



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“EFICACIA DEL MISOPROSTOL EN EL TRATAMIENTO DE LA
HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA 2016”**

PRESENTADO POR: MIRTHA ELIZABETH MENA MUÑANTE

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

ICA – PERU

2017

DEDICADO A:

Mi hijo razón de mi existencia

AGRADEZCO A:

La Universidad Alas Peruanas y a su
plana docente por la formación
brindada

RESUMEN

Objetivo. - Determinar la eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016

Material y métodos. - La población está constituida por puérperas con hemorragia postparto por atonía uterina atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica en el 2016 con una muestra de 296 casos

Resultados. - 1.- La incidencia de hemorragia postparto por atonía uterina es de 7.7% en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016. La oxitocina a 20UI/Litro de cloruro con un máximo de dos litros de cloruro controla la hemorragia postparto en el 34.8% de los casos. La oxitocina más la ergometrina 0.2 mg intramuscular controla la hemorragia postparto por atonía uterina en el 46.1% de casos. La oxitocina más ergometrina más misoprostol a 0.2 microgr via rectal controla la hemorragia postparto por atonía uterina en el 90.4% de casos. La histerectomía es el tratamiento efectivo de la hemorragia postparto por atonía uterina en el 70% de los casos. Para el control de la hemorragia postparto el 34.8% se logra con solo oxitocina, 64.9% con lo anterior y con oxitocina más ergometrina, 90.4% con lo anterior y oxitocina más ergometrina más misoprostol y 99% con lo demás e histerectomía, existiendo 1% de mortalidad por esta causa. El 34.5% de las puérperas con hemorragia postparto por atonía uterina fueron menores de 20 años, el 36.5% tuvieron entre 20 a 35 años y el 29% fueron mayores de 35 años. De las puérperas que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina el 44.6% fueron primíparas, el 29.7% fueron secundíparas y el 25.7% fueron multíparas. De las puérperas que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina el 19.6% de ellas tuvieron productos con bajo peso al nacer, el 48% tuvieron productos con peso normal al nacer, y el 32.4% tuvieron productos con sobre peso al nacer.

Conclusiones. - La eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina es 90.4%.

Palabras clave: Eficacia misoprostol, hemorragia postparto, atonía uterina

ABSTRACT

Objective. - To determine the efficacy of misoprostol in the control of postpartum haemorrhage due to uterine atony in the Hospital Departamental de Huancavelica 2016

Material and methods. - The population consists of postpartum women with postpartum hemorrhage due to uterine atony treated at the Departmental Hospital of Huancavelica in 2016 with a sample of 296 cases

Results. - 1.- The incidence of postpartum hemorrhage due to uterine atony is 7.7% in the Departmental Hospital of Huancavelica 2016. Oxytocin at 20 IU / Liter of chloride with a maximum of two liters of chloride controls postpartum hemorrhage in 34.8% of the Cases. Oxytocin plus ergometrine 0.2 mg intramuscularly controls postpartum hemorrhage due to uterine atony in 46.1% of cases. Oxytocin plus ergometrine plus 0.2 micron misoprostol rectally controls postpartum hemorrhage due to uterine atony in 90.4% of cases. Hysterectomy is the effective treatment of postpartum haemorrhage for uterine atony in 70% of cases. For the control of postpartum hemorrhage, 34.8% is achieved with only oxytocin, 64.9% with the above and with oxytocin plus ergometrine, 90.4% with the above and oxytocin plus ergometrine plus misoprostol and 99% with the other and hysterectomy, with 1% Of mortality for this cause. 34.5% of puerperal women with postpartum haemorrhage due to uterine atony were younger than 20 years, 36.5% were between 20 and 35 years old, and 29% were older than 35 years. Of postpartum women who had postpartum hemorrhage due to uterine atony, 44.6% were primiparous, 29.7% were secondary, and 25.7% were multiparous. Of the postpartum women who had postpartum hemorrhage due to uterine atony, 19.6% had low birth weight products, 48% had normal weight products at birth, and 32.4% had overweight products at birth.

Conclusions. - The efficacy of misoprostol in controlling postpartum haemorrhage due to uterine atony is 90.4%.

Palabras clave: Efficacy misoprostol, postpartum haemorrhage, uterine atony

INDICE	Pàg
DEDICATORIA -----	ii
AGRADECIMIENTO -----	iii
RESUMEN -----	iv
ABSTRACT -----	v
ÍNDICE -----	vi
INTRODUCCIÓN -----	viii

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática -----	09
1.2. Delimitación de la Investigación -----	10
1.3. Formulación del Problema-----	10
1.3.1. Problema Principal -----	10
1.3.2. Problemas Secundarios -----	10
1.4. Objetivos -----	11
1.4.1. Objetivo General -----	11
1.4.2. Objetivos Específicos -----	11
1.5. Hipótesis y variables de la Investigación -----	12
1.5.1. Hipótesis General -----	12
1.5.2. Variables -----	12
1.5.3. Operacionalización de las variables -----	13
1.6. Metodología de la Investigación -----	14
1.6.1. Tipo de Investigación -----	14
1.6.2. Nivel de Investigación-----	14
1.6.3. Método -----	14
1.7. Población y Muestra de la Investigación-----	14
1.7.1. Población -----	14
1.7.2. Muestra -----	14
1.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos -----	15
1.8.1. Técnicas -----	15
1.8.2. Instrumentos-----	15
1.8.3. Técnica de análisis de datos -----	15

1.9.	Justificación e importancia de la investigación-----	15
	Ética -----	16

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación -----	17
2.2.	Bases Teóricas -----	20
2.3.	Definición de términos Básicos-----	38

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1.	ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICO -----	41
3.2.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS-----	51
3.3.	CONCLUSIONES-----	53
3.4.	RECOMENDACIONES-----	54
3.5.	FUENTES DE INFORMACIÓN -----	56

ANEXOS -----	59
--------------	----

- Matriz de Consistencia ----- 60
- Modelo de ficha epidemiológica ----- 62

INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina puerperal o hemorragia posparto constituye la principal causa de muerte materna en los países pobres. El riesgo absoluto de muerte por hemorragia puerperal es mucho menor en los países ricos que los países pobres. La atonía uterina es la principal causa de hemorragia posparto. Clásicamente, se define la hemorragia uterina puerperal como la pérdida sanguínea mayor de 500 ml después de un parto vaginal.

También, cuando se constata la caída del hematocrito en 10 puntos luego del tercer estadio del parto o cuando existe la necesidad de transfusión sanguínea. Aunque en la práctica la hemorragia posparto consiste en la pérdida sanguínea de tal magnitud que produce cambios hemodinámicos que hacen necesario trasfundir sangre.(1)

La hemorragia posparto ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea. La muerte en el mundo por hemorragia posparto en países en vías de desarrollo es de 1 por cada 1 000 partos.(2)

Huancavelica es una región del Perú que alberga una población muy pobre teniendo los más altos niveles de pobreza del Perú la que repercute en la población gestante, por lo que por sí misma es ya un riesgo para presentar hemorragias uterinas por lo que se diseñó este estudio siguiendo el esquema de la Universidad Alas Peruanas filial Ica, con la finalidad de conocer la realidad de la hemorragia postparto en este nosocomio y el uso del misoprostol vía rectal en el control de éstas hemorragias.

La investigación está desarrollada en tres capítulos que abordan la problemática y desarrollo del estudio en forma completa. En el primer capítulo se planteó el problema i se formuló los problemas a investigar, además de los objetivos a cumplir para lograr las metas, también se en este mismo capítulo se plantea las hipótesis y las variables tanto con su definición conceptual como con su operacionalización, seguidamente se indica la metodología empleada tipo, nivel de investigación, la población a donde será inferida los resultados, la muestra en donde se realizó el estudio, los criterios de conformación de grupos, la técnica a emplear para la obtención de los datos, el instrumento utilizado que en este caso se trata de una ficha de recolección de datos, finalmente en este capítulo se justifica la investigación y se mencionan los aspectos éticos a tomar en cuenta para la ejecución de la investigación. En el capítulo II se investigó los estudios desarrollados en otras realidades tanto mundial como nacional, se definió las bases teóricas que sustentan la investigación, y se definió algunos términos básicos. En el tercer capítulo se presentan los resultados en tablas y gráficos, se discute los hallazgos se definen las conclusiones y se realizan recomendaciones, para terminar con la bibliografía y anexos del estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La hemorragia es la causa más importante de muerte materna en los países subdesarrollados, principalmente la hemorragia posparto (HPP) se asocia con más frecuencia como causa directa. Igualmente es causa de gran morbilidad cuando la paciente logra sobrevivir.

La OMS estima que al año mueren cerca de 500 000 mujeres en todo el mundo por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El 99% de estas muertes ocurren en países subdesarrollados. En América Latina suceden aproximadamente 34 000 defunciones maternas por año.(2)

La atonía uterina es la causa principal de hemorragias posparto. Se presenta en 1 de cada 20 partos y representa el 80 % de hemorragias, y es responsable de 50 % de las muertes maternas en los países pobres.

La hemorragia posparto causa principal de mortalidad materna representa a nivel Mundial el 24.8%, en América Latina y el Caribe el 25% en el Perú el 48%.

En el Perú, según el MINSA mueren aproximadamente 1500 mujeres al año, 48% por hemorragias. Esta causa directa de muerte materna puede ser evitada si ponemos en práctica ciertos elementos técnicos farmacológicos fáciles de usar y de costo bajo. (3)

La presente investigación dará luces sobre un fármaco, que como el misoprostol, pretende erigirse en un fácil camino hacia la solución de un problema tan grave como es la atonía uterina.

El papel más importante es el control que puede realizar el misoprostol al ser administrado por vía rectal sobre las hemorragias posparto por atonía uterina, vía que resulta una buena alternativa, ya que no puede administrarse por vía oral por el delicado estado de la paciente y tampoco por vía vaginal por el sangrado.

El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia del misoprostol por vía rectal en el control de la atonía uterina que no responde al tratamiento convencional.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial: La investigación se desarrollará sobre las historias clínicas de las gestantes atendidas en el 2016

Delimitación temporal: La investigación se desarrolla en el Hospital Departamental de Huancavelica, ubicado en Yananaco, Mariscal Andrés A. Cáceres, Huancavelica.

Delimitación social: La investigación se desarrollará en las pacientes que presentaron hemorragias uterinas durante su parto.

Delimitación conceptual: Se abordará la prevalencia de la hemorragia postparto, así como el tratamiento con misoprostol.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

¿Cuál es la eficacia de la oxitocina en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

¿Cuál es la eficacia de la oxitocina + ergometrina en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

¿Cuál es la eficacia de la oxitocina + ergometrina + misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según edad de la madre en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según paridad en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según peso del recién nacido en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016
2. Precisar la eficacia de la oxitocina en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016
3. Precisar la eficacia de la oxitocina + ergometrina en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016
4. Precisar la eficacia de la oxitocina + ergometrina + misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016
5. Determinar la mortalidad por hemorragias postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016
6. Indicar la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según edad de la madre en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016
7. Evaluar la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según paridad en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016
8. Conocer la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según peso del recién nacido en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

La eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina es mayor a 50% en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016

1.5.2. VARIABLES

Variable dependiente

- Hemorragia postparto tratado con misoprostol

Variables independientes

- Edad de la madre
- Paridad
- Peso del recién nacido

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Indicadores	Escala	Instrumento	Fuente
Hemorragia postparto tratado con misoprostol	Pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea y es tratada con misoprostol.	Dependiente	Presente Ausente	Nominal	Ficha de datos	HC
Edad de la madre	Años cumplidos de la madre	Independiente	Menores de 20 años De 20 a 35 años Mayores de 35 años	Ordinal	Ficha de datos	HC
Paridad	Número de partos	Independiente	Primípara Secundípara Multípara	Ordinal		
Peso del recién nacido	Es el peso que le toman inmediatamente después de haber nacido. Un bebé pequeño pesa menos de 2.5 kg y un bebé grande más de 4 kg	Independiente	Peso en gramos	Ordinal		

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es observacional pues solo recolectó datos sin modificar las variables de estudio, longitudinal pues tomó varias medidas a la variable.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva cuyo objetivo es comparar.

1.6.3. MÉTODO

Inductivo, púes se estudió las variables individualmente

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

La población está constituida por puérperas con hemorragia posparto por atonía uterina atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica en el 2016 que son 1320

1.7.2. MUESTRA

Se estudió en una muestra

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 3840$$

$$p = 0.3 \text{ Incidencia de hemorragia posparto}$$

$$q = 1 - 0.3 = 0.7$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{1320 (1.96)^2 (0.3) (0.7)}{(0.05)^2 (1320 - 1) + (1.96)^2 (0.3) (0.7)}$$

$$n = 296$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Paciente que cuenta con historia clínica completa

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con Historias clínicas incompletas

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

Se revisaron historias clínicas de pacientes cuyo parto ocurrió en el 2016, tanto en historias clínicas como en los libros de informe de sucesos, en las hojas perinatales.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Se elaboró una ficha de recolección de datos que tiene los ítems necesarios que identifican las variables en estudio (Ver anexos).

1.8.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos en la ficha de recolección de datos serán tabulados en el programa SPSS v23 para su respectivo procesamiento y posterior obtención de los resultados que serán presentados en tablas y gráficos.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La mortalidad materna es un índice de mundial de inequidad entre la población y actualmente se considera como una violación a los derechos humanos de las mujeres. Cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% pertenecen a países en desarrollo como nuestro país. Y es mayor entre la población con nivel socioeconómico bajo. La mayoría de las muertes se pudo haber evitado. La hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte a nivel mundial seguida de los estados hipertensivos del embarazo e infecciones.(1)

La hemorragia obstétrica después de la preeclampsia eclampsia, es la causa más común de defunciones maternas. La atonía uterina es la principal causa de sangrado posparto, de la que se dispone diversos

fármacos y medidas quirúrgicas para su tratamiento. Diversos factores predisponen para que se presente atonía uterina posterior al nacimiento del feto, como la sobredistención de las fibras musculares del útero, por fetos de peso de mayor a 4000 gr. (macrosómicos), gestaciones múltiples o polihidramnios.

La oxitocina es el fármaco de elección para favorecer la contracción uterina después del parto, es barato, de fácil disponibilidad y su uso se recomienda en numerosas guías internacionales y de nuestro país. Sin embargo, para lograr el efecto deseado se utilizan muchas veces dosis altas, y con esto aumenta el riesgo de sobrecarga de volumen debido a su acción antidiurética.

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 sintética. Es un fármaco de fácil disponibilidad, y bajo costo sin embargo presenta muchos efectos secundarios, como escalofríos e hipertermia, debido a estos factores se considera inadecuado para su uso sistemático en países desarrollados a pesar de su bajo costo y facilidad de uso. Aunque estudios recientes demuestran que podría utilizarse en combinación con otros agentes uterotónicos en pacientes con riesgo de presentar hemorragia posparto.

Este estudio pretende demostrar el beneficio en la disminución de la tasa de sangrado posparto, con la administración de misoprostol.(1)

Se pretende optimizar el uso de recursos con los que se dispone en un Hospital que atiende en su mayoría pacientes con muy bajos recursos económicos y con ello disminuir la tasa de sangrado, y las secuelas graves, horas de estancia hospitalaria, utilización de camas en unidades de terapia intensiva y el uso de hemoderivados para sustituir pérdidas sanguíneas.

ÉTICA

Las historias clínicas fueron identificadas por números a fin de conservar ética en el trato de los datos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1.- A nivel internacional

Lugo Sánchez A. (2014) Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. La Habana Cuba. Resultados: en el estudio se comprobó que, de las 32 mujeres, el 53% eran multíparas; 30 % de las pacientes con hemorragia puerperal inmediata tenían una edad gestacional entre 37 y 42 semanas y en 22 de ellas el parto fue eutócico. No fue significativa la fase latente prolongada. Conclusiones: se recomienda el uso del misoprostol en el curso de la hemorragia puerperal inmediata por comprobarse su efectividad.(4)

Gavilanes Sáenz V. (2012) Comparación de la eficacia entre misoprostol y oxitocina en la prevención de hemorragia durante la realización de cesárea en gestantes de 34 semanas o más en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora Quito 2011 - 2012. Resultados: La media de sangrado en el grupo misoprostol fue de 837 +/- 287 mL, ligeramente mayor que en el grupo oxitocina con 829 +/- 417 mL, sin embargo, no fue estadísticamente significativo ($p = 0,897$). Además, el número de mujeres con hemorragia severa es ligeramente mayor en el grupo de oxitocina ($p > 0,05$). El uso de uterotónico adicional fue necesario en el 24% y 20% después del uso de oxitocina y misoprostol respectivamente ($p > 0,05$). Conclusión: El misoprostol 400 μ g sublingual es una alternativa a la oxitocina para prevenir la hemorragia en pacientes sometidas a cesárea con 34 semanas o más de embarazo, al ser seguro y efectivo.(5)

García Lascarez, S. (2014) Oxitocina 20UI IV mas misoprostol 800mcg rectal vs carbetocina 100mg IV, para disminuir sangrado posparto en poscesarea con riesgo de hemorragia por sobredistención uterina. Veracruz. Resultados: Se incluyeron 29 pacientes por cada grupo de estudio, el sangrado promedio fue de 422.4 (DE± 141.7) mL para el grupo 1 y 439.65 (DE± 149.6) mL para el grupo 2 sin diferencia estadísticamente significativa. La comparación de hemoglobina y hematocrito intragrupal resultaron sin diferencias estadísticamente significativas. Conclusión: La combinación de oxitocina 20U IV. mas misoprostol 800mcg rectal, tiene una eficacia similar con el tratamiento a base de carbetocina 100 pg IV. (6)

Hernández Castro, F. (2015) Prevención de hemorragia postparto con misoprostol bucal transcesárea en pacientes con riesgo de atonía uterina Nueva León. México. Resultados: Más mujeres en el grupo placebo requirieron al menos un fármaco uterotónico adicional. (40% y 10%, RR 0.16, IC 95%, 0.06-0.44, p=0.01). La incidencia de hemorragia obstétrica fue mayor el grupo placebo (20% y 5%, RR 0.21, IC 95% 0.05-0.79, p=0.025) al igual que la incidencia de atonía uterina (25% y 8.3%, RR 0.27, IC 95% 0.09-0.80, p=0.026). Conclusión: La aplicación de Misoprostol en el espacio bucal durante la cesárea disminuyó la necesidad de utilizar fármacos uterotónicos adicionales para tratar atonía uterina y la incidencia de hemorragia obstétrica. (7)

2.1.2. A nivel nacional

Falcón Condero H. (2015) Efecto de la oxitocina versus misoprostol en la disminución del sangrado y duración del alumbramiento, en gestantes atendidas en el Hospital Tingo María. Resultados: No existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre los

promedios de volumen de sangrado después de la intervención entre los casos y controles. Existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la duración del periodo de alumbramiento después de la intervención entre los casos y controles. Conclusión: El misoprostol administrado vía sublingual (100 mcg) no ha demostrado ser superior a la oxitocina administrada vía intramuscular (10 UI), en la disminución del volumen del sangrado vaginal; el misoprostol administrado vía sublingual (100 mcg) ha demostrado ser superior a la oxitocina administrada vía intramuscular (10 UI), en la disminución del tiempo de alumbramiento.(8)

Távora Orozco L. (2013) Regulación del uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y El Caribe. Objetivos: Actualizar la información sobre regulaciones para el uso obstétrico del misoprostol en América Latina y El Caribe. Resultados: De los 19 países a los que se envió la encuesta, 18 respondieron. Todos los países de América Latina y El Caribe cuentan con regulaciones para usar el misoprostol en obstetricia, mayoritariamente elaboradas por el Ministerio de Salud. El misoprostol está indicado mayormente para la inducción del parto con feto vivo y con feto muerto; pero más de la mitad de los países lo utilizan en la prevención y manejo de la hemorragia posparto, en el manejo del aborto incompleto y en la inducción del aborto dentro del marco legal. Conclusiones: El misoprostol es un fármaco que se utiliza en todos los países de América Latina y El Caribe, y su uso en obstetricia está regulado. Los profesionales lo vienen usando regularmente según lo establecido en la Norma. (4)

2.1.3.-A nivel Local

No se encontraron.

2.2.- Bases Teóricas

2.2.1. HEMORRAGIA POSTPARTO

DEFINICIÓN:

La Hemorragia Postparto (HPP) se define clásicamente como una pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000 ml en partos por cesárea. Dado que es difícil la medición exacta del volumen de sangre perdido en dichos procedimientos y a que en general se tiende a subestimar, se define de mejor manera como aquella hemorragia de una cuantía tal, que produce compromiso hemodinámico de la paciente.(1)

Puerperio

El puerperio es el periodo que inicia con el alumbramiento y termina con la involución de los órganos reproductivos que participaron durante la gestación y la aparición de la primera menstruación a excepción de las mamas, en las cuales se fortalece la producción láctea. Este comprende tres etapas a saber: inmediato, mediano y tardío que se caracterizan por la alta susceptibilidad a desarrollarse complicaciones en la salud de la madre.

Cambios fisiológicos en el embarazo que protegen a las gestantes de las pérdidas sanguíneas.

En esta etapa se producen cambios hematológicos, circulatorios, de la coagulación y las plaquetas, así como en el sistema fibrinolítico, que protegen contra las hemorragias en el periparto.

Durante el embarazo se incrementa el volumen sanguíneo en la madre. Los estudios realizados demuestran que al término de la gestación el aumento es de 40 a 45% en relación con mujeres no embarazadas; sin embargo, se ha considerado dentro de este rango una variación individual, puesto que, en algunas mujeres, puede casi duplicar la volemia. Este volumen comienza a ascender en el primer trimestre del embarazo, se acentúa más en el segundo, de forma

más lenta en el tercero y es menos perceptible en las últimas semanas.

Con estas modificaciones se ha demostrado un aumento del volumen plasmático hasta de 50 % y un aumento casi paralelo de la citemia, próximo a 35-40 %, lo cual evita la hemodilución descrita por algunos autores y no aceptada en la actualidad, siempre que las reservas sean adecuadas para que estos cambios se lleven a cabo.

Adicionalmente se ha señalado un incremento de la frecuencia cardíaca de 10 latidos por minuto en reposo, con el consiguiente aumento de casi 50 % del gasto cardíaco en reposo, comparado con la no gestante; también se asocia una disminución de la resistencia vascular sistémica, debido a factores hormonales, básicamente progesterona y metabolitos de la prostaglandinas, que ocasionan una disminución del tono vasomotor global y al desarrollo de derivaciones arteriovenosas en la placenta durante el primer y segundo trimestres del embarazo, así se constituye además un sistema de bajas presiones en el espacio intervelloso que facilitará la disponibilidad de oxígeno y nutrientes al feto.(9)

En el período gravídico, la médula se encuentra en hiperplasia eritroide de intensidad moderada, con aumento leve del número de reticulocitos, como respuesta al aumento de eritropoyetina existente en plasma.

La hipervolemia que acompaña la gestación tiene diversas funciones:

1. Responder a las demandas de un útero agrandado con aumento del diámetro en su sistema vascular y con un mecanismo de fístula arteriovenosa para facilitar los intercambios entre el feto y la madre.
2. Previene en la madre alteraciones hemodinámicas que se presentan en el decúbito supino, básicamente por compromiso del retorno venoso, dado por compresión de la vena cava.

3. Es un mecanismo protector de la madre que compensa las pérdidas sanguíneas durante el parto.(9)

Durante el embarazo se ha observado un aumento progresivo de los factores de la coagulación.

Pérdidas sanguíneas calculadas en las diferentes formas de parto y procedimientos quirúrgicos:

- Parto normal: 400-600 ml_
- Parto por cesárea: 700-1000 ml_
- Cesárea + histerectomía electiva: 1 500-2 000 mL
- Cesárea + histerectomía de urgencia: 3 000 mL

Criterios para definir la hemorragia en obstetricia

1. Pérdida del volumen sanguíneo total en 24 horas
2. Pérdida de la mitad del volumen sanguíneo en 3 horas
3. Pérdida de sangre a razón de 150 mL por minuto
4. Hemorragia severa 1 000 mL o más
5. Hemorragia temprana o primaria hasta 24 horas
6. Hemorragia tardía o secundaria más de 24 horas

La hemorragia posparto se codifica según su aparición de la manera siguiente:

- Hemorragia en el tercer período del parto (retención placentaria).
- Hemorragia posparto inmediata 24 horas (atonía uterina).
- Hemorragia posparto mediata 24-72 horas (retención de tejido placentario).
- Hemorragia tardía más de 72 horas hasta 45 días.
- Hemorragia obstétrica mayor (HOM): Cualquier sangrado independiente de la edad gestacional, vía del parto, uso de transfusión, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda. Otros la conceptúan en: Cualquier pérdida de sangre que ocurra en el periparto y puerperio, visible u oculta, que ponga en peligro la vida de la paciente.(10)

Se clasifica en:

1. Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina.
2. Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.

La contracción pobre del miometrio es otra causa predisponente de atonía y esta puede ser resultado de fatiga, debido a trabajo de parto prolongado, especialmente si hay estimulación. En algunos casos también puede ser por inhibición de las contracciones uterinas por uso de fármacos, como los antiinflamatorios no esteroideos, sulfato de magnesio usado para prevenir las convulsiones en la preeclampsia, puede interferir en la activación del complejo actina-miosina mediada por el calcio, el anestésico halogenado produce relajación uterina y se emplea en intervenciones en que se desea un efecto útero relajante rápidamente reversible, simpaticomiméticos beta y nifedipino.

Otras causas incluyen implantación baja de placenta, toxinas bacterianas (corioamnionitis, endometritis, septicemia) y la inversión uterina.

La macrosomía fetal y la gestación múltiple son factores de riesgo constantes en la bibliografía, asociados con sobre distensión uterina; la gran área placentaria y el útero excesivamente distendido ponen a la madre en riesgo de hemorragia después del parto.

El periodo expulsivo tiene una duración entre 15 minutos a 120 minutos en la nulípara, menor a esto se presenta cuando existe una disminución de la resistencia de las partes blandas maternas, asociado a contracciones uterinas y abdominales anormalmente vigorosas que producen dolor intenso.

En ocasiones es provocado en forma iatrogénica por el uso indiscriminado de estimulantes de la contracción, generando

complicaciones maternas como traumatismos genitales. En el informe de la OMS sobre las prácticas en el parto normal, el uso de ejercer presión en el fondo uterino (Maniobra de Kristeller) durante la segunda fase del parto, con el fin de acortarla, está clasificada dentro de la categoría C (prácticas de las que no existe una clara evidencia y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema). Sin embargo la maniobra de Kristeller se utiliza con demasiada frecuencia sin estar demostrada su efectividad, y que pudiera ser dañina para el útero, el periné o el feto y acarrear molestias para la madre.(11)

Factores de riesgo

Es importante conocerlos y tenerlos presentes para así poder estar preparado ante la eventualidad de que ocurra dicho evento e incluso, en ciertas situaciones, implementar las herramientas diagnósticas que estén disponibles para llegar a un diagnóstico etiológico y así, en muchos casos, poder ofrecer un tratamiento que evite o disminuya al mínimo la probabilidad de que se produzca una hemorragia importante que comprometa tanto la vida de la madre como del feto.

Es importante además destacar el rol que juegan, por un lado, las enfermedades maternas crónicas como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Lupus Eritematoso Sistémico (LES), anemias crónicas y; por otro la edad materna al momento del embarazo en la génesis de HPP, especialmente en países desarrollados en los que se ha logrado disminuir más eficientemente la Muerte Materna por otras causas.(12)

Etiologías

En el caso de sangrado genital en la segunda mitad del embarazo es importante primero, distinguir las causas ginecológicas de aquellas obstétricas propiamente tal. Dentro de las causas ginecológicas se encuentran la cervicitis o vaginitis, erosiones traumáticas

cérvicouterino, várices vaginales y/o vulvares, laceraciones genitales, entre otros.

Entre las causas obstétricas de sangrado existen aquellas que se presentan antes del parto, durante trabajo de parto y posterior a éste.

Una manera fácil de recordar las causas de HPP es utilizando la nemotecnia de las "4T":

1. Tono (70%): Incluye la atonía o inercia uterina
2. Trauma (19%): Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina
3. Tejidos (10%): Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal
4. Trombina (1%): Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas.

Los agentes uterotónicos deben ser la primera línea de tratamiento para la hemorragia posparto por atonía uterina.

1. Oxitocina: 20 UI en 500 mL de solución glucosada a 5 % (la oxitocina se precipita en solución fisiológica). En la otra vía permeable se puede usar solución fisiológica o Ringer lactato, para reponer volumen en infusión continua.
2. Ergometrina: 0.2 a 0.5 mg intramuscular, dosis única y revalorar nueva aplicación a los 10 minutos, tomando en cuenta las contraindicaciones.
3. Carbetocina: 100 µg intravenosa, en bolo, dosis única, en pacientes que tienen contraindicación para ergometrina o con pobre respuesta a oxitocina o ergometrina, previa liberación de sus receptores y aplicando 200 mL de solución fisiológica a infusión continua y esperando de cinco a seis minutos para administrar la carbetocina.

4. Misoprostol: es una alternativa en pacientes con atonía uterina, y es refractaria a tratamiento médico convencional. La evidencia muestra que se debe iniciar con dosis de 400 a 600 µg vía rectal, aunque otra vía podría ser la sublingual o en los carrillos. La dosis máxima es de 800 µg.(13)

Causas más importantes de Hemorragia Postparto

I. Inercia uterina

La atonía uterina es un término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero. La atonía uterina puede también ser originada por retención de restos placentarios o infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto puede causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80 % de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina.

Hay evidencia estadísticamente significativa de que el manejo activo de la tercera etapa del parto, incluso independientemente de qué especialista lo efectúe, (médico o matrona), reduce la HPP, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado. Los estudios de Bristol compararon el manejo activo versus la conducta expectante y mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción de HPP con el manejo activo.

Causas principales

- Sobredistensión.
- Infección intrauterina.
- Medicamentos relajantes uterinos.
- Fatiga uterina después de un trabajo de parto prolongado o inducido.
- Inversión uterina.

- Retención placentaria.
- Uso de anestésicos halogenados.
- Miomas uterinos.

Factores de riesgo

- Placenta previa.
- Historia de hemorragia posparto previa.
- Obesidad.
- Multiparidad.
- Raza asiática o hispánica.
- Preeclampsia.

Es de notar que, sin embargo, solo un pequeño porcentaje de mujeres con factores de riesgo hacen hemorragia. La indecisión retrasa la terapia y conlleva a hemorragia excesiva que puede provocar coagulopatía dilucional e hipovolemia severa, hipoxia tisular y acidosis. Esto dificultará el control de la hemorragia e incrementará el riesgo de histerectomía, shock hemorragia) y muerte.

Es muy importante determinar el volumen de pérdida de sangre, teniendo presente siempre que el volumen sanguíneo del ser humano es de aproximadamente 80 mL por kilo de peso corporal. Sobre la base de lo anterior, debe determinarse el volumen de sangre perdido y el porcentaje que esta pérdida representa para cada paciente.(14)

Es muy importante actuar con prontitud cuando estamos frente a una hemorragia posparto. Tener en cuenta que por la arteria uterina circulan 800 a 1 000 mL de sangre por segundo. Cada minuto cuenta y mucho. Por ello, se ha establecido la llamada "hora de oro", donde se observa cómo disminuye la supervivencia minuto a minuto si no se toman las medidas correctivas.

Hasta el día de hoy, la compresión bimanual del útero y la compresión de la aorta siguen siendo medidas salvadoras, por lo que todo personal de salud debe estar capacitado para realizarlas.(14)

Tratamiento

Este manejo activo consiste en el uso de:

- Uterotónicos: Administrados después del alumbramiento
- Occitocina (10 UI IV o 5 IM)
- Ergometrina o Metilergometrina (0.2 mg IM). Contraindicada en pacientes cardiópatas, con preeclampsia, eclampsia o HTA
- Syntometrina (Occitocina 5 UI + Ergometrina 0.5 ml por ampolla IM). Contraindicada en pacientes cardiópatas, con preeclampsia, eclampsia o HTA
- Misoprostol (400-600-800 µg SL o IR). En estudios controlados que comparan uso de Misoprostol versus placebo, incluso sin tracción controlada de cordón ni masajes uterinos, se ha mostrado una reducción significativa de la HPP
- Tracción controlada del cordón umbilical: Consiste en una tracción suave y mantenida del cordón umbilical manteniendo una compresión en el fondo uterino, que debe efectuarse durante la contracción uterina (ha mostrado ser más eficiente para prevenir HPP que su no uso).

No debe efectuarse tracción del cordón sin compresión del fondo uterino ni fuera de la contracción. Ha registrado mejores resultados en los casos de hemorragias moderadas, pero sin diferencias significativas en casos de hemorragias severas.

- Masaje uterino post alumbramiento: Puede ser necesario y eficaz hasta dos horas post alumbramiento y hay que asegurarse de que no haya relajación del útero luego de detener los masajes. Si bien no se ha mostrado diferencias al compararlo

con pacientes a las que no se les efectuó masaje uterino en cuanto a la cuantía del sangrado, sí disminuyó la necesidad de utilizar uterotónicos de forma adicional.(15)

En caso de persistir la HPP:

- Occitocina 20-40 UI por litro de suero fisiológico a 60 gotas por minuto
Si el sangrado persiste a pesar del uso de Occitocina:
- Egometrina o Metilergromterina 0.2-0.5 mg intramuscular lento y si persiste 0.2 mg intramuscular cada 2 a 4 horas por máximo 5 dosis. No exceder 1 mg en 24 horas por riesgo de crisis hipertensiva
- Syntometrina 1 ampolla IM (el uso endovenoso puede causar hipotensión brusca severa)
- Misoprostol 800 µg rectal o sublingual

Si con el manejo farmacológico no se logra controlar la HPP, se debe:

1. Efectuar compresión bimanual uterina (interna-externa)
2. Compresión aórtica con control de pulso femoral
3. Taponamiento intrauterino:
 - a. Packing
 - b. Balón intrauterino. Ha mostrado una efectividad de hasta 91.5% y por lo tanto, su uso ha sido recomendado en diferentes trabajos
4. Pantalones de shock (no disponible en la mayoría de los centros hospitalarios de nuestro país)
5. Embolización o colocación de balones intraarteriales (en arterias hipogástricas)
6. Laparotomía:
 - a. Ligadura hipogástrica
 - b. Suturas compresivas (B-Lynch)
7. Histerectomía obstétrica(16)

II. Acretismo Placentario

Es la inserción y adherencia anormal de la placenta al tejido uterino.

Se clasifica en:

- ✓ Placenta acreta: Placenta adherida firmemente a miometrio sin plano de clivaje
- ✓ Placenta increta: Placenta invade miometrio
- ✓ Placenta percreta: Placenta penetra hasta la serosa pudiendo comprometer órganos vecinos

Entre los factores de riesgo para desarrollar un Acretismo Placentario se encuentran:

- Riesgo moderado:
 - Edad materna avanzada
 - Multiparidad
- Riesgo alto:
 - Cicatriz de cesárea anterior
 - Placenta previa
- Riesgo muy alto:
 - Coexistencia de cesárea previa y placenta previa anterior

La evidencia muestra que los factores considerados de riesgo para placenta previa y acretismo placentario son edad materna superior a los 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrados, procedimientos de aspiración manual uterina, cesáreas, miomectomías) y tabaquismo.

El Acretismo Placentario es una patología que puede ser diagnosticada durante el embarazo y que debe ser buscada ante la existencia de los factores de riesgo antes mencionados. En el estudio por imágenes de la placenta es de primera línea el uso de ultrasonido (transabdominal o transvaginal) por su amplia disponibilidad, bajo costo, ausencia de radiación ionizante y la capacidad de evaluar la vascularización materno fetal mediante el

uso de Doppler color y espectral. Según revisiones recientes tendría una sensibilidad de 90.7% y una especificidad de un 96.9% en manos de un operador entrenado.

Los signos ecográficos más sugerentes de Acretismo Placentario son:

- Pérdida de la homogeneidad placentaria reemplazada por espacios hipo o anecogénicos adyacentes al miometrio contiguo
- Pérdida de la interfase retroplacentaria
- Pérdida de la interfase entre serosa uterina y vejiga

El otro método diagnóstico importante durante el embarazo es la Resonancia Nuclear Magnética, ya que también es un examen seguro para la madre y el feto, que no emite radiación ionizante.

Por su parte, la cistoscopia es un procedimiento diagnóstico relevante en el caso de sospecha de compromiso vesical, tanto en la determinación de la superficie y profundidad comprometida como en la determinación de la eventual invasión de los meatos ureterales. Es relevante que, pese a exámenes interpretados como normales, la sospecha diagnóstica es lo más importante para implementar la terapia correspondiente.(17)

Una vez efectuado el diagnóstico de Acretismo Placentario, se debe informar adecuadamente a la paciente que la conducta a seguir es la histerectomía obstétrica, debiendo durante lo que resta del embarazo lograr las mejores condiciones nutricionales y hematológicas de la paciente, manteniendo control estricto de su gestación con reposo relativo y abstinencia sexual. Si la paciente es portadora de patología no obstétrica, debe estar debidamente compensada (diabetes, HTA, anemia).(17)(18)

2.2.2. 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. También se utiliza, en algunos países, para la práctica de abortos con medicamentos y en concreto para la inducción del parto (siempre bajo supervisión médica, por el gran riesgo de hemorragia que conlleva la mala utilización) y, en combinación con otros fármacos como la mifepristona, para la interrupción voluntaria del embarazo. Por ello, el misoprostol no debe administrarse en el embarazo con el fin de tratar una úlcera.(19)

El misoprostol (cytotec).- Es una droga de fácil administración, rápida absorción, de costo bajo, se conserva bien a temperatura ambiental y tiene escasos efectos colaterales. En múltiples estudios ha demostrado ser un efectivo estimulante de la contractilidad uterina. En obstetricia empezó a ser usado para estimular el aborto en mujeres que lo requerían, y actualmente se tiene enorme experiencia en este sentido.

En la inducción del parto y en maduración cervical su eficacia ha sido comprobada en numerosos estudios. Hay algunos estudios que demuestran su utilidad en otros aspectos, por ejemplo en la retención urinaria persistente pos-cirugía ginecológica, en enfermedad vascular periférica-, y en combinación con el diclofenaco, para tratar la enfermedad de Alzheimer.

Los efectos colaterales son escasos, pero existen. Se ha comunicado fiebre, escalofríos, náuseas, cefalea, dolor abdominal y pélvico. Los dos estudios que usaron la vía rectal informan de menos efectos colaterales que por vía oral.

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo. Cuando se produce una HPP debido a atonía uterina, se usa una serie de intervenciones médicas y quirúrgicas para controlar el sangrado. Un aspecto crucial del tratamiento de la HPP es la terapia uterotónica y la regla de oro es la oxitocina. Sin embargo, a menudo no está disponible en los ámbitos de bajos recursos debido a la administración parenteral y los requisitos de almacenamiento refrigerado. También se usa con frecuencia la ergometrina para el tratamiento de la HPP, aunque se debe administrar mediante inyección y es inestable en el calor y la luz. También está contraindicada para mujeres con hipertensión y enfermedad cardíaca. Por lo tanto, es posible que no sea adecuada para determinados ámbitos de bajos recursos.(20)

Se ha estudiado el misoprostol, como alternativa a la oxitocina, debido a que tiene un bajo costo, es estable a temperatura ambiente y fácil de administrar. Tres estudios controlados aleatorizados han evaluado la efectividad del misoprostol para el tratamiento de la HPP. Dos compararon la administración sublingual de 800 pg de misoprostol con 40 UI de oxitocina por vía intravenosa. En el primer estudio, en el que participaron 978 mujeres con diagnóstico de HPP, no se había administrado tratamiento profiláctico con oxitocina. Los resultados indicaron que la oxitocina IV fue más efectiva para controlar el sangrado activo dentro de 20 minutos (96% en comparación con 90% de las mujeres) y prevenir la pérdida adicional de 300 ml de sangre o más (17% en comparación con 30%). En el segundo estudio, participaron 809 mujeres con diagnóstico de HPP, todas las cuales habían recibido tratamiento profiláctico con oxitocina (IV o IM). Los resultados indicaron que el misoprostol no fue inferior a la oxitocina para controlar el sangrado activo dentro de 20 minutos (90% en comparación con 89%) y prevenir la pérdida adicional de 300 ml de sangre o más (31 % en comparación con 34%). El tercer comparó la administración por vía rectal de 800 pg de misoprostol con

Syntometrine IM más Syntocinon, también luego del tratamiento profiláctico con oxitocina. Los resultados sugirieron que el misoprostol puede ser más efectivo que la administración de Syntometrine/Syntocinon para el tratamiento de la HPP. Sin embargo, este estudio fue a simple ciego y el resultado fue una evaluación subjetiva de la respuesta y, por lo tanto, es posible que haya un sesgo en la evaluación.(21)

Cuatro estudios evaluaron el uso adyuvante (simultáneo) de misoprostol cuando se lo administró junto con agentes uterotónicos convencionales para el tratamiento de la HPP. Dos estudios compararon el uso adyuvante de 600 pg de misoprostol por vía sublingual con placebo para el tratamiento de la HPP, inscribieron a 1.422 mujeres y no observaron ninguna diferencia entre el grupo de misoprostol y placebo en términos de la pérdida de sangre (500 ml, pérdida de sangre 1000 ml o cambios en la hemoglobina postparto. Sin embargo, hubo una mayor incidencia de efectos secundarios entre las pacientes que recibieron misoprostol. Zuberi et al. inscribieron a 61 mujeres que también habían recibido tratamiento profiláctico con agentes uterotónicos para el manejo de la tercera etapa. Debido a un índice más bajo de lo previsto de HPP, el estudio no pudo obtener significancia estadística en ninguno de los resultados estudiados. No obstante, se observaron tendencias no significativas en cuanto a la reducción de la pérdida de sangre postparto, disminuciones menores de la hemoglobina postparto y la necesidad de menos intervenciones adicionales.

Un estudio realizado por Walraven et al. comparó el uso adyuvante de 600 pg de misoprostol (200 pg por vía oral + 400 pg por vía sublingual) con placebo entre 160 mujeres que habían recibido tratamiento profiláctico con agentes uterotónicos. Sin embargo, este estudio piloto no logró detectar diferencias significativas entre el misoprostol y el placebo. Hofmeyr et al. compararon el uso adyuvante de un régimen de 1000 pg de misoprostol (200 pg por vía

oral + 400 pg por vía sublingual + 400 pg por vía rectal) con placebo en 238 mujeres con tratamiento profiláctico con agentes uterotónicos, y no observaron ninguna diferencia significativa en la pérdida de sangre 500 ml dentro de una hora luego del tratamiento.

Ningún estudio analizó la efectividad de dosis repetidas de 800 pg de misoprostol por vía sublingual para el tratamiento de la HPP y, como resultado, se dispone de escasa información acerca de los riesgos y beneficios de dosis adicionales. Teniendo en cuenta los efectos secundarios documentados después de una sola dosis de misoprostol para el tratamiento de la HPP y la falta de evidencia del efecto, no se recomienda el uso de dosis repetidas.(22)

Régimen

Se indica una dosis de misoprostol 800 pg por vía sublingual para el tratamiento de la HPP cuando no se dispone a la brevedad de 40 UI de oxitocina por vía IV (independientemente de las medidas profilácticas). La dosis recomendada no cambia según el peso de la mujer.

Curso de tratamiento

Una vez que se diagnostica una HPP, se debe administrar tratamiento de inmediato.

Dosis repetidas o consecutivas

No hay suficiente información acerca del efecto de dos o más dosis consecutivas de misoprostol para el tratamiento de la HPP. Frente a la falta de tal información, no se recomienda la administración de dosis repetidas de misoprostol para el tratamiento de una HPP.

Si ya se está administrando oxitocina para el tratamiento de la HPP, existe evidencia que sugiere que el uso de misoprostol como tratamiento adyuvante (simultáneo) no produce beneficios adicionales.

Dado que los efectos secundarios conocidos del misoprostol parecen estar relacionados con la dosis, la administración de dosis repetidas o consecutivas de misoprostol puede aumentar la incidencia de efectos secundarios.

Contraindicaciones

Antecedentes de alergia al misoprostol u otra prostaglandina.

Precauciones

1. Se recomienda tener precaución en aquellos casos en que la paciente haya recibido anteriormente misoprostol como tratamiento profiláctico para la prevención de la HPP, especialmente si se asoció a la dosis inicial de misoprostol con fiebre o temblores intensos.

2. Después de administrar agentes uterotónicos, se deben explorar otras medidas para detener el sangrado, y se deben analizar otras causas de la HPP distintas de la atonía uterina.(23)

Efectos y efectos secundarios

Los efectos y efectos secundarios prolongados o graves son poco frecuentes.

Los efectos secundarios más comunes conocidos asociados con el misoprostol son:

Cambios de temperatura: Es común asociar temblores, escalofríos y/o fiebre con el uso de misoprostol. Se han informado temblores en 37 al 47% de las mujeres luego de la administración sublingual de 800 pg de misoprostol, fiebre en 22 al 44%, e hiperpirexia (>40 grados Celcius) en 1 al 14% [Blum 2010, Winikoff 2010, Durocher 2010]. Los temblores son auto-limitados e incluso si la paciente experimenta temperatura alta, son transitorios, y se resuelven tranquilizando a la paciente y con tratamiento sintomático.

Efectos gastrointestinales: La administración sublingual de 800 µg de misoprostol produce náuseas en 10 al 15% de las mujeres y vómitos en alrededor del 5% [Winikoff 2010, Blum 2010]. Ambos efectos secundarios deberían resolverse al cabo de entre dos y seis horas. Puede usarse un medicamento antiemético en caso de ser necesario, pero en general, no es preciso tomar ninguna medida, salvo tranquilizar a la mujer y su familia. Asimismo, alrededor del 1% de las mujeres puede experimentar diarrea, aunque debería desaparecer dentro de un día.

Lactancia: pueden detectarse pequeñas cantidades de misoprostol o su metabolito activo en la leche materna. No se han informado efectos adversos en lactantes.(23)(24)

Los efectos adversos más comunes con misoprostol son:

- Escalofríos.
- Fiebre.
- Diarreas.
- Cefalea (dolor de cabeza).
- Dolor de estómago.
- Malestar estomacal.
- Gases.
- Vómitos.
- Estreñimiento (constipación).
- Indigestión.

En relación con la dosis y vía de administración del misoprostol en el manejo de la hemorragia uterina puerperal, el medicamento debe ser usado por vía oral, sublingual o rectal. La vía de elección es la sublingual en combinación con la vía rectal, en dosis única de 600µg.(25)

2.3.- Definición de términos Básicos

Trabajo de parto: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural o canal del parto en la mujer. Está compuesto por 3 periodos: Periodo de dilatación, expulsión y alumbramiento.

Puerperio: Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días.

Anemia posparto inmediato: es el descenso de la hemoglobina <12 g/dl, dentro de las primeras 12 horas del puerperio.

Primípara: término para designar a la mujer que tuvo su primer parto vaginal.

Hematocrito posparto: es un examen de sangre después del parto, que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos. Esta medición depende del número de glóbulos rojos y de su tamaño, su valor normal es entre 33 y 44%.

Alumbramiento dirigido: es una medida efectiva para prevenir la hemorragia posparto, consiste en 3 componentes: administración de un agente uterotónico en el transcurso del minuto después de la salida del neonato, contra tracción controlada del cordón umbilical y masaje del fondo uterino después de la liberación de la placenta.

Hemorragia postparto.- Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo.

Atonía uterina.- Es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto y a una hemorragia posparto.

Edad.- Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Paridad.- Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. Habitualmente, la paridad se designa con el número total de embarazos. Una mujer para 4 (P4) grávida 5 (G5) ha tenido cuatro embarazos de más de 28 semanas y un aborto antes de las 28 semanas.

Edad gestacional.- Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 01

INCIDENCIA DE HEMORRAGIAS POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2016

HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA	N°	PORCENTAJE
SI	296	7.7%
NO	3544	92.3%
TOTAL	3840	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA

La tabla muestra una incidencia de hemorragia postparto por atonía uterina de 7.7% (296)

GRÁFICO N° 01

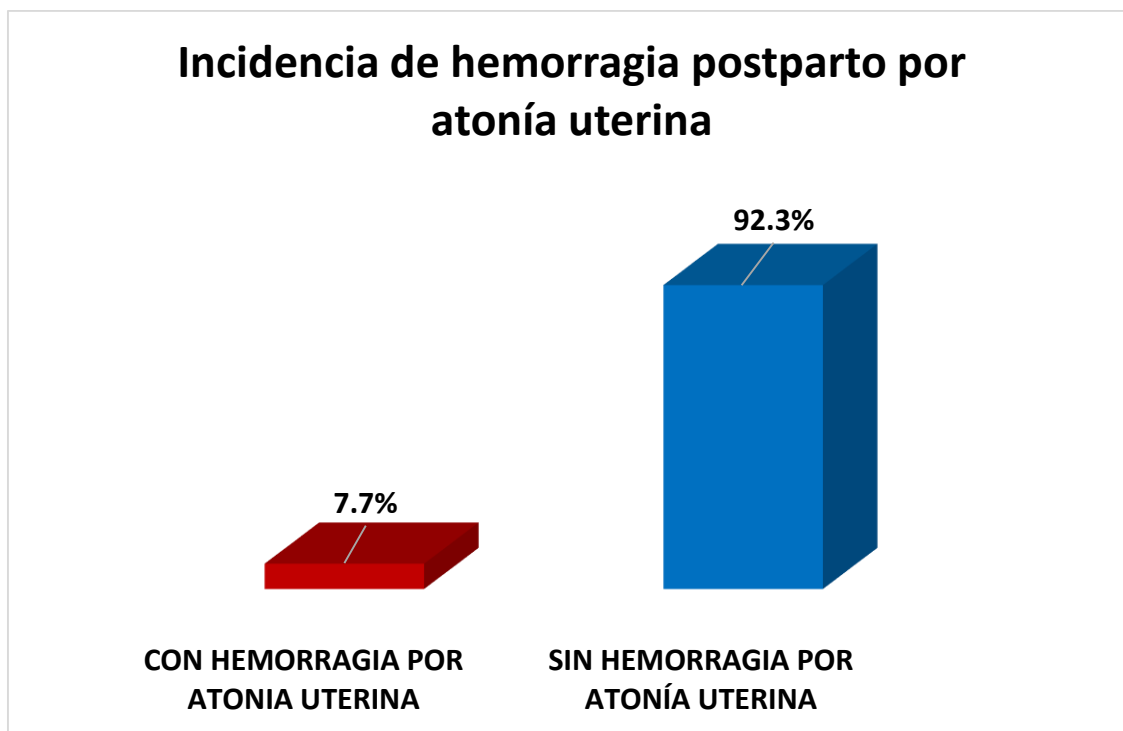


TABLA N° 02

EFICACIA DE LA OXITOCINA EN EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2016

HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA	N°	PORCENTAJE
CONTROLADO	103	34.8%
NO CONTROLADO	193	65.2%
TOTAL	296	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA

La tabla muestra un control de la hemorragia postparto por atonía uterina de 34.8% con solo oxitocina 20 UI/litro en primípara y 30 UI/litro en multíparas a 60 gotas/min.

GRÁFICO N° 02

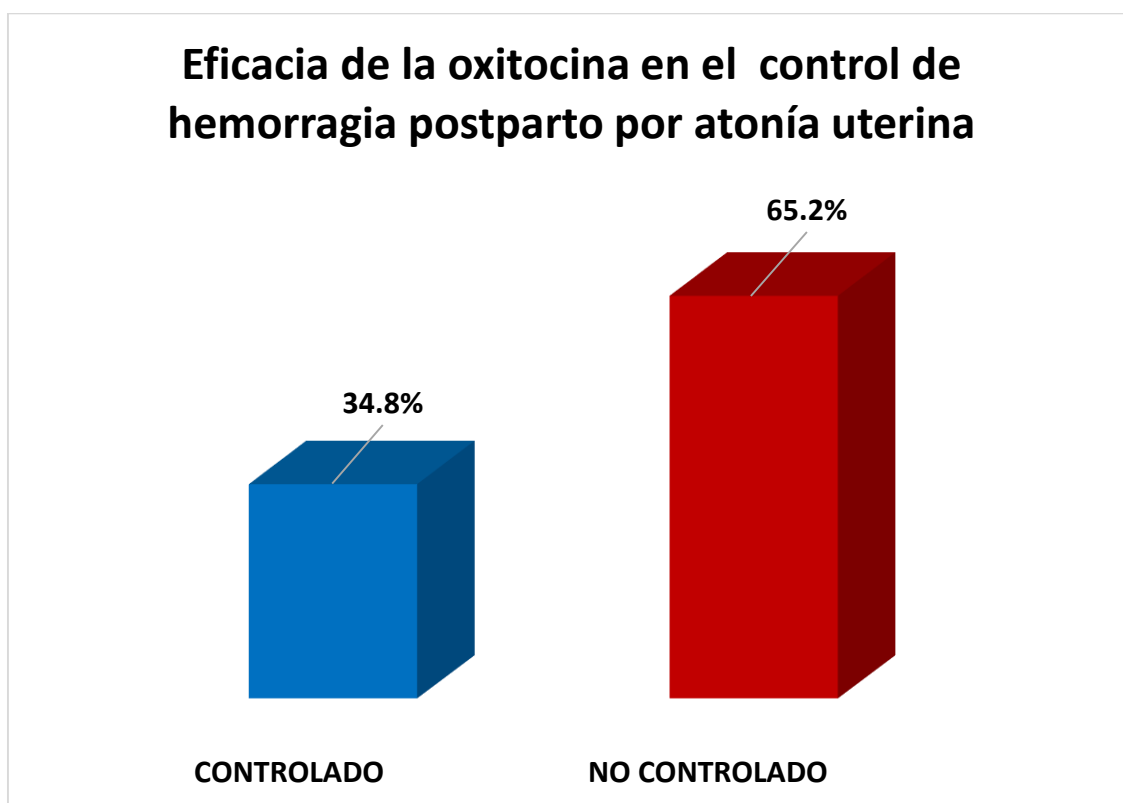


TABLA N° 03

EFICACIA DE LA OXITOCINA + ERGOMETRINA EN EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2016

HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA	N°	PORCENTAJE
CONTROLADO	89	46.1%
NO CONTROLADO	104	53.9%
TOTAL	193	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA

La tabla muestra un control de la hemorragia postparto por atonía uterina de 46.1% con oxitocina a igual dosis a 40 gotas/min más ergometrina 0.2 mg. IM.

GRÁFICO N° 03

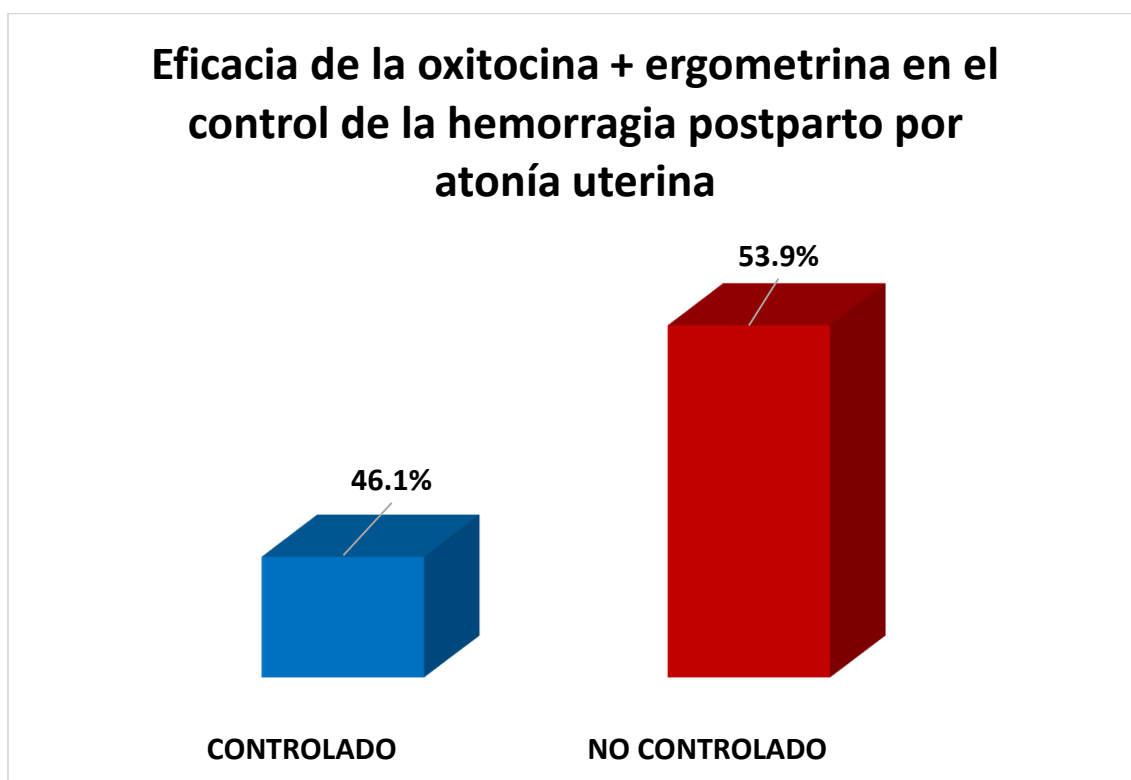


TABLA N° 04

EFICACIA DE LA OXITOCINA + ERGOMETRINA + MISOPROSTOL EN EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2016

HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA	N°	PORCENTAJE
CONTROLADO	94	90.4%
NO CONTROLADO	10	9.6%
TOTAL	104	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA

La tabla muestra un control de la hemorragia postparto por atonía uterina de 90.4% con oxitocina a igual dosis, más ergometrina 0.2 mg. IM, más misoprostol 200 microgr. vía rectal.

GRÁFICO N° 04

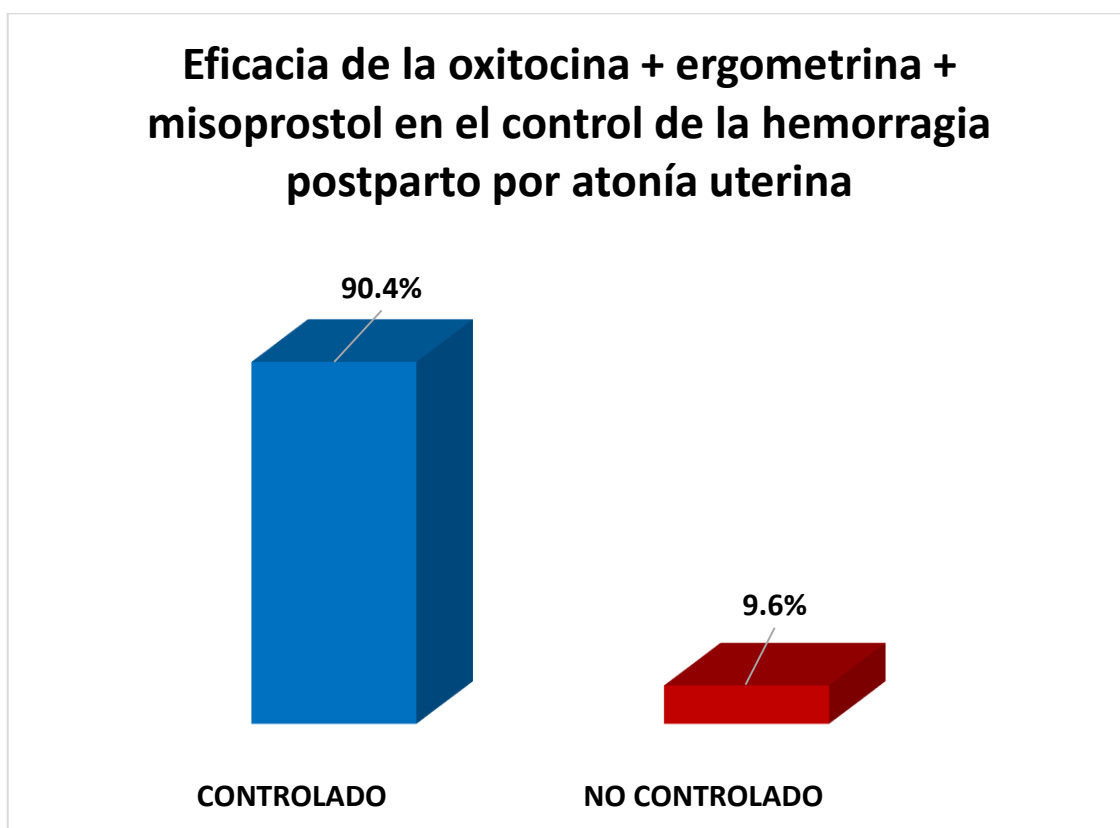


TABLA N° 05

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2016

HEMORRAGIA PORTPARTO POR ATONÍA UTERINA	TRATAMIENTOS							
	OXITOCINA		OXIT + ERGO		OXIT + ERGO+ MISO		HISTERECTOMIA	
	N	%	N	%	N	%	N°	%
SI	103	34.8%	89	46.1%	94	90.4%	7	70%
NO	193	65.2%	104	53.9%	10	9.6%	3(Ĥ)	30%
TOTAL	296	100%	193	100%	104	100%	10	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA

La tabla muestra un control de la hemorragia postparto por atonía uterina de 34.8% solo con oxitocina, 46.1% con la oxitocina más ergometrina, 90.4% con la oxitocina más ergometrina más misoprostol y 70% con histerectomía, existiendo en este último grupo 30% de mortalidad.

GRÁFICO N° 05

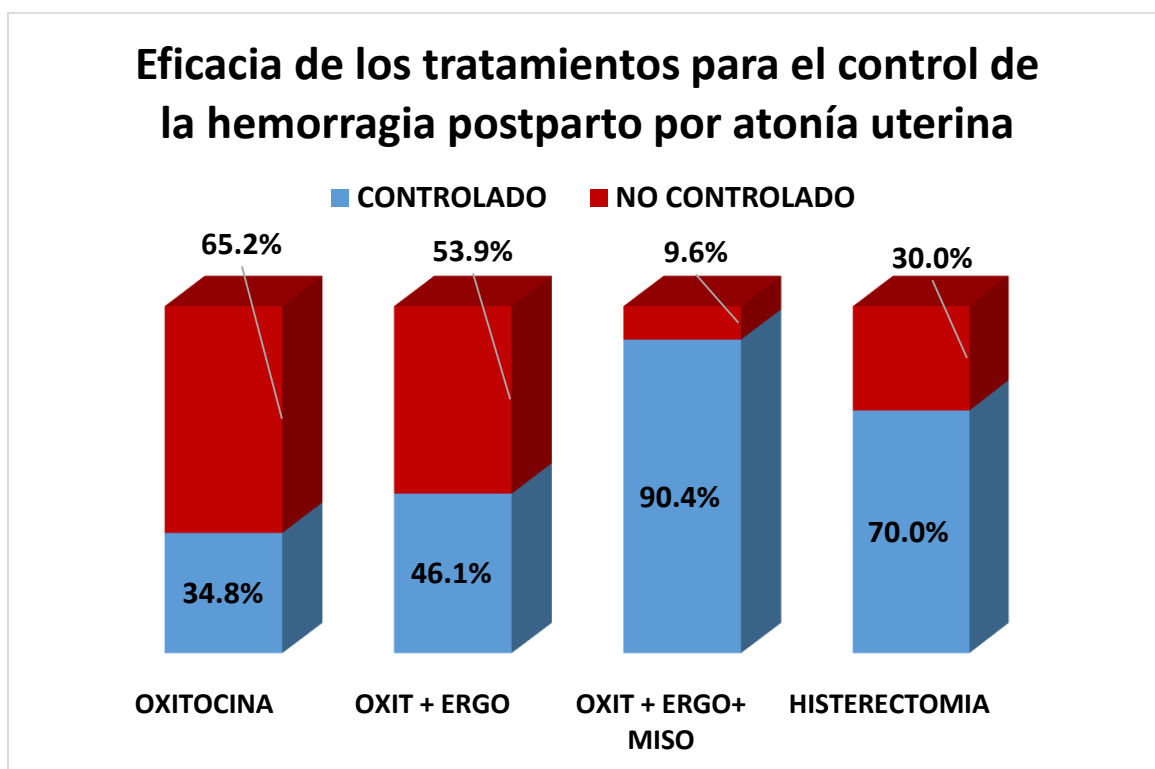


TABLA N° 06

EFFECTIVIDAD ACUMULADA EN EL TRATAMIENTOS PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA 2016

HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA	N°	%	% acumulado
CONTROLADO CON OXITOCINA	103	34.8%	34.8%
CONTROLADO CON OXIT+ERGO	89	30.1%	64.9%
CONTROLADO CON OXI+ERGO+MISO	94	31.7%	96.6%
CONTROLADO CON HISTERECTOMIA	7	2.4%	99.0%
FALLECIDA	3	1%	100%
TOTAL	296	100%	

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA

La tabla muestra un control acumulado de la hemorragia postparto por atonía uterina de 34.8%; al agregar ergometrina el porcentaje acumulado es de 64.9%; al agregar misoprostol el porcentaje acumulado es de 96.6%; y 99% con lo demás e histerectomía, existiendo 1% de mortalidad por esta causa.

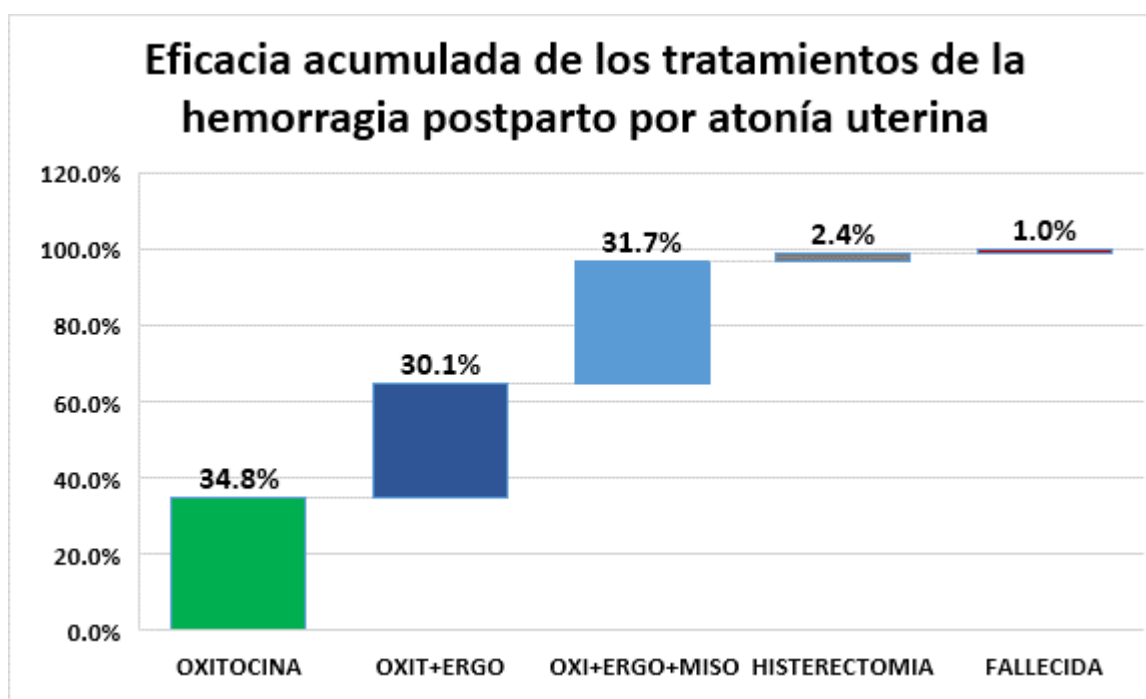
GRÁFICO N° 06

TABLA N° 07

**INCIDENCIA DE HEMORRAGIAS POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA
SEGÚN EDAD DE LA MADRE EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
HUANCAVELICA 2016**

EDAD	N°	PORCENTAJE
MENORES DE 20 AÑOS	102	34.5%
DE 20 A 35 AÑOS	108	36.5%
MAS DE 35 AÑOS	86	29.0%
TOTAL	296	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA

La tabla muestra que de las puérperas que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina el 34.5% de ellas fueron menores de 20 años, el 36.5% tuvieron entre 20 a 35 años y el 29% fueron mayores de 35 años.

GRÁFICO N° 07

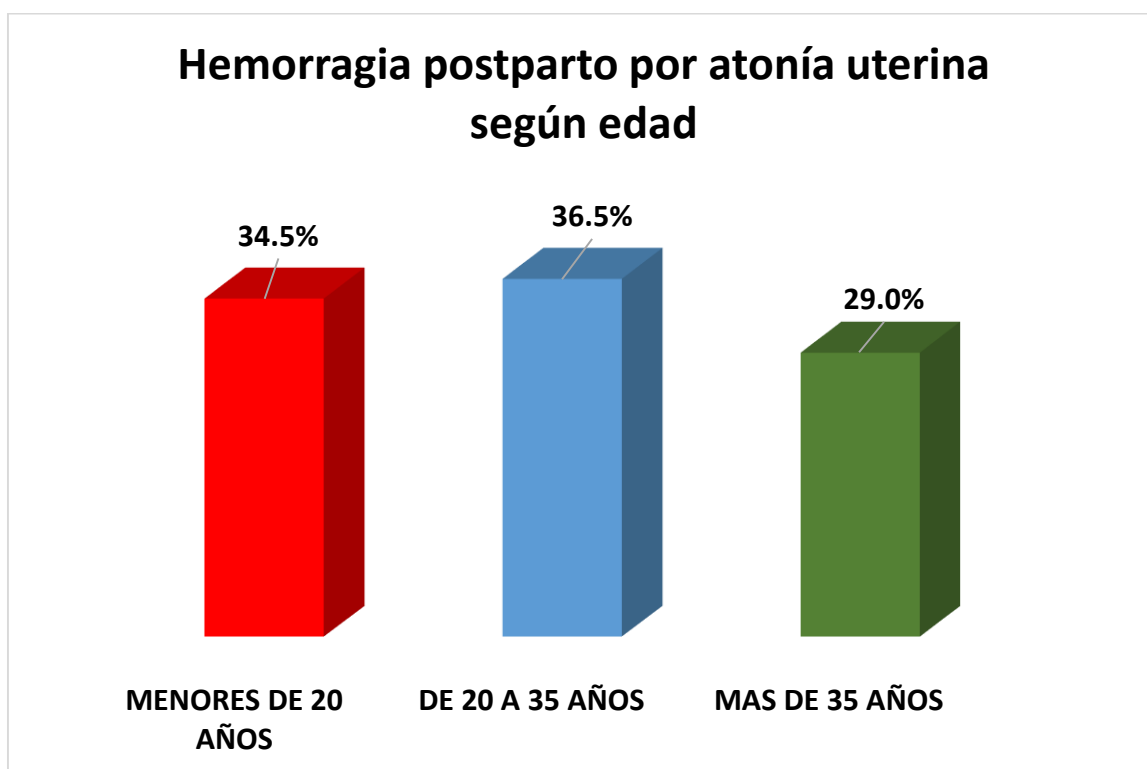


TABLA N° 08
INCIDENCIA DE HEMORRAGIAS POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA
SEGÚN PARIDAD EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
HUANCAVELICA 2016

PARIDAD	N°	PORCENTAJE
PRIMÍPARA	132	44.6%
SECUNDÍPARA	88	29.7%
MULTÍPARA	76	25.7%
TOTAL	296	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA

La tabla muestra que de las puérperas que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina el 44.6% de ellas fueron primíparas, el 29.7% fueron secundíparas y el 25.7% fueron multíparas.

GRÁFICO N° 08

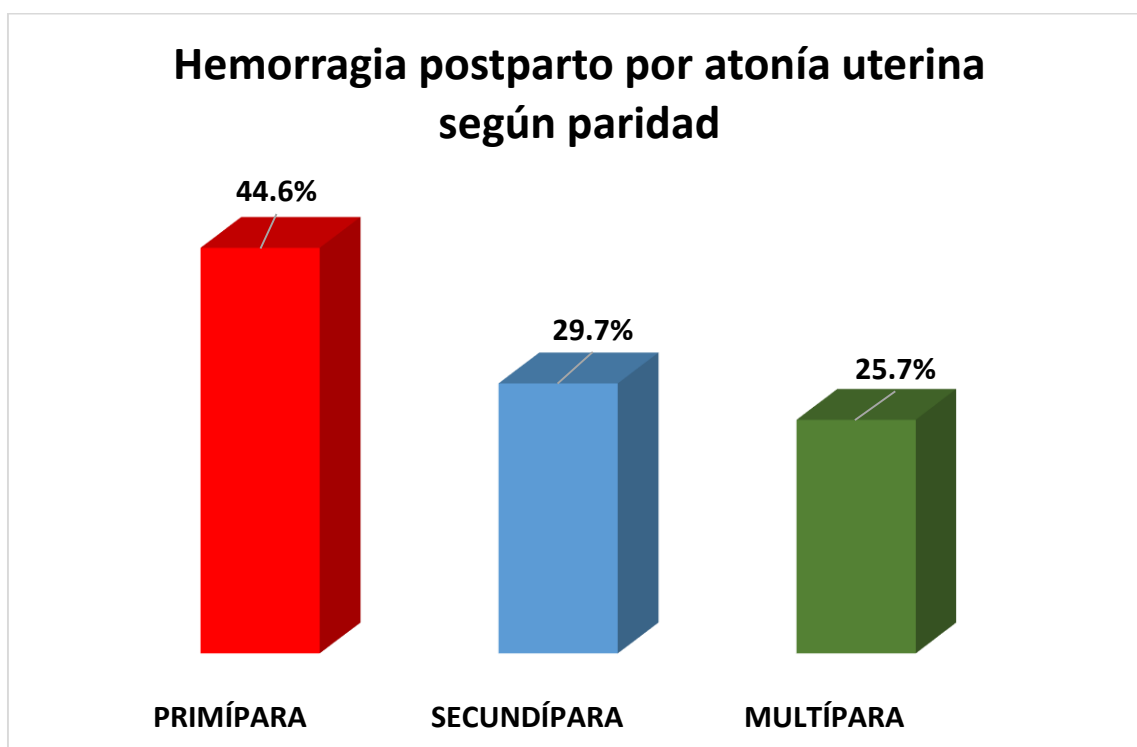


TABLA N° 09

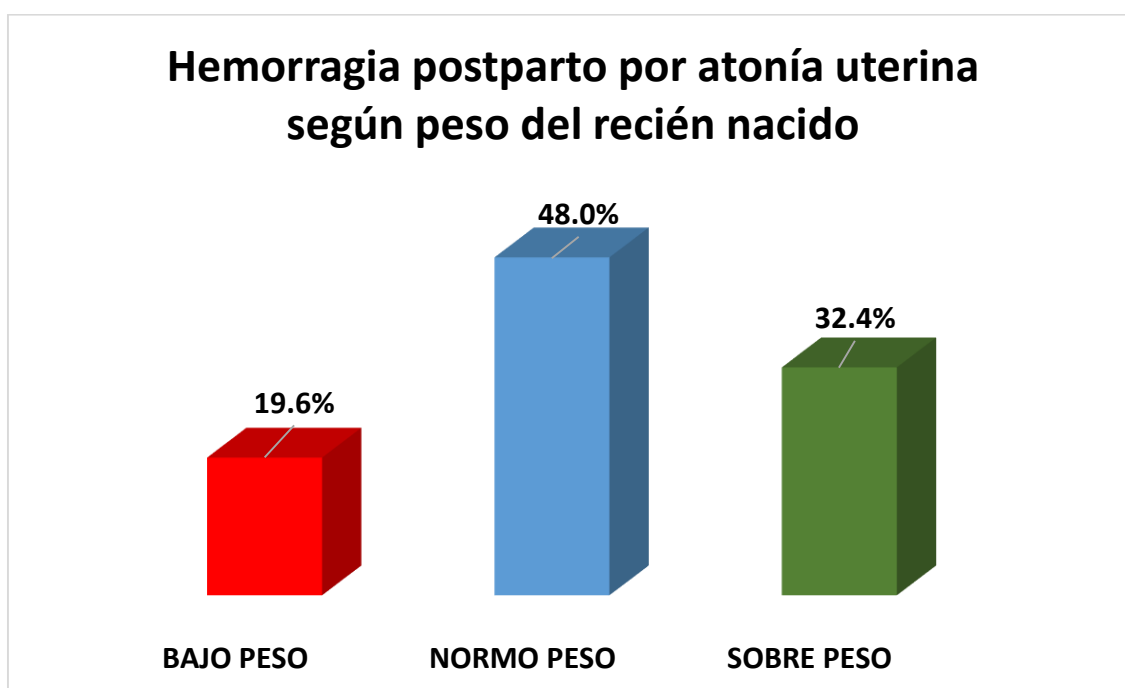
**INCIDENCIA DE HEMORRAGIAS POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA
SEGÚN PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL
DE HUANCVELICA 2016**

PARIDAD	N°	PORCENTAJE
BAJO PESO	58	19.6%
NORMO PESO	142	48.0%
SOBRE PESO	96	32.4%
TOTAL	296	100%

Fuente: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA

La tabla muestra que de las puérperas que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina el 19.6% de ellas tuvieron productos con bajo peso al nacer, el 48% tuvieron productos con peso normal al nacer, y el 32.4% tuvieron productos con sobre peso al nacer.

GRÁFICO N° 09



PRUEBA DE HIPÓTESIS

1.- Formulación de las Hipótesis

Ha: La eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina es mayor a 50% en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016.

Ho: La eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina es menor o igual a 50% en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016

2.- Nivel de significancia: 5%

3.- Prueba estadística: Chi cuadrado

4.- Determinación de la significancia:

Misoprostol	Efectivo	No efectivo	Total
Observado	94	10	104
Esperado	52	52	104

Chi cuadrado calculado= $33.9 + 33.9 = 67.8$

Chi cuadrado de tabla al 95% = 3.84

5.- Decisión: El chi cuadrado calculado es mayor al chi cuadrado de tabla por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

6.- Conclusión: La eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina es mayor a 50% en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016. Es 90.4% efectivo.

3.2. DISCUSIÓN

La tabla N° 01 muestra una incidencia de hemorragia por atonía uterina de 7.7% porcentaje ligeramente alta explicable porque Huancavelica es uno de los departamentos que presenta una geografía que predispone con mayor frecuencia que los otros departamentos a que las gestantes tengan hemorragias puerperales como son desnutrición, anemia, difícil acceso a los servicios de salud. Hernández Castro, F. (2015) en México encuentra una incidencia del 20% de hemorragias postparto teniendo en consideración que en este porcentaje están todas las causas de hemorragias postparto aunque el 95% de ellas se debe a atonía uterina.

En la tabla N° 02 se observa que la remisión de la hemorragia postparto por atonía uterina con tratamiento solo con oxitocina a dosis 20 UI/litro de cloruro de sodio a 60 gotas por minuto y máximo 2 cloruros de sodio con la misma dosis de oxitocina demostró una eficacia del 34.8% quedando 65.2% de pacientes que aún continúa con el sangrado

En la tabla N° 03 se muestra la eficacia del tratamiento de la hemorragia postparto por atonía uterina con oxitocina y ergometrina a dosis de 0.2 mg. Intramuscular observándose un 46.1% de eficacia en el control de la hemorragia quedando un 53.9% sin control de la hemorragia que aún es un porcentaje considerable.

En la tabla N°04 se encontró que al agregar al tratamiento anterior visto en la tabla N° 02 el misoprostol a dosis 200microgr. Via rectal se logra controlar la hemorragia en el 90.4% de los pacientes que no lograron controlar la hemorragia, quedando aún un 9.6% que continúa con el sangrado, por lo que se tuvo que recurrir a procedimientos quirúrgico. Gavilanes Sáenz V. (2012) en Quito Ecuador encontró efectividad del misoprostol en la prevención de la hemorragia postparto.(5).- También en Tingo María Falcón Condero H. (2015) encuentra una mayor efectividad del misoprostol en comparación a la oxitocina en el tratamiento de la hemorragia postparto.(8)

En la tabla N° 05 se recurre a la histerectomía como procedimiento salvadora lográndose resultados positivos en el 70% de los pacientes que aún no

controlaban la hemorragia, son los pacientes que se hicieron histerectomía obstétrica. La mortalidad materna por hemorragia postparto por atonía uterina es del orden del 30% de las que se recurrió a histerectomía de urgencia la que representa un porcentaje del 1% del total de puérperas con hemorragia uterina postparto por atonía uterina.

En la tabla N° 06 se realiza un análisis de remisión de la hemorragia postparto por atonía uterina según efectividad del total de pacientes que presentaron esta patología, así se observa que la oxitocina es responsable del 34.8% de control de la hemorragia. La oxitocina más ergometrina es responsable del 30.1% de control, de la hemorragia haciendo un acumulado de 64.9% de pacientes que lograron controlar la hemorragia. La oxitocina más ergometrina más misoprostol son el responsable del 31.7% de control de la hemorragia, con lo que el 96.6% de los pacientes lograron controlar la hemorragia. La histerectomía logra resolver el problema en el 2.4% de los casos y el 1% son pacientes que fracasaron todos los procedimientos y fallecen por esta causa.

En la tabla N° 07 se observa un porcentaje elevado de adolescentes (34.5%) y añosas (29%) que integran el grupo de puérperas con hemorragia postparto por atonía uterina.

En la tabla N° 08 se muestra que el porcentaje de multíparas 25.7% es relativamente alta que integran este grupo de puérperas con hemorragia postparto por atonía uterina, explicable por la veces que el útero presentó gestaciones que deterioran las fibras musculares en cada gestación, la que predispone a hemorragia. Lugo Sánchez A. (2014) demuestra en Cuba que el porcentaje de puérperas multíparas es elevado en el grupo de puérperas que presentan hemorragias portparto 53% (4)

En la tabla N° 09 se observa que este grupo de puérperas con hemorragias está integrada por un alto porcentaje de madres que presentaron recién nacidos con sobrepeso 32.4% la que condiciona un mayor estiramiento de las fibras musculares con la consiguiente predisposición para hemorragias.

3.3. CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de hemorragia postparto por atonía uterina es de 7.7% en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016.
- 2.- La oxitocina a 20UI/Litro de cloruro con un máximo de dos litros de cloruro controla la hemorragia postparto en el 34.8% de los casos.
- 3.- La oxitocina más la ergometrina 0.2 mg intramuscular controla la hemorragia postparto por atonía uterina en el 46.1% de casos.
- 4.- La oxitocina más ergometrina más misoprostol a 0.2 microgr via rectal controla la hemorragia postparto por atonía uterina en el 90.4% de casos.
- 5.- La histerectomía es el tratamiento efectivo de la hemorragia postparto por atonía uterina en el 70% de los casos.
- 6.- Para el control de la hemorragia postparto el 34.8% se logra con solo oxitocina, 64.9% con lo anterior y con oxitocina más ergometrina, 90.4% con lo anterior y oxitocina más ergometrina más misoprostol y 99% con lo demás e histerectomía, existiendo 1% de mortalidad por esta causa.
- 7.- El 34.5% de las puérperas con hemorragia postparto por atonía uterina fueron menores de 20 años, el 36.5% tuvieron entre 20 a 35 años y el 29% fueron mayores de 35 años.
- 8.- De las puérperas que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina el 44.6% fueron primíparas, el 29.7% fueron secundíparas y el 25.7% fueron multíparas.
- 9.- De las puérperas que tuvieron hemorragia postparto por atonía uterina el 19.6% de ellas tuvieron productos con bajo peso al nacer, el 48% tuvieron productos con peso normal al nacer, y el 32.4% tuvieron productos con sobre peso al nacer.

3.4. RECOMENDACIONES

1.- Ampliar los controles prenatales como método que ayuda a detectar patología y riesgos precozmente en las gestantes, ello es posible si se realizan visitas domiciliarias a las gestantes de la jurisdicción.

2.- Mantener la expectativa en las puérperas que no controlan adecuadamente la hemorragia postparto por atonía uterina después del tratamiento con oxitocina pues son puérperas de alto riesgo, ello es posible manteniendo el monitoreo permanente de dichas puérperas.

3.- Agregar ergometrina cuando no cede la hemorragia postparto por atonía uterina con solo el tratamiento con oxitocina, y mantener monitorizada a las puérperas que muestran evolución tórpida pues serán las que se tratarán misoprostol.

4.- Informar y solicitar a las autoridades administrativas de los hospitales la necesidad de tener medicamentos como Misoprostol, ergometrina y oxitocina disponible en cantidades adecuadas y en lugares al alcance de los profesionales, pues muchas veces los medicamentos se encuentran cerrados en vitrinas con acceso limitado.

5.- Protocolizar el tratamiento de la hemorragia postparto por atonía uterina, la que debe ser realizada con la participación de gineo-obstetras, obstetras, y técnicos de enfermería.

6.- Socializar los casos que se presenten a fin de conocer las dificultades y deficiencia para poder ser subsanadas y mejoradas, la que se lograría al presentar casos clínicos donde acudan todos los profesionales de salud de todas las especialidades.

7.- Considerar la edad menor de 20 años y mayores de 35 años de la gestante como predisponente para presentar complicaciones durante el puerperio del tipo de hemorragia postparto por atonía uterina.

8.- Mantener un control estricto de gestantes sobre todo primíparas y múltiparas pues son las de mayor riesgo para presentar hemorragias postparto.

9.- Tratar enfermedades que se relacionan con gestaciones con productos macrosómicos o producto de bajo peso pues están en riesgo de presentar complicaciones puerperales del tipo de hemorragias postparto por atonía uterina.

3.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Gómez-Dávila J, Osorio-Castaño J, Vélez-Álvarez G, Zuleta-Tobón J, Londoño-Cardona J, Velásquez-Penagos J. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2013;64(4):425-52.
- 2.- Instituto Nacional Materno Perinatal, Boletín estadístico 2014.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
- 4.- Lugo Sánchez A. (2014) Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. La Habana Cuba. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(2):145-154
- 5.- Gavilanes Sáenz V. (2012) Comparación de la eficacia entre misoprostol y oxitocina en la prevención de hemorragia durante la realización de cesárea en gestantes de 34 semanas o más en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora Quito 2011 - 2012.
- 6.- García Lascarez, S. (2014) Oxitocina 20UI I. V mas misoprostol 800mcg rectal vs carbetocina 100mg I. V DU, para disminuir sangrado posparto en poscesarea con riesgo de hemorragia por sobredistención uterina. Veracruz, 2014.
- 7.- Hernández Castro, F. (2015) Prevención de hemorragia postparto con misoprostol bucal transcesárea en pacientes con riesgo de atonía uterina. Tesis Phd thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- 8.- Falcón Condero H. (2015) Efecto de la oxitocina versus misoprostol en la disminución del sangrado y duración del alumbramiento, en gestantes atendidas en el Hospital Tingo María MINSA. Ágora Rev. Cient.2015; 02(02):172-180
- 9.- Orejon Paucarpura F. (2015) Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primiparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015.
- 10.- Junta Directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. (2012) Protocolos de atención Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. www.mpps.gob.ve
- 11.- OMS. (2012) Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto Información destacada y mensajes clave de las nuevas recomendaciones mundiales de 2012

- 12.- Usandizaga M., Amengual J. Factores de riesgo para la hemorragia posparto: estudio casos y controles. Rev Toko – Gin Pract. 2013; 72(2): 40-44.
- 13.- Cruz P. “Factores de riesgo de hemorragia posparto en pacientes con puerperio inmediato, servicio Ginecología, Hospital Provincial General Docente Riobamba. Periodo 2011. Riobamba – Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
- 14.- Solari A. (2014) Hemorragia del postparto principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 993-1003
- 15.- Camacho castro F. (2016) Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. Rev. Manejo médico de hemorragia posparto: 87-92
- 16.- Villanueva-Egan L. (2013) Intervenciones latinoamericanas basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna. Rev CONAMED 2013; 18(1): 21 -30
- 17.- Távara Orozco L. (2013) Tendencia de la mortalidad materna en el Perú. Desafíos pendientes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013;59: 157-160
- 18.- Arce-Herrera, R. (2012) Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo. México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (6): 673-682
- 7.- Muñoz Hidalgo K. Incidencia de las complicaciones de la Hemorragia Postparto en mujeres adolescentes. Guayaquil – Guayas – Ecuador 2013
- 11.- Nápoles Méndez D. (2012). Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el periparto. Medisan 2012; 16(7):1114
- 19.- Asturizaga P. (2014) Hemorragia obstétrica. Rev Med La Paz, 20(2); Julio - diciembre 2014
- 20.- Távara Orozco L. (2013) Regulación del uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y El Caribe. Rev Per Ginecol obstet. v.59 n.2 Lima 2013
- 21.- Representantes del Grupo Desarrollador de la Guía. Universidad de Colombia. (2013) Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico. Rev Colomb Obstet Ginecol 2013;64:425-452
- 22.- Gonzalo C. Prevención y tratamiento sobre la hemorragia posparto ¿Qué sabemos al respecto? Certezas y no tanto. 2014; 52(3).

23.- Canaval-Eraza HO, Ortiz-Lizcano EI, editors. Uso del Misoprostol en Obstetricia y ginecología. 3rd ed. Ciudad de Panamá: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; 2013.

24.- Alvarez S, Garcia L, Rubio C. Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa: estudio de casos y controles. Rev Ginecol Obstet Mex. 2015; 83: 437-446.

25.- Calle A, Barrera M, Guerrero A. "Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto". Rev. Per Ginecol. Obstet. 2014; 54: 233-243

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- MODELO DE FICHA EPIDEMIOLÓGICA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

EFICACIA DEL MISOPROSTOL EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAMELICA 2016

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuál es la eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <p>¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p> <p>¿Cuál es la eficacia de la oxitocina en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p> <p>¿Cuál es la eficacia de la oxitocina + ergometrina en el control de la hemorragia</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016 Precisar la eficacia de la oxitocina en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016 Precisar la eficacia de la oxitocina + ergometrina en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016 Precisar la eficacia de la oxitocina + ergometrina + misoprostol en el control de la 	<p>La eficacia del misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina es mayor a 50% en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Edad de la madre</p> <p>Paridad</p> <p>Peso del recién nacido</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Hemorragia postparto tratado con Misoprostol</p>	<p>4.1.-Tipo de Investigación</p> <p>No experimental: Porque no se interviene en las variables</p> <p>Descriptiva: Pues presenta una variable</p> <p>Prospectiva: Pues mide la variable varias vez</p> <p>4.2.-Nivel de Investigación</p> <p>Descriptiva.</p> <p>4.3.-Método; Inductivo.</p> <p>4.4.-Población y Muestra de la Investigación</p> <p>4.4.1.- Población</p> <p>La población está constituida por puérperas con hemorragia postparto por atonía uterina atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica en el 2016 que son 1320</p> <p>4.4.2.- Muestra: 296</p>

<p>postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p> <p>¿Cuál es la eficacia de la oxitocina + ergometrina + misoprostol en el control de la hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p> <p>¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según edad de la madre en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p> <p>¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según paridad en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p> <p>¿Cuál es la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según peso del recién nacido en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016?</p>	<p>hemorragia postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016</p> <p>5. Determinar la mortalidad por hemorragias postparto por atonía uterina en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016</p> <p>6. Indicar la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según edad de la madre en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016</p> <p>7. Evaluar la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según paridad en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016</p> <p>8. Conocer la incidencia de hemorragias postparto por atonía uterina según peso del recién nacido en el Hospital Departamental de Huancavelica 2016</p>			
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

Anexo 2: Ficha de Recolección de Datos

1.- Ficha N° _____

2.- Hemorragia postparto por atonía uterina

(PRESENTE) (AUSENTE)

3.- EDAD DE LA MADRE _____

4.- PARIDAD _____ partos

5.- PESO DEL RECIÉN NACIDO

(BAJO PESO) (PESO NORMAL) (SOBRE PESO)

6.- USO OXITOCINA

(SI) (NO)

REMITIÓ EL SANGRADO?

(SI) (NO)

7.- USO ERGOMETRINA

(SI) (NO)

REMITIÓ EL SANGRADO?

(SI) (NO)

8.- USO MISOPROSTOL

(SI) (NO)

REMITIÓ EL SANGRADO?

(SI) (NO)

9.- HISTERECTOMÍA

(SI) (NO)

REMITIÓ EL SANGRADO?

(SI) (FALLECIÓ)