

El alumbramiento

■ Existe evidencia de 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.

■ El manejo activo del alumbramiento puede incluir las siguientes acciones:

- administración de uterotónicos 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. →

■ El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos. El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.

■ Debería facilitarse un ambiente adecuado para el primer contacto madre-hijo/hija y la liberación de oxitocina endógena, pudiendo así obtener su pico máximo; de esta forma madre e hijo/hija podrían beneficiarse de los efectos de ésta, tanto a nivel fisiológico como conductual.

EL ALUMBRAMIENTO

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 combe 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 Pinard¹.

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 placentaria².

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

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 recursos³.

Se han realizado intentos para identificar a las mujeres con factores de riesgo de HPP 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 HPP 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 parto⁴.

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 2006^{5, 6}. Posteriormente, la OMS ha publicado las recomendaciones para la prevención de la hemorragia posparto⁴. 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^{7, 8}.

Las matronas deben estar capacitadas con los conocimientos, las habilidades y el juicio crítico para el manejo activo de esta etapa del parto⁵, y también deben estar capacitadas para practicar con habilidad ambas modalidades de alumbramiento: el activo y el fisiológico⁹.

Alumbramiento dirigido. Manejo activo

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones^{4, 5}:



- Administración de uterotónicos 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 uterotónicos

- Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s)

dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, e inyectar 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 la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse en todas las mujeres¹⁰.

- 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.

- Los fármacos uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado:

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

Tracción controlada del cordón umbilical

- Pinzar el cordón umbilical cerca del perineo (una vez 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.

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.

Alumbramiento fisiológico. Conducta expectante

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos¹¹.

El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes⁶:

- Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.
- No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto podría causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina.

Se debería facilitar un ambiente adecuado para el primer contacto madre-hijo/hija y la liberación de oxitocina endógena, para obtener así su pico máximo; de esta forma, madre e hijo/hija podrían beneficiarse de los efectos de ésta, tanto a nivel fisiológico como conductual¹² (figura 1).

Deberían desarrollarse más estudios aleatorios, controlados, en poblaciones de bajo riesgo que comparen los beneficios y riesgos de las dos conductas, así como estudios que valoren de forma individualizada cada acción (uso uterotónicos, tracción controlada y masaje activo).

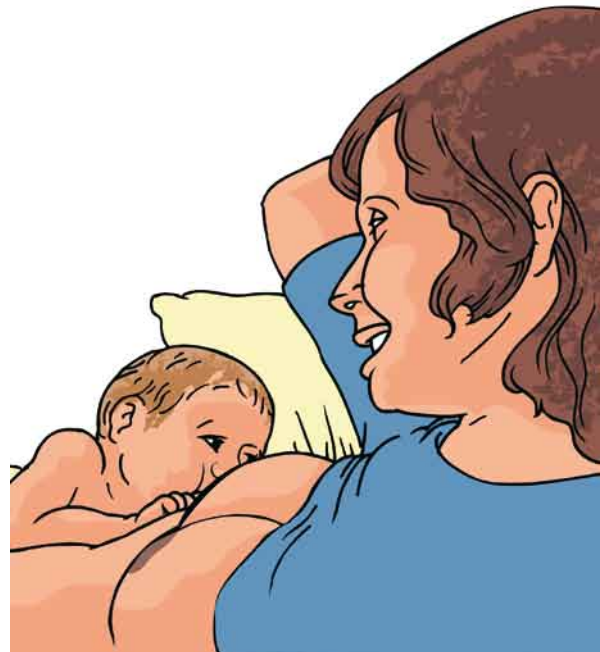


Figura 1. Succión del bebé

BIBLIOGRAFÍA

1. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
2. Soltani H, Dickinson F, Symonds I. Drenaje del cordón placentario después del parto vaginal espontáneo como parte del tratamiento de la etapa expulsiva del parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
3. Mousa HA, Alfirevic Z. Tratamiento para la hemorragia posparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. WHO. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Making Pregnancy Safer. Ginebra: WHO, 2006. [consultado 05/05/2007]. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/WHORecommendationsforPPHaemorrhage.pdf
5. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Declaración conjunta. Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia posparto. La Haya: ICM; Londres: FIGO; 2003. [consultado 05/05/2007]. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/modules/ContentExpress/img_repository/final%20joint%20statement%20active%20management-eng%20with%20logo.pdf
6. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Declaración conjunta. Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos. La Haya: ICM; Londres: FIGO; 2006. [consultado 05/05/2007]. Disponible en: http://www.internationalmidwives.org/docs/FIGO-ICMstatement_Spanish_November%202006_Final_.pdf
7. McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Administración profiláctica de sintometrina versus oxitocina para el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
8. Giacalone PL, Vignal J, Daures JP, Boulot P, Hedon B, Laffargue F. A randomised evaluation of two techniques of management of the third stage in women with low risk of postpartum haemorrhage. BJOG. 2000 Mar; 107(3): 396-400.
9. Gyte GM. Evaluation of the meta-analyses on the effects on both mother and baby, of the various components of "active" management of the third stage of labour. Midwifery. 1994; 10(4): 183-99.
10. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
11. Royal College of Midwives. Debating Midwifery Normality in Midwifery. Londres: Royal College of Midwives; 1997.
12. Odent M. The first hour following birth: don't wake the mother!. Midwifery Today. 2002; 61: 9-11.