



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
Residencia Ginecología y Obstetricia "H.M.I.G.U."



Uso de Misoprostol vía Sublingual vs vía Rectal en el manejo activo del alumbramiento

Residentes 1er año: Dra. Claudia Salguero Ramírez
Dra. Gabriela Terceros Berrios

Tutores: Dr. Jaime Guevara Corcos.
Dr. Remy Uriona.

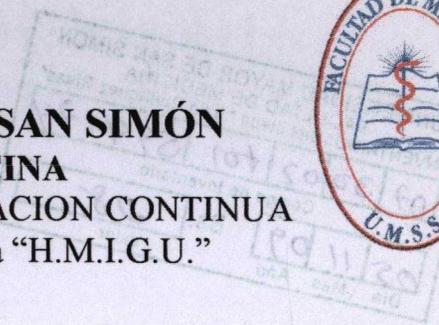
Docente Responsable: Dr. Ángel Maida Terceros

Cochabamba – Bolivia
2.009



INDICE

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA
Residencia Ginecología y Obstetricia "H.M.I.G.U."



1. INTRODUCCION Pg. 1-2

2. OBJETIVOS Pg. 2-12

3. JUSTIFICACION Pg. 12

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Pg. 12

5. METODOLOGIA Pg. 13

6. Marco General Pg. 13

7.1. Variables Independientes Pg. 15

7.2. Variables Dependientes Pg. 15

8. CRITERIOS DE CALIFICACION Pg. 15

9. ESCALAS Pg. 15

10. TABLAS Y GRAFICOS Pg. 17-24

11. CONCLUSIONES Pg. 25-26

12. RECOMENDACIONES Pg. 26

13. BIBLIOGRAFIA Pg. 27-29

Uso de Misoprostol vía Sublingual vs vía Rectal en el manejo activo del alumbramiento

Residentes 1er año: Dra. Claudia Salguero Ramírez
Dra. Gabriela Terceros Berrios
Tutor: Dr. Jaime Guevara Corcos.
Docente Responsable: Dr. Ángel Maida Terceros

Cochabamba – Bolivia
2.009

Dr. Angel Maida Terceros
DIRECTOR
Hospital Materno Infantil
"BERNARD URQUIDI"

Dr. Jaime Guevara Corcos
SUB-DIRECTOR MEDICO
H. Materno Infantil "Bernard Urquidi"

MISOPROSTOL VIA SUBLINGUAL VS VIA RECTAL EN EL MANEJO
INDICE
ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

1. ANTECEDENTES

La hemorragia post parto constituye una de las causas más frecuente de...

1. ANTECEDENTES.....Pg. 1-2
2. MARCO TEORICO.....Pg. 2-12
3. JUSTIFICACION.....Pg. 12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....Pg. 12
5. OBJETIVOS.....Pg. 13
 - 5.1. Objetivo General.....Pg. 13
 - 5.2. Objetivo Especifico.....Pg. 13
6. DISEÑO METODOLOGICO.....Pg. 13
7. MATERIAL Y METODOS.....Pg. 14
8. VARIABLES.....Pg. 15
 - 8.1. Variables Independientes.....Pg. 15
 - 8.2. Variables Dependientes.....Pg. 15
9. CRITERIOS DE INCLUSION.....Pg. 15
10. CRITERIOS DE EXCLUSION.....Pg. 16
11. ESCENARIO CLINICO.....Pg. 16
12. TABLAS Y GRAFICOS.....Pg. 17-24
13. CONCLUSIONES.....Pg. 25-26
14. RECOMENDACIONES.....Pg. 26
15. BIBLIOGRAFIA.....Pg. 27-29

Abouzarth (1998) sostiene que la hemorragia pos parto es la complicación más frecuente y grave del alumbramiento; siendo esta la principal causa de muerte materna y mortalidad zvera. Sin embargo algunos investigadores convergen en la

MISOPROSTOL VIA SUBLINGUAL VS VIA RECTAL EN EL MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

1. ANTECEDENTES

La hemorragia post parto constituye una de las causas más frecuente de morbimortalidad materna tanto en los países industrializados como en los países en vía de desarrollo, donde las condiciones socioeconómicas no permiten contar con los recursos humanos y técnicos suficientes para el cubrimiento adecuado de la población. 150 000 mujeres mueren anualmente por esta causa, sucede hasta en el 18% de los partos vaginales, 80% de las Hemorragias Post Parto tempranas es por atonía uterina. La incidencia es 100 veces más alta en países subdesarrollados, como es el caso de Bolivia.

El tratamiento activo del alumbramiento ha probado ser efectivo en la prevención de la Hemorragia Post Parto, estudios randomizados demostraron su efecto beneficioso, ya que reduce en 40% la incidencia de Hemorragia Post Parto, reduce el riesgo de sangrar en 60%, reduce uso de uterotónicos adicionales en 70%. (2003 Declaración Conjunta de FIGO – ICM)

En el postparto inmediato se inician cambios de la forma, tamaño y consistencia del útero dados por la contractilidad y retractilidad de la fibra miometrial y que logran controlar el sangrado uterino. Cuando estos mecanismos fallan se produce la hemorragia posparto, que el obstetra debe prevenir mediante una valoración y control de los diferentes factores implicados en esta patología.

Abouzarh (1998) sostiene que la hemorragia pos parto es la complicación más frecuente y grave del alumbramiento; siendo esta la principal causa de muerte materna y morbilidad severa. Sin embargo algunos investigadores convergen en la

idea de que no existe a nivel mundial un consenso acerca de la mejor manera de prevenir la complicación plantada.

Por su parte Hibbarg (1999), plantea que se han comenzado proyectos y ensayos clínicos para establecer medidas que permitan prevenir la hemorragia post-parto, es así como se llegó al manejo farmacológico activo del tercer periodo del parto. En ese sentido se han encontrado publicados a nivel mundial los primeros estudios utilizando oxitocina y metilergonovina.

Posteriormente Bent y otros (1999) realizaron estudios similares y al compararlos con un grupo control obtuvieron una disminución de la pérdida sanguínea en las parturientas, utilizando fármacos en el alumbramiento para prevenir la hemorragia post parto e impedir las graves consecuencias de esta patología.

Según Peroza (1999), entre los medicamentos utilizados para disminuir el sangrado se tiene la oxitocina, la metilergonovina, siendo este último de no elección en los estados hipertensivos del embarazo. Se describe posteriormente el uso de las prostaglandinas y se concluye que el misoprostol puede ser una droga con múltiples usos por vía oral, rectal, vaginal y últimamente sublingual. Según esto, el misoprostol ha sido propuesto como una posible droga de elección en el manejo activo del alumbramiento.

2. MARCO TEÓRICO.

El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina hacia el exterior a través del canal del parto.

Desde un punto de vista fisiológico y clínico, el parto se divide en tres etapas denominadas: período de dilatación, período expulsivo y alumbramiento.

El periodo de dilatación se extiende desde el comienzo del parto hasta que se completa la dilatación del cuello uterino. Desde un punto de vista clínico el parto comienza cuando la embarazada presenta dos o más contracciones dolorosas en diez minutos, de más de treinta segundos de duración, por un período mínimo de una hora y al examen vaginal se comprueba un cuello centrado, con cierto grado de borramiento y por lo menos con 1 cm de dilatación.

Desde un punto de vista fisiológico se acepta que el parto se ha iniciado cuando la actividad uterina ha alcanzado entre 80 y 120 Unidades Montevideo.

Es la etapa más prolongada del trabajo de parto y se estima una duración de 12 a 18 horas para la primigesta y de 6 a 8 horas para la multigesta.

El Período Expulsivo se extiende desde que la dilatación cervical se completa hasta la expulsión del feto. Se estima una duración de 15 a 20 minutos para la multípara y de 30 a 45 minutos para la nulípara.

El Alumbramiento se extiende desde la salida del feto hasta la completa expulsión de la placenta y las membranas ovulares fuera del aparato genital. Habitualmente se produce en los primeros 10 minutos después del parto del feto.

El alumbramiento es un período en que con cierta frecuencia se presentan situaciones patológicas, en ocasiones sorprendidas, que pueden llegar a comprometer la vida de la madre. Entre éstas, la más frecuente es la hemorragia del alumbramiento.

La hemorragia aguda post parto se define como la pérdida de sangre superior a 500 ml, o bien un descenso del hematocrito del 10% o más, en las primeras dos horas post parto.

La pérdida excesiva de sangre después del parto vaginal es de 5 a 8%.