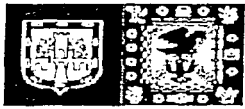


11217



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TRASTORNOS OBSTETRICOS PRESENTES AL OMITIR UNA
SEGUNDA DOSIS DE OXITOCINA DURANTE EL PUERPERIO
INMEDIATO

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR LA
DRA. CLAUDIA CABRERA SANCHEZ

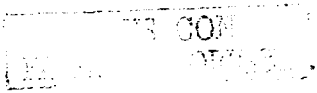
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. IGNACIO SALMERON PEREZ

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Claudia Cabrera Sanchez
FECHA: 18-03-03
FIRMA: [Signature]

- 2003 -





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

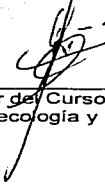
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TRASTORNOS OBSTETRICOS PRESENTES AL OMITIR UNA
SEGUNDA DOSIS DE OXITOCINA DURANTE EL PUERPERIO
INMEDIATO.**

Presentada por
Dra. Claudia Cabrera Sánchez

Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri




Profesor Titular del Curso de Especialización
en Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez



Director de Educación e Investigación


DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA
DEL DISTRITO FEDERAL

**TESTE CON
FALLA DE ORIGEN**

**TRASTORNOS OBSTETRICOS PRESENTES AL OMITIR UNA
SEGUNDA DOSIS DE OXITOCINA DURANTE EL PUERPERIO
INMEDIATO.**

Presentada por
Dra. Claudia Cabrera Sánchez

Vo. Bo.
Dr. Ignacio Salmerón Pérez



Medico adscrito al servicio de
Ginecología y Obstetricia del
Hospital General Ticomán

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

*Hace cuatro años inicié este viaje y lo he podido concluir gracias a la paciencia,
entusiasmo y cariño de muchas personas, quiero agradecer a todos por su apoyo.*

Pero principalmente a mis padres,

hermanos,

y a nuestros ángeles que se han adelantado.

Gracias.

TEBIS CON
FALLA DE LUJEN

INDICE

Resumen	
Introducción	1
Material y métodos	12
Resultados	15
Conclusión	16
Referencias bibliográficas	19

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

Trastornos obstétricos presentes al omitir una segunda dosis de oxitocina durante el puerperio inmediato.

OBJETIVO GENERAL

Comparar los trastornos obstétricos que se presentan en el puerperio inmediato al aplicar una dosis de oxitocina contra dos dosis de la misma, en los pacientes del Hospital General de Ticomán

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, cuasiexperimental, en el Hospital General de Ticomán del 10 de agosto al 30 de octubre del 2002 en mujeres cursando el puerperio inmediato independientemente de la vía de resolución del embarazo. Se formaron dos grupos:

El grupo A, se les administrará una sola dosis de oxitocina de 20 unidades intravenosa durante el periodo de alumbramiento. El grupo B, se les aplicará dos dosis de oxitocina, la primera será de 20 unidades intravenosa durante el periodo de alumbramiento, la segunda dosis se aplicarán 20 unidades de oxitocina en una solución glucozada al 5% de 1000cc para 6 hrs en el puerperio inmediato al concluir la atención de parto o la operación cesárea. Se valoró la presencia de hemorragia posparto en base a la comparación de los hematócrito considerando hemorragia obstétrica posparto cuando se presentó un decremento del 10% del valor del Hto a las 24 horas de la resolución del embarazo con respecto al estado grávido. Se realizó la medición del fondo uterino se consideró involución uterina inadecuada cuando existió un incremento en el tamaño obtenido a las 24hrs del puerperio en comparación a aquel medido en forma inmediata a la resolución del embarazo.

RESULTADOS

En el grupo A con un total de 45 pacientes: 4 pacientes (8.88%) presentaron hemorragia obstétrica 8 pacientes (17.78%) presentaron involución uterina inadecuada. En el grupo B con un total de 47 pacientes: 3 pacientes (6.38%) presentaron hemorragia obstétrica, 5 pacientes (10.63%) tuvieron inadecuada involución uterina Ninguna paciente de ambos grupos con involución uterina inadecuada se relacionó con hemorragia obstétrica. La presencia de hemorragia obstétrica al comparar ambos grupos en base al test exacto de Fisher fue de 0.71 La presencia de involución uterina inadecuada al comparar ambos grupos en base a la prueba t de Student fue de 0.21, ambos no significativos

CONCLUSION

El riesgo de presentar hemorragia obstétrica, comparando la aplicación de una dosis y dos dosis de oxitocina según la prueba de test exacto de Fisher es de 0.71 el cual no es valor estadísticamente significativos para la aparición de la misma. El riesgo de una involución uterina inadecuada comparando ambos grupos según la prueba t de Student es de 0.21 valor no estadísticamente significativo para la aparición de la misma. El omitir una 2ª dosis de oxitocina no se considera factor de riesgo para las pacientes, debido a que la incidencia de hemorragia obstétrica o de alteración en la involución uterina no es significativa en comparación con la aplicación de una 2ª dosis de oxitocina. No se debe estandarizar el uso de una segunda dosis de oxitocina en todas las pacientes en el puerperio inmediato independientemente de la vía de interrupción de embarazo, ya que no se les otorga un beneficio estadísticamente comprobado y se realiza un consumo excesivo e injustificado de este fármaco en dicho hospital. La práctica de la aplicación de una 2ª dosis de oxitocina no se encuentra recomendada ni justificada en ningún artículo recabado para el presente estudio. Como preventivo de la presencia de hemorragia obstétrica, todos coinciden en la recomendación de una dosis en el momento de la extracción fetal o alumbramiento independientemente de la vía de interrupción del embarazo, esto demuestra que el hecho de la aplicación de una segunda dosis en forma rutinaria es una mala práctica médica sin justificación científica. Nuestro estudio concluye que no existe riesgo significativo para la aparición de hemorragia obstétrica al omitir una segunda dosis de oxitocina no encontramos en la literatura estudios similares, el estudio de Tammy S. et. al.¹⁴ en el 2001 comparó uso de misoprostol 200ug rectales Vs oxitocina intravenosa al momento del alumbramiento, valorando que dos pacientes de 160 del grupo con oxitocina y 5 de 159 con el uso de misoprostol requirieron un segundo agente uterotónico (no necesariamente oxitocina) por presencia de hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato, con valor de $P=0.21$ no estadísticamente significativa, aunque este dato no fue el objetivo de su estudio lo reportan como resultados, apoyando que el uso sistematizado de oxitocina en el puerperio inmediato cuando se ha dado control con la misma durante el alumbramiento es innecesaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Trastornos obstétricos presentes al omitir una segunda dosis de oxitocina durante el puerperio inmediato.

INTRODUCCION

La hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea en cantidad variable que se presenta durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos, puede ser al interior (cavidad peritoneal) o al exterior (transvaginal), la hemorragia posparto es la pérdida sanguínea posparto o poscesárea mayor a 1000ml o bien que produzca hipotensión, taquicardia y palidez de piel y mucosas.¹ La hemorragia obstétrica según la Organización Mundial de la Salud, es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurre en todo el mundo, el 80% de las muertes maternas por hemorragia son causas obstétricas directas; es decir por complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio.¹ La hemorragia posparto es la complicación mas frecuente, presentándose en un 75% de los casos del puerperio patológico, con una incidencia del 2-6%.¹ Dentro de las causas de la hemorragia puerperal se encuentran la atonía uterina, inversión uterina, retención de restos placentarios y acretismo placentario. La atonía uterina se presenta cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario, los factores de riesgo para que se presente la misma son; trabajo de parto prolongado, miomatosis uterina, macrosomía fetal, polihidramnios, embarazo múltiple, amnioitís, multiparidad, uso de oxitocina, antecedentes de hemorragia posparto, uso de sulfato de Mg, trabajo de parto precipitado, anestesia general y embolia del líquido amniótico.¹

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

Medicina basada en la evidencia recomienda el manejo activo del alumbramiento para evitar hemorragia posparto, que consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras especiales para prevenir la hemorragia posparto, recomendando este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia posparto. ¹

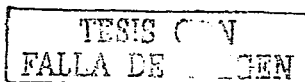
Los medicamentos recomendados para este fin son: ¹

1. Oxitocina; 10 U diluidas en solución fisiológica o Hartmann de 500cc, posterior al nacimiento del hombro anterior.
2. Ergonovina; 0.2 mg intramuscular o intravenosa como dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior.
3. Prostaglandinas; vía oral misoprostol 600mcg en caso de no disponer de los anteriores.

Maniobras de prevención. ¹

1. Masaje en el fondo uterino, posterior al nacimiento del neonato.
2. Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
3. Tracción continua controlada del cordón umbilical.
4. Lactancia materna inmediata.

Aparte del alumbramiento dirigido, farmacológico u hormonal, el ginecólogo debe esperar la desinserción placentaria para empezar a actuar, por lo cual también se recomienda para evitar las hemorragias en el alumbramiento distintas maniobras y procedimientos para evitarlas: ²



I.-Maniobras para acelerar el desprendimiento placentario. ²

1.-Masaje uterino: puede ser solo o combinado con la inyección intravenosa de oxitócicos, con fricciones circulares suaves en el fondo uterino, en ángulos y en la cara anterior.

2.-Alumbramiento hidráulico: Gabastou en 1914 propuso inyectar en la vena del cordón umbilical un líquido estéril que, al provocar la formación de un hidroma retroplacentario que motive su desprendimiento, generalmente se utiliza solución fisiológica caliente de 300 a 500 ml, contraindicado cuando hay corioamniotitis o existe hemorragia que requiera una maniobra mas rápida.

3.-Maniobra de Wagner 1925, con presión retrógada del cordón umbilical, el ginecólogo exprime el cordón umbilical en dirección materna hasta la vulva, en donde se coloca una pinza, con interrupción rápida en los espacios maternofetales, el desprendimiento del anexo será favorecido por el mecanismo del hematoma retroplacentario, contraindicada en madres Rh negativo en las cuales se recomienda lo contrario para evitar paso de sangre fetal a al circulación sanguínea materna.

4.-Tracción de cordón umbilical: se realiza en forma continua , manualmente o mediante un peso, o de forma discontinua, con tracciones simultáneas en las contracciones uterinas.

5 -Maniobra de Credé: en 1853 propuso tomar el fondo uterino colocando el pulgar en la cara anterior, mientras los restantes dedos lo hacen sobre la cara posterior, inmovilizando el útero, se espera a que aparezca una contracción y en este momento se ejerce una presión fuerte y sostenida hacia abajo, en la dirección del eje del estrecho superior.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II.-Maniobras para la expulsión placentaria ya desprendida. ²

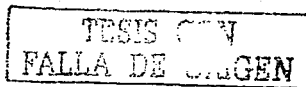
1.-Maniobra de Baer: en 1973 propuso levantar con ambas manos un amplio pliegue de las cubiertas abdominales relajadas, aproximando los músculos rectos del abdomen, y ordenar a la paciente que efectúe esfuerzos de pujo, busca aumentar la presión intraabdominal.

2.-Maniobra de Orengo: en 1955 propuso presionar con la mano izquierda la pared derecha del útero, dirigiéndola a la vez hacia la izquierda y hacia arriba, mientras con la mano derecha se tira prudentemente del cordón. Si actuando de esta forma no se consigue la expulsión, puede realizarse lo mismo en la pared contraria del útero.

3.-Maniobra de Dublin: con la vejiga vacía y el útero bien contraído, se realiza expresión parecida a la de Credé, si esta se encuentra desprendida la expulsión es inmediata. Un movimiento de rotación sobre si misma hace que las membranas atraídas de esta forma se desprendan progresivamente

4.-Maniobra de Freund: facilita la expulsión de membranas, consiste en la corrección de la anteflexión uterina y en el desplegamiento del segmento inferior mediante la elevación del cuerpo uterino a cargo de una mano externa abdominal. Al desaparecer el ángulo entre el cuerpo uterino y el canal cervicosegmentario, las membranas son expulsadas con facilidad.

5.-Maniobra de Brandt-Andrews: en 1933, propuso una vez desprendida la placenta, en el momento de una contracción, la mano izquierda del tocólogo comprime el segmento inferior del útero, en dirección al ombligo, en tanto que



con la mano derecha efectúa una ligera contracción simultánea sobre el cordón umbilical.

6.-Expresión uterina con el útero en extensión: 1970, se realiza una maniobra combinada exprimiendo el fondo uterino, realizando tracción del cordón umbilical y eliminando el acodamiento del segmento inferior mediante la compresión digital a este nivel desde la vagina, presionando en el fondo de saco anterior, se evita prolapso uterino al ser presionado en su fondo.

7 -Maniobra de Muñoz-Arbat o del calzador: facilita la salida de la placenta con una valva ancha, que actúa debajo del anexo como un calzador.

III.-Alumbramiento manual. ²

De recurso: cuando hay pérdida sanguínea que precede al alumbramiento.

Profiláctica: no se espera a que se produzca un incidente, sino que anticipadamente a los hechos se realiza. Se recomienda ambas realizarse bajo anestesia, regional o locorregional, la mano que opera sigue el trayecto del cordón umbilical llegando a la cavidad uterina, la otra mano inmoviliza el fondo uterino, al tocar la periferia del anexo se inicia su tracción. Las dificultades para realizarla son por engatillamiento cuando hay contracción importante del orificio uterino alrededor de la placenta, o por adherencias anormales como la placenta acreta, increta o percreta.

IV.-Revisión de cavidad uterina. ²

Inicialmente solo se indicaba en caso de retención de restos placentarios o amnios, alumbramiento artificial, parto quirúrgico vaginal, sospecha de lesiones corporales uterinas, actualmente se realiza como manera rutinaria de atención de parto. Los riesgos son los procesos infecciosos, contraindicación relativa en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caso de madre Rh negativa, por la posibilidad de un paso brusco de hematies fetales a la circulación materna como consecuencia de esta maniobra.

El riesgo de una hemorragia obstétrica posparto con el uso rutinario de oxitocina en el tercer periodo del trabajo de parto puede reducir la incidencia en un 40%.³

La hemorragia posparto se define según el volumen sanguíneo perdido considerando mayor de 500 ml para el parto vaginal, 1000ml para la cesárea y 1500ml para la cesárea histerectomía. La pérdida sanguínea es difícil de cuantificar por lo cual otra manera de considerar hemorragia posparto es la disminución del 10% del hematocrito antes y después del parto o la necesidad de transfusión sanguínea, según estas definiciones el parto vaginal es asociado con una incidencia del 3.9% y la cesárea se relaciona con una incidencia de un 6.4%.³

La hemorragia posparto temprana se considera durante las primeras 24 hrs después del nacimiento, la tardía después de las 24 hrs posteriores al nacimiento pero antes de las 6 semanas posteriores al parto. La primera es mas común, con mas perdida sanguínea y morbilidad.³ Normalmente el volumen de pérdida sanguínea se estima menor en un 30-50%, además de que la mujer embarazada sufre la expansión plasmática que ayuda a su compensación, pero esta expansión es menor en las pacientes preeclámpticas quienes sufren una mayor pérdida sanguínea que las normotensas. La hemorragia posparto puede recurrir en los subsecuentes partos.³

La atonía uterina y la laceración del canal vaginal son las causas mas comunes de hemorragia posparto.⁴

La incidencia de placenta acreta para la retención placentaria es de una en 2500 nacimientos, y la predisponen factores como legrados, cesáreas e histerotomías

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

previas, placenta previa o alta paridad. Se incrementa el riesgo de placenta acreta en un 25% o mas cuando se conjunta la placenta previa con antecedente de cesárea. ⁴

Estudios realizados sobre la profilaxis de la hemorragia posparto considerando que es la principal causa de muerte materna, coinciden en que la administración de fármacos que estimulan la contractibilidad uterina como la oxitocina, ergonovina, prostaglandinas (dinoprostona y misoprostol) y sintometrina principalmente, es mas eficaz y suficiente cuando los mismos se aplican al momento de la extracción fetal a la exposición del hombro anterior, transalumbramiento o inmediatamente posterior al mismo en conjunto con masaje uterino.

La administración de oxitocina profiláctica antes de la expulsión o extracción fetal o transalumbramiento comparándola con su administración de manera inmediata al alumbramiento disminuye la incidencia de hemorragia posparto, sin incrementar ninguna la incidencia de la retención placentaria. ⁵

En muchos casos podemos prevenir la hemorragia obstétrica, en concreto la atonia uterina con la aplicación de oxitocina diluida en infusión (10-20U en 1000cc de sol Lactato-Ringer o salina normal). ⁶ Se aplica de 20-40 U en 1000 ml de solución Hartmann o salina sin exceder de 60 miliunidades por minuto, recordando que si se administra en forma rápida puede ocasionar hipotensión arterial y arritmias cardiacas. ⁷

Otra manera de tratamiento de la hemorragia posparto es el uso de 800mcg de misoprostol via rectal, el cual se ha comparado con el uso de sintometrina (preparado con 5u de oxitocina con 500mcg de maleato de ergometrina, diluidas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en 500ml de solución salina), en dicho estudio se comprobó mayor éxito con el misoprostol rectal.⁸

También en estudios se ha comparado el uso de sintometrina 1 ml intramuscular contra misoprostol 600ug vía oral, para el manejo del tercer periodo del trabajo de parto, no existieron diferencias significativas en cuanto a la pérdida de sangre o la incidencia de hemorragia obstétrica. Se requirió una segunda dosis de oxitocina IV en infusión en el grupo en el que se utilizó misoprostol con RR1.62, P0.05, necesitando 232 (22%) pacientes de 1026 y 144 pacientes de 1032 (14%) tratadas con sintometrina.⁹

Otros estudios han comparado la pérdida sanguínea, la duración del alumbramiento y la necesidad de la extracción manual de la placenta, utilizando la extracción continua con el drenaje sanguíneo del cordón umbilical contra el alumbramiento espontáneo. Realizaron el estudio a 478 pacientes, 239 con tracción del cordón y 238 con alumbramiento espontáneo, evidenciando diferencias no significativas en ambos grupos con respecto a la concentración de Hb y Hto para la presencia de hemorragia posparto.⁹

En 1990 Thomas et al. compararon el manejo del alumbramiento con drenaje del cordón y sin el mismo utilizando oxitocina durante este periodo del trabajo de parto, no encontraron diferencias significativas en cuanto al tiempo de duración del tercer periodo, retención placentaria o presencia de hemorragia posparto.¹⁰

En 1991 Thilaganathan et al. compararon el alumbramiento con drenaje del cordón umbilical y uso de oxitocina en este periodo, estudiaron a 193 pacientes, evidenciaron que el uso de oxitocina disminuye el tiempo del tercer periodo pero no disminuye la pérdida sanguínea en base a niveles de Hb comparándolo con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

una atención sin oxitocina, concluyendo que la misma no conlleva a beneficios para la paciente en este periodo, y que su uso es innecesario en pacientes con bajo riesgo para hemorragia obstétrica. ¹¹

Frederic Amant et al. en 1999, realizaron estudios con 2000 mujeres con embarazos normales. realizaron 4 grupos, en uno administraron misoprostol 600ug vía oral y otro recibió tabletas placebo, el tercer grupo se administró metilergonovina 200ug y en el cuarto se administró un ampolla placebo, estos se administraron en el momento de la expulsión fetal, valoraron hemorragia posparto en base a niveles del Hb y Hto, obteniendo que en el grupo con metilergonovina existió hemorragia en el 8.3% en comparación con el grupo con misoprostol con 4.3%. Se requirió una dosis extra de oxitocina en el 4.4% y 12.8% con ergometrina y misoprostol respectivamente, los niveles de Hb al tercer día del puerperio fueron similares en ambos grupos los autores concluyen que la protección para la hemorragia posparto usando metilergonovina o misoprostol es casi igual con mayores efectos colaterales. ¹²

Jerome Dansereau et al. en 1999 realizó un estudio en donde administró carbetocin 100ug (análogo sintético de la oxitocina con una vida media de 4-10 minutos mas que la oxitocina, se utiliza en infusión, intravenoso o intramuscular) u oxitocina de 5-20U en infusión para 8 horas, antes o inmediatamente después del alumbramiento. Valoro la necesidad de una segunda dosis de oxitocina para mantener el tono uterino adecuado y evitar una hemorragia obstétrica. Encontró que 47 de 635 pacientes requirieron oxitocina 7.4% del total de las pacientes, 15 de 317 (4.7%) en el grupo de carbetocin y 32 de 318 pacientes (10.1%) en el

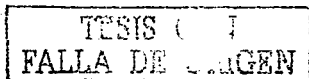
TIPS CON
FALLA DE ALIEN

grupo de oxitocina, la probabilidad de la intervención de oxitocina fue de 2.03 veces mayor en el grupo de oxitocina. ¹³

Tammy S. et al. en 2001, realizaron estudios comparando la administración de 200ug de misoprostol tabletas rectal o 20 unidades de oxitocina en solución Ringer Lactato intravenosa, al momento de pinzar el cordón umbilical en el parto vaginal, estudiaron a 325 mujeres. De estas se presentó hemorragia posparto en 34 de las 159 (21%) con misoprostol y 24 de las 166 (15%) con oxitocina. Hubo necesidad de un segundo medicamento para controlar el sangrado posparto 36 de 159 (23%) y 18 de 166 (11%). Recibieron oxitocina en un 79%, metilergonovina en un 10% recibieron prostaglandina F2-alfa. En el grupo con misoprostol necesitaron 5 de 159 pacientes mas de un agente uterotónico, y en el grupo con oxitocina lo requirieron 2 de 166 pacientes. ¹⁴

Daniel V. et al. realizaron un estudio a doble ciego valorando la utilidad del misoprostol a dosis de 600 ug contra placebo vía oral durante el tercer periodo del trabajo de parto vía vaginal, inmediatamente después de pinzar el cordón umbilical y con alumbramiento dirigido, la oxitocina se administró si el sangrado era mayor de lo esperado, valorando hemorragia obstétrica en base a cambios en el hematocrito. Menos mujeres presentaron hemorragia posparto en el grupo con misoprostol, pero la diferencia no fue significativa (7% contra 15% del grupo control con $p=0.43$). La oxitocina adicional antes o después de la separación placentaria fue usada en menos ocasiones en el grupo que se administró misoprostol (16% contra 15% con $p=0.43$).¹⁵

Una revisión de la Cochrane encabezada por el Dr. Prendiville, et al. considerando como manejo expectante del tercer periodo del trabajo de parto como el



nacimiento espontáneo de la placenta o con estimulación del pezón y como manejo activo del alumbramiento a la administración de oxitocina antes del nacimiento placentario conjuntamente con el pinzamiento y corte temprano del cordón umbilical, con tracción controlada del mismo. Valoraron la pérdida sanguínea, hemorragia obstétrica y otras complicaciones perinatales y maternas en el alumbramiento. Incluyeron 5 estudios comparando el manejo expectante y el activo con seguimiento de la reducción de riesgos como pérdida sanguínea (obteniendo una diferencia de -79.33ml , con intervalo de confianza de 95% de -94.29 a -64.37); hemorragia posparto mayor a 500ml (RR 0.38, intervalo de confianza de 95% de -0.32 a -0.46). Llegando a la conclusión de que el manejo activo es superior previniendo que el manejo expectante en la hemorragia obstétrica y la pérdida sanguínea posparto, pero el primero acentúa los efectos secundarios como vómito, náuseas. El manejo expectante debe ser cambiado por el activo. ¹⁶

El objetivo de este estudio es comparar la presencia de los trastornos obstétricos en el puerperio inmediato al aplicar una dosis de oxitocina contra dos dosis de la misma. Considerando innecesaria la aplicación de una segunda dosis de oxitocina en forma rutinaria a las pacientes durante el puerperio inmediato.

TESIS (I
FALLA DE ... GEN

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, cuasiexperimental, en el Hospital General de Ticomán del 10 de agosto al 30 de octubre del 2002 en mujeres cursando el puerperio inmediato independientemente de la vía de resolución del embarazo.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes con embarazo de 35 a 42 semanas de gestación.
2. Pacientes cursando el puerperio inmediato.
3. Pacientes de cualquier edad.

Criterios de Exclusión:

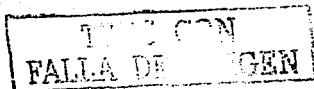
1. Pacientes que cursaron con atonía uterina irreversible.
2. Pacientes con lesiones del cervix o canal vaginal que produzcan la hemorragia.

Criterios de Eliminación:

1. Pacientes que no cuenten con hematocrito a su ingreso, durante el estado grávido.
2. Pacientes que no cuenten con Hto durante el puerperio.
3. Pacientes que se sometan a una intervención quirúrgica durante el puerperio inmediato.

I.- Variables dependientes: Trastornos obstétricos

- 1.- Hemorragia obstétrica; cuantitativa, continua, con indicador porcentual.
- 2.- Involución uterina; cuantitativa continua, indicador en centímetros.



II.- Variable independiente: Tratamiento

Nominal, con indicadores 1= una dosis, 2= dos dosis.

La inclusión de los pacientes fue voluntaria aplicando carta de consentimiento informado.

Se formaron dos grupos:

El grupo A ; grupo de pacientes a las cuales se les administrará una sola dosis de oxitocina de 20 unidades intravenosa durante el periodo de alumbramiento.

El grupo B ; grupo de pacientes a las cuales se les aplicará dos dosis de oxitocina; la primera será de 20 unidades intravenosa durante el periodo de alumbramiento, la segunda dosis se aplicarán 20 unidades de oxitocina en una solución glucosada al 5% de 1000cc para 6 hrs en el puerperio inmediato al concluir la atención de parto o la operación cesárea.

Los grupos se formaron de manera secuencial, intercalando en cada grupo a las pacientes de manera sucesiva a la interrupción del embarazo, el grupo al cual se asignó la primera paciente se eligió al azar por medio de un volado con una moneda, designando sol o cara para el grupo A, y águila para el grupo B.

Se tomó una muestra para BH con Hto a las pacientes a su ingreso a la unidad hospitalaria en estado grávido y una segunda toma de BH a las pacientes a las 24 horas del puerperio.

Se valoró la presencia de hemorragia posparto en base a la comparación de los hematocrito considerando hemorragia obstétrica posparto cuando se presentó un decremento del 10% del valor del Hto a las 24 horas de la resolución del embarazo con respecto al estado grávido .



Se realizó la medición del fondo uterino con una cinta métrica metálica a partir del borde superior de la sínfisis del pubis hacia la cicatriz umbilical en centímetros y se consideró involución uterina inadecuada cuando existió un incremento en el tamaño obtenido a las 24 horas del puerperio en comparación a aquel medido en forma inmediata a la resolución del embarazo.

Los datos obtenidos se analizaron en base de datos con programa Microsoft Excell, en base de la prueba de T de Student para comparar la presencia de hemorragia y el Test exacto de Fisher para valores de involución uterina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

En el grupo A con un total de 45 pacientes: 4 pacientes (8.88%) presentaron hemorragia obstétrica, 41 pacientes (91.12%) no presentaron hemorragia obstétrica, 37 pacientes (82.22%) tuvieron una involución uterina adecuada y 8 pacientes (17.78%) presentaron involución uterina inadecuada. Ninguna paciente con hemorragia obstétrica se relacionó con involución uterina inadecuada.

En el grupo B con un total de 47 pacientes: 3 pacientes (6.38%) presentaron hemorragia obstétrica, 44 pacientes (93.62%) no presentaron hemorragia obstétrica, 5 pacientes (10.63%) tuvieron inadecuada involución uterina, 42 pacientes (89.37%) presentaron involución uterina adecuada. Ninguna paciente con involución uterina inadecuada se relacionó con hemorragia obstétrica. La presencia de hemorragia obstétrica al comparar ambos grupos en base al test exacto de Fisher calculada de 0.71 (Test exacto de Fisher en tabla de 3.85 con una $p=0.05$).

La presencia de involución uterina inadecuada al comparar ambos grupos en base a la prueba t de Student calculada de 0.21. ($t_1 = 1.98$ con $p=0.05$)

El incremento en el tamaño uterino a las 24 hrs de la resolución del embarazo en ambos grupos oscilo entre 1 y 2 cm, sin relación con la presencia de hemorragia obstétrica y sin ser clínicamente significativo en la práctica médica.

Las pacientes en ambos grupos que presentaron involución uterina adecuada, el decremento en cm del tamaño uterino oscilo entre 1 a 3 cm, no siendo esto clínicamente significativo en nuestra práctica médica.

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

CONCLUSION

El promedio de resoluciones de embarazo de termino en el Hospital General Ticomán es de 15 pacientes diarias, por lo cual el obtener una muestra total de 92 pacientes es reducida a la esperada inicialmente, el hecho es que no se pueden procesar exámenes de laboratorio a todas las pacientes en esta unidad ya que no se contó con dicho servicio en todos los turno o no se procesaron el total de las muestras requeridas para este estudio.

Al comparar la presencia de hemorragia obstétrica, en ambos grupos según la prueba de test exacto de Fisher calculada de 0.71 el cual no es valor estadísticamente significativos para la aparición de la misma.

Al comparar la presencia de una involución uterina inadecuada en ambos grupos según la prueba t de Student calculada de 0.21 considerando valor no estadísticamente significativo para la aparición de la misma.

La involución uterina inadecuada se evidenció con un valor máximo en el incremento del tamaño uterino de 2 cm, este valor clínicamente no es representativo y en ningún caso se relacionó con hemorragia obstétrica.

Al omitir una 2ª dosis de oxitocina no se valora mayor presencia de hemorragia para las pacientes, debido a que la incidencia de hemorragia obstétrica o de alteración en la involución uterina no es significativa en comparación con la aplicación de una 2ª dosis de oxitocina.

No se debe estandarizar el uso de una segunda dosis de oxitocina en todas las pacientes en el puerperio inmediato independientemente de la vía de interrupción de embarazo, ya que no se les otorga un beneficio estadísticamente comprobado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y se realiza un consumo excesivo e injustificado de este fármaco en dicho hospital.

La practica de la aplicación de una 2ª dosis de oxitocina no se encuentra recomendada ni justificada en ningún artículo recabado para el presente estudio como preventivo de la presencia de hemorragia obstétrica. todos coinciden en la recomendación de una dosis en el momento de la extracción fetal o alumbramiento independientemente de la vía de interrupción del embarazo, esto demuestra que el hecho de la aplicación de una segunda dosis en forma rutinaria es una mala práctica médica sin justificación científica.

Nuestro estudio concluye que no existe mayor presencia de hemorragia obstétrica al omitir una segunda dosis de oxitocina, no encontramos en la literatura estudios similares. el estudio de Tammy S. et. al ¹⁴ en el 2001 comparó uso de misoprostol 200ug rectales Vs oxitocina intravenosa al momento del alumbramiento, valorando que dos pacientes de 166 del grupo con oxitocina y 5 de 159 con el uso de misoprostol requirieron un segundo agente uterotónico (no necesariamente oxitocina) por presencia de hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato, con valor de $P = 0.21$ no estadísticamente significativa, aunque este dato no fue el objetivo de su estudio lo reportan como resultados, apoyando que el uso sistematizado de oxitocina en el puerperio inmediato cuando se ha dado control con la misma durante el alumbramiento es innecesaria.

Cabe la posibilidad de pensar que no se cuenten estudios similares en la literatura consultada en los últimos 5 años es debido a que se encuentra estandarizado que el lineamiento a seguir para evitar hemorragia obstétrica es el manejo activo del alumbramiento independientemente de la presencia de factores de riesgo para la

aparición de la hemorragia obstétrica y esta práctica clínica se considera innecesaria.

FINIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENCARGO
FALLA DE CIEGEN

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1.-Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Junio 2000.
- 2.-Operatoria Obstétrica. Dexeus J.M. 2ª edición, Ed. Salvat S.A. Barcelona España 1988. pag. 329-342.
- 3.-Surbek D, Fehr PM, Hosli I, Holzgreve W. Oral misoprostol for third stage of labor: randomized placebo-controlled trial. Obstet Gynecol. Aug 1999; 94(2): 255-258.
- 4.-Dildy G A. ACOG educational bulletin. Postpartum hemorrhage. Int J Gynaecol Obstet 243; January 1998.
- 5 -Jackson K.W., Allbert J.R., Schemmer G. K, Elliot M. , Humphrey A., etal. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 2001; 185; 873-7.
- 6 -Alamia V, Meyer B. Peripartum hemorrhage. Clín Obstet Gynecol. Jun 1999; 26(2)
- 7 -Ginecología y Obstetricia aplicadas. Ahued A. J., Fernández C. S., 1a ed. Ed. JGH Editores. México 2000, pag. 215-220.
- 8 -Lokugamage AU, Sullivan KR, Niculescu I, Tigere P, Onnyaguanga F, Refaey H. et al. A randomized study comparing rectally administered misoprostol versus syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary post partum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scan 2001; 80:853-839.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- 9.-Giacalone P L, Vignat J, Daures P J, Boulot P, Hedon B, Laffargue F. A randomised evaluation of two techniques of management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol. March 2000;107: 396-400.
- 10.-Thomas IL, Jeffers TM, Brazier JM, Burt CL, Barr KE. Does cord drainage of placental blood facilitate delivery of the placenta?. Aust N Z Jobstet Gynecol 1991;77:863-867.
- 11.-Elbourne D, HargingJ, Routine managemento for the third stage of labour; evidence for two randomized controlled trials. J Obstet Gynecol 1991; II Suppl: s22-s23.
- 12.-Amant F, Spitz B, Timmerman D, Correamans A, Assche FA. Misoprostol compared with methylegometrine for the prevention of postpartum haemorrhage: double-blind randomized trial. B J Obstet Gynaecol. Oct 1999; 106:1066-1070.
- 13.-Dansereau J, Joshi AK, Helewa ME, Doran TA, Lange I, et al. Double -blind coparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1999;180:670-676.
- 14.-Gerstenfeld TS, Wing D. rectal misoprostol versus intravenous oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage after vaginal delivery. Am J. Obstet Gynecol 2001;185(4):878-882.
- 15.-Roberts W. E. Tratamiento obstétrico urgente de la hemorragia posparto. Temas actuales de Ginecología y Obstetricia. 1999; 26(5): 265-282.
- 16.-Prediville WJ, Erbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. The Cochrane Library, Inssue 1, 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN