



Declaración conjunta Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto

***Confederación Internacional de Matronas (ICM)
Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO)***

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) son socios claves en las iniciativas mundiales de Maternidad Segura para reducir la muerte y la discapacidad materna en el mundo. Sus enunciados de misión comparten un compromiso común de promover la salud, los derechos humanos y el bienestar de todas las mujeres, especialmente las que están en riesgo de morir o de sufrir discapacidad como resultado de la maternidad. ICM y FIGO promueven intervenciones eficaces, basadas en evidencias, que, cuando utilizadas adecuadamente con consentimiento informado, pueden reducir la incidencia de la mortalidad y la morbilidad materna en el mundo.

La hemorragia grave es la causa más importante de la muerte materna en todo el mundo. Más de la mitad de todas las defunciones maternas ocurren dentro de las 24 horas después del parto, principalmente como resultado de una hemorragia masiva. Toda mujer embarazada puede sufrir una pérdida de sangre potencialmente mortal en el momento del parto; las mujeres con anemia son particularmente vulnerables ya que no pueden tolerar ni siquiera una pérdida de sangre moderada. Toda mujer debe permanecer en observación, y si es necesario ser estabilizada durante el periodo inmediato del post-parto.

Como resultado de la revisión de la evidencia disponible, ICM y FIGO concuerdan que se ha demostrado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce la incidencia de la hemorragia postparto, la cantidad de pérdida sanguínea y el uso de la transfusión de sangre.

Manejo activo de la tercera etapa del parto debe ser ofrecido a las mujeres ya que reduce la incidencia de la hemorragia posparto debido a la atonía uterina.

El manejo activo de la tercera etapa del parto consta de intervenciones diseñadas para facilitar que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas y para evitar una hemorragia post parto (HPP) al impedir la atonía uterina. Los componentes usuales incluyen:

- Administración de los agentes uterotónicos
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical
- Aplicar masajes uterinos después del descenso de la placenta, según sea apropiado

Todo asistente del parto debe tener el conocimiento, las destrezas y el juicio crítico para poder realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto; así mismo debe poder acceder los suministros y el equipo necesario.

Las asociaciones profesionales nacionales cumplen un rol importante y colaborativo en:

- Promover de la atención calificada del parto;
- Diseminar esta declaración a todos los miembros de su asociación y facilitar su ejecución;
- Educar al público acerca de la necesidad de una prevención adecuada y del tratamiento de una hemorragia post-parto;
- Publicar la declaración en revistas, boletines informativos y sitios en la red nacionales sobre partería, obstetricia y medicina;
- Abordar las barreras legislativas y otras que impiden la prevención y tratamiento de la hemorragia post-parto;
- Incorporar el manejo activo de la tercera etapa del parto en los estándares nacionales y en las pautas clínicas, según sea lo adecuado;
- Incorporar el manejo activo de la tercera etapa en los planes de estudio de todo el personal calificado que presta servicios antes y durante el parto;
- Trabajar con agencias nacionales regulatorias de productos farmacéuticos, autoridades responsables de formular las normas y donantes para asegurar el suministro adecuado y la disponibilidad permanente de medicamentos uterotónicos y el equipo de inyecciones.

MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO

¿CÓMO UTILIZAR LOS AGENTES UTEROTÓNICOS?

- Dentro del primer minuto después de haber nacido el bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) e inyecte 10 unidades de oxitocina intramuscularmente (IM). Oxitocina es preferida sobre otros medicamentos uterotónicos porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.
- Si la oxitocina no está disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos como: ergometrina 0.2 mg IM, sintometrina (1 ampolleta) IM o misoprostol 400-600 mcg oralmente. La administración de misoprostol debe ser reservada para situaciones en donde no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergot inyectables.
- Los uterotónicos requieren de almacenamiento adecuado:
 - Ergometrina: 2-8°C Requiere protección de la luz y evitar congelamiento
 - Misoprostol: temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.
 - Oxitocina: 15-30°C, evitar congelamiento.
- Se debe proporcionar consejería acerca de los efectos secundarios de estos medicamentos.

¡Advertencia! No administre ergometrina o sintometrina (porque contiene ergometrina) a las mujeres con pre-eclampsia, eclampsia o presión arterial alta.

¿CÓMO HACER UNA TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL?

- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que las pulsaciones cesen en un recién nacido saludable) y sosténgalo en una mano.
- Coloque la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y establezca el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical.
- Mantenga una tensión liviana en el cordón umbilical y espere una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, anime a la madre a pujar y con mucho cuidado hale hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continúe aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende durante los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halándolo:
 - Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté contraído nuevamente;
 - Durante la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario

Nunca realice una tracción el cordón umbilical (hale) sin realizar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y voltéela con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Lentamente hale para extraerla por completo.
- Si las membranas se rasgan, examine cuidadosamente la parte superior de la vagina y del cuello del útero utilizando guantes estériles o desinfectados, y emplee un fórceps de esponja para extraer cualquier pedazo de membrana que esté presente.
- Revise cuidadosamente la placenta para asegurarse que no le falta ninguna parte. Si falta una porción de la superficie materna o se observan membranas rasgadas con vasos, sospeche que existen fragmentos de placenta retenidos y tome las medidas adecuadas (ref: *Manejo de complicaciones en el embarazo y durante el parto*).

¿CÓMO HACER UN MASAJE UTERINO?

- Aplique un masaje inmediatamente al fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpe el útero cada 15 minutos y confirme que está contraído; repita el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (se vuelva blando) después del masaje uterino.

Todos los procedimientos y medidas que se realizan deben ser explicados a la mujer y a su familia durante su aplicación. Continúe ofreciendo apoyo a la mujer y su familia durante el proceso.

Bibliografía:

WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. WHO/RHR/00.7, 2000.

Elbourne DR, Prendiville WJ, Carrol G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. In: The Cochran Library, Issue 3, 2003. Oxford. Update Software.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active vs. expectant management in the third stage of labour. In: The Cochran Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. Int J Gynecol Obstet 2003;82