UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

PRE GRADO

TESIS PREVIA A OBTAR POR EL TITULO DE MEDICO GENERAL

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

"CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MANEJO ADECUADO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO. APLICADOS POR MÉDICOS RESIDENTES Y TRATANTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA. ."

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR: KEVIN FABIAN SAMANIEGO CARRASCO

DIRECTORA: DRA. KARINA YESENIA CALVA JIRÓN

LOJA – ECUADOR

2014

Loja, 03 de noviembre de 2014

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón
DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada **"Cumplimiento De Protocolos Del Ministerio De Salud Pública, En El Manejo Adecuado Del Tercer Período Del Parto. Aplicados Por Médicos Residentes Y Tratantes Del Área De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Provincial Isidro Ayora De Loja."** De autoría del estudiante **Kevin Fabian Samaniego Carrasco,** previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente

Jirón

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, **KEVIN FABIAN SAMANIEGO CARRASCO**, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

AUTOR: KEVIN FABIAN SAMANIEGO CARRASCO

FIRMA: .....

CEDULA: 1105047953

FECHA: 10 de Noviembre de 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **KEVIN FABIAN SAMANIEGO CARRASCO,** declaro ser autor de la tesis titulada "Cumplimiento De Protocolos Del Ministerio De Salud Pública, En El Manejo Adecuado Del Tercer Periodo Del Parto. Aplicados Por Médicos Residentes Y Tratantes Del Área De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Provincial Isidro Ayora De Loja". Como requisito para optar al grado de Medicina General, autorizo la Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDL, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 3 días del mes de Noviembre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma: .....

Autor: KEVIN FABIAN SAMANIEGO CARRASCO

Cedula: 1105047953

Dirección: Barrio San Pedro calle Colombia y Paraguay (16-37)

Teléfono: 2-57-65-40

Celular: 0939088960

Dirección electrónica: expectro_kfsc@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

Tribunal de Grado: Dr. Marco Medina Sarmiento

Dr. José Miguel Sánchez

Dr. Xavier Leonardo Cárdenas Sánchez

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional, por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres Jenny Marisol Carrasco y Luis Antonio Samaniego, por ser el pilar más importante en mi vida y por apoyarme de una manera incondicional a pesar de las diferencias de opiniones y criterios, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mis familiares por ser el ejemplo de alegría y motivación constante en el desarrollo y transcurso de mi formación profesional y a todos los que participaron directa e indirectamente en el desarrollo de este trabajo.

A mi maestra Dra. Karina Yesenia Calva por su gran apoyo y motivación para la elaboración y culminación de esta tesis.

A mis amigos de los cuales he recibido apoyo y amistad incondicional en el día a día de nuestra formación, Richard Romero, Elizabeth Torres, María del Cisne Ochoa, Rodrigo Apolo. Gracias a ustedes.

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Doctora Karina Calva por haber confiado en mi persona, por la paciencia, por la dirección de este trabajo, por sus consejos, el apoyo y el ánimo que me brindo.

A mis padres y a mi hermano que me acompañaron desde el inicio en esta aventura y experiencia que significo mi carrera y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

A mi primo Luis A. González por ser como un hermano mayor y aconsejarme en los bajones de mi vida, y a la Doctora Carmita Ortega por su impulso motivador hacia mi vida.

GRACIAS A TODOS.

TEMA.

CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MANEJO ADECUADO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO. APLICADOS POR MÉDICOS RESIDENTES Y TRATANTES DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA.

RESUMEN

Durante todo el periodo de gestación, es necesario un control estricto de la gestante por parte del personal de salud, esto determinara que las complicaciones en cualquiera de las etapas del embarazo, parto y postparto, se presenten en un porcentaje menor, por lo que es necesario que el personal de salud que labora en los diferentes niveles de atención, este capacitado, informado, y ponga en práctica las guías elaboradas por el organismo rector de la salud pública. Según síntesis de la evidencia para informar políticas en salud, indica que 7 de cada 10 muertes maternas se produjeron en un establecimiento de salud en el año 2009, y se registraron 208 muertes maternas, siendo la hemorragia postparto la principal causa de muerte con (14,9 %).[1]

Actualmente las muertes maternas ocurren en las primeras horas del postparto, Es por ello se realizó un estudio investigativo para Establecer el cumplimiento de los pasos y tareas en la aplicación del Protocolo Materno en la Atención del Parto Normal, en especial del tercer periodo del parto de las gestantes atendidas con embarazo a término en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja. Cuyo objetivo principal fue: Determinar el nivel de cumplimiento y manejo adecuado del tercer periodo del parto de acuerdo a los protocolos de atención Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, aplicados por Médicos Residentes y Tratantes del área de ginecología y obstetricia, de este Hospital. Para su desarrollo se aplicó un tipo de estudio Descriptivo - Observacional y de carácter Prospectivo, cuyos datos respectivos fueron recolectados mediante una Lista de Chequeo cuyo llenado fue proporcionado por la evaluación observacional aplicada a Médicos Tratantes y Residentes del área de estudio.

El presente trabajo investigativo, se ha enfocado principalmente en conocer el cumplimiento de esta normativa en el Hospital Provincial Isidro Ayora, el mismo que cumple con el 90% de los pasos y tareas que conforman la Norma y Protocolo Materno, para el Alumbramiento.

Palabras Claves: Manejo del parto, Normas, Protocolos, Guías,

SUMMARY

During the pregnancy period, it is needed to have a close monitoring of pregnant women by health personnel in order to help reduce the incidence of complications in all stages of pregnancy, childbirth and postpartum. Therefore, it is necessary for the health staff to be well trained, informed, and practice the guidelines prepared by the governing body of public health. According to the evidence to inform health policies, 7 out of 10 maternal deaths occurred in a health facility in 2009, and 208 maternal deaths were recorded, being Postpartum Hemorrhage (PPH) the leading cause of death (14.9%).[1]

Currently, maternal deaths occur during the first hours postpartum, thus, a research study was conducted to establish compliance with the procedures and tasks in the application of the Protocol of Maternal Care in Normal Birth, especially during the third stage of labor in pregnant women attended at the Obstetric Centre of Provincial Hospital Isidro Ayora of Loja. The main objective of this study was: To determine the level of compliance and proper management of the third stage of labor according to the protocols of Maternal and Child Care, Ministry of Health, implemented by Resident and Treating physicians of the department of gynecology and obstetrics of this Hospital. In order to achieve this goal, an observational and descriptive approach was taken, and the corresponding data was collected by filling a checklist provided by the observational assessment applied to treating physicians and residents of the corresponding area of study.

This research project has focused mainly in determining the compliance of the mentioned policy at the Provincial Hospital Isidro Ayora where 90% of the steps and tasks that make up the Norm and Maternal Protocol for Childbirth are followed.

KEYWORDS: Management of labor, Standards, Protocols, Guidelines.

INTRODUCCIÓN

Se define al embarazo como “la secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal finalizando con el nacimiento luego de un período correspondiente a 280 días o 40 semanas”[1]

Durante todo el periodo de gestación, es necesario un control estricto de la gestante por parte del personal de salud, esto determinara que las complicaciones en cualquiera de las etapas del embarazo, parto y postparto, se presenten en un porcentaje menor, por lo que es necesario que el personal de salud que labora en los diferentes niveles de atención, este capacitado, informado, y ponga en práctica los protocolos elaborados por parte de Ministerio de Salud Pública. Teniendo como antecedente que durante nuestro periodo de formación, la universidad nos da el conocimiento y sustento teórico práctico, de cómo desenvolvernos frente a un paciente.

Además es necesario definir qué: el trabajo de parto consiste en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilatación) y adelgace (borramiento), para permitir que el feto pase por el canal de parto. El trabajo de parto suele comenzar dos semanas antes o después de la fecha probable de parto.

La evidencia científica disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención antenatal, prenatal y natal, prestada a las gestantes de una comunidad, con la salud materna perinatal y natal, valorada por los índices de mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y prematuridad.[2]

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades,

[1] BOTERO URIBE. **Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado.**
Séptima edición. 2004.
[2] Gutiérrez Sánchez, M., & Gutiérrez Sánchez, M. (2012). Gutiérrez Sánchez María Gabriela .pdf - Repositorio ... Retrieved from http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6727/1/Gutiérrez%20Sánchez%20María%20Gabriela%20.pdf.

procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

"Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo".[3]

Según síntesis de la evidencia para informar políticas en salud, indica que 7 de cada 10 muertes maternas se produjeron en un establecimiento de salud en el año 2009, y se registraron 208 muertes maternas, siendo la hemorragia postparto el 14,9 %.[4]

Actualmente, al nivel país se reconoce que la mayoría de muertes maternas ocurren en el transcurso de las primeras horas del postparto, como consecuencia de las hemorragias. En el año 2005, "para el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Muerte Materna (MSP)" la hemorragia obstétrica fue la primera causa de muerte materna, pues represento el 43,3%, y de éstas, la hemorragia postparto corresponde al 31,8%. Como segunda causa está la eclampsia con el 32,7% y por sepsis el 1,7%".[5]

Este perfil de la mortalidad materna exige respuestas consistentes desde el control prenatal hasta la atención del parto y postparto. La evidencia sugiere que el manejo activo del tercer periodo del parto reduce la duración del alumbramiento y en consecuencia la incidencia y la severidad de la hemorragia del alumbramiento y postparto, por ende la morbimortalidad materna.

El Ministerio de Salud Pública mediante la Ministra de Salud Caroline Chang Campos, decretó; que con el acuerdo ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005 con memorando del 14 de agosto del 2008, se declara al plan nacional de reducción de la mortalidad materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, y estableciendo el ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 176 y 179 de la constitución política de la república del Ecuador y el articulo 17 del

[3] OMS | Mortalidad materna [Internet]. WHO. [citado 27 de noviembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

[4] R., Rodriguez A., col. Síntesis de la evidencia para informar políticas de salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador.: Opciones de política para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad. Minist Salud Publica. Octubre 2011

[5] Moscoso B, Naranjo S, Novillo D. Mortalidad materna en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2000 al 2006. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina

Régimen Jurídico y Administrativo de la función ejecutiva, acuerdan en declarar el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materno Neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud, y además aprobar y autorizar la publicación de los capítulos normativos de la Norma y protocolos de salud sexual y reproductiva que lo sustentan. Mediante este hecho también se propuso la difusión a nivel nacional de los instrumentos previamente para ser aplicados obligatoriamente en todas las unidades operativas del sector Salud, tanto públicas como privadas y cuyo objetivo principal se centra en el mejoraramiento del acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas evitables[6][7]

El uso de normas para la atención puede ayudar a determinar las competencias verdaderas (conocimientos, aptitudes y actitudes) que requiere el personal que va a realizar determinada prestación. Tales normas deben basarse en teoría fundamentada y en investigación que tenga una perspectiva de género, interculturalidad, tener visión familiar y comunitaria. Por ende las normas y protocolos para la atención de prestaciones del embarazo, parto y postparto debe constituirse en el instrumento diario de consulta para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de una condición dada, ya que permitirá identificar con anterioridad un posible riesgo y referir al nivel superior de complejidad de forma oportuna, entendiéndose que la atención de la mujer embarazada es un proceso continuo y por niveles, e inicia con el cuidado intrafamiliar y comunitario, y continua con las acciones de atención primaria y secundaria donde normalmente debe culminar el proceso con la atención del parto y la asistencia del nacimiento seguro, ocasionalmente se identifican complicaciones es solo aquí donde el segundo nivel de salud interviene con lo cual se establece claramente una RED de atención materna neonatal. Al actuar así se eleva la calidad y calidez de las prestaciones, se mejora la oportunidad de acceso de las usuarias

[6] "Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad ..." 7 Nov. 2014 <http://www.ossyr.org.ar/pdf/Plan%20Nacional%20de%20Reducci%C3%B3n%20Acelerada%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal%20%20Ecuador.pdf>

[7] (2009). Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos - Salud ... Retrieved November 2, 2014, from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf.

que lo requieren, se optimizan los servicios y se eleva la satisfacción de las/los usuarios.

Por tal razón, todas las Instituciones Públicas de Salud, deben cumplir con cada paso y tarea de esta normativa para lograr una atención de calidad y disminuir las futuras complicaciones. El Hospital Provincial Isidro Ayora, es una casa de salud de segundo nivel que debe cubrir todas las expectativas y demandas que presenten los/las usuarios; por tal motivo es de gran importancia conocer si se están cumpliendo las normas y protocolos establecidas por parte del Ministerio de Salud Pública.

Es por ello que se realizó un estudio investigativo para Establecer el cumplimiento de los pasos y tareas en la aplicación del Protocolo Materno en la Atención del Parto Normal, en especial del tercer periodo del parto de las gestantes atendidas con embarazo a término en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja.[8] Cuyo objetivo principal fue Determinar el nivel de cumplimiento y manejo adecuado del tercer periodo del parto de acuerdo a los protocolos de atención Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, aplicados por Médicos Residentes y Tratantes del área de ginecología y obstetricia, de este Hospital. Y teniendo como objetivos específicos:

- Verificar la administración de uterotonicos y tipo de fármaco según los protocolos del Ministerio de Salud Publica
- Verificar la realización y técnica de tracción controlada del cordón umbilical.
- Determinar si se realiza y examina la placenta y las membranas luego de su expulsión completa
- Evidenciar la realización del masaje uterino y técnica utilizada según los protocolos.

EL RESPETO AL NACIMIENTO NATURAL ES LA BASE DEL LLAMADO PARTO HUMANIZADO.

(OMS, 2003)

[8] ÍNDICE DE ESFUERZO DE PROGRAMA MATERNO Y NEONATAL **"Herramientas para la Incidencia Política en la Salud Materna –Ecuador". 2008.** Páginas 1 – 3.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1. PARTO

1.1 DEFINICIÓN

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500g, igual o mayo a las 22 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación[9]

En otra definición se podría decir q es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. El parto puede verse asistido con medicamentos como ciertos anestésicos o la oxitocina, utilizada ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento. Junto con la episiotomía(incisión quirúrgica en la zona del perineo), todo esto no debe hacerse nunca de manera rutinaria, ya que el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente.[2] En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por cesárea: la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen.[10] [11]

1.2 FACTORES

[9] ARIAS FERNANDO. **Guía Práctica Para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo.** Segunda Edición. 1995.
[10] Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por *National*
[11] Aristizábal, J. F., Gomez, G. A., Lopera, J. F., Orrego, L. V., Restrepo, C., Monsalve, G., y otros. (2005). PACIENTE OBSTETRICA DE ALTO RIESGO. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Artículo de Revisión. Vol. 56: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No2Abril_Junio_2005/V56N2A08.PDF

Los factores del parto son los elementos que intervienen para el desarrollo y culminación del parto y son los siguientes.

1.2.1 Móvil o feto

El feto constituye el objeto del parto que al término de la gestación debe recorrer el canal mediante las fuerzas expulsivas en el tiempo necesario para cumplir el mecanismo del parto en forma normal. Se considera al feto como un cilindro u ovoide integrado por tres segmentos: Cabeza, hombros, nalgas se denomina también segmentos de distocia, los dos últimos segmentos mencionados, el polo pelviano o podálico integrado por las nalgas y los miembros inferiores, así como los hombros, tienen un diámetro transverso respectivo importante, el bitrocantereo para las nalgas y el biacromial para los hombros[12]

1.2.2 Canal o vía vaginal

Es aquel conducta que debe atravesar el feto para nacer que está constituida por el cilindro que debe recorrer el feto desde su ubicación en la cavidad uterina hasta el exterior y está constituido por el canal óseo de la pelvis y el tubo de las partes blandas formado por el segmento uterino, el cérvix, la vagina, el periné y la vulva.

1.2.3 Contracción uterina fuerza o motor

La contracción uterina representa la fuerza o el motor que impulsa al feto a través de la vía del parto en el tiempo, normal necesario para el desembarazo loa actividad contráctil del útero está encargada a la fibra muscular uterina que en curso de la gestación se hiperplasia primero por acción hormonal y luego se hipertrofia por estímulos distensivos para llevar al útero a grandes modificaciones que hemos estudiado dentro de los cambios locales en el organismo materno durante el

[12] ARIAS FERNANDO. **Guía Práctica Para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo.** Segunda Edición. 1995.

embarazo.[13]

1.2.4 Tiempo de duración

El tiempo como factor del parto comprende la edad gestacional en la que se desencadena el trabajo y la duración que emplea el feto para recorrer el canal por acción de las contracciones uterinas. La duración del parto depende del a interrelación y coordinación de los factores del parto, en relación a otros parámetros tales como la nuliparidad y multiparidad y dentro del primero la edad: no es lo mismo que una primípara joven a una primípara añosa con más de 30 años, en la cual el estado de los tejidos del canal del parto tienen menos elasticidad.[14]

1.3 PERIODOS DEL PARTO

1.3.1 Dilatación y borramiento:

Dilatación: aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros (0 a 10).

Borramiento: acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello

- Fase Latente: Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor a 4 cm.
- Fase Activa: Actividad uterina regular e intensa. Dilatación del cuello mayor a 4 cm. y descenso de la presentación fetal

1.3.2 Expulsivo:

Etapa comprendida desde la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos.

1.3.3 Alumbramiento:

[13] Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). Williams Obstetricia. 23ava Edición. México: The McGraw-Hill Companies.
[14] (2014). Factores Del Parto - Scribd. Retrieved November 2, 2014, from https://es.scribd.com/doc/148657999/Factores-Del-Parto.

Etapa de salida de la placenta, inicia desde el fin del expulsivo y termina con la salida completa de la placenta y membranas por el canal del parto.[15]

[15] COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL - iess." 2013. 22 Sep. 2014 <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>

CAPITULO II

2. TERCER PERIODO DEL PARTO

2.1 DEFINICIÓN

Se le conoce así al momento del parto en el cual se eliminan al exterior la placenta y las membranas ovulares.[16]

2.2 SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO

Para asistir a este periodo lo primero que se debe hacer es tratar de reconocer los diferentes signos que premeditan el desprendimiento de la placenta, entre estos podemos reconocer los siguientes:

- El primero de estos signos puede observarse con la sola contemplación del relieve uterino a través de las paredes abdominales. Si la placenta no se a desprendido, el fondo del útero llega a nivel del ombligo, mientras que si ya se ha desprendido, el útero se eleva por encima del ombligo al propio tiempo que se desvía hacia un lado que es generalmente el derecho.
  Esto ocurre cuando la placenta no solo se ha desprendido, si no que se encuentra en el conducto cervical o en la vagina sirviendo de apoyo para que el cuerpo uterino se contraiga por detrás de ella. Una vez expulsada la placenta, el útero se coloca dos dedos por debajo del ombligo
- El segundo signo de desprendimiento es el llamado signo de Kustner, que es quizás el más eficaz de todos. Consiste en comprimir con la mano por encima de la sínfisis, rechazando el útero hacia arriba, y observando los movimientos del cordón, de tal manera que si la placenta está adherida al útero, el cordón seguirá movimiento de este, y si se ha desprendido, aquel permanecerá inmóvil.
- Por ultimo hay otros signos de importancia:
  - ✓ Primero: si una vez cortado el cordón se pone al extremo de este una pinza o una ligadura a la altura de la vulva, si se verifica el

[16] Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). Williams Obstetricia. 23ava Edición. México: The McGraw-Hill Companies.

desprendimiento de la placenta, se puede observar que la ligadura o pinza que sujeta el cordón sale un poco más a su exterior que en un principio.

- ✓ Segundo: consiste en el sigo de Strassmann: si se verifica una contracción suave del útero y al mismo tiempo se sujeta con la otra mano el cordón, puede observarse que las vibraciones de la contracción se transmiten al cordón cuando la placenta no se a desprendido todavía, y no se transmiten si se a verificado el desprendimiento.
- ✓ Tercero: consiste en Traccionar suavemente del cordón, mientras con la otra mano se palpa el fondo uterino. Si la placenta está adherida las tracciones del cordón serán fácilmente percibidas en la mano abdominal. Finalmente, cuando la placenta se desprende, el cordón verifica una rotación sobre sí mismo, que puede observarse mirando aquel constantemente.[17]

2.3 EXPULSIÓN DE LA PLACENTA

De inmediato al parto el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante todavía la placenta permanece un tiempo (unos minutos) adherida a él; pero a continuación del nacimiento se agregan fuertes contracciones rítmicas las cuales son motivo fundamental de desprendimiento de la placenta. El desprendimiento de la placenta puede realizarse a través de 2 mecanismos:

Baudelocque Shultze: el desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, formando así un hematoma retroplacentario que a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor, ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal. Este mecanismo representa el 80% de los casos siendo el más frecuente; y está en relación con la localización placentaria predominante en las regiones altas del cuerpo uterino.

Baudelocque Duncan: el desprendimiento se efectúa por el borde inferior de la

[17] Botella, J. (1993). *Tratado de Ginecología.* MADRID. Ediciones Díaz de Santos. Asistencia al Parto Normal. Pág. 246-247.

placenta. La presión uterina completa la acción hasta permitir la expulsión por el mismo borde o sea por la cara materna de la placenta. Representa el 20% de los casos y depende de la inserción placentaria en el segmento inferior la cual es menos frecuente. Signos de desprendimiento (signos corporales). La paciente experimenta después del nacimiento del niño un estado de bienestar, las contracciones uterinas que son indoloras permiten la adaptación del útero de la placenta, y como consecuencia de esto el fondo uterino llega a nivel del ombligo o a 2 a 3 centímetros por debajo de él.

2.4 FISIOLOGÍA DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La expulsión del feto y la aparición de contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero. Por este mecanismo la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que ésta se invierta y se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa.

Se produce una contracción y retracción del miometrio y un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard.[18]

El engrosamiento del sitio de la placenta de la pared uterina y las contracciones son las principales fuerzas impulsoras en el proceso de separación placentaria. A veces, se origina un hematoma entre la placenta que se separa y la decidua restante, como resultado de la separación; sin embargo, es posible que este hematoma acelere el proceso de separación.

No obstante, en la actualidad, no existe suficiente evidencia sobre la fisiología de la separación placentaria.

El grado de pérdida de sangre depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de las contracciones uterinas alrededor del

[18] Cooperación Técnica OPS/OMS. (2011). PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS NACIONALES. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Proceso de Normatización. Primera Edición: http://www.farmacologiavirtual.org/Descargas/Varios/PROTOCOLOS%20TERAP%C3%89UTICOS%20%20NACIONALES.pdf

lecho placentario durante después de la separación1. Si los músculos no se contraen lo suficiente, puede ocurrir una hemorragia posparto cuya causa más frecuente es la hipotonía uterina.[19]

La hemorragia grave, dentro de las primeras 24 horas después del parto, es la causa más importante de muerte materna en todo el mundo. Estas situaciones son frecuentes en los países de escasos recursos donde la mortalidad materna es aproximadamente 100 veces mayor que en los países de grandes recursos.

Se han realizado intentos para identificar a las mujeres con factores de riesgo de hemorragia post parto por atonía uterina, basados en los antecedentes o en factores clínicos, y se han planificado acciones para este presumible grupo de mujeres de alto riesgo. Desafortunadamente la hemorragia post parto por atonía incluso puede ocurrir en mujeres sin factores de riesgo. Numéricamente tienen atonía uterina más mujeres sin factores de riesgo que las mujeres que los presentan. Para lograr la prevención de la HPP por atonía, las intervenciones se deben dirigir a todas las mujeres en el Parto.[20] En función de la evidencia disponible, la ICM y la FIGO formularon dos declaraciones conjuntas sobre la prevención, el manejo y el tratamiento de la hemorragia posparto en los años 2003 y 20065.

Posteriormente, la OMS ha publicado las recomendaciones para la prevención de la hemorragia posparto. Se ha comprobado que el manejo activo del alumbramiento en comparación con el fisiológico conlleva un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.

Las matronas deben estar capacitadas con los conocimientos, las habilidades y el juicio crítico para el manejo activo de esta etapa del parto, y también deben estar capacitadas para practicar con habilidad ambas modalidades de alumbramiento: el activo y el fisiológico.[21]

2.5 MANEJO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

[19] Oholeguy, P., Cheda, I., & Sotero, G. (2011). Vasa Previa. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de Rev Med Urug 2011: http://www.rmu.org.uy/revista/2011v3/art6.pdf

[20] (2014). ALUMBRAMIENTO+NORMAL.docx - Scribd. Retrieved November 2, 2014, from https://es.scribd.com/doc/242242616/ALUMBRAMIENTO-NORMAL-docx.

[21] (2009). El alumbramiento. Retrieved November 2, 2014, from http://www.federacion-matronas.org/rs/106/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/680/rglang/es-ES/filename/alumbramiento.pdf.

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones:

- **Administración de uterotonicos** antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé,

- **Aplicar tracción controlada del cordón umbilical**, y

- **Aplicar masajes uterinos** después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado.

Los métodos de manejo activo según la ICM y la FIGO son4:

Manejo de los fármacos uterotonicos

Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) feto(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, y asegurar la administración de 10 unidades de oxitocina intramuscular (I.M). Entre los fármacos uterotónicos la oxitocina es la preferida porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de su administración, y además posee muy pocos efectos secundarios, pudiendo así administrarse en la mayoría de las mujeres.[22]

Cuando no haya oxitocina disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos, como la ergometrina 0,2 mg i.m., sintometrina (1 ampolla) i.m. o misoprostol 400-600 µg oralmente. Los efectos secundarios derivados de la ergometrina son la hipertensión, las cefaleas, las náuseas y los vómitos. La administración de misoprostol debe reservarse para situaciones en las que no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergóticos inyectables.[23]

Los fármacos uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado:

- Oxitocina: 15-30°C. El mejor método de almacenamiento de este fármaco es la

[22] Oholeguy, P., Cheda, I., & Sotero, G. (2011). Vasa Previa. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de Rev Med Urug 2011: http://www.rmu.org.uy/revista/2011v3/art6.pdf

[23] Organización Panamericana de la Salud. (11 de 04 de 2013). Ecuador. Recuperado el 30 de 09 de 2014, de Salud en la Américas: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content

refrigeración pero puede almacenarse a temperaturas de hasta 30°C hasta tres meses sin gran pérdida de su potencia, y se debe evitar la congelación.

- Ergometrina: 2-8°C. Requiere protección de la luz y evitar que se congele.

- Misoprostol: Tiene que mantenerse a temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.[24]

Tracción controlada del cordón umbilical

Pinzar el cordón umbilical cerca del perineo (una que cesen las pulsaciones en un recién nacido saludable) y sostenerlo en una mano.

• Colocar la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y estabilizar el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical. Mantener una tensión leve en el cordón umbilical y esperar una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).

Durante la contracción uterina fuerte, animar a la madre a pujar y, con mucho cuidado, tirar hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta.

Continuar aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero. Si la placenta no desciende y es expulsada en los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no hay que continuar traccionando:

- Sostener el cordón cuidadosamente y esperar a que el útero esté bien contraído de nuevo.

- Durante la siguiente contracción, repetir la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.

A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sostenerla con las dos manos y voltearla con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Traccionar lentamente para extraerla por completo.

No se debe realizar una tracción del cordón umbilical sin efectuar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

[24] Cooperación Técnica OPS/OMS. (2011). PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS NACIONALES. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Proceso de Normatización. Primera Edición: http://www.farmacologiavirtual.org/Descargas/Varios/PROTOCOLOS%20TERAP%C3%89UTICOS%20%20NACIONALES.pdf

Masaje uterino

Practicar el masaje inmediatamente en el fondo del útero hasta que se contraiga. Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas. Asegurarse de que el útero no se relaje después del masaje uterino.[25]

2.6 FACTORES DE RIESGO DE HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO Y DEL POSTPARTO INMEDIATO

La conducta activa en el alumbramiento se asocia con reducciones notorias de resultados patológicos clínicamente significativos, incluida la hemorragia puerperal y la hemorragia puerperal severa, la anemia posparto y la necesidad de transfusión durante el puerperio. Esta conducta se relaciona también con la disminución del riesgo de alumbramiento prolongado y con una reducción del consumo de fármacos oxitócicos terapéuticos. En las mujeres a quienes se aplicó una conducta activa, la tasa de lactancia materna en el momento del alta hospitalaria y 6 semanas después fue mayor. Si el oxitócico contiene ergometrina, la conducta activa se asocia con un mayor riesgo de efectos secundarios adversos, como náuseas, vómitos e hipertensión. La conducta activa debería adoptarse de forma sistemática en las mujeres hospitalizadas con un pronóstico de parto vaginal.

El riesgo de hemorragia severa obstétrica está asociado a los factores demográficos de la madre; así, las gestantes con una edad +30 años incrementan el riesgo de hemorragia. La atonía uterina, la placenta retenida y el trauma perineal se identifican como causas de la hemorragia Uterina.

Los factores de riesgo identificados para la hemorragias postparto fueron los siguientes: raza asiática, trastornos hematológicos en la madre, hemorragias postparto previa, historia de placenta retenida, embarazo múltiple, hemorragia anteparto, presencia de desgarros perineales o vaginales, macrosomía fetal (peso del feto >4 kg), parto de inicio inducido, corioamnionitis, hemorragia intraparto, presentación fetal, anestesia epidural, prolongación de la primera/segunda etapa de trabajo, y finalización del parto en fórceps después de un vacuo fracasado.

[25] Rivero, M. (2013). Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y ... Retrieved from http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106_Falta%20Corregir.pdf.

Además, la finalización del parto mediante cualquier tipo de instrumental, la inversión uterina y la presencia de un trastorno hipertensivo también son factores de riesgo de HPP20. El 20% de las episiotomías medio-laterales provocan un sangrado de 300 mL; la nuliparidad, junto con el retraso superior a 30 minutos entre el parto y el alumbramiento, también es un factor de riesgo.

La falta de contracción uterina eficiente (atonía uterina) es la causa más común de la hemorragia post parto primaria. La alta prevalencia de hemorragia obstétrica severa indica la necesidad de revisar los procedimientos del manejo del parto. Deben tenerse en cuenta los factores demográficos y clínicos.

Se ha comprobado que el manejo activo del alumbramiento, en comparación con el fisiológico, conlleva un menor índice de hemorragia posparto, una menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas. Es necesario realizar estudios clínicos controlados y aleatorizados sobre el manejo activo frente a la conducta expectante en el alumbramiento para las mujeres con partos domiciliarios, independientemente del grado de desarrollo del país en que residan.

CAPITULO III

3. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL TERCER PERIODO DEL PARTO SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.

El Ministerio de Salud Pública mediante la Ministra de Salud Caroline Chang Campos, decretan que con el acuerdo ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005 con memorando del 14 de agosto del 2008, se declara al plan nacional de reducción de la mortalidad materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional, y estableciendo el ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 176 y 179 de la constitución política de la república del Ecuador y el articulo 17 del Régimen Jurídico y Administrativo de la función ejecutiva, acuerdan en declarar el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materno Neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud, y además aprobar y autorizar la publicación de los capítulos normativos de la Norma y protocolos de salud sexual y reproductiva que lo sustentan. Mediante este hecho también se propuso la difusión a nivel nacional de los instrumentos previamente para ser aplicados obligatoriamente en todas las unidades operativas del sector Salud, tanto públicas como privadas en agosto del 2012.[26]

A continuación se pone en manifiesto el protocolo reglamentario y actualizado emitido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.[27]

ATENCION DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO ALUMBRAMIENTO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	**NIVEL**		
	I	**II**	**III**
1. Luego de la salida del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACION DE UTEROTONICO.	**NIVEL**		
2. Administre oxitocina 10 unidades IM. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.	X	X	X
3. No administre oxitocina IV ni en bolo ni por la vía intravenosa; se requiere	X	X	X

[26] (2009). Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos - Salud ... Retrieved November 2, 2014, from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf.

[27] COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL - iess. Retrieved November 2, 2014, from https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF.

mayor volumen de líquido y el tiempo de acción es tardío en relación a la vía IM.			
4. Si no dispone de oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM. No administre ergometrina a mujeres con Preeclampsia, eclampsia o presión arterial elevada porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO TRACCION CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL	**NIVEL**		
5. Acerque la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.	X	X	X
6. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical.	X	X	X
7. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).	X	X	X
8. Cuando el útero se contraiga o el cordón se alargue, hale del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe ejerciendo contra tracción sobre el útero.	X	X	X
9. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), no continúe halando del cordón.	X	X	X
10. Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente.	X	X	X
11. Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contra tracción para evitar la inversión uterina.	X	X	X
12. Al ser expulsada la placenta, sostenga con las manos y gírela con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen.	X	X	X
13. Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente.	X	X	X
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. MASAJE UTERINO	**NIVEL**		
14. Masajee de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído.	X	X	X
15. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.	X	X	X
16. Asegúrese que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.	X	X	X
17. Examine cuidadosamente a la mujer y repare la episiotomía o los desgarros. Registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051	X	X	X
18. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realizar la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda. Si en su unidad no dispone de anestesiólogo, refiera en condiciones estables y seguras al nivel superior. (Ver referencia y contrarreferencia).	X	X	X

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo fue de tipo **Descriptivo - Observacional** y **Prospectivo**

Área de estudio.

El presente trabajo investigativo se lo realizo en el área de Centro Obstétrico del servicio de Gineco obstetricia ubicada en el segundo piso del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja -Ecuador, el mismo que se ubica en el centro de la ciudad entre las calles Manuel A. Aguirre y J J Samaniego.

Universo.

Está constituido por todas las mujeres con embarazo a término, que ingresaron al área de centro obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora.

Muestra.

Se encuentra conformada por los 16 médicos tratantes y residentes que laboran en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja.

Inclusión.

- Médicos Tratantes que participen en la atención de un parto.
- Médicos Residentes que participen en la atención de un parto.

Exclusión

- Partos atendidos por Internos Rotativos de Medicina.
- Las mujeres cuyo parto fue atendido en el domicilio, en la Sala de Hospitalización o Servicio de Emergencia
- Madres cuyo parto haya sido en su domicilio y solo ingresen para el alumbramiento.

Técnicas y Procedimientos

Una vez obtenida la pertinencia del presente tema de tesis, se procedió a pedir autorización al director del Hospital Regional Isidro Ayora, quien permitió realizar el trabajo investigativo en esta casa de salud, posteriormente se procedió a informar al personar de salud del servicio de Gineco- Obstetricia, sobre la autorización para el desarrollo del presente estudio, contando con el apoyo de los mismos para tal propósito.

Para la recopilación de la información se tomaron las variables del Manual "Norma y Protocolo Materno" editado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, a través de un registro mediante un Lista de Chequeo de Datos, en donde constan los pasos y tareas objetivas del Tercer Nivel del protocolo de atención del parto normal aplicados en el Hospital Isidro Ayora, los cuales fueron obtenidos mediante la observación previa de la atención de cada parto por parte de médicos tratantes y de residentes del Área.

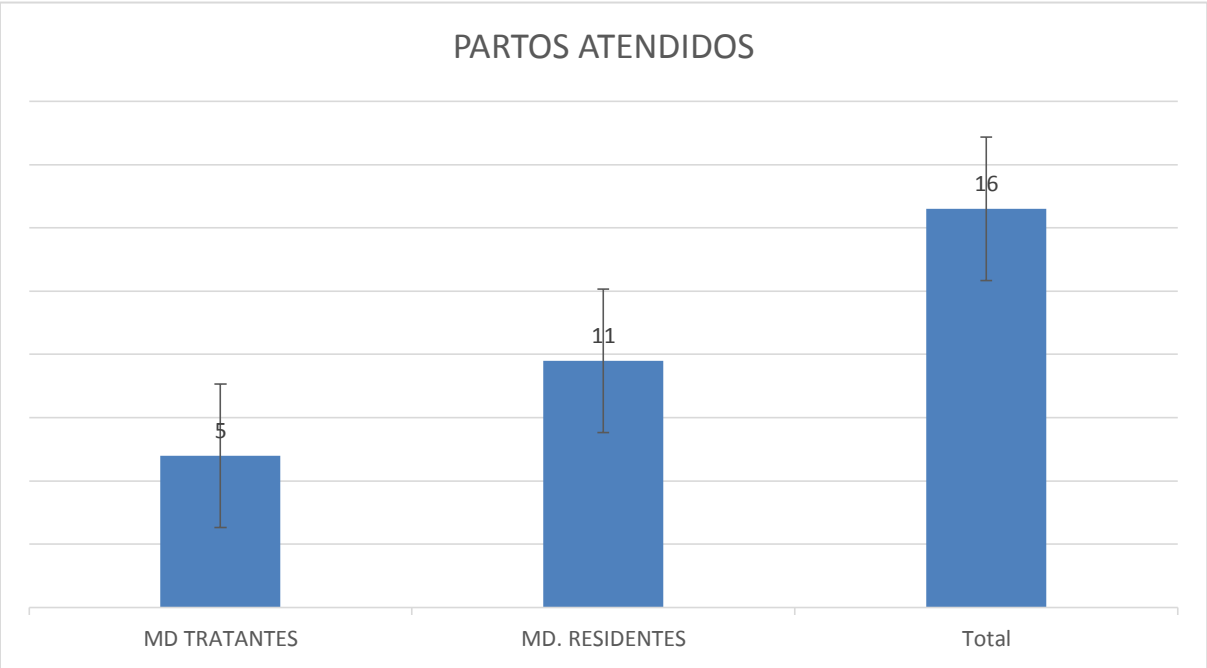
La información se recogió en horario desde las 8 am hasta las 8 pm con descanso para el almuerzo. Una vez recopilada la información se procedió a su organización, se tabularon los datos obtenidos, se elaboraron tablas de frecuencia y/o gráficos, para su lectura y representación utilizando programas informáticos, como Excel y/o Power Point. Posterior se procedió a su análisis e interpretación, realizando la contrastación entre lo aplicado en el Hospital Isidro Ayora de Loja y las normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; finalizando en la discusión, conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS

RESULTADOS

MUESTRA DE LA EVALUACION

	MD TRATANTES	MD. RESIDENTES	Total
EVALUADOS	11	5	16



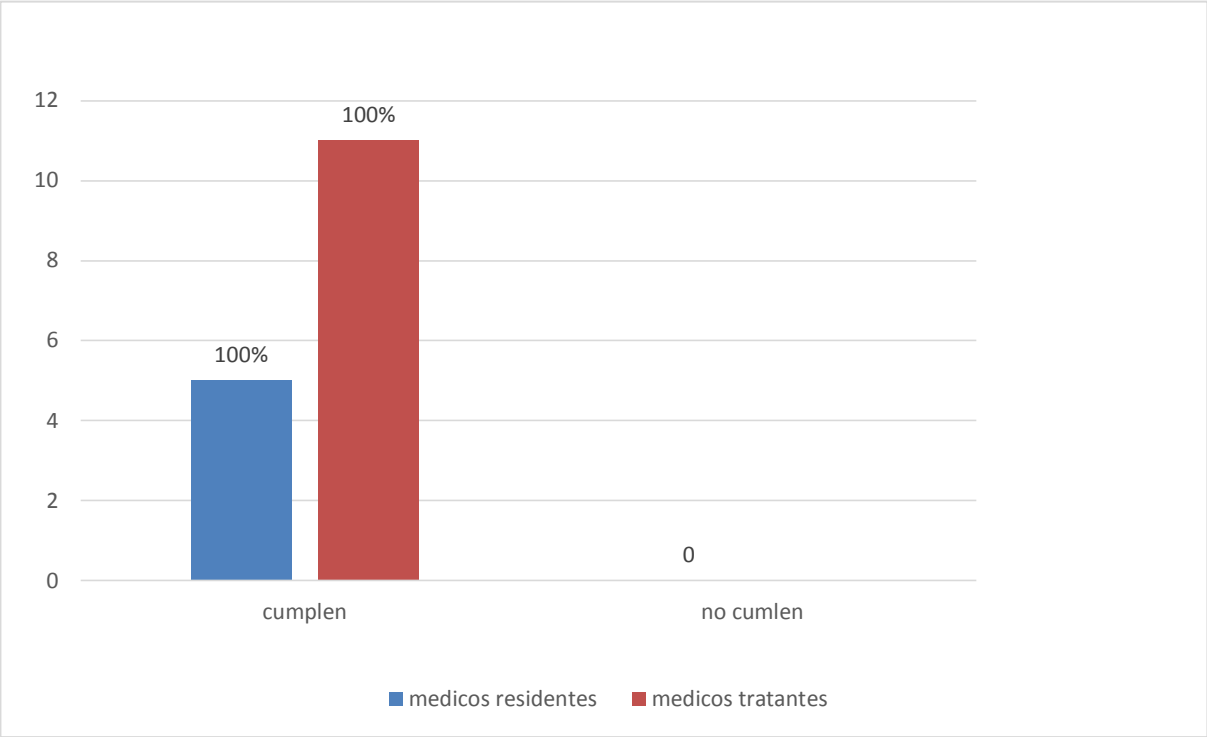
FUENTE: Lista de chequeo de lós protocolos del MSP
ELABORADO: Kevin F. Samaniego C.

Análisis: El estudio realizado estuvo comprendido por 11 Médicos Tratantes y 5 Médicos Residentes, dándonos un total de la muestra estudiada de 16 Profesionales Medicos.

ADMINISTRACIÓN DE UTEROTÓNICOS Y TIPO DE FÁRMACO SEGÚN LOS PROTOCOLOS DEL MSP

ADMINISTRACION DE UTEROTÓNICOS		
	CUMPLEN	NO CUMPLEN
MEDICOS TRATANTES	11	0
MEDICOS RESIDENTES	5	0

FUENTE: Lista de chequeo de los protocolos del MSP
ELABORADO: Kevin F. Samaniego C

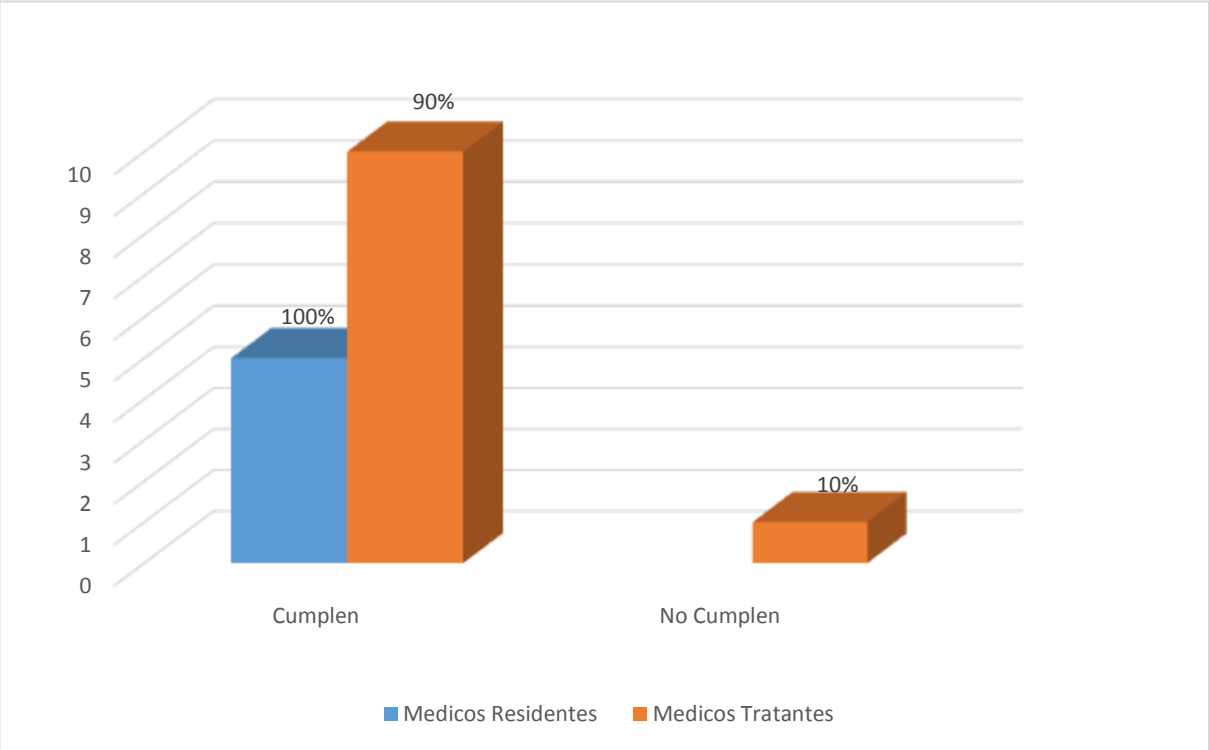


Interpretación: en esta grafica podemos observar que el 100% de los Médicos Tratantes y Residentes que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia del HRIA de Loja, administran uterotonicos según la norma del Ministerio de salud Pública del Ecuador,

REALIZACIÓN Y TÉCNICA DE TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN

TRACION CONTROLADA DEL CORDON		
	CUMPLEN	NO CUMPLEN
MEDICOS TRATANTES	10	1
MEDICOS RESIDENTES	5	

FUENTE: Lista de chequeo de los protocolos del MSP
ELABORADO: Kevin F. Samaniego C

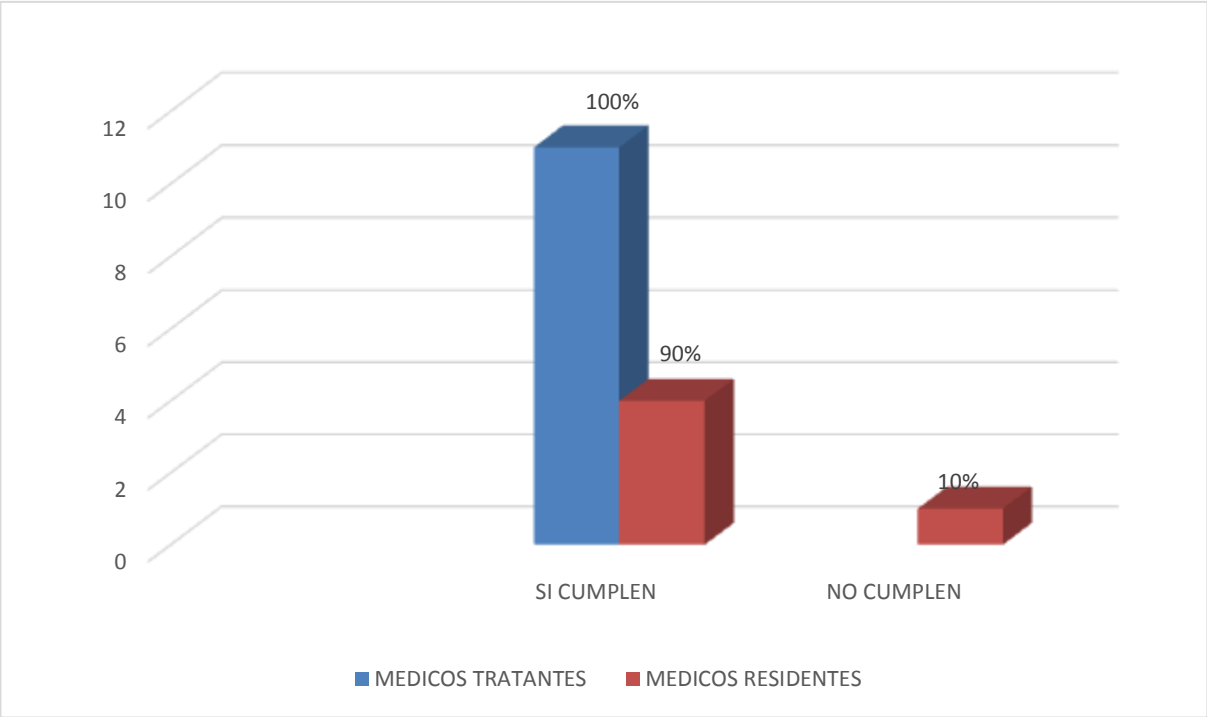


Interpretación: en esta grafica podemos observar que el 90% de los Médicos Tratantes y el 100% de los médicos Residentes que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia del HRIA de Loja, cumplen con la realización de la técnica de tracción controlada del cordón umbilical. Mientras que un 10% de médicos tratantes no la realiza.

REVISION DE PLACENTA Y MEMBRANAS LUEGO DE SU EXPULSIÓN

REVISION DE LA PLACENTA		
	SI CUMPLEN	NO CUMPLEN
MEDICOS TRATANTES	11	
MEDICOS RESIDENTES	4	1

FUENTE: Lista de chequeo de los Protocolos del MSP
ELABORADO: Kevin F. Samaniego C

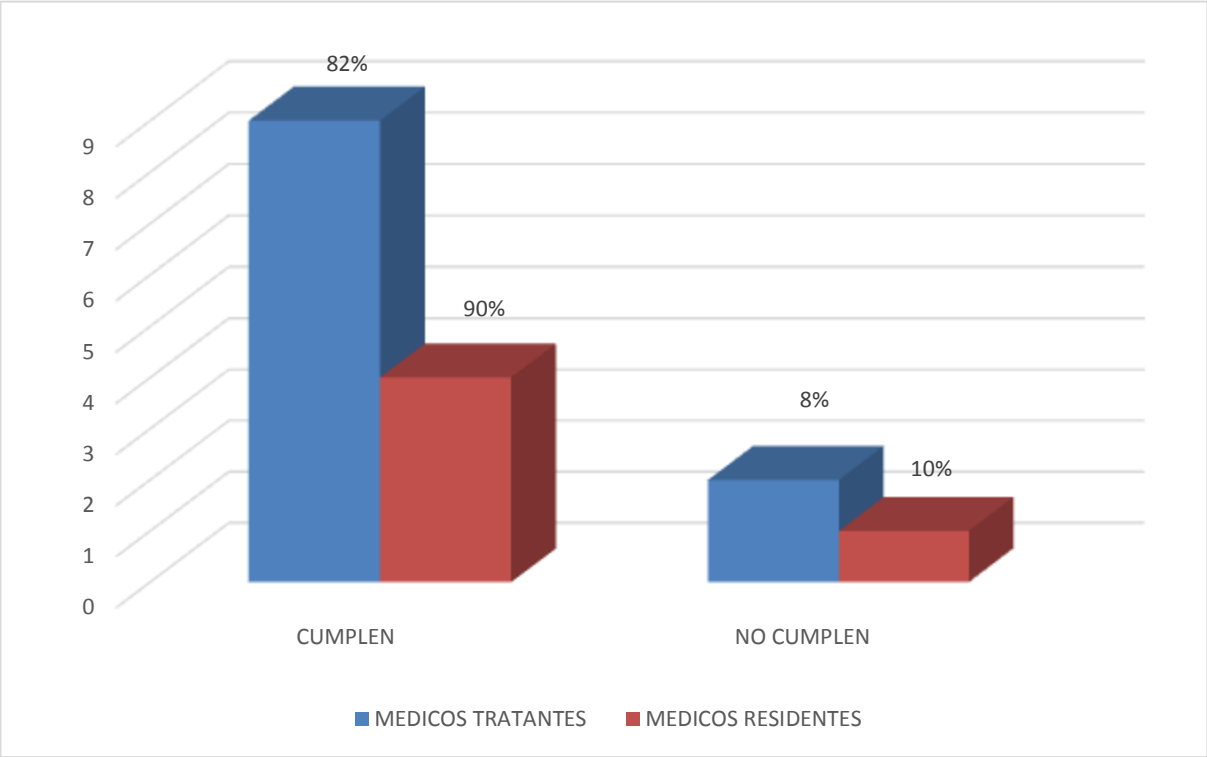


Interpretación: en esta grafica podemos observar que el 100% de los Médicos Tratantes y el 90% de los médicos Residentes que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia del HRIA de Loja, cumplen con la realización del examen de la placenta y las membranas luego de su expulsión completa. Mientras que un 10% de médicos residentes no la realiza.

MASAJE UTERINO Y TÉCNICA UTILIZADA SEGÚN LOS PROTOCOLOS DEL MSP

MASAJE UTERINO		
	CUMPLEN	NO CUMPLEN
MEDICOS TRATANTES	9	2
MEDICOS RESIDENTES	4	1

FUENTE: Lista de chequeo de los protocolos del MSP
ELABORADO: Kevin F. Samaniego C

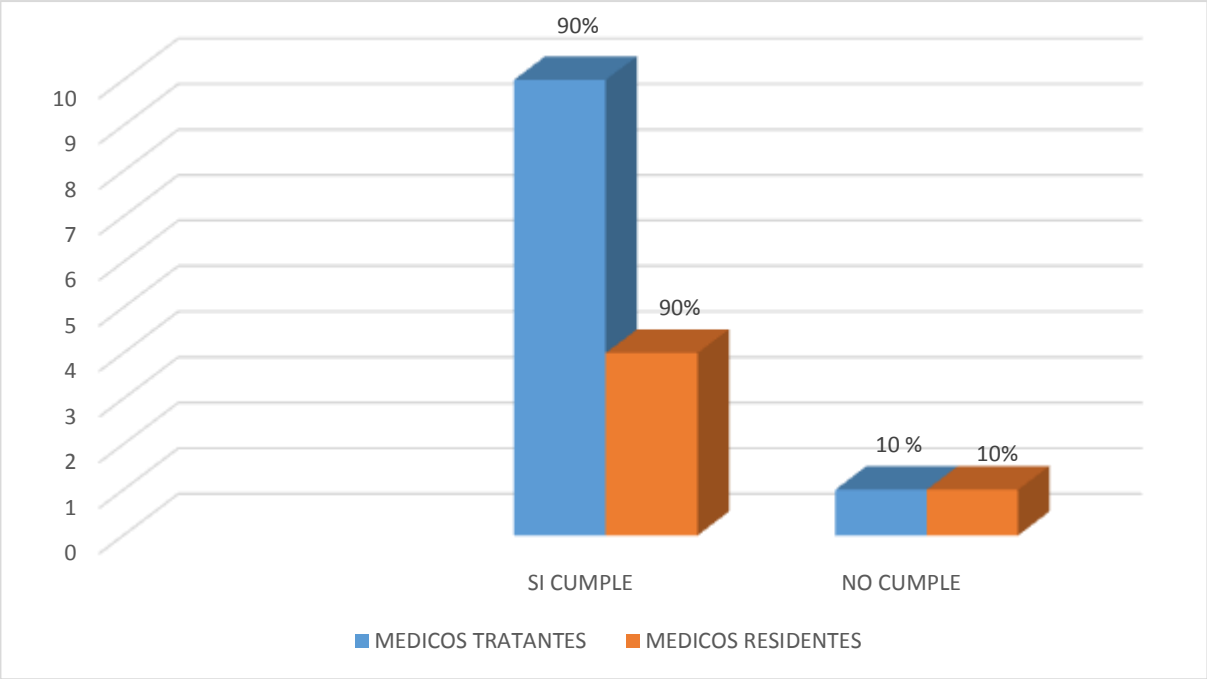


Interpretación: en esta grafica podemos observar que el 82% de los Médicos Tratantes y el 90% de los médicos Residentes que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia del HRIA de Loja, cumplen con la realización del masaje uterino según los protocolos. Mientras que un 10% de médicos residentes no la realiza, al igual que el 8% de médicos tratantes.

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS POR PARTE DE MEDICOS TRATANTES Y MEDICOS RESIDENTES

CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS		
	SI CUMPLE	NO CUMPLE
MEDICOS TRATANTES	10	1
MEDICOS RESIDENTES	4	1

FUENTE: Lista de chequeo de los protocolos del MSP
ELABORADO: Kevin F. Samaniego C



Interpretación: en esta grafica podemos observar que el 90% de los Médicos Tratantes y el 90% de los médicos Residentes que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia del HRIA de Loja, cumplen con la ejecución de los protocolos de atención del tercer periodo del parto según las normas del MSP-Ecuador. Mientras que un 10% de médicos residentes no la realiza, al igual que el 10% de médicos tratantes.

DISCUSIÓN

El presente estudio investigativo, tiene como principal objetivo conocer la aplicación y el cumplimiento de la Norma y Protocolo Materno del MSP del Ecuador orientado fundamentalmente al manejo del tercer periodo de parto (alumbramiento), por lo cual se hace de gran relevancia conocer este cumplimiento en otras casa de Salud, de diferentes países

Que el nivel de cumplimiento y manejo adecuado del tercer periodo del parto de acuerdo a los protocolos de atención Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, por parte de la planta medica es del 90% y el 10% no da cumplimiento a lo establecido por las normas y protocolos del MSP. Datos que guardan relación, en un estudio realizado hace 3 años En el Hospital Regional Isidro Ayora, se llevó a cabo el estudio, Cumplimiento de la Aplicación de la Norma y Protocolo Materno establecidos por el Ministerio de Salud Pública en la Atención del Parto Normal, de las usuarias atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, (Gutiérrez Octubre 2011), obteniendo como hallazgos la no aplicación igualmente en un 8%. Dentro del 16% no cumplido, las causas principalmente fueron, falta de capacitación en un 59%, falta de tiempo en un 47%, demanda de pacientes en un 32% y la carencia de personal en un 21%. El nivel de aceptación de las usuarias se encontró en 57.55% haciendo referencia principalmente al apoyo emocional y explicación que se le dio sobre el procedimiento a realizarle. Teniendo una muestra de 144 gestantes (100%), atendidas de parto normal en el Servicio de Gineco – Obstetricia. En (Guatemala 2011), se realizó un estudio para conocer el cumplimiento del El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual cuenta actualmente con protocolos guías y manuales de

todos y cada uno de sus componentes entre los cuales se cuentan: Salud Materno Neonatal.

Este programa tiene al momento protocolo dirigidos a mejorar las competencias, conocimientos y destrezas de las personas que atienden partos en todos los servicios del MSP Asistencial Social (CAP; CAIMI; CENAPA; HOSPITALES) la Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto. Así como el Programa Nacional de Saneamiento Rural, por medio de médicos ginecólogos obstetras da capacitación a todo el personal de los hospitales de Guatemala, sobre emergencias obstétricas, uso institucional del partograma, manejo activo de la tercera etapa del parto, no episiotomía, y manejo de hemorragia post parto, etc. Todas y cada una de las normas guías y protocolos del PNSR han sido operativizadas (100%) a nivel de todos y cada uno de los servicios de atención materno neonatal. Ha sido implementada en todos los servicios de atención del parto, esto se ha llevado a cabo por medio de capacitaciones, magistrales y capacitación en servicios (anadragógica) así como se han utilizado instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación, los cuales se encuentran en la misma guía. Mientras que en el Hospital Regional Isidro Ayora, en el servicio de Gineco-Obstetricia, se cumple con el 90% de la normativa implementada por el MSP.

A diferencia de lo que ocurre en Guatemala, en nuestra casa de salud, no existe un programa de capacitación constante al personal, por ende, si no se encuentra capacitado todo el talento humano, no se puede llegar a cumplir de forma absoluta todas las normas y protocolos de MSP.

Con respecto a la administración de Uterotonicos y tipo de fármaco utilizado se evidencio que el uso de oxitocina fue prioritario y hubo el cumplimiento en su administración según los protocolos en todas las usuarias evaluadas (100%) y con respecto a la utilización de ergometrina no fue necesario su uso pero cabe señalar que si existe en stock de farmacia del hospital, al igual que el misoprostol. Datos que se relacionan con el estudio de (Ochoa Y 2013) "En cuanto a conducción con oxitocina se utilizó con 48 casos (50%). En 46 casos (95.8%) los cuales terminaron en parto vaginal, y 2 casos (4.2%) terminaron en parto por cesárea. Cifra similar a la encontrada por Reyna-Villasmil y col. quienes utilizaron oxitocina adicional en 64,6 % de sus pacientes y los obtenidos por Fisher y con quienes informaron del uso de dosis adicionales de oxitocina en 73 % y 42 % de las pacientes que recibieron dosis similares de misoprostol vía sublingual y vaginal". En cuanto a la realización y técnica de tracción controlada del cordón umbilical se concluye que hubo déficit los siguientes pasos de los protocolos: En el punto correspondiente al pinzamiento del cordón cerca del periné y sostención de la pinza con una mano. En mantener tensión leve del cordón y esperar contracción. En lo correspondiente a no halar el cordón si la placenta no desciende después de 30 a 40 segundos de tracción controlada. Se examina la placenta y las membranas luego de su expulsión completa, en un 100%. Se realiza el masaje uterino, utilizando la técnica y el tiempo indicado según los protocolos del ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 95% de los casos. La tracción controlada del cordón para extraer la placenta debe permanecer como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto. La etapa expulsiva del parto es el período desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. Como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto existen dos intervenciones básicas para ayudar a la expulsión de la placenta: la presión del

fondo uterino o la tracción controlada del cordón. La presión del fondo uterino (maniobra de Crede) incluye colocar una mano en la parte superior del útero (fondo uterino) y apretar éste entre el pulgar y los otros dedos para ayudar a la separación y la expulsión de la placenta. La tracción controlada del cordón umbilical incluye la tracción del cordón umbilical mientras se presiona hacia arriba para lo cual se coloca una mano en el abdomen inferior. Además, la tracción controlada del cordón sólo se debe realizar después que aparezcan los signos de la separación de la placenta. Ambas intervenciones, si no se realizan correctamente, pueden provocar resultados adversos que incluyen dolor, hemorragia e inversión del útero. No se recomiendan otros dos métodos de extracción de la placenta porque pueden ser peligrosos: éstos son la manipulación uterina y la tracción del cordón. La revisión no encontró ensayos controlados aleatorios que evaluaran el uso de la presión del fondo uterino como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto. Por lo tanto, la tracción controlada del cordón debe continuar como el método de extracción de la placenta en el tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto.

La etapa expulsiva del parto es el período desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. Después del nacimiento y la cesación de las pulsaciones del cordón umbilical, la placenta se separa de la pared uterina a nivel del recubrimiento de la decidua esponjosa y se expulsa a través del canal del parto (Burnett 2001; Inch 2006). La separación de la placenta comienza generalmente después del nacimiento como resultado de la retracción uterina o con las primeras contracciones del útero vacío. Los signos clásicos de la separación de la placenta son: alteración de la forma y el tamaño del útero, pérdida de sangre, descenso y alargamiento del cordón umbilical y elevación del fondo uterino (McDonald 2003). Todos los signos no son siempre tan evidentes como éstos. El único signo definitivo de la separación es

cuando la placenta se expulsa a través del canal del parto. Existen varias técnicas para ayudar a la expulsión de la placenta una vez que la misma se ha separado. Según la opinión popular, dos de ellas no son aconsejables porque pueden ser peligrosas: (1) la manipulación uterina, y (2) la tracción del cordón umbilical. La manipulación uterina puede interrumpir el proceso de separación de la placenta y provocar dolor, hemorragia e inversión uterina. La tracción del cordón umbilical, si se realiza antes de la separación de la placenta y sin una presión en sentido contrario, o sin la administración previa de un fármaco uterotónico, también puede causar dolor, hemorragia o inversión uterina (Käser 2002; Lipitz 2003)). La estimación mundial del número de muertes maternas en 2000 fue de 529 000 (WHO 2004). Muchas de estas muertes se debieron a complicaciones de la etapa expulsiva del parto. La tasa de mortalidad materna relacionada con el embarazo (directa) en los Estados Unidos es de aproximadamente siete a diez mujeres por 100 000 nacidos vivos. Las estadísticas nacionales indican que aproximadamente el 8% de estas muertes son provocadas por la hemorragia postparto (HPP) (Berg 2006). En los países en vías de desarrollo las muertes maternas debidas a HPP varían del 5,9% al 48,5% (Khan 2006)). La muerte de estas madres tiene graves implicaciones para los recién nacidos y los otros niños supervivientes. La HPP se define como una estimación de la pérdida de sangre materna de 500 ml o más durante las 24 horas posteriores al parto. La mayoría de las mujeres sanas pueden tolerar 500 a 1 000 ml de pérdida de sangre sin una morbilidad grave (Bais 2004). El grado de pérdida de sangre asociado con la separación y la expulsión de la placenta depende de cuán eficazmente el músculo uterino se haya contraído alrededor del lecho de la placenta durante y después de la separación, y de si existe cualquier interferencia como tirar del cordón antes de la separación de la placenta. El grado de pérdida de sangre

también se asociará con el perfil de coagulación de la sangre de la mujer. El momento adecuado absoluto para la expulsión de la placenta, sin pruebas de hemorragia significativa, aún no está claro, pero con el tratamiento activo en la etapa expulsiva se ha identificado un período de cerca de diez minutos (Gülmezoglu 2004; Prendiville 2000). El objetivo más importante del tratamiento de la etapa expulsiva del parto es evitar grandes pérdidas de sangre (Käser 1972; Prendiville 2000)). Las pruebas muestran que el tratamiento en la etapa expulsiva puede influir directamente en medidas de resultado maternas importantes como la pérdida de sangre y la necesidad de extracción manual de la placenta (Brucker 2001). La etapa expulsiva del parto puede ser tratada de forma activa o expectante. Para la madre, la etapa expulsiva del parto es potencialmente el momento más peligroso del parto, debido principalmente al riesgo de HPP. El tratamiento activo ha sido adoptado ampliamente como una medida para prevenir la HPP. El tratamiento activo incluye generalmente la tres intervenciones siguientes: administración profiláctica habitual de un agente uterotónico, pinzamiento temprano del cordón y tracción controlada del cordón (Prendiville 1989; Prendiville 2000; Rogers 1998). La tracción controlada del cordón incluye traccionar el cordón mientras se mantiene una presión hacia arriba en el segmento inferior del útero, para lo cual se utiliza una mano colocada en el abdomen inferior La maniobra de Credé para la presión del fondo uterino es un método para separar la placenta después del parto. Una mano se coloca en el fondo uterino y el útero se presiona entre el pulgar y los otros dedos para facilitar la separación de la placenta y la expulsión de la misma a través del canal del parto (Brandt 1933). Sin embargo, esta maniobra puede producir gran dolor, por lo que algunos no la recomiendan (Beisher 2000). Al utilizar este método la etapa expulsiva dura generalmente entre cinco y 15 minutos (Beisher 2000). Una alternativa para el

tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto es el tratamiento expectante (a veces llamado tratamiento conservador o fisiológico). En el tratamiento expectante no se administran de forma profiláctica fármacos uterotónicos, el cordón no se pinza ni se corta de forma temprana, ni se realiza la tracción controlada del cordón y la placenta es expulsada en su momento por el esfuerzo materno. La duración del tratamiento expectante es de cerca de 15 a 30 minutos (Usandizaga 1997). Un tratamiento inapropiado en la etapa expulsiva del parto puede aumentar el riesgo de inversión del útero (Miras 2002). Todavía no está claro si la tracción del cordón está libre de riesgos, como se ha señalado en años recientes (Meinert 1984). Sin embargo, el método de tracción del cordón en la etapa expulsiva del parto podría ser peligroso a pesar de presentar otras ventajas (Sterigev 1979), mientras que la tracción controlada del cordón es el tercer componente estándar del tratamiento activo de la etapa expulsiva (Prendiville 2000). Es necesario investigar si la presión del fondo uterino puede ser un tercer componente más efectivo del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto.

CONCLUSIONES

Luego del análisis de los resultados obtenidos del estudio se pudo concluir lo siguiente:

- Que el nivel de cumplimiento y manejo adecuado del tercer periodo del parto de acuerdo a los protocolos de atención Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública, por parte de la planta medica es del 90% mientras que el 10% no da cumplimiento a lo establecido por las normas y protocolos del MSP.

- Con respecto a la administración de Uterotonicos y tipo de fármaco utilizado se evidencio que el uso de oxitocina fue prioritario y hubo el cumplimiento en su administración según los protocolos por parte de todos los médicos evaluados (100%). Cabe mencionar que no fue necesario la utilización de otro fármaco como la ergometrina o misoprostol, a pesar de su existencia en stock Farmacéutico, en caso de ser necesario su administración.

- En cuanto a la realización y técnica de tracción controlada del cordón umbilical se concluye que hubo déficit los siguientes pasos de los protocolos: En el punto correspondiente al pinzamiento del cordón cerca del periné y sostención de la pinza con una mano. En mantener tensión leve del cordón y esperar contracción.

- En lo correspondiente a no halar el cordón si la placenta no desciende después de 30 a 40 segundos de tracción controlada, que el 82% de los Médicos Tratantes y el 90% de los médicos Residentes que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia del HRIA de Loja, cumplen con la realización del masaje uterino según los protocolos. Mientras que un 10% de médicos residentes no la realiza, al igual que el 8% de médicos tratantes.

- El 100% de los Médicos Tratantes y el 90% de los médicos Residentes que laboran en el departamento de ginecología y obstetricia del HRIA de Loja, cumplen con la realización del examen de la placenta y las membranas luego de su expulsión completa.

RECOMENDACIONES

Luego de elaborar el informe final es necesario plantear las siguientes recomendaciones.

1. El Ministerio de Salud Pública, debe mantener un control estricto y adecuado del cumplimiento de la Norma y Protocolo Materno a través de la Evaluación de los Estándares de Calidad.

2. Capacitar al personal de salud sobre este tema para establecer las fortalezas y debilidades, y de esta manera generar la unificación de los conocimientos por parte del personal médico.

3. Capacitar y actualizar de forma permanente a todo el personal de salud sobre la Norma y Protocolo Materno por parte del MSP, logrando de esta forma un trabajo en equipo, que tenga por objetivo alcanzar.

4. Continuar con la calificación de las historias clínicas como parte del plan de Monitoreo, de la Norma y Protocolo Materno por parte del servicio de Gineco-Obstetricia.

BIBLIOGRAFIA.

1- BOTERO URIBE. **Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado.**Séptima edición. 2004.

2- Gutiérrez Sánchez, M., & Gutiérrez Sánchez, M. (2012). Gutiérrez Sánchez María Gabriela .pdf - Repositorio ... Retrieved from http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6727/1/Gutiérrez%20Sánchez%20María%20Gabriela%20.pdf.

3- OMS | Mortalidad materna [Internet]. WHO. [citado 27 de noviembre de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

4- R., Rodriguez A., col. Síntesis de la evidencia para informar políticas de salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador.: Opciones de política para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad. Minist Salud Publica. Octubre 2011

5- Moscoso B, Naranjo S, Novillo D. Mortalidad materna en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2000 al 2006. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina

6- "Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad ..." 7 Nov. 2014 <http://www.ossyr.org.ar/pdf/Plan%20Nacional%20de%20Reducci%C3%B3n%20Acelerada%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal%20%20Ecuador.pdf>

7- (2009). Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos - Salud ... Retrieved November 2, 2014, from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf.

8- ÍNDICE DE ESFUERZO DE PROGRAMA MATERNO Y NEONATAL **“Herramientas para la Incidencia Política en la Salud Materna –Ecuador”. 2008.** Páginas 1 – 3.

9- ARIAS FERNANDO. **Guía Práctica Para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo.** Segunda Edición. 1995.

10- Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007). Parto. Citado por *National*

11- Aristizábal, J. F., Gomez, G. A., Lopera, J. F., Orrego, L. V., Restrepo, C., Monsalve, G., y otros. (2005). PACIENTE OBSTETRICA DE ALTO RIESGO. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014, de Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Artículo de Revisión. Vol. 56: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol56No2Abril_Junio_2005/V56N2A08.PDF

12- ARIAS FERNANDO. **Guía Práctica Para el Embarazo y el Parto deAlto Riesgo.** Segunda Edición. 1995.

13- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). Williams Obstetricia. 23ava Edición. México: The McGraw-Hill Companies.

14- (2014). Factores Del Parto - Scribd. Retrieved November 2, 2014, from https://es.scribd.com/doc/148657999/Factores-Del-Parto.

15- COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL - iess." 2013. 22 Sep. 2014 <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>

16- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). Williams Obstetricia. 23ava Edición. México: The McGraw-Hill Companies.

17- Botella, J. (1993). *Tratado de Ginecología.* MADRID. Ediciones Díaz de Santos. Asistencia al Parto Normal. Pág. 246-247

18- Cooperación Técnica OPS/OMS. (2011). PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS NACIONALES. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Proceso de Normatización. Primera Edición: http://www.farmacologiavirtual.org/Descargas/Varios/PROTOCOLOS%20TERAP%C3%89UTICOS%20%20NACIONALES.pdf

19- Oholeguy, P., Cheda, I., & Sotero, G. (2011). Vasa Previa. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de Rev Med Urug 2011: http://www.rmu.org.uy/revista/2011v3/art6.pdf

20-(2014). ALUMBRAMIENTO+NORMAL.docx - Scribd. Retrieved November 2, 2014, from https://es.scribd.com/doc/242242616/ALUMBRAMIENTO-NORMAL-docx.

21- (2009). El alumbramiento. Retrieved November 2, 2014, from http://www.federacion-matronas.org/rs/106/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/680/rglang/es-ES/filename/alumbramiento.pdf

22-Oholeguy, P., Cheda, I., & Sotero, G. (2011). Vasa Previa. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de Rev Med Urug 2011: http://www.rmu.org.uy/revista/2011v3/art6.pdf

23-Organización Panamericana de la Salud. (11 de 04 de 2013). Ecuador. Recuperado el 30 de 09 de 2014, de Salud en la Américas http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content

24-Cooperación Técnica OPS/OMS. (2011). PROTOCOLOS TERAPÉUTICOS NACIONALES. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Proceso de Normatización. Primera Edición: http://www.farmacologiavirtual.org/Descargas/Varios/PROTOCOLOS%20TERAP%C3%89UTICOS%20%20NACIONALES.pdf

25-Rivero, M. (2013). Hemorragia postparto: incidencia, factores de riesgo y ... Retrieved from http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-106_Falta%20Corregir.pdf

26-(2009). Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos - Salud ... Retrieved November 2, 2014, from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf.

27-COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL - iess. Retrieved November 2, 2014, from https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF.

ANEXOS

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana
CARRERA DE MEDICINA

TEMA: CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MANEJO ADECUADO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO. APLICADOS POR MEDICOS RESIDENTES Y TRATANTES DEL AREA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA

INFORMACION DE LA PRÁCTICA APLICADA EN EL TERCER PERIODO DEL PARTO

Atención de la tercera etapa de la labor de parto: ALUMBRAMIENTO

- MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACIÓN DE UTEROTONICO

PASOS Y TAREAS	SI	NO
1, Luego de la salida del bebé, palpa el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés?		
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. ADMINISTRACION DE UTEROTONICO.		
2. Se administra oxitocina 10 unidades IM y luego se registre en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051?		
3, Administra oxitocina IV, en bolo o por la vía intravenosa?		
4, Si no disponen de oxitocina, administran ergometrina 0.2 mg IM.		
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO.		

TRACCION CONTROLADA DEL CORDON UMBILICAL		
5. Acerca la pinza que está en el cordón para pinzarlo cerca del periné y sostiene el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano?		
6. Coloca la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabiliza el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón umbilical?		
7. Mantiene tensión leve en el cordón umbilical y espera una contracción fuerte del útero (2-3 minutos)?		
8. Cuando el útero se contrae o el cordón se alarga, hala del cordón con mucha delicadeza para extraer la placenta y con la otra mano continúa ejerciendo contra tracción sobre el útero?		
9. Si la placenta no desciende después de 30-40 segundos de tracción controlada del cordón (es decir si no hay ningún signo de separación placentaria), continúa halando del cordón?		
10. Sostiene con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero esté bien contraído nuevamente?		

11. Con la contracción siguiente, repite la tracción controlada del cordón umbilical, y mantiene la contra tracción para evitar la inversión uterina?		
12. Al ser expulsada la placenta, la sostiene con las manos y la gira con delicadeza hasta que las membranas queden torcidas y se expulsen?		
13. Verifica y examina que la placenta y las membranas se expulsaron completamente?		
MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DE LA LABOR DE PARTO. MASAJE UTERINO		
14. Masajea de inmediato el fondo uterino a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se mantenga contraído?		
15. Repite el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas?		
16. Se asegura que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino?		
17. Examina cuidadosamente a la mujer y repara la episiotomía o los desgarros para luego Registrar en historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051?		

18. En el caso de retención placentaria por más de 30 minutos, con o sin sangrado, realiza la extracción manual de placenta y/o la revisión de la cavidad bajo anestesia general o sedación profunda?		

ÍNDICE

ÍNDICE

Caratula ---------- i

Certificación ---------- ii

Autoría ---------- iii

Carta de Autorización ---------- iv

Dedicatoria ---------- v

Agradecimiento ---------- vi

Tema ---------- 7

Resumen ---------- 8

Summary ---------- 9

Introducción ---------- 10

Revisión de Literatura ---------- 14

CAPÍTULO I ---------- 14

1. Parto ---------- 14
   - 1.1. Definición ---------- 14
   - 1.2. Factores ---------- 14
   - 1.3. Periodo del parto ---------- 16

CAPÍTULO II ---------- 18

2. Tercer periodo del parto ---------- 18
   - 2.1. Definición ---------- 18
   - 2.2. Signos de desprendimiento placentario ---------- 18
   - 2.3. Expulsión de la placenta ---------- 19
   - 2.4. Fisiología del tercer periodo del parto ---------- 20
   - 2.5. Manejo del tercer periodo del parto ---------- 21
   - 2.6. Factores de riego de hemorragias del alumbramiento ----- 24

CAPÍTULO III ---------- 26

3. Normas y Procedimientos del tercer periodo del parto según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ---------- 26

Materiales y Métodos ---------- 28

Resultados ---------- 30

Discusión ---------- 37

Conclusiones ---------- 44

Recomendaciones ---------- 45

Bibliografía ---------- 46

Anexos ---------- 51

Índice ---------- 56