que dominó en todo momento al obstetra es el de permitir que tales fenómenos se desarrollen solos y con mayor espontaneidad posible. Cuando se creía lo contario o sea las maniobras intempestivas, producto de la impaciencia, significaba la mayor contribución para el desprendimiento parcial de los anexos, su expulsión incompleta o la retracción defectuosa . Actualmente se han introducido normas para minimizar el riesgo de hemorragia en este periodo.No obstante, tampoco aquí la pasividad es absoluta. Cuando los hechos se presentan se debe vigilar:

1) La facies y el pulso, tratando de reconocer precozmente la palidez y la taquicardia, índices de posible hemorragia;
2) La perdida sanguínea, sin olvidar que en la evolución de este tiempo se produce normalmente una pérdida de 300 a 500 mi.
3) El tamaño del útero, recordando que al final de la expulsión fetal se halla a nivel del ombligo y que durante el desprendimiento se eleva y disminuye el diámetro

trasverso, para descender a dos traveces de dedo por debajo cuando la placenta se encuentra en la vagina.

Solo corresponde actuar cuando el útero haya descendido,como en este momento la placenta se halla en vías de expulsión, se la recibe a su salida para impedir que caiga por su propio peso, con lo que se evita el tironea miento de las membranas por la placenta misma y con ello un desgarramiento y su desprendimiento incompleto. Para prevenir esto último se puede, al recibir la placenta, retorcerla sobre su eje o sostenerla en la mano, al tiempo que se trata de elevar el útero sobre el pubis (alumbramiento natural).

Terminada la expulsión, se vigilara, en primer lugar, la constitución del globo de seguridad de pinard (retracción del útero), signo de garantía para la hemostasia perfecta; en su defecto se deberá recurrir a los oxitócicos (oxitocina, derivados ergotínicos, etc.) como luego se verá. En segundo lugar, se procederá al examen minucioso de la placenta y de las membranas. A la de la placenta se la observa primero por su cara fetal e invirtiéndola luego se examina muy atentamente por su cara materna, colocándola sobre una superficie plana, a los efectos de reconocer su integridad.

Para ello, el hábito enseña el aspecto de la superficie placentaria normal y el de las superficies desgarradas, índice de retenciones parciales de cotiledones, al revestir tanta importancia este reconocimiento, será útil adquirir la sensación visual de tales defectos de integridad produciendo artificialmente desgarros en placentas integras. El examen de las membranas comprende la observación de su orificio de rotura, cuyo reborde más cercano era de tener no menos de 10 cm de longitud hasta el borde placentario, puesto que la placenta asienta siempre por encima del tercio inferior del útero.

Tratando de reconstruir la bolsa amniótica, se tendrá la sensación de la integridad de las membranas en extensión. Para reconocer su integridad en espesor debe recordarse que

ambas membranas, corion y amnios, pueden desprenderse artificialmente entre sí, la primera, la corial, hasta el reborde placentario, y la segunda, la amniótica, hasta la inserción del cordón en la placenta.

Así mismo, durante la observación de las membranas podrá reconocerse la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada). La duda o la seguridad de retención de restos de placenta obligara a recurrir al tacto intrauterino y a la extracción inmediata de las porciones no eliminadas. Luego, si quedara alguna duda, se recurrirá al raspado con la cureta toma de pinard.

En la actualidad se ha introducido en manejo activo del alumbramiento con el empleo o no de sustancia uterotonicas y que consiste en sostener a nivel de la pared abdominal a nivel pélvico con una mano del profesional y con la otra una tracción continua del cordon .Con frecuencia el curso del alumbramiento no es absolutamente espontaneo, sin que ello signifique entrar en el terreno de la patología. Lo más frecuente es que la expulsión de la placenta se retarde o bien se haga lentamente.

Cuando la conducta es pasiva la expectación es variable según los autores algunos esperan 2, 3 o más horas, mientras no exista hemorragia, pero en general se admite un máximo de treinta minutos (salvo que se tenga la seguridad del desprendimiento). Las directivas son distintas si la placenta se ha desprendido o no,si no está desprendida, debe excitarse la contractilidad, recurriendo al masaje uterino o a los oxitócicos (5-10 unidades de oxitocina intramusculares), si no producen el efecto deseado, se considerara al alumbramiento como patológico.

Si esta desprendida y no se expulsa, al quedar alojada en la vagina atónica por la expulsión fetal reciente y fuera de la acción contráctil expulsora del útero, puede recurrirse a la presión fúndica, a las tracciones por el cordón o ambas a la vez, la presión

fúndica, significa abarcar el útero desde su fondo con la mano a través de la pared abdominal para presionarlo hacia la pelvis y empujar con él la placenta por el canal hacia el exterior. Las tracciones por el cordón se realizan tironeando el mismo primero hacia abajo, luego hacia adelante y por fin hacia arriba; corre serio peligro de desgarrarse, por lo que es desaconsejable su ejecución.

La combinación de ambos procedimientos (expresión y tracción desde el cordón) ofrece riesgos menores. Estas maniobras no se ejecutaran nunca si no se tiene la absoluta seguridad del desprendimiento, de acuerdo con los signos antes mencionados. Terminado en alumbramiento y con ello el parto, no deberá abandonar a la parturienta hasta transcurrido un plazo de dos horas. Esta estricta directiva tiene como finalidad la vigilancia del útero, el que se palpa con suavidad a través de la pared abdominal repetidamente para controlar el mantenimiento de la retracción (globo de seguridad).

Si ello no ocurriera y el útero se relajara, con reaparición de una pérdida sanguínea mayor que la que la experiencia enseña como normal, se recurrirá al masaje exterior tantas veces como fuera necesario, procedimiento tan simple como efectivo, o a los oxítócicos por vía intramuscular o endovenosa, según la urgencia del caso.

14.2.11 **.- SINTESIS PARCIAL**

EL alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto se denomina al instante posterior a la expulsión del producto de la gestación , y suele tener un tiempo variable pero e n general se menciona que puede ser de hasta 30 minutos si se observa que no exista sangrado activo . Se evidencia 4 etapas , la primera el desprendimiento de la placenta contribuido por la rotura de los vasos sanguíneos que forman un hematoma retroplacentario que dar lugar a la expulsión tipo shulze o Duncan cuando el desprendimeintoincia por los bordes de la misma. Posteriormente se incia el desprendimiento de las membranas , que no es otra ocasa que la expulsión de las

mismas tironeadas por el peso placnetario. La tercera etapa es el descenso placentario que es provocado por pequeñas constracciones uterinas de una intensidad variable y que no son mayores a los 50 mmHg , y por ultimo la expulsión propiamente dicha.

14.3.- HEMORRAGIA POSTPARTO

14.3.1.- DEFINICIÓN.

Se considera como la pérdida de sangre en más de 500 cc en un parto normal o 1000 cc en un operación cesárea. Hemorragia posparto la hemorragia posparto temprana ocurre en las primeras 24 h. la forma tardía se presenta después de las 24 horas hasta cuatro semanas después del nacimiento. La hemorragia puerperal temprana se debe a causas placentarias, atonía uterina, trabajo del parto anormal, administración prolongada o excesiva de oxitocina, distención excesiva de la vejiga urinaria, discrasias sanguíneas o tratamiento inadecuado de la tercera etapa del trabajo de parto.

Por lo general la hemorragia postparto tardío se debe a retención de productos de la concepción. Esta complicación se presenta en 5 a 10% de los partos de término. Cerca de 2% de estas pacientes deben ingresar de nuevo al hospital para transfusión y algunas necesitaban una intervención quirúrgica. Las complicaciones adicionales de la hemorragia pos parto incluyen choque, anemia e infección.

14.3.2**.- CLASIFICACIÓN.-** La hemorragia postparto puede ser inmediata cuándo ocurre dentro de las primeras 24 horas y tardía cuando ocurre a partir de esta hasta las siguientes 6 semanas.

14.3.3**.- ETIOLOGÍA.-** Las principales causas de hemorragia postparto se pueden resumir nemotécnicamente en 4 “T”.

Tono: Se conoce como la incapacidad para la contracción de la fibra uterina

Tejido: Se debe a la retención de restos placentarios o fetales

Traumatismo: Se produce al provocarse pèrdida de solución de continuidad de los elementos de constituyen el canal del parto

Trombosis o Coagulopatìas: Que es consecuencia de un fallo de factores de la coagulación lo que produce sangrado constante y considerablemente importante.

14.3.4.- VALORACIÓN CLÍNICA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

La frecuencia del pulso debe normalizarse en la primera hora después del parto. Por tanto la taquicardia persistente en sugestiva de pèrdida sanguínea importante no compensada. La eliminación de la placenta y un útero contraído restauraran por lo menos 300 ml de sangre a la circulación materna. En condiciones normales esto produce una elevación sistólica de 10 a 20mmhg durante varias horas después del parto. Por ello la hipotensión persistente sugiere perdida sanguínea excesiva, que a veces requiere reposición.

La hipertensión puerperal , incluso moderada, sobre todo relacionada con cefalea e hiperreflexia, sugiere hipertensión inducida por el embarazo. En este caso el tratamiento con sulfato de magnesio puede inducir cierta relajación del musculo uterino, por ese efecto no debe desaconsejar un empleo cuando está indicado.

14.3.5 DIAGNÒSTICO

A menudo se añade el criterio de una disminución del 10% en la hemoglobina en comparación con los valores antes del parto ,con una medida objetiva de laboratorio , sin embargo no es una medida útil en situaciones agudas las que puede tomar horas para que las pérdidas de sangre produzcan cambios de laboratorio en la medición de glóbulos rojos.

Los Signos y síntomas de hipovolemia (mareo taquicardia, sincope, fatiga y oliguria, también son de limitada utilidad, ya que pueden representar los hallazgos normales al

final del parto de una mujer joven y sana, como resultado cualquier sangrado que tiene el potencial de dar lugar a una inestabilidad hemodinámica si se deja sin tratamiento, debe ser considerada una hemorragia posparto y tratada como tal.

14.3.6.- **TRATAMIENTO**

Todo paciente en quien se sospecha tenga una evidente hemorragia posparto suele ser tratada de la misma manera que cualquier otro paciente con hemorragia. Se evalúa la efectividad circulatoria por medio de los pulsos frecuencia cardiaca, presión arterial y el examen de región perineal, a menudo se coloca la paciente en la posición de trendelemburgy se coloca al menos 2 vías intravenosas de calibre suficiente, para pasar cristaloides y posible transfusión sanguínea. Luego se evalúa la causa como Sigue.

Tono.- La atonía uterina debe siempre ser tratada de manera empírica, en el comienzo del puerperio. El masaje uterino puede ser suficiente para estimular las contracciones uterinas y ello, por lo general, detiene la hemorragia uterina .La mano del examinador se coloca en la porción inferior del útero para extraer cualquier tejido remanente o coágulos que pueden estar previniendo las contracciones adecuadas, no se acostumbra ejercer presiones excesivas sobre el fondo del útero ya que esto puede aumentar el riesgo de inversión uterina.

La atonía, también se trata con útero tónicos, que son medicamentos que aumentan las contracciones uterinas. Se administra oxitocina, un análogo de la hormona endógena del mismo nombre, entre 20 a 40 ui en un litro de lactato de Ringer a razón de 600 cc por hora para mantener la contracción uterina y controlar la hemorragia Las Ergotaminas por ejem.ergonobina o metilergonobina se pueden utilizar en lugar o con oxitocina, a fin de facilitar las contracciones uterina.

Otras alternativas incluyen la. 15- metil- prostaglandina, Misoprostol, que son análogos del las prostaglandina El, los cuales se han utilizado en varios ensayos para tratamiento de la Hemorragia postparto.

Traumatismo.- Si se sospecha de rotura uterina se emplea un ultrasonido para buscar líquido intra abdominal, o una ecografía pélvica, para evaluar el tejido miometrial en busca de solución de continuidad y buscar aire libre peritoneal. Ocasionalmente se utilizan antibióticos de amplio espectro y un plan emergente para la laparotomía para la reparación. En caso de encontrarse laceración o hematomas con la presión directa se puede ayudar a controlar la hemorragia.

Si el sangrado proviene del útero debe ser detenido con el taponamiento de la cavidad uterina como se puede logarse mediante la introducción de una toalla o gasa absorbente, alternativamente se usa el globo de BakrioBlaKEMORE los cuales se introducen en la cavidad uterina, el balón debe irse llenando con la mayor cantidad de solución salina para producir taponamiento, es importan que en envase se coloque en el útero en vez de la vagina.

Si estos dispositivos no están disponibles se puede utilizar una sonda foley insuflada con 30 ml o más, en el segmento uterino, los hematomas no deben ser manipulados si no serán extirpados, sin embargo el aplicar presión leve y continua puede prevenir la expansión.

Tejido placentario.- Si se identifica retención de tejido se planifica de inmediato la extracción, está indicado realizar un barrido de la cavidad con gasa envuelta en la mano del examinador para remover los tejidos adheridos o legrado uterino .

Trombosis.- Si el hemograma muestran evidencia de trastorno de coagulación antes del parto , los especialista dirigen la terminación del embarazo de acuerdo a la necesidad de

coagulación de la paciente en anemia severa puede requerir una transfusión sanguínea. Para la trombocitopenia puede que se transfundan plaquetas, el plasma fresco congelado se emplea cuando hay coagulación.

14.3.7**.-PREVENCIÓN**

La placenta debe manejarse en forma correcta. Se recupera mediante su salida espontanea o a la maniobra de Brandt-Andrews. La maniobra de Credé (masaje del utero) se evita y el fondo nunca debe utilizarse como pistón para empujar la placenta. La tracción manual se reserva para los casos indicados. Después del alumbramiento de la placenta se administra oxitócina diluida antes de la salida de la placenta. Se inspecciona el canal del parto en busca de laceraciones. Se explora el útero en cualquier paciente con posibilidad de rotura uterina o retención de productos de la concepción.

14.3.8 **SINTESIS PARCIAL**

La hemorragia se define como la perdida sanguínea capaz de producir trastornos hemodinámicos en la paciente , se menciona que la evidencia de una disminución del 10 % en los valores de hemoglobina es un criterio valedero pero en ocasiones tardío en evidencias , la perdida hemática de 500cc en un parto normal o 1000cc en una cesarea se consideran normales pero en algunas pacinetes con anemia previa pueden dar consigo cambios hemodinàmicos y deben manejarse como hemorràgia. Las causas que la producen durante el parto se resúmen en 3 . Las relacionadas con la falta de tono uterino , las que tienen que ver con secuestro de tejido o restos placentarios , los trastornos de la coagulación , traumatismos que son producitos por desgarros o hematomas por el paso del producto atravez del canal del parto .

14.3.9.- MISOPROSTOL

El misoprostol es un análogo semisintético de la prostaglandina E1 (PGE1), utilizado para la prevención y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales, en particular las secundarias al empleo por lapsos prolongados de tiempo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como el ibuprofeno, el naproxeno o el aceclofenaco. Actúa sobre las células parietales del estómago inhibiendo la secreción de ácido en el jugo gástrico por medio de la inhibición de la adenilatociclasa mediado por unión a un receptor acoplado a proteína G. La disminución de la concentración intracelular de AMPc causa disminución de la actividad de la bomba de protones a nivel de la superficie apical de la célula parietal.

El misoprostol es algo menos efectivo que los antagonistas H2 de histamina, como por ejemplo la ranitidina, o que los inhibidores de la bomba de protones, como el omeprazol (que actúan directamente sobre las células oxínticas de la mucosa gástrica), pero más eficaz que el sucralfato (Urbal) en el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. El misoprostol se usa para la interrupción del embarazo ya que provoca la inducción del parto al promover las contracciones uterinas y la preparación del cuello uterino para el trabajo del parto. En estas funciones, se considera al misoprostol más efectivo que la oxitocina y la dinoprostona, los medicamentos legalmente indicados para la inducción del parto. Es considerablemente más económico fácil de usar que todos estos medicamentos . En Colombia, Ecuador y Perú donde no es legal el aborto, es el medicamento más utilizado para ese uso abriendo debates sobre su libre comercialización y orientación,cabe destacar que en estos 3 países hay una gran demanda de medicamentos falsificados de este tipo siendo su comercialización muy insegura, en Ecuador movimientos como Aborto Seguro debaten sobre su uso y sobre la despenalización del aborto en Ecuador y brindan asesoría y el medicamento cytotec y/u oxitocina como método abortivo en las primeras semanas de gestación.

El manejo activo de la tercera etapa del parto, a menudo abreviado MATEP, es un conjunto de intervenciones clínicas que incluye la administración de un medicamento uterotónico (por lo general, oxitocina), tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino.

En escenarios de recursos limitados, el misoprostol, que es una prostaglandina, ofrece diversas ventajas potenciales sobre el uso de oxitocina para el manejo de la HPP (Hemorragia postparto) ocasionada por atonía uterina. El misoprostol se puede conseguir fácilmente en países en vías de desarrollo, su costo es relativamente bajo, se puede transportar y almacenar sin refrigeración y no es necesario inyectarlo. Sin embargo, hasta hace poco, no se contaba con suficientes estudios de investigación para recomendar un esquema terapéutico específico o una vía de administración dada ni para recomendar su uso en escenarios comunitarios por parte de proveedores de bajo nivel.

14.3.9.- SITUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DEL USO DEL MISOPROSTOL PARA LA HEMORRAGIA POSPARTO

Para 2009, GynuityHealthProjects y sus colegas habíanconcluido cinco ensayos controlados y aleatorizados, con gran número de participantes, para evaluar el potencial del misoprostol para la prevención y tratamiento de la HPP.

Losresultados de dichos estudios mejoraron los conocimientos sobre la seguridad, eficacia y viabilidad del misoprostol y su aceptabilidad para las mujeres. Los ensayos ayudaron al

uso del misoprostol para el tratamiento de la hemorragia postparto, de la investigación a la realidad.

14.3.10 .- SINTESIS PARCIAL

El Misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 , que se ha utilizado con éxito en algunos estudios clínicos para prevención de hemorragia postparto , solo y en combinación con otros uterotónicos , posee muy pocas contraindicaciones , es económico , y produce algunos efectos como alza térmica , escalofríos , que son efectos dependiente de la dosis, pero en su mayoría es bien tolerado .

CAPITULO III

15.- METODOLOGIA

15.1.- **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es del campo de salud tipo descriptivo y correlacional que se realizó desde el 01 de septiembre 2007 hasta el 28 de febrero del 2009 en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la junta de beneficencia de Guayaquil.

15.2.- POBLACIóN Y MUESTRA

La toma de la muestra es aleatoria simple de los pacientes ingresados al área de preparto general y sala de Alto Riesgo tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

Distribución por Edades	Frecuencia	Porcentaje
21 a 24	36	36%
25 a 29	42	40%
30 a 34	22	22%

15.3.- LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Sala de parto general y unidad de embarazo de alto riesgo del hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil.- Ecuador

15.4.- PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Del 01 de setiembre 2007 a 28 febrero 2009

15.5.- RECURSOS UTILIZADOS

Recursos humanos Recursos humanos

Autor

Personal auxiliar enfermería

Tecnólogo laboratorio

Recursos físicos

Cronòmetro

Centrifuga

Computadora

Impresora

Suministro de oficina

Ficha recolectora de datos

15.6.- UNIVERSO

Aprobado el tema de investigación por la dirección técnica del hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Soto mayor, el universo de estudio lo constituirán, todas las pacientes ingresadas al área de parto general y alto riesgo durante el periodo comprendido entre septiembre 2007 y febrero 2009 , bajo la supervisión del jefe del área de alto riesgo,el Dr. Peter Chedraui y la asesoria del Dr. Luis Hidalgo, director Técnico de la maternidad Enrique C. Sotomayor.

15.7.- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Mujeres en trabajo de parto con embarazo mayor a las 28 semanas.

Ausencia de antecedentes sobre sensibilidad al compuesto.

Pacientes hemodinamicamente estables.

Pacientes que previamente a su parto tengan registro de hematocrito

15.8.- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Embarazo de productos inmaduros

Sensibilidad Misoprostol

Pacientes con asma bronquial o proceso respiratorio agudo.

15.9.-**DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

No experimental, longitudinal y Retrospectivo

15.10**.- CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA**

Debido a la alta mortalidad y morbilidad de la HPP, incrementos excesivos de los costos en la atención en sus complicaciones, es indispensable el conocimiento en normas de atención para el manejo de esta complicación y su prevención, de esta manera es conveniente así como detectar precozmente factores de riesgo, también el empleo de medidas preventivas y de igual manera elaborar estrategias destinadas a disminuir el impacto en nuestra sociedad.

CAPITULO IV

16 .-**ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

Distribución por Edades

TABLA # 1

Distribución por Edades	Frecuencia	Porcentaje
21 a 24	36	36%
25 a 29	42	40%
30 a 34	22	22%

Fuente : Historia ClínicaAutor : Dr. Jorge Armijos

Estudiados los 100 casos recolectados el 40% corresponde a pacientes entre los 25 a 29 años de edad , el 36 % entre los 21 a 24 años de edad y el 22% a pacientes entre los 30 a 34 años de edad.

Grafico # 1

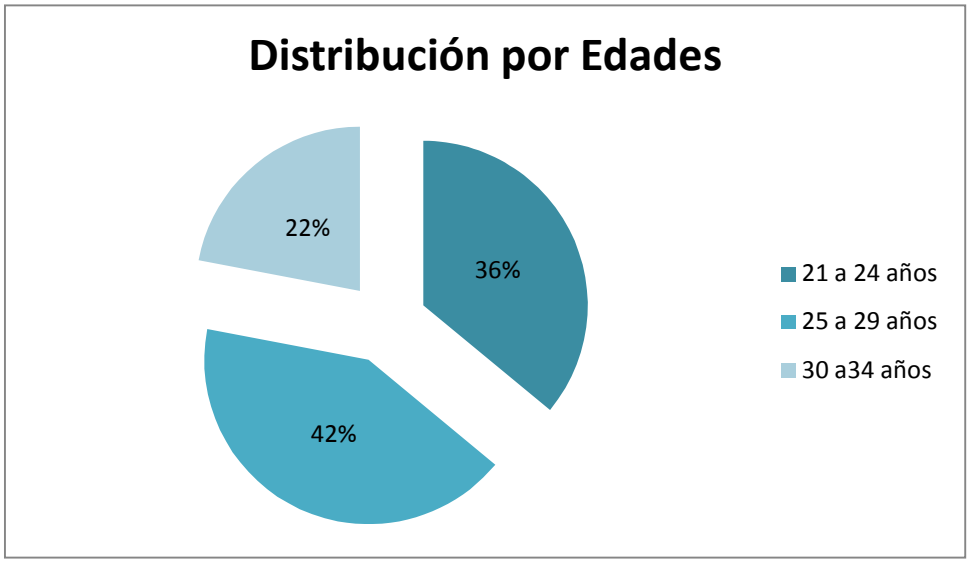


TABLA # 2

Antecedentes Patológicos Personales

Antecedentes de Enfermedades Hemorrágicas	Frecuencia	Porcentaje
SI	1	1%
NO	99	99%

Fuente . historia Clinica Autor : Dr. Jorge Armijos

Dentro de los Antecedentes Patológicos Personales se incluyen aquellos que involucran también las enfermedades hemorrágicas por deficiencia de factores de coagulación o hemofilias , en nuestro estudio solo se identificó un solo caso de antecedente de hemorragia en parto anterior esto corresponde al 1% de todos los pacientes estudio. El resto de antecedentes no contribuyen como relevancia al estudio .

Grafico # 2

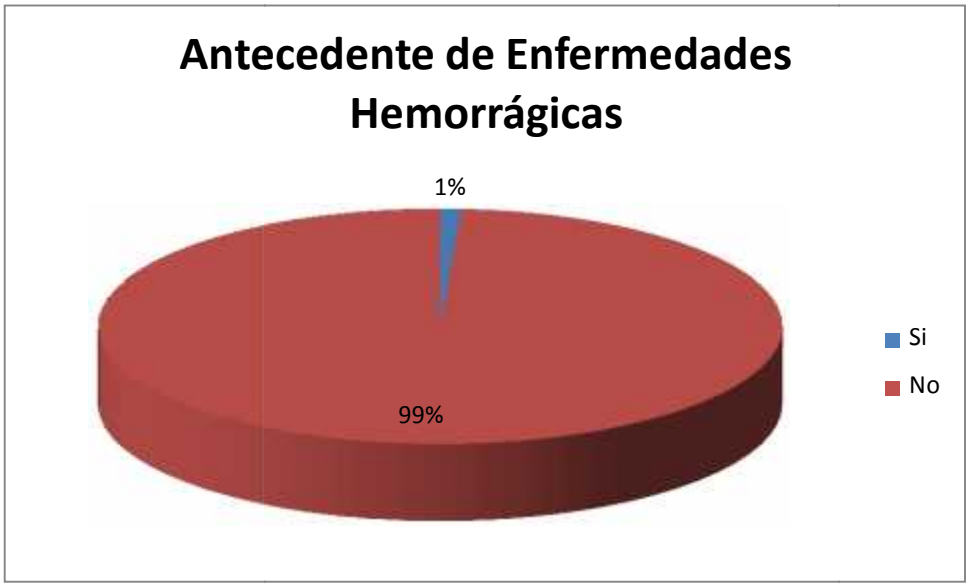


TABLA # 3

Antecedentes Gineco- Obstétricos

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Primíparas	32	32%
Multíparas	54	54%
Gran multíparas	14	14%
Total	100	100%

Fuente : Historia Clinica Autor Dr. Jorge Armijos

Los antecedentes Gineco-Obstétricos encontrados correspondieron el 32% a primíparas el 54% a multíparas y el 14 % a gran multíparas.

Grafico # 3

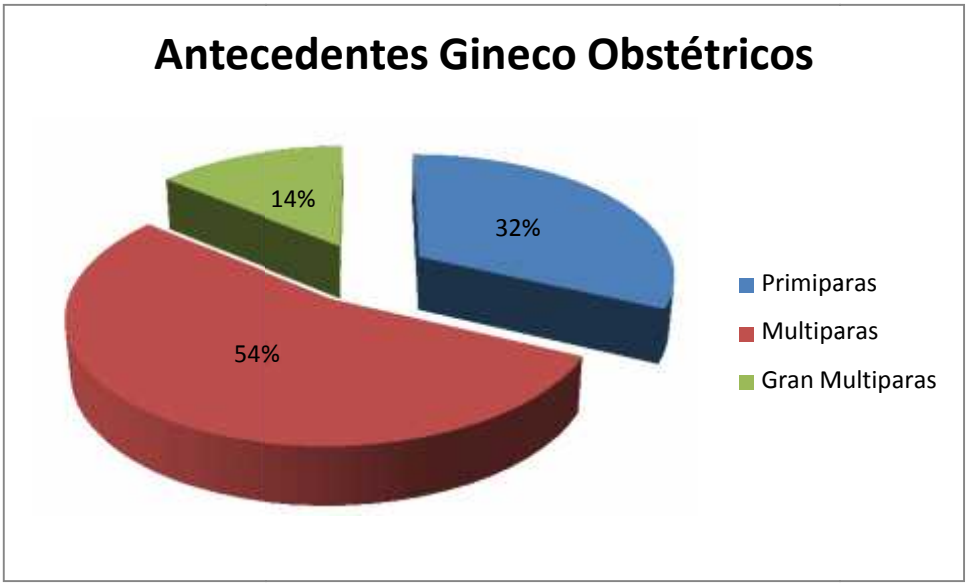


TABLA # 4

Valor del Hematocrito Preparto

Rango del Hematocrito	Frecuencia	Porcentaje
25 a 29 %	14	14%
30 a 34 %	80	80%
35 a 40%	6	6%
Más del 40%	0	0%
Total	100	100%

Fuente : Historia Clinica Autor : Dr. Jorge Armijos

La mayor parte de nuestras pacientes presentarón un valor de hematocrito entre el 30 a 34 % los cuales corresponden al 90% , en segundo lugar el 14% correspondió con un hematocrito entre 25 a 29% , y en tercer lugar es decir el 6% de pacientes tuvierón un

hematocrito previo al parto entre 35 a 40%. Esto evidencia que la mayoría de los casos fueron pacientes con algún grado de anemia .

Grafico # 4

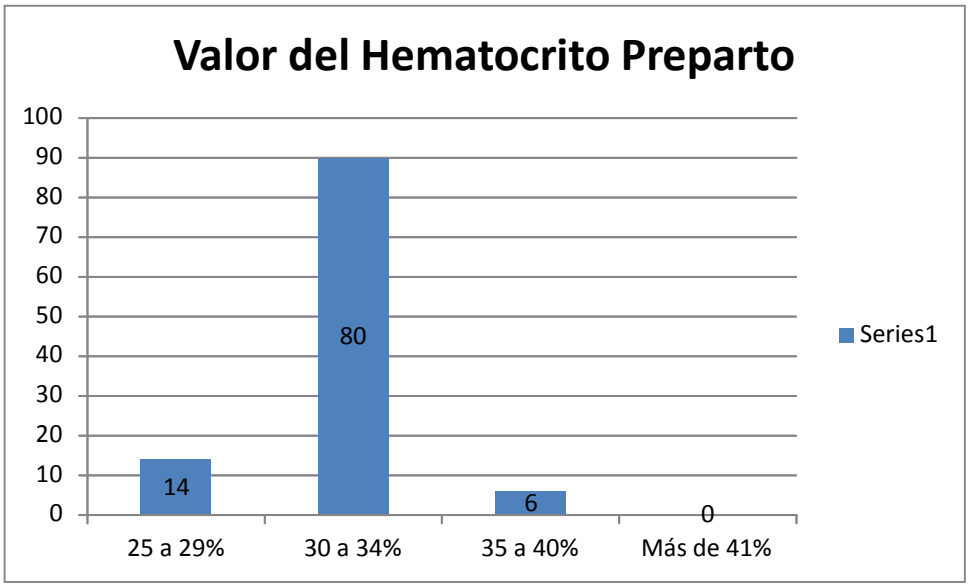


TABLA # 5

Valor del Hematocrito Postparto

Hematocrito	Porcentaje	Frecuencia
25 % a 29 %	2 %	2
30 a 34%	87%	87
35 a 40%	8%	8
Más de 41%	3%	3

Fuente : Historia Clínica Autor : Dr. Jorge Armijos

Después del Parto el 87% de las paciente sostuvieron un valor de hematocrito entre 30 a 34% y el 8% tuvo un hematocrito del 35 al 40% y tan solo el 2% tuvieron valores entre 25 a 29% de hematocrito. Esto evidencia que la perdida de la masa de globulos rojos fue minimadsiminuyendo la perdida hemática en relación al tiempo de alumbramiento.

Grafico # 5

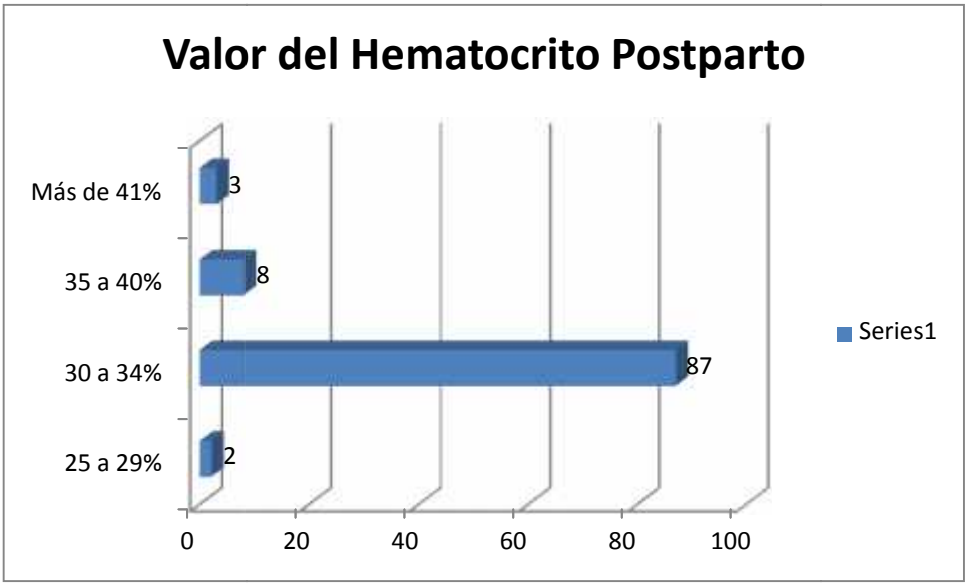


TABLA # 6

Correlación de la Disminución del Hematocrito después del parto en puntos porcentuales.

Frecuencia	Disminución Porcentual Hematocrito	Porcentaje de Pacientes
92	Menos de 2 puntos	92%
6	Entre 3 y 4 puntos	6%
2	Más de 5 puntos	2%

Fuente : Historia Clinica Autor : Dr. Jorge Armijos

Para valorar las pérdidas sanguínea en las pacientes estudio se correlacionaron los valores previo y postparto , evidenciando una disminución de menos de 2 puntos porcentuales en el 92% de los casos, una disminución de 3 a 4 puntos porcentuales solo en el 6% , y tan solo el 2% de todas las pacientes estudio tubo una disminución de

más de 5 puntos porcentuales. Esto ratifica que la modificación de la atención del alumbramiento y el empleo del misoprostol aminora la perdida hemática.

Grafico # 6

TABLA # 7

Tiempo de Alumbramiento

Alumbramiento	Porcentaje	Frecuencia
Menos de 2 minutos	88%	88
Menos de 3 minutos	10%	10
Menos de 4 minutos	1%	1
Más de 5 minutos	1%	1

Fuente : Historia Clinica Autor : Dr. Jorge Armijos

De los 100 casos en el 88% de ellos se obtuvo un alumbramiento a menos de 2 minutos, un 10% restante, el alumbramiento se presento antes de los 3 minutos, y en un

caso (1%) el alumbramiento ocurrió antes del 4 minutos y otro con igual porcentaje de frecuencia (1%) el alumbramiento se obtuvo después del 5to minuto.

Grafico # 8

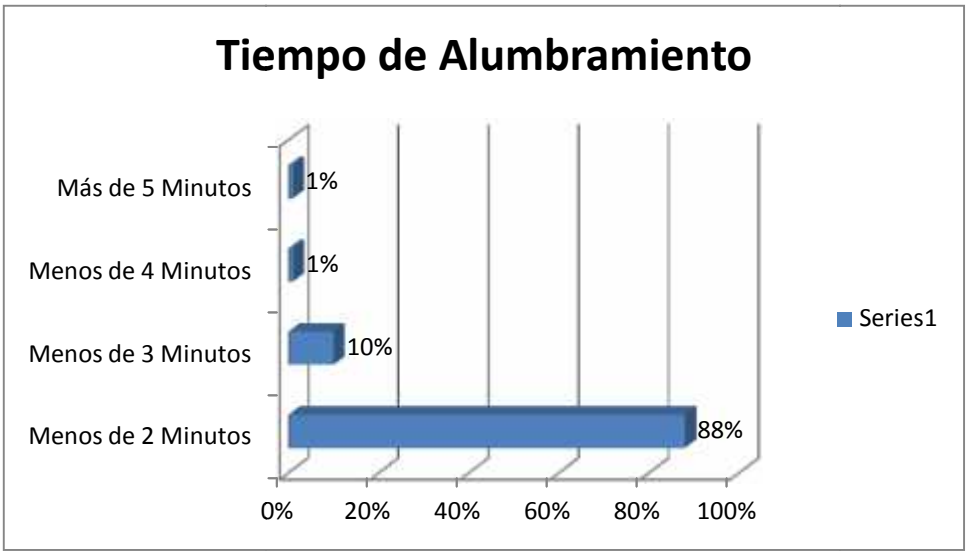


TABLA # 8

Retención de Restos Placentarios

Casos de Retención de Restos Placentariosy sometidas a Legrado Uterino Instrumental	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	3%
No	97	97%
Total	100	100%

Fuente: Historia ClínicaAutor : Dr. Jorge Armijos

El 97 % de las pacientes no requirieron ninguna instrumentación ni legrado uterino, este último solo se realizó en 3 casos por retención de restos placentarios.

Grafico # 9

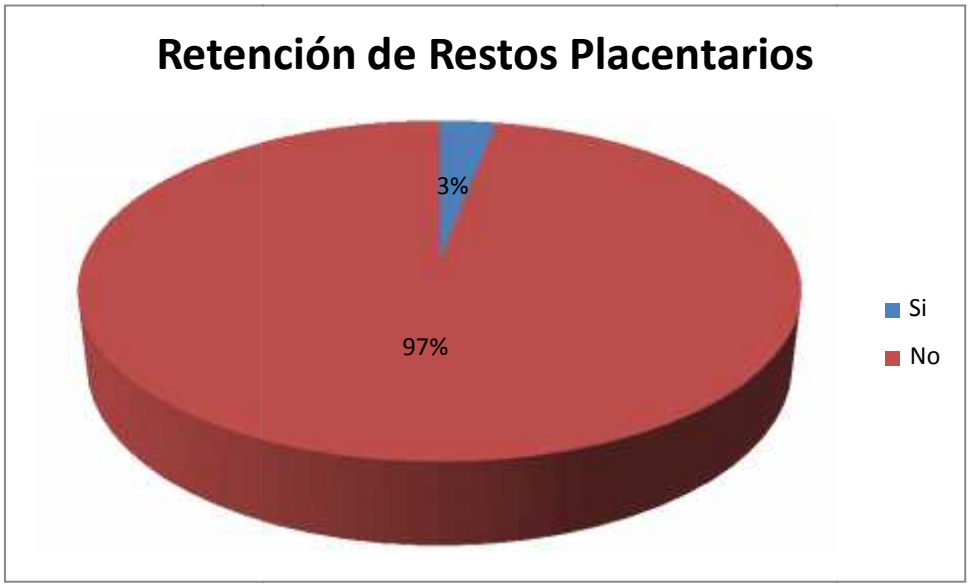
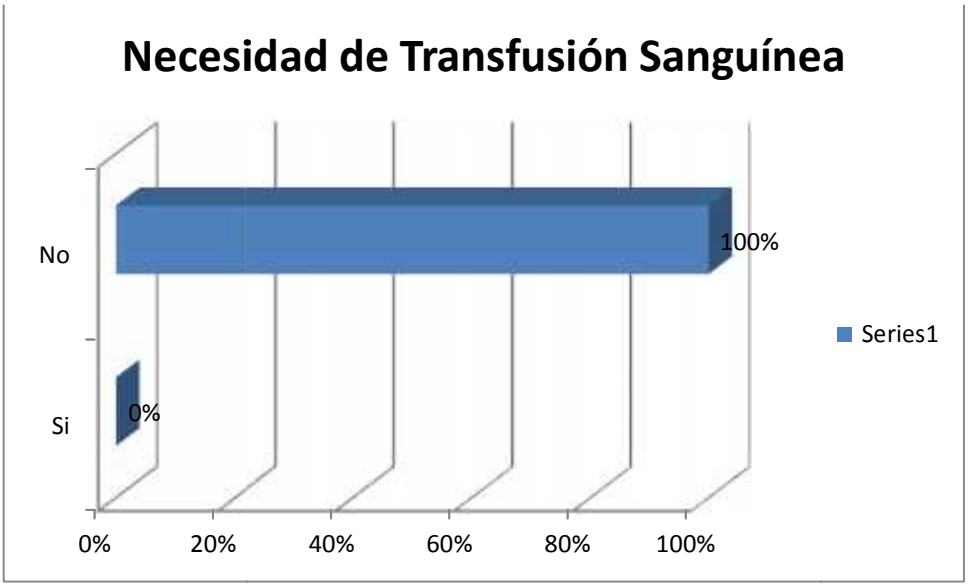
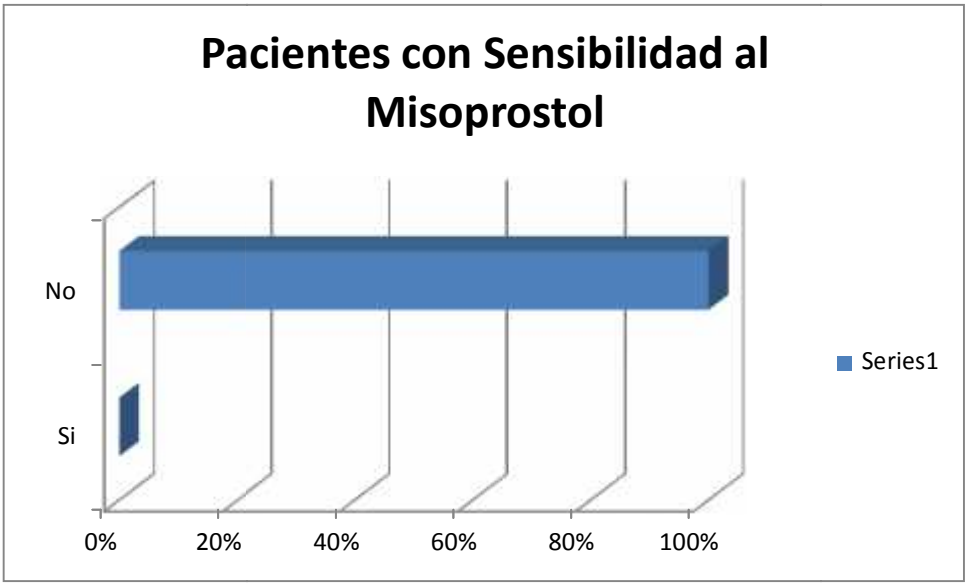


Grafico # 9



De igual manera no se presentaron complicaciones que requieran compensación sanguínea y la necesidad de transfusión Sanguínea fue del 0%.

Grafico # 10



No se evidenció en ningún caso sensibilidad al compuesto Misoprostol, ningún caso reporto efectos adversos ni efecto indeseable alguno atribuible al mismo.

17.- **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Las prostaglandinas se han utilizado para la hemorragia postparto (HPP) principalmente cuando fallan otros métodos. Se ha sugerido la utilización de misoprostol, un análogo nuevo y de bajo costo de la prostaglandina E1, como alternativa para el manejo de rutina del alumbramiento en registros de **Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto** (Cochrane Pregnancy and ChildbirthGroup) (febrero de 2007) y PubMed (julio de 2006).Publicaron 37 estudios clínicos de misoprostol y nueve de prostaglandina intramuscular (42,621 mujeres). El misoprostol oral (siete estudios, 2849 mujeres) o el misoprostol sublingual (riesgo relativo [RR]: 0.66, intervalo de confianza del 95% [IC]: 0.45 a 0.98; un estudio, 661 mujeres) en comparación con placebo, pueden ser efectivos para reducir la HPP grave y la posibilidad de transfusión de sangre (RR: 0.31, IC 95%: 0.10 a 0.94; cinco estudios de misoprostol oral, 3519 mujeres).

Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología yObstetricia, Cartagena Colombia publico como eficaz el empleo de prostaglandinas sublingual y manejo acitivo del alumbramiento en el 2008.

Una revisión sistemática de Cochrane identificó cinco ensayos controlados aleatorizados (ECA) que compararon el manejo activo y expectante, que incluyó a más de 6.400 mujeres. En comparación con el manejo expectante, el manejo activa se asoció con: una tercera etapa más corta (diferencia media: -9,77 minutos), una reducción del riesgo de hemorragia posparto (númeronecesario a tratar [NNT] = 12) y la hemorragia posparto severa (NNT = 57), un menor riesgo de anemia (NNT = 27), una disminución de la necesidad de transfusión desangre (NNT = 65), y una menor necesidad de medicamentos uterotónicos adicionales (NNT = 7) .

Elmanejo activo también se asoció con un mayor riesgo denáuseas en la madre (número necesario para dañar [NND] = 15), vómitos (NND = 19), y la presión arterial

elevada (NND = 99), probablemente causado por el usode un ergóticos por vía intramuscular como la medicación uterotónico en cuatro de los cinco estudios en la revisión sistemática. No hubo ventajas odesventajas para el niño con uno u otro enfoque. Otro punto de importancia clínica, es la escogencia delagenteuterotónico, actualmente se cuenta con una mayor variedad de sustancias que colaboran en estafunción, entre los que podemos mencionar: oxitócicos yanálogos (oxitocina, carbetocin), derivados del ergot(metilergonovina, ergometina), oxitócico-ergóticos(sintometryne) y prostaglandinas (misoprostol). Cada una de estas sustancias ha mostrado poseer algún grado de eficacia clínica en la prevención de la hemorragiapostparto. Nuestro trabajo concuerda con publicaciones en Junio del 2009 de **la Universidad del Valle de Colombia** en donde tienen una eficacia del 90 % para reducir la hemorragia postparo con la utilización de 25 mcg por via

sublingual y manejo activo del parto . No evidenciamos nauseas o síntomas vagales en nuestro estudio , tampoco reacciones adversas o sensibilidad a la dosis administrada de misoprostol.

En el **Hospital General Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda** en el periodo comprendido entre Enero – Agosto del 2012, se realizo un trabajo investigativo para conocer los beneficios del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto para disminuir las complicaciones postparto y enfatizar las causas más frecuentes de dicha patología que denotan severidad y demostrar si se da el cumplimiento al protocolo ya establecido del manejo activo. El enfoque del trabajo realizado fue retrospectivo transversal cualitativo, concurrente en 208 pacientes, seleccionados aleatoriamente, que fueron atendidas con manejo activo. Los datos obtenidos se extrajeron de historias clínicas de mujeres ingresadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del **Hospital Alfredo Noboa Montenegro**. Se determinó que sin duda el manejo activo proporciona beneficios para la disminución de complicaciones postparto, demostrando así; la ausencia de hemorragias postparto en 179 pacientes; 167 no presentaron anemia después del parto; 193 pacientes permanecieron hospitalizadas menos de 2 días.

Nuestro trabajo concuerda con los hallazgos de estos trabajos y en el mismo se evidencia uan disminución de la HPP del 92% , disminución del tiempo de alumbramiento a menos de 2 minutos en el 88% de los casos, tan solo 3 casos de LUI por retención de restos placentarios y ninguna necesidad de transfusiones sanguíneas.

CAPITULO V

18.- **CONCLUSIONES**

1.- Estudiados los 100 casos recolectados el 42% corresponde a pacientes entre los 25 a 29 años de edad , el 36 % entre los 21 a 24 años de edad y el 22% a pacientes entre los 30 a 34 años de edad.

2.- Los Antecedentes Patológicos Personales que se evaluarón incluyen enfermedades hemorrágicas por deficiencia de factores de coagulación , hemofilias , antecedentes previos de hemorragia postparto , etc. de los cuales en nuestro estudio solo se identificó un solo caso de antecedente de hemorragia en parto anterior esto corresponde al 1% de todos los pacientes estudio.

3.- En las pacientes estudiadas el 32% correspondieron a primíparas el 54% a multíparas y el 14 % a gran multíparas.

4.- La mayor parte presentaron un valor de Hematocrito antes del parto entre el 30 a 34 % los cuales corresponden al 90% de todos los casos, en segundo lugar el 14% correspondió con un hematocrito entre 25 a 29% , y en tercer lugar, es decir el 6% , tuvieron un hematocrito entre 35 a 40%.

5.- Después del parto el 87% de las pacientes sostuvieron un valor de hematocrito entre 30 a 34% y el 8% tuvo un hematocrito del 35 al 40% y tan solo el 2% tuvieron valores entre 25 a 29% de hematocrito.

6.- Para valorar las pérdidas sanguínea en las pacientes estudio se correlacionaron los valores de hematocrito previo al parto y luego del parto , evidenciando una disminución de menos de 2 puntos porcentuales en el 92% de los casos, una disminución de 3 a 4 puntos porcentuales solo en el 6% , y tan solo el 2% de todas las pacientes estudio tubo una disminución de más de 5 puntos porcentuales.

7.-No se evidenció en ningún caso sensibilidad al compuesto Misoprostol , ningún caso reporto efectos adversos ni efecto indeseable alguno atribuible al mismo.

8.- En cuanto al tiempo de alumbramiento, los 100 casos en el 88% de ellos se obtuvo un alumbramiento a menos de 2 minutos, en el 10% el alumbramiento se presentó antes de los 3 minutos, en un caso (1%) el alumbramiento ocurrió antes del 4 minutos y otro con igual porcentaje de frecuencia (1%) el alumbramiento se obtuvo después del 5to minuto.

9.- El 97 % de las pacientes no requirieron ninguna instrumentación ni legrado uterino, este último solo se realizó en 3 casos por retención de restos placentarios.

10.- La episiotomía fue realizada en 41 % de las pacientes sometidas a estudio y el resto es decir el 59% no requirió realizar tal procedimiento previo al parto.

11.-De igual manera no se presentaron complicaciones que requieran compensación sanguínea y la necesidad de transfusión Sanguínea fue del 0%.

12.- El manejo activo del tercer período del trabajo de parto y la utilización del misoprostol sublingual en dosis de 50 mcgaplicado por via sublingual es efectivo y eficaz para disminuir la hemorragia postparto en el 92% de los casos , además que disminuyó el tiempo de alumbramiento a menos de 2 minutos en el 88% de las pacientes sometidas al estudio es importante señalar que la mayoría de nuestras pacinetes tenían algún grado de anémia y la descompensación de la misma fue ausentes el 92 % de los casos, no se reporto en ningún caso efecto adverso al compuesto, ni fue necesario realizar transfusiones sanguíneas y solo 3 casos de instrumentación por alumbramiento incompleto.

19.- **RECOMENDACIONES**

1.- Se recomienda la realización de nuevos estudios , sobre todo comparativos con otras drogas uterotonicas, con un numero mas grande de casos .

2.- Difundir los resultados del presente estudio, a las diferentes instituciones publicas y privadas a fin de utilizar este criterio en forma adecuada con nuestras usuarias .

3.- Estandarizar un protocolo de atención y manejo para pacientes en el tercer periodo del trabajo de parto.

4.- Difundir los resultados del presente trabajo en futuros congresos de ginecología y obstetricia.

20.- **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y OTRA PRODUCCION CIENTIFICA CITADAS.**

1.-BENZONP. (2010) OBSTERICIA y GINECOLOGIA, ed (decima edición) Editorial Me Graw Hill .pp 229-244

2.-COPELAN L. (2007), Ginecología ed. (2da edición), editorial panamericana.

3.-FERNANDO ARIAS (2009). Guía Práctica para el Embarazo de Alto Riesgo. Ed (segunda edición) Mosby.

4.-FAUSTINO PEREZ LOPEZ. (2010) Facultad de medicina, universidad de zaragozawww- unizar .es /gine/2009 obs. htm

5.-S0CIEDAD ESPAÑOLA G-O. FUNDAMENTOS DE GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA (2007) .editorial Graficas marte SL ISBN

6.-HAZBUN, GUILLERMO HEANO (2008) Obstetricia y Ginecología, 7ma edición Corporación investigaciones Biológicas, ISBN 9583358339 consultado el 5 julio 20011

7.-NOVAK (2010) Ginecología Novak 14va edición

8.-SOCIEDAD COLOMBIANA (2012) Obstetricia y ginecología sociedad colombiana 20007 pp 83- 86

9.-Schwarz (20012) Obstetricia Ricardo Leopoldo Schwarz, 5tya edición , editorial el Ateneo pp 191-214.

10.-Cochrane Pregnancy and ChildbirthGroup febrero (2007) y PubMed julio 2009 Gülmezoglu AM, Foma F, Villar J, Hofmeyr GJ Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia posparto (Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: //www.update-software.com.

11.-Cook C, Spurrett B, Murray H.A randomized clínical trial comparing oral Misoprostol with synthetic oxytocin or syntometrine in the third stage of labour. Australian and New Zealand JoumalofObstetrics and Gynaecology 2007;39(4):414-9.

12.-Amant F, Spitz B, T immerman D, Corremans A, Van Assche-FA Misoprostol compared with methylergometrine for the prevention of postpartum haemorrhage: a double¬blindrandomised trial. British JoumalofObstetrics and Gynaecology(20012);106:1066-70.

13.-Karkanis S, Caloia D, Salenieks M, Kingdom J, Walker M, Meffe F, et al. Randomized controlled trial of rectal misoprostol versus oxytocin in third stage management. Journal of Obstetrics &GynaecologyofCanada: JOGC 2011;24(2):149-54.

14.-Baskett TF, Persad V, Clough H, Young D. Prophylactic use ofmisoprostol in the third stage oflabor [abstract]. Obstetrics & Gynecology (2010);1 05(4 Suppl):39S.

15.-Lam H, Tang OS, Lee CP, Ho re A pilot-randomized comparison of sublingual misoprostol with syntometrine on the blood loss in third stage of labor.ActaObstetricia et GynecologicaScandinavica(2007);pp .83:647-50.

16.-Penaranda W, Arrieta O, Yances B. Active managementofthechildbirthwith sublingual misoprostol: a clinicalcontrolled trial in the Hospital de Maternidad Rafael Calvo [Manejo activo del alumbramiento con misoprostol sublingual: un estudio clinico controlado en el 17.-Hospital de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena]. RevistaColombiana de Obstetricia y Ginecologia (2012)pp 87-92.

18.-Abdel-AIeem H, Abol-Oyoun EM, Moustafa SAM, Kamel HS, Abdel-Wahab HA Carboprosttrometamol in the management of the third stage of labor. IntemationalJoumalofGynecology& Obstetrics 1993;42:247-50.

19.-Benchimol M, Gondry J, Mention J, Gagneur O, Boulanger 1. Role of misoprostol in corolled delivery [place du misoprostol dans la direction de la delivrance].Joumal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction (2010);30(6)pp :576-83.

20.-Parsons S, Ntumy YM, Walley RL, Wilson JB, Crane JMG, Matthews K, et al. Rectal misoprostol vs intramuscular oxytocin in the routine management of the third stage of labour. 30th British Congress of Obstetrics and Gynaecology; 2004 July 7-9 Glasgow, UK (2010).pp 18.

21.-Parsons S, Walley RL, Crane JMG, Matthews K, Hutchens D. Oral misoprostol versus oxytocin in the management of the third stage of labour. Journal of Obstetrics &GynaecologyofCanada: JOGC (2007).pp 28:20-26.

22.-Hoj L, Cardoso P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea¬Bissau: randomised double blind clinical trial. BMJ (2011).331(7519):pp723.

23.-Poeschmann RP, Doesburg WH, Eskes TKAB.A randomized comparison of oxytocin, sulprostone and placebo in the management of the third stage of labour.British Journal of Obstetrics and Gynaecology(2009);98:528-pp 30.

24.- Aizpitarte, A. Becerro, M. Navarro, A. Salegi, J. Paredes. Hemorragias del posparto precoz. Sesiones Clínicas de Ginecología(2007) M.I.R. Pág. 127-128; 132-133

25.- MARTINEZ Marcelo. Protocolo para el Tratamiento yPrevención de las Hemorragias Obstétricas Graves. Buenos Aires. Noviembre (2007). Pág. 7–9.

26.-Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conductaactiva versus conducta expectante en el alumbramiento. Copyright © John Wiley&SonsLtd.La Biblioteca Cochrane Plus, (2008). Número 2

27.- Díaz García I, Verdecia Roses ER, Colas PrevostG.Influencia de las técnicas de alumbramiento activo y expectante sobre la hemorragia posparto [artículoen línea]. MEDISAN (2005).

28 .- Rivero, Mabel I. - Avanza, María J. - Alegre, María C.Feu, María C. - Valsecia, Mabel - Schaab, Andrea Figueras, Albert. Hemorragia postparto.Incidencia,factores de riesgo y tratamiento. Resumen: M-106. Argentina. (2005)

29.- Alfredo Perales, Dolores Borrás, Vicente Diago, JavierValero, Alicia Pérez, José Minués. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA EN EL POSTPARTO. DIAGNÓSTICO Y

PREVENCIÓN (2006)

30.-YvonneLim.PostpartumHaemorrhage: Old Problem,New Options. ASEAN JOURNAL OF ANAESTHESIOLOGY.Volume 7, June (2006).Pag. 58-64

31.- John R Smith, Barbara G Brennan. PostpartumHemorrhage. Sep 24, (2009)

ANEXOS

21.- ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LUGAR DE INVESTIGACIÓN
AREA DE ATENCIÓN:
NOMBRE DE LA PACIENTE :
……
……
……
N0 DE HISTORIA CLINICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO SI -------- NO ---

VALOR DEL HEMATOCRITO PREPARTO ----------

VALOR DEL HEMATOCRITO POSTPARTO ----------

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

ANTECEDENTES GINOCOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

ANTECEDENTE DE ALERGIA AL MISOPROSTOL

SI NO

OBSERVACIONES CON LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL……
……
……
……
……

TIEMPO DE ALUMBRAMIENTO

HORA ---------- MINUTOS ---------- SEGUNDOS ---------- NECESIDAD

DE EPISIOTOMIA SI ---------- NO---------- NECESIDAD

DE LEGRADO UTERINO SI ---------- NO ---------- NECISIDAD

DE TRANSFUNCION SANGUINEA SI--------NO----------

OTRAS COMPLICACIONES HEMORRAGICAS
……
……
……
……
……

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-288986
Guayaquil - Ecuador

29.08.2013

OFEG#169-PROY

Agosto 29 del 2013

Doctor
Jorge Alfredo Armijos Suárez
RESIDENTE ESPECIALIDAD
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICA ENRIQUE C. SOTOMAYOR
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"EVALUACIÓN DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO 2007-2009".

Tutor de tesis: Dr. Luis Hidalgo Guerrero

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 22 de agosto del 2013, por lo tanto puede continuar con la ejecución del **Borrador final**.
Revisor: Lcda. Ketty Piedra Chávez Msc.

Atentamente,

Dra. Rosario Zambrano Bonilla
DIRECTORA

C. archive

Revisado y Aprobado	Dra. Rosario Zambrano B.
Elaborado	Dr. Luis Hidalgo G.

"EVALUACION DEL MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO CON MISOPROSTOL SUBLINGUAL EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO 2007 – 2009"

Autor

Dr. Jorge Armijos Suarez

El PROBLEMA

- ANALISIS DEL PROBLEMA

500 mil/ año el 50% por HPP

40% partos Vaginales y el 30% de Cesáreas

- IMPORTANCIA

- PREGUNTA

Cual es el tiempo de alumbramiento, correlación del hematocrito y complicaciones que se presentan con el manejo activo y el misoprostol SL 50mcg. ?

OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

Valorar la eficacia del misoprostol SL en el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la HPP

- OBJETIVO ESPECIFICO
  - Determinar el tiempo de alumbramiento.
  - Cuantificar el valor del Hcto pre y postparto.
  - Evidenciar el número de alumbramientos incompletos que requieran LUI .
  - Identificar complicaciones Hemorrágicas ..

Cual es el tiempo de alumbramiento y la correlación del Hcto preparto - postparto y las complicaciones que se presentan con el uso del misoprostol y el manejo activo del alumbramiento	El Manejo Activo del tercer periodo del trabajo de parto con 50mcg si disminuye el tiempo de alumbramiento y sangrado postparto	V.D Tiempo de alumbramiento Hematocrito preparto Hematocrito postparto	Presencia de Anemia antes y después del parto
		V.I Manejo Activo del Tercer periodo Misoprostol	Maniobras realizadas durante el alumbramiento Sensibilidad al Misoprostol

METODOLOGIA

- UNIVERSO

Todas las pacientes del área de preparto y EAR que cumplan criterios de inclusión

- MUESTRA

Probabilística , Aleatoria simple.

- PROCEDIMIENTO

RESULTADOS

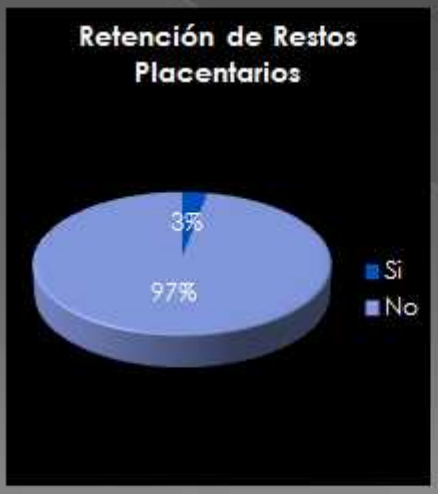
RESULTADOS

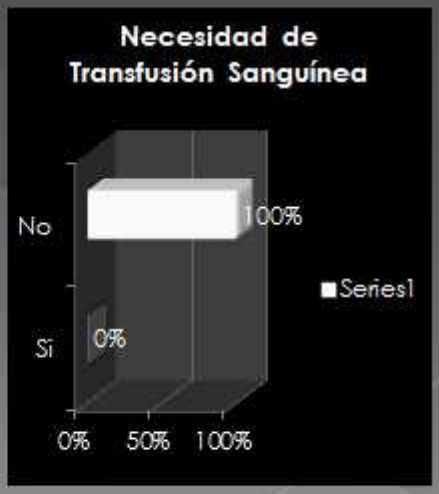
VALOR DEL HEMATOCRITO

CORRELACION DEL HTCO PRE Y POSTPARTO

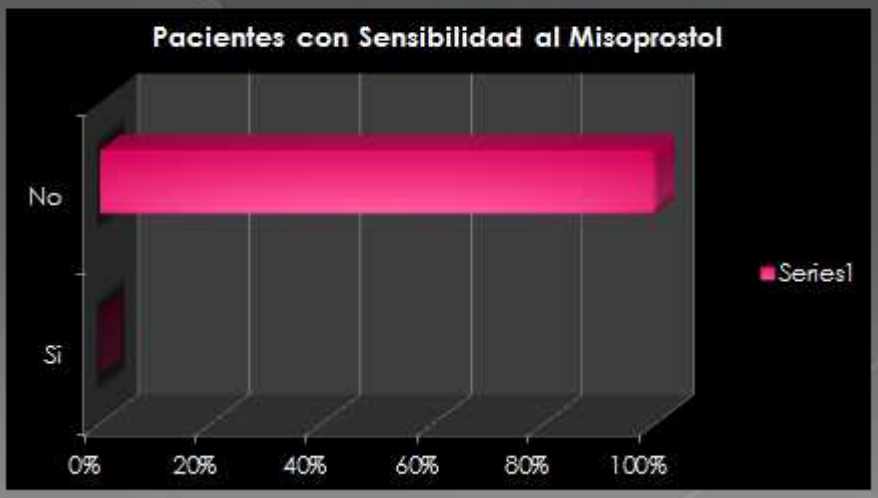
ALUMBRAMIENTO PLACENTARIO

COMPLICACIONES





COMPLICACIONES



ANALISIS Y DISCUSIÓN

2007 COCREIN (6.400 casos)

- MANEJO ACTIVO / MANEJO EXPECTANTE
- < Tiempo de alumbramiento (9.7 minut)
- < Riesgo de Hemorragia NNT = 12
- < HPP Severa NNT =57
- < Transfusión sanguínea NNT =65
- < Necesidad de uterotonicos NNT =7

UNIVERSIDAD VALLE COLOMBIA 2009 (100 casos)

- MANEJO ACTIVO CON MISOPROSTOL 25 mcg SL PARA DISMINUIR LA HPP.
- Eficacia del 90% para reducción de HPP
- < Tiempo de alumbramiento 6.3 minutos

HOSPITAL ALFREDO NOBOA GUARANDA (208 CASOS)

- Trabajo Retrospectivo , transversal cualitativo , muestra aleatoria. Manejo activo del tercer periodo . Estadístico
- Ausencia de hemorragia en 179 casos
- Ausencia de Anemia 167
- Menor Tiempo Hospitalario 193

HOSPITAL ENRRIQUE C. SOTOMAYOR (100 CASOS)

- Retrospectivo transversal, no experimental , muestra aleatoria Manejo activo y Misoprostol .
- Disminuye la HPP en 92 % de los casos
- Tiempo de alumbramiento inferior a 2 minutos en el 88%
- LUI en tres casos y 0 % de transfusiones

CONCLUSIONES

- 1.- Estudiados los 100 casos recolectados el 40% corresponde a pacientes entre los 25 a 29 años de edad , el 36 % entre los 21 a 24 años de edad y el 22% a pacientes entre los 30 a 34 años de edad.
- 2.- Los Antecedentes Patológicos Personales que se evaluaron incluyen enfermedades hemorrágicas por deficiencia de factores de coagulación , hemofilias , antecedentes previos de hemorragia postparto .
- 3.- En las pacientes estudiadas el 32% correspondieron a primíparas el 54% a multíparas y el 14 % a gran multíparas.
- 4.- Después del parto el 87% de las pacientes sostuvieron un valor de hematocrito entre 30 a 34% ,el 8% tuvo un hematocrito de 35 al 40% y tan solo el 2% tuvieron valores entre 25 a 29% de hematocrito.

CONCLUSIONES

- 5.-Para valorar las pérdidas sanguínea en las pacientes estudio se correlacionaron los valores de hematocrito previo al parto y luego del mismo , evidenciando una disminución de menos de 2 puntos porcentuales en el 92% de los casos, una disminución de 3 a 4 puntos porcentuales solo en el 6% , y tan solo el 2% de todas las pacientes estudio tubo una disminución de más de 5 puntos porcentuales.
- 6.-.-No se evidencio en ningún caso sensibilidad al compuesto Misoprostol .
- 7.-En el 88% de los casos se obtuvo un alumbramiento en menos de 2 minutos, en el 10% el alumbramiento se presentó antes de los 3 minutos, en un caso (1%) el alumbramiento ocurrió antes del 4 minutos y otro con igual porcentaje de frecuencia (1%) el alumbramiento se obtuvo después del 5to minuto.
- Ninguna complicación

RECOMENDACIONES

- 1.- Se recomienda la realización de nuevos estudios , sobre todo comparativos con otras drogas uterotonicas, con un numero mas grande de casos .
- 2.- Difundir los resultados del presente estudio, a las diferentes instituciones publicas y privadas a fin de utilizar este criterio en forma adecuada con nuestras usuarias .
- 3.- Estandarizar un protocolo de atención y manejo para las pacientes en el tercer periodo de trabajo de parto
- 4.-Difundir los resultados del presente trabajo en futuros congresos de ginecológica y obstetricia.

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes

senescyt

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:
Evolución del Manejo Activo Del tercer periodo del Trabajo de Parto con Misoprostol Sublingual en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor en el periodo 2007-2009

AUTOR/ES:
Dr. Jorge Alfredo Armijos Suarez

TUTOR:
Dr. Peter Chedraui

REVISORES:
Dra. Martha Gonzaga

INSTITUCIÓN:
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD:
CIENCIAS MEDICAS

CARRERA:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

FECHA DE PUBLICACIÓN:
09 septiembre 2013

No. DE PÁGS: 70

TÍTULO OBTENIDO:
Especialista en Ginecología y Obstetricia

ÁREAS TEMÁTICAS: (el área al que se refiere el trabajo. Ej. Auditoría Financiera, Auditoria, Finanzas)

PALABRAS CLAVE: (términos con el que podría ubicar este trabajo)
Hemorragia postparto , Manejo Activo , Alumbramiento

RESUMEN: (de qué se trata, para qué, por qué?)
La Mortalidad Materna en Países en desarrollo es 140 por cada 100 mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad según los últimos reportes de 14.9 % para la hemorragia postparto como factor causal ,se define a la hemorragia postparto como la pérdida de sangre mayor a 500cc después de un parto normal , o 1000cc después de una cesárea , el tiempo comprendido entre la extracción del producto de la gestación y posteriormente de la placenta se denomina alumbramiento o tercer periodo del trabajo de parto, el presente estudio permitió determinar que el manejo activo del trabajo de parto junto con la utilización de drogas uterotonicas como el misoprostol sublingual reduce de manera significativa la perdida innecesaria de sangre , al disminuir el tiempo de alumbramiento , la necesidad de transfusiones sanguíneas y por ende la morbilidad y mortalidad materna .

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF: ☐ SI X ☐ NO

CONTACTO CON AUTOR/ES
Dr. Jorge Alfredo Armijos

Teléfono: 0991185836
2511546

E-mail: jorarm22@ Hotmail.com