

OUT LOOK

Prevención de la Hemorragia Postparto: Manejo del Tercer Período del Parto

El embarazo y el parto implican serios riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres sin problemas de salud preexistentes. Aproximadamente el 40 por ciento de las embarazadas sufre de problemas asociados al embarazo, y el 15 por ciento presenta complicaciones que tienen secuelas en el largo plazo o que ponen en peligro sus vidas.¹ Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante 1995 cerca de 515.000 mujeres murieron a causa de complicaciones asociadas al embarazo y al parto.² Por lo general, la mayoría de estas muertes ocurre en países en desarrollo, debido a que con frecuencia las mujeres de estos países no tienen acceso a la atención necesaria para salvarles la vida. En el mundo en desarrollo, es mucho más probable que las mujeres reciban atención prenatal a que reciban atención de un profesional capacitado durante el trabajo de parto, el parto o el postparto (ver Figura 1). Más de la mitad de las muertes maternas, sin embargo, ocurre dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo (ver Figura 2).³ El sangrado grave, o hemorragia, es la principal causa de muerte materna en todo el mundo. Al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias; los porcentajes varían desde menos de un 10 por ciento a cerca de un 60 por ciento en los diferentes países (ver Tabla 1).⁴ Aun si la mujer sobrevive a la hemorragia postparto (HPP), puede presentar una anemia severa y verse afectada por continuos problemas de salud.

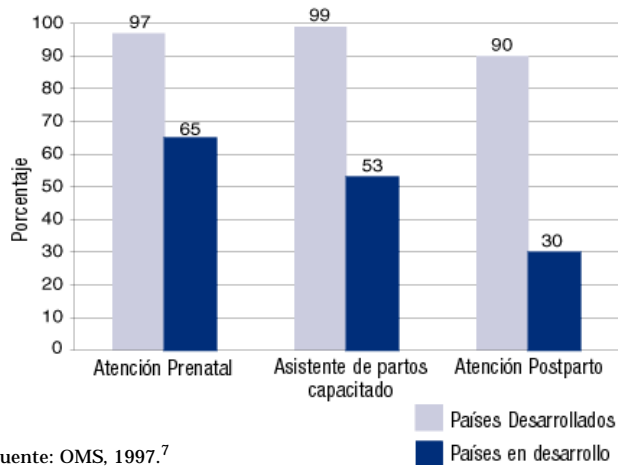
En aquellos lugares con altas tasas de mortalidad materna y recursos limitados, la introducción de prácticas de bajo costo basadas en la evidencia para prevenir y manejar la HPP puede mejorar la supervivencia materno-infantil. En este número de *Outlook* se analiza una de las intervenciones efectivas: el manejo del tercer período del parto (el período que se extiende entre la salida del bebé y la expulsión de la placenta). También se destaca en este número una nueva publicación internacional para médicos y matronas. Se trata del manual *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto)*.⁵ Este manual proporciona información específica acerca de aquellas prácticas conocidas como las más efectivas para mejorar la atención de salud materna y neonatal, incluyendo aquellas destinadas a prevenir y manejar el sangrado postparto excesivo. Asimismo, se describen en este manual las estrategias para desarrollar, promover e implementar dichas pautas, conforme a lo recomendado por "La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo".^{N del T}

Hemorragia Postparto

Cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo, y al menos 128.000 de estas mujeres se desangran y mueren.⁶ La mayor parte de estas muertes

N del T "La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo" constituye un esfuerzo global destinado a mejorar la salud materna y disminuir el número de muertes y enfermedades asociadas al embarazo y al parto, especialmente en los países que se encuentran en vías de desarrollo.

Figura 1. Cobertura de los servicios de salud materna



ocurren dentro de las cuatro primeras horas postparto⁴ y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto. La HPP se define como el sangrado postparto que excede los 500 ml; la HPP grave se define como el sangrado vaginal que excede los 1.000 ml. En la práctica, sin embargo, es difícil estimar con exactitud la cantidad de sangre perdida y se suele subvalorar los volúmenes. Aproximadamente la mitad de las mujeres que tienen un parto por vía vaginal pierden 500 ml de sangre o más, y aquellas que se someten a una cesárea normalmente pierden 1.000 ml o más.⁸ Muchas mujeres toleran bien esta pérdida de sangre y no sufren de efectos adversos; sin embargo, los efectos varían según cada mujer. En el caso de las mujeres anémicas, la pérdida de incluso 200 ó 250 ml de sangre podría resultar fatal. Esto último es de vital importancia, dada la prevalencia de casos de anemia grave entre las mujeres de los países en desarrollo.

La causa más común de la hemorragia grave del postparto inmediato (la que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto) es la atonía uterina (incapacidad del útero para contraerse después del parto).⁹ Otros factores que también contribuyen a la HPP son la retención de tejido placentario, los desgarros cervicales o vaginales, y la ruptura o inversión uterinas. La hemorragia tardía del postparto (la que acontece después de las primeras 24 horas postparto) a menudo ocurre como resultado de alguna infección, de la contracción incompleta del útero, o de la retención de restos placentarios.

El período que sucede al nacimiento del bebé y a las primeras horas del postparto son cruciales en lo que se refiere a la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad, como por ejemplo las infecciones, la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida. Una mujer que sufre una hemorragia grave pronto morirá si no recibe la atención médica adecuada: medicamentos necesarios, acceso a procedimientos clínicos simples, transfusión sanguínea y/o cirugía. En aquellos lugares donde es difícil acceder a servicios médicos o de matronería calificados, a transporte y a servicios de emergencia, es común que la atención calificada no se obtenga de manera oportuna, y que el riesgo de muerte por HPP sea alto. La hemorragia postparto

temprana a menudo puede ser manejada con atención obstétrica básica y esencial, pero cualquier retraso puede acarrear complicaciones mayores que podrían requerir de una completa atención obstétrica de emergencia. Por lo general, a este tipo de atención sólo se puede acceder en un hospital de referencia, lo que significa que la mujer deba viajar un trayecto largo, aumentando con ello el riesgo de muerte.

Aquellas mujeres que sobreviven a una HPP, a menudo sufren de anemia grave si su condición no es manejada adecuadamente.⁴ Las transfusiones de sangre que se realizan con el objeto de salvar la vida se asocian a ciertos riesgos de reacción o de transmisión de infecciones. Además de su alto costo, toda cirugía, como por ejemplo, la histerectomía, implica riesgos asociados a infecciones, a la anestesia y otras complicaciones.

No es posible identificar de manera consistente a las mujeres que presentan un mayor riesgo de sufrir una HPP. No obstante, existen varios factores asociados a un aumento del riesgo de hemorragias, entre ellos una HPP previa, preeclampsia, gestación múltiple y obesidad. (La placenta previa y el desprendimiento de la placenta son factores de riesgo de hemorragia anteparto.) Entre los factores asociados al trabajo de parto y al parto que inciden en una mayor pérdida de sangre, se encuentran la episiotomía, la cesárea y el trabajo de parto prolongado.^{10, 11} No obstante, dos tercios de los casos de HPP ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo que puedan identificarse.¹² Basarse únicamente en los factores de riesgo para identificar a las embarazadas con mayores posibilidades de presentar una hemorragia no ha disminuido la mortalidad asociada a la HPP. Es más, basar la conducta clínica en la evaluación de los riesgos puede conducir a que las mujeres consideradas "de alto riesgo" sean sometidas a un manejo innecesario, lo que no sería ventajoso ni para ellas ni para los sistemas de salud.

Todas las mujeres deberían estar preparadas para la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones. Se las debe aconsejar para que se atiendan con un proveedor de salud capacitado que pueda ofrecerles cuidados para prevenir una HPP. Tanto los miembros de la familia como los de la comunidad deben estar informados sobre los principales signos de peligro, entre los que se inclu-

Tabla 1. Muertes Maternas por HPP: Países Seleccionados

País	Muertes maternas por HPP (%)	Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos
Hong Kong	30	7
India	16	570
Indonesia	43	650
Filipinas	53	280
Burkina Faso	59	930
Egipto	32	170
Kenia	16	650
Marruecos	29	610
Nigeria	20	1000
Sudáfrica	15	230
Brasil	20	220
Guatemala	2	200
Honduras	33	220
México	24	110

Fuente: AbouZahr, 1998.⁴

ye todo sangrado que se presente durante el embarazo. Después del parto, la mujer debe ser controlada rigurosamente para detectar señales de sangrado anormal. La persona a cargo de su cuidado debe saber cómo procurarle acceso a cualquier intervención necesaria para salvarle la vida.

Manejo Activo del Tercer Período del Parto

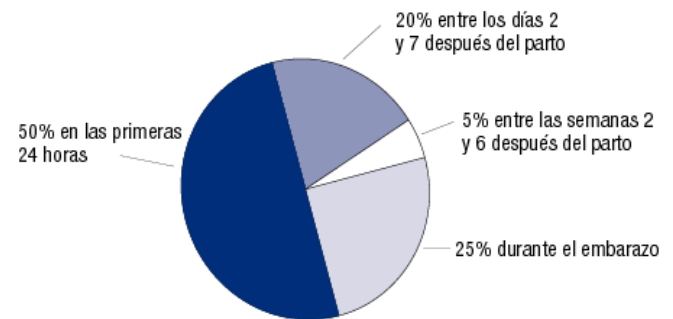
La mayoría de los casos de HPP ocurren durante el tercer período del parto. En este período, los músculos del útero se contraen y la placenta comienza a separarse de la pared uterina. Los volúmenes de sangre que se pierden dependen de la rapidez con que esto ocurra. El tercer período generalmente dura de 5 a 15 minutos.^{13,14} Si transcurren más de 30 minutos, se considera que el tercer período del parto es prolongado, lo que indica una posible complicación. Si hay atonía uterina y el útero no se contrae normalmente, los vasos sanguíneos en el sitio de la implantación de la placenta no se contraen de manera adecuada, lo que provoca un sangrado abundante.

El manejo activo del tercer período del parto consiste en una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta a través del aumento de las contracciones uterinas, y prevenir la HPP evitando la atonía uterina. Estas intervenciones consisten en: (1) administrar una droga uterotónica (que contrae el útero) dentro del primer minuto después del nacimiento del bebé; (2) pinzar y cortar el cordón umbilical poco después del nacimiento del bebé; y (3) aplicar tensión controlada del cordón umbilical (también denominada tracción controlada del cordón), ejerciendo simultáneamente contracción sobre el útero a través del abdomen. Después de la expulsión de la placenta, el masaje del fondo del útero a través del abdomen también ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado. El manejo activo del tercer período del parto se practica en el Reino Unido, en Australia y en muchos otros países.¹⁴

A diferencia del manejo activo, el manejo expectante del tercer período del parto (también conocido como manejo conservador o fisiológico) implica esperar las señales que indican que la placenta se está separando de la pared uterina (por ejemplo, si se observa una expulsión súbita de sangre) y no intervenir hasta que ésta se desprenda de manera espontánea. El manejo expectante es la práctica común en algunos lugares de Europa, en los Estados Unidos y en Canadá. Además, el manejo expectante es la regla general que se sigue en los países en desarrollo para la mayoría de los partos que ocurren en el hogar.¹⁴

Muchos estudios a gran escala, randomizados y controlados (en maternidades bien equipadas) han comparado los efectos del manejo activo y del manejo expectante. A pesar de que en los estudios se utilizaron diferentes protocolos y definiciones de manejo activo, sus resultados son reveladores. Por ejemplo, en un estudio realizado en Dublín, Irlanda, se practicó el manejo activo en 705 mujeres, las que recibieron 0,5 mcg de ergometrina además de tensión controlada del cordón, mientras que a otras 724 mujeres se les practicó un manejo fisiológico. El estudio reveló una menor ocurrencia de casos de HPP y de hemoglobina baja entre las mujeres que recibieron un manejo activo. Sin embargo, entre estas mujeres también hubo una mayor incidencia de casos de extracción manual de la placenta, náuseas, vómitos y dolores agudos posteriores al parto.¹⁵ En un estudio realizado en Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos, 827 mujeres fueron trata-

Figura 2. Ocurrencia de muertes maternas



Fuente: UNICEF, 1999.¹⁶

das con tensión controlada del cordón y recibieron 10 mcg de oxitocina por vía intramuscular, mientras que en 821 mujeres la intervención fue mínima (administración de oxitocina solamente después de la expulsión de la placenta). En aquellas mujeres que recibieron un manejo activo hubo una menor incidencia de HPP y placenta retenida; asimismo, hubo una menor necesidad de administrar drogas uterotónicas.¹⁷ En un estudio realizado en Gran Bretaña, 846 mujeres fueron atendidas con manejo activo. Se les administró 5 mcg de oxitocina y 0,5 mcg de ergometrina; además, se les practicó tensión controlada del cordón. Otras 849 mujeres recibieron un manejo fisiológico. Entre las que recibieron manejo activo, se redujo la duración del tercer período del parto y además se presentaron menos casos de HPP.¹⁸ En otro estudio, también realizado en Gran Bretaña, a 748 mujeres se les administró oxitocina y/o ergometrina además de tensión controlada del cordón, mientras que otras 764 no recibieron ningún tipo de intervención, a menos que fuera necesario. Con el manejo activo disminuyeron notoriamente los casos de HPP. No obstante, entre las mujeres tratadas con manejo activo se registraron más episodios de vómitos.¹⁹ Ninguno de estos estudios reveló una mayor incidencia de complicaciones graves asociadas al manejo activo.¹⁴

Un meta-análisis de estos estudios, al que se puede acceder a través de la base Cochrane y de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS,²⁰ confirmó que el manejo activo se asocia a una disminución de la pérdida de sangre (incluidas la HPP y la HPP grave), a una baja en los casos de anemia postparto y a una reducción de los casos que necesitan de transfusión sanguínea.¹⁴ El manejo activo, además, se asocia a un menor riesgo de que se presente un tercer período del parto prolongado, así como a una menor necesidad de usar drogas uterotónicas terapéuticas.

Drogas uterotónicas. La administración de una droga uterotónica inyectable inmediatamente después del parto constituye una de las intervenciones más importantes para prevenir la HPP. La droga uterotónica más comúnmente utilizada es la oxitocina; ésta ha demostrado ser muy efectiva para disminuir la incidencia de HPP y los casos de un tercer período de parto prolongado.^{21,22} Al parecer, la sintometrina (ergometrina combinada con oxitocina) es aún más efectiva que la oxitocina pura. Sin embargo, la sintometrina se asocia con más efectos secundarios, como por ejemplo dolor de cabeza, náuseas, vómitos y aumento de la presión sanguínea.²³ Las mujeres que sufren de presión alta (o preeclampsia o eclampsia, que afectan a casi el 10% de las mujeres) no pueden usar

ergometrina. Comparada con la oxitocina, la ergometrina es menos estable a temperatura ambiente y tiende a perder su potencia con mayor rapidez, especialmente en climas tropicales.²⁴

Las prostaglandinas también son efectivas para controlar el sangrado, pero generalmente su precio es más alto y tienen diversos efectos secundarios, entre los que se cuentan diarrea, vómitos y dolor abdominal (ver recuadro acerca del misoprostol).²⁵ La elección de la droga uterotónica para el manejo del sangrado dependerá del criterio clínico del proveedor de salud, de la disponibilidad de la droga y de la evaluación de los beneficios esperados respecto de los efectos secundarios.

Pinzamiento del cordón. En el manejo activo del tercer período del parto, el cordón umbilical se pinza y se corta inmediatamente después de la salida del bebé, de modo de poder proseguir con otras intervenciones del manejo activo.

Uso del Misoprostol para la Prevención de la HPP

El misoprostol (Cytotec®) es un análogo de la prostaglandina E₁ que originalmente se comercializaba para la prevención y el tratamiento de la úlcera péptica. En muchos países, también está siendo usado ampliamente en las áreas de obstetricia y ginecología.^{26,27} Como sucede con otras drogas uterotónicas, el misoprostol hace que el útero se contraiga, reduciendo así el sangrado postparto. El uso de misoprostol presenta una serie de posibles beneficios: fácil administración (oral o rectal), bajo costo y estabilidad. Muchos estudios recientes y otros que están en curso han analizado la efectividad del misoprostol para reducir la hemorragia postparto, comparándolo con otras drogas oxitócicas.

Muchos estudios clínicos pequeños han revelado que una dosis de 400 a 600 mcg de misoprostol (administrada por vía oral) puede ser tan efectiva como la oxitocina o la sintometrina para reducir la hemorragia postparto;^{28,29} un estudio diferente lo ha encontrado menos efectivo.³⁰ Asimismo, varios estudios sugieren que el misoprostol es tan efectivo como la oxitocina, pero que se asocia a escalofríos y fiebre alta.^{13,31,32}

Un estudio multicéntrico de la OMS reveló que el misoprostol —al ser administrado en hospitales como parte del manejo activo del tercer período del parto— no es tan efectivo como la oxitocina para reducir el sangrado materno. Al comparar las mujeres que recibieron oxitocina con las que recibieron 600 mcg de misoprostol por vía oral inmediatamente después del parto, se observó que este último grupo presentó más casos de sangrado de 1.000 ml o más (4 versus 3 por ciento), requirió de uterotónicos adicionales con mayor frecuencia, y presentó una mayor incidencia de escalofríos y fiebre alta.³³ El estudio no consideró el uso del misoprostol para el tratamiento de la HPP (el estudio se centró en la prevención) y los autores consideraron que no había evidencia significativa para recomendar el uso de misoprostol si se dispone de oxitocina inyectable. Por el contrario, un comentario que acompaña al artículo señala que, a pesar de su baja efectividad, el misoprostol aún debe considerarse como una opción de gran utilidad en aquellas comunidades en que a las mujeres por lo general no se les administra una droga uterotónica.³⁴

En el manejo fisiológico, el cordón se pinza después de que éste ha dejado de latir. Al parecer, para la madre no existe diferencia entre ambas prácticas; sin embargo, pinzar el cordón inmediatamente después del parto reduce el flujo de sangre de la placenta que pasa al recién nacido. Se ha estimado que el pinzamiento del cordón umbilical impide que un 20% a 50% de la sangre fetal fluya de la placenta al recién nacido; el flujo de sangre también se ve afectado por la fuerza de gravedad y por el nivel (debajo o por sobre la placenta) en que se sostiene al bebé después del parto.³⁵ El menor flujo de sangre se traduce en un descenso de los niveles de hematocrito y hemoglobina del recién nacido, y podría incidir en la frecuencia de anemia por deficiencia de hierro durante la infancia.³⁶ Un estudio reveló que cuando se retrasa el pinzamiento del cordón hasta que éste deja de latir, la tasa de anemia entre los bebés de dos meses de edad se reduce a la mitad.³⁷ Algunos estudios han indicado la posibilidad de mayores trastornos respiratorios en el recién nacido luego del pinzamiento precoz del cordón.³⁵ La administración de una droga oxitócica sin pinzar de inmediato el cordón podría ser causa de una sobretransfusión del bebé; sin embargo, no existen estudios suficientes al respecto. Una posible ventaja para el bebé del pinzamiento precoz del cordón es que con ello podría disminuir el contagio por enfermedades de transmisión sanguínea, tales como el VIH.

Tensión controlada del cordón. La tensión controlada del cordón implica traccionar suavemente el cordón hacia abajo una vez que el útero se ha contraído, al mismo tiempo que se comprime el útero presionando el abdomen por sobre el pubis. Esta práctica es de gran ayuda para separar la placenta del útero y su posterior expulsión. Si se realiza durante una contracción uterina, esta tensión controlada del cordón contribuye a que la placenta descienda y pueda ser expulsada. En caso de que la placenta no descienda, se debe interrumpir la tensión del cordón después de 30 a 40 segundos, pudiendo reanudarse cuando se presente la siguiente contracción uterina.

Para la mujer, los potenciales riesgos asociados con la tensión controlada del cordón son que se produzca una inversión uterina (la parte superior del útero protruye a través del cervix) y que el cordón se separe de la placenta. No se registró ningún caso de inversión uterina o de separación del cordón en los cinco principales estudios controlados en los que se comparó el manejo activo y el manejo expectante.¹⁴ Para la práctica sin riesgos de la tensión controlada del cordón, es de vital importancia contar con pautas adecuadas y personal debidamente entrenado.

Implementación del manejo activo. Como se ha mencionado anteriormente, los estudios randomizados, a gran escala, realizados en países desarrollados muestran una clara ventaja del manejo activo del tercer período del parto en lo que respecta a la disminución de casos de HPP. Al evaluar si la práctica del manejo activo sería viable en los países en desarrollo, se deben considerar varios aspectos: los costos, las condiciones de almacenamiento y distribución de las drogas e insumos, la disponibilidad de personal capacitado y la calidad de los centros de salud.³⁸ La viabilidad del manejo activo depende, además, de la disponibilidad de drogas uterotónicas, jeringas y agujas. Para almacenar oxitocina y ergometrina por un largo período es necesario mantenerlas refrigeradas, y en algunos lugares no se cuenta con equipos apropiados. Además, el manejo activo requiere la presencia de un asistente

debidamente capacitado al momento del parto. Sólo la mitad de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo dan a luz con la ayuda de personal entrenado, y sólo el 40% lo hace en hospitales o centros de salud.³⁹ Un estudio reciente realizado en Indonesia reveló que la oxitocina que se administra por medio de un dispositivo previamente llenado con la dosis única necesaria (Uniject®) permite que las parteras capacitadas de las aldeas rurales administren oxitocina profiláctica a aquellas madres que dan a luz en sus hogares.⁴⁰

En aquellos lugares en que las mujeres dan a luz atendidas por proveedores de salud entrenados, el manejo activo puede salvarles la vida. Antes de instituir normas para el manejo activo del tercer período del parto en un centro de salud, deben realizarse estudios operativos para evaluar su viabilidad. Entre los requisitos esenciales para la implementación de políticas de manejo activo se encuentran la capacitación del personal en todos los aspectos del manejo activo y en aquellas destrezas necesarias para tratar posibles complicaciones de la madre o del recién nacido. Asimismo, es fundamental garantizar la seguridad de las inyecciones.

Asegurar el Acceso a la Maternidad Sin Riesgo a través de Estándares de Atención a nivel mundial

Entre las prioridades que se establecieron en la Reunión de Consulta Técnica sobre Maternidad Segura realizada en Sri Lanka en 1997, y en el Simposio Internacional sobre Maternidad sin Riesgo realizado en Washington D.C en 1998, estaban: garantizar la atención de cada parto por personal calificado, y mejorar el acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto.⁴¹ El manual *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto* presentado en la página 6 contribuye a lograr el cumplimiento de dichas metas, ya que ayuda a institucionalizar y formalizar las destrezas que deben tener los médicos y matronas de los hospitales de referencia.

Los estándares de atención establecen un nivel específico de desempeño basado en prácticas de última generación respaldadas por los conocimientos científicos más avanzados.⁴² Las pautas para la elaboración de políticas y la entrega de servicios explican cómo deben alcanzarse estos estándares. Los estándares y las pautas, utilizados en conjunto, pueden contribuir a mejorar el desempeño y la calidad de atención de los proveedores de salud.

Elaboración de pautas nacionales. El manual *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto* y otras publicaciones internacionales basadas en la evidencia sirven como modelos para elaborar pautas actualizadas que rijan las políticas y la prestación de servicios a nivel nacional. Los procesos de implementación y desarrollo efectivo de nuevos estándares y pautas generalmente constan de varias etapas:

- Identificar a todos los actores involucrados y alcanzar un consenso en cuanto a la necesidad de realizar un cambio.
- Conformar un comité asesor nacional.
- Desarrollar y revisar una versión preliminar de pautas nacionales sobre políticas y entrega de servicios,

valiéndose de material de referencia tanto nacional como internacional.

- Revisar las pautas (incluyendo aquéllas de actores claves que no forman parte del comité asesor).
- Aprobar oficialmente las pautas.
- Difundir estas pautas ampliamente.

Este proceso asegura que las pautas nacionales aborden los problemas propios de la comunidad, y que las soluciones se adecuen al contexto nacional. El Programa de Salud Materna y Neonatal de la JHPIEGO (MNH por sus siglas en inglés: *Maternal and Neonatal Health*) ha ayudado a algunos países a desarrollar pautas nuevas, basándose en el manual *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto*. En Uganda, por ejemplo, las pautas que rigen la atención en sa-

“Si las madres recibieran atención postparto con la misma regularidad con la que reciben atención prenatal, la mortalidad materna disminuiría.” — Li et al., 1996³

lud materna y neonatal fueron desarrolladas en base a una serie de actividades en las que participaron más de 30 proveedores de salud y responsables de la toma de decisiones de ese país. Como resultado, se elaboró el documento *Pautas Clínicas para la Atención Materna y Neonatal en Uganda*, que entrega los criterios básicos para mejorar la supervivencia de la madre y del recién nacido. Este proceso participativo que permitió la elaboración de las pautas garantizó que éstas reflejaran y respondieran a las necesidades y preocupaciones reales de los ugandeses.⁴²

Asimismo, en colaboración con el programa MNH, los líderes de Indonesia presentaron recientemente el *Documento Nacional de Referencia en Salud Materno Neonatal*. La presentación se llevó a cabo en un taller al que asistió un centenar de actores involucrados, entre los que se encontraban obstetras y ginecólogos, personal docente de las escuelas de medicina y obstetricia, y representantes del ministerio de salud.⁴² Dicho documento será distribuido a todas las escuelas de medicina y obstetricia, y a los programas de capacitación en salud reproductiva de Indonesia. En ese país, ya se ha empezado a usar en las capacitaciones material docente basado en este documento como guía para la atención del recién nacido y de la madre durante el embarazo, el parto y el postparto.

Implementación y uso de las pautas. Una vez que las nuevas pautas han sido aceptadas y distribuidas, es necesario garantizar su implementación y uso. Es importante contar con sistemas de apoyo que permitan cerciorarse de que los proveedores de salud cuenten con las destrezas, el equipo y los insumos necesarios para implementar los estándares de atención. Para lograr este objetivo se requiere de sistemas para capacitar y supervisar al personal, para asegurar un apoyo logístico adecuado, y para monitorear y evaluar nuevos enfoques para la entrega de servicios. Por ejemplo, en África, Asia y América Latina se están implementando programas de capacitación (que cuentan con el apoyo del programa MNH) basados en el manual *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto*, con el objetivo de crear un grupo especializado de docentes y capacitadores. Una vez que estos profesionales completen un total de 12 a 18 meses de entrenamiento, podrán desempeñarse como expertos en el área y contribuir a la capacitación de otros profesionales dentro de su región.

Como principales beneficiarios, los miembros de la comu-

Nuevos Manuales sobre la Atención de Salud Materna y Neonatal

nidad deben participar activamente en la implementación de las nuevas pautas. Si las mujeres, sus familias y los líderes de la comunidad reciben educación acerca de los nuevos estándares de atención, lograrán comprender mejor tanto el proceso del embarazo, trabajo de parto y parto, como sus posibles complicaciones. De tal manera, a la larga la comunidad esperará recibir —y exigirá— el nuevo nivel de atención. De hecho, la implementación efectiva de ciertas pautas requiere de la participación de los miembros de la comunidad (por ejemplo, al transportar a una mujer con HPP a un centro de atención de salud). Asimismo, el papel de la comunidad es clave al momento de controlar y evaluar si las pautas y los estándares están siendo implementados correctamente.

Conclusión

La hemorragia postparto es una causa rápida e impredecible de muerte materna a nivel mundial. La información actual indica que en aquellos lugares donde se cuenta con asistentes de parto capacitados, equipo necesario, y con procedimientos para la administración segura de inyecciones, el manejo activo del tercer período del parto (administración de drogas uterotónicas, pinzamiento del cordón, y tensión controlada del cordón) reduce significativamente la incidencia de casos de HPP.⁴³ Junto con la prevención y tratamiento de la anemia y con la atención calificada de los partos, el manejo activo puede prevenir cada año miles de casos de HPP en todo el mundo. Aquellos casos que no pueden prevenirse requieren de la intervención inmediata de proveedores de salud debidamente capacitados y preparados.

Investigaciones operativas en curso están ayudando a determinar los criterios más adecuados para manejar la hemorragia postparto y sus complicaciones en diferentes condiciones. Dichos criterios deben incluir los requisitos de atención necesarios que garanticen la seguridad y efectividad del manejo activo de la tercera etapa del parto. A medida que

más proveedores de salud tengan acceso, a través de nuevas pautas nacionales, a la información necesaria para prevenir y manejar la HPP, más mujeres podrán recibir la atención obstétrica que necesitan. Materiales educativos como el manual *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto* podrán satisfacer la necesidad de contar con información clara y precisa.⁵ La incorporación del manejo apropiado de la tercera etapa del parto como un elemento más de la atención pre- y postparto contribuirá a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las madres y de los niños/as en todo el mundo.

1. Starrs, A. *The Safe Motherhood Agenda: Priorities for the Next Decade*. New York: Inter-Agency Group for Safe Motherhood, Family Care International (1997).
2. WHO. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of an in-depth review, analysis and estimation strategy [statement]. Geneva: WHO (2001).
3. Li, X.F. et al. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 54:1 – 10 (1996).
4. AbouZhar, C. "Antepartum and Postpartum Hemorrhage." In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds. *Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Boston: Harvard University press (1998).
5. WHO. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Geneva: WHO (2000).
6. WHO. *Mother-Baby Package*. WHO/RHT/MSM/94.11.Rev1. Geneva: WHO (Revision, 1998).
7. WHO. Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information. 4th ed. WHO/RHT/MSM/96.28. Geneva: WHO (1997).
8. Cunningham, F.G. et al. *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange (1997).
9. Ripley, D.L. Uterine emergencies: atony, inversion, and rupture. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 26:419 – 434 (1999).
10. Combs, C.A. et al. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstetrics & Gynecology* 77:69 – 76 (1991).
11. Stones, R.W. et al. Risk factors for major obstetric hemorrhage. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 48:15 – 18 (1993).
12. Akins, S. Postpartum hemorrhage: a 90s approach to an age-old problem. *Journal of Nurse-Midwifery* 39(2), Supplement:123S – 134S (March/April 1994).
13. Bulgaho, A. Et al. Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 73:1 – 6 (2001).

Tabla 2. Sangrado Vaginal después del Parto

Síntomas y signos siempre presentes	Síntomas y signos que pueden presentarse	Probable Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* • Útero blando y no contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Choque 	Atonía uterina
<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta completa • Útero contraído 	Desgarros del cervix, la vagina o el periné
<ul style="list-style-type: none"> • Retención de la placenta (no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos postparto) 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* • Útero contraído 	Placenta retenida
<ul style="list-style-type: none"> • Placenta incompleta y/o presencia de membranas desgarradas 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* • Útero contraído 	Fragmentos placentarios retenidos
<ul style="list-style-type: none"> • No se palpa el fondo del útero a través del abdomen • Dolor leve o intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Útero invertido visible a nivel de la vulva • HPP inmediata† 	Útero invertido
<ul style="list-style-type: none"> • El sangrado ocurre transcurridas más de 24 horas después del parto • El útero se presenta más blando y de mayor tamaño que lo que correspondería dado el tiempo transcurrido desde el parto 	<ul style="list-style-type: none"> • El sangrado varía (leve o abundante; continuo o irregular) • Anemia 	HPP tardía

*El sangrado puede ser leve si un coágulo bloquea el cuello del útero o si la mujer yace de espaldas.

†Puede que no ocurra sangrado si hay inversión completa

Fuente: *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto*⁵. El manual presenta instrucciones específicas para el manejo de cada caso.

14. Prendiville, W.J. et al. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review, March 9, 2000). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
15. Begley, C. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. *Midwifery* 6:3 - 17 (1990).
16. UNICEF. *Maternal Mortality Update 1998 - 1999*. New York: UNICEF (1999). Available online at www.unfpa.org/tdp/mmupdate/overview.htm.
17. Khan, G.Q. et al. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177:770 - 774 (1997).
18. Prendiville, W.J. et al. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labor. *British Medical Journal* 297:1295 - 1300 (1998).
19. Rogers, J. et al. Active versus expectant management of third stage of labor: the Hinchingsbrooke randomized controlled trial. *Lancet* 351:693 - 699 (1998).
20. WHO. Reproductive Health Library [CD ROM]. Geneva: WHO/HRP (2001). For information, contact RHL@who.int
21. Poeschmann, R. P. Et al. A randomized comparison of oxytocin, sulprostone and placebo in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 98:528 - 530 (1991).
22. Nordstrom, I. Et al. Routine oxytocin in the third stage of labour: A placebo-controlled randomised trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 104:781 - 786 (1997).
23. McDonald, S. Et al. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
24. Hogerzeil, H.V. Instability off (methy)ergometrine in tropical climates: an overview. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 69:25 - 29 (1996).
25. Gülmezoglu, A.M. Prostaglandins for prevention of postpartum hemorrhage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
26. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) and EngenderHealth. *Misoprostol for Obstetric and Gynecologic Uses: A Literature Review*. Seattle, Washington: PATH and EngenderHealth (April 2001). Available online at www.RHO.ORG/miso-lit-review.pdf
27. Song, J. Use of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Obstetrical and Gynecological Survey* 55(8):503 - 510 (2000).
28. Walley, R.L. et al. A double-blind placebo controlled randomized trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107(9):1111 - 1115 (September 2000).
29. Ng, P.S. et al. A multicentre randomized controlled trial of oral misoprostol and i.m. syntometrine in the management of the third stage of labour. *Human Reproduction* 16:31 - 35 (2001).
30. Cook, C.M. et al. A randomized clinical trial comparing oral misoprostol with synthetic oxytocin or syntometrine in the third stage of labour. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynecology* 39(4):414 - 419 (1999).
31. Bamigboye, A. A. Et al. Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77:178 - 181 (1998).
32. Diab, K. et al. The use of rectal misoprostol as active pharmacological management of the third stage of labor. *Journal of Obstetrics & Gynaecological Research* 25(5):327 - 332 (1999).
33. Gülmezoglu, A.M. et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol as active pharmacological management of the third stage of labour. *Lancet* 358(9283):689 - 695 (September 1, 2001).
34. Darney, P.D. Misoprostol: a boon to safe motherhood...or not? [commentary]. *Lancet* 358(9283):682 - 683 (September 1, 2001).
35. Gyte, G. 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* 10:183 - 199 (1994).
36. WHO. *Care of the Umbilical Cord*. WHO/RHT/MSM/98.4. Geneva: WHO (1998).
37. Perex-escamilla, R. And Dewey, K.G. Active versus expectant management of third stage of labour. *Lancet* 351(9116):1659 - 1660 (May 30, 1998).
38. Carroli, G. Active versus expectant management of the third stage of labour (WHO Reproductive Health Library Commentary, Nov. 17, 2000). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
39. WHO. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: WHO (1999).
40. PATH. World Health Organization/Indonesia, and Ministry of Health/Indonesia. *Oxytocin in Pre-Filled Uniject™ Injection Devices for Management of Third Stage of Labor: An Introductory Trial in Lombok, Indonesia*. Final Report. Seattle, Washington: PATH (May 2001).
41. PATH. Safe motherhood: success and challenges. *Outlook* 16(Special): 1 - 8 (July 1998).
42. Johnson, R. *Implementing Global Standards of Maternal and Neonatal Healthcare at Healthcare Provider Level: A Strategy of Disseminating and Using Guidelines*. Unpublished paper prepared for Implementing Maternal and Neonatal Health Standards of Care workshop, 13 - 14 September 2000. Baltimore: JHPIEGO (2000).
43. Gülmezoglu; A.M. Personal communication, WHO (August 28, 2001).

El editor responsable de esta número fue Barbara Shane. Como asistente de edición colaboró Michele Burns, y como asistente de producción participó Kristin Dahlquist. Además de los miembros seleccionados de la Junta Asesora, las siguientes personas revisaron esta edición: Dr. M. Gülmezoglu, Dr. J. Liljestrand, Sra. M. McCormick, Dr. H. Sanghvi, Sra. A. Tinker, y Dr. J. Villar. *Outlook* agradece sus comentarios y sugerencias.

Outlook es publicado por PATH en inglés y francés y esta disponible en español, chino, indonesio, portugués y ruso. *Outlook* presenta noticias sobre productos para la salud reproductiva y decisiones sobre la regulación de drogas, de interés para los países en desarrollo.

El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) traduce, publica y distribuye la edición en español de *Outlook*. Las personas de ICMER a cargo de la traducción y producción de *Outlook* en español son Ana María Concha, Kane Sugiura y Ximena Toro. Este número de *Outlook* cuenta con el financiamiento de la Office of Health and Nutrition, Center for Population, Health, and Nutrition, Bureau for Global Programs, Field Support, and Research, United States Agency for International Development (USAID), bajo los términos del contrato No. HRN-A-00-98-00043-00.

El contenido y las opiniones expresadas en *Outlook* no son necesariamente aquellas de sus patrocinadores, de los miembros de la Junta Asesora de *Outlook*, de PATH o del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

PATH es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a mejorar la salud, especialmente la salud de las mujeres y los niños de los países en desarrollo. *Outlook* se envía sin costo alguno a los lectores de los países en desarrollo; la suscripción en los países desarrollados tiene un precio de US\$ 40 al año. Por favor dirija sus cheques a PATH.

Editora: Jacqueline Sherris, Ph.D.
 PATH
 1455 N.W. Leary Way
 Seattle, Washington 98107 - 5136
 Fono: 206 - 285 - 3500
 Fax: 206 - 285 - 6619
 E-mail: outlook@path.org
 URL: http://www.path.org/resources/pub_Outlook.htm

JUNTA ASESORA

- Giuseppe Benagiano, M.D., Director General, Instituto Nacional de Salud de Italia
- Gabriel Bialy, Ph.D., Asesor Especial, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, EE.UU.
- Willard Cates, Jr. M.D., M.P.H., Presidente de Family Health International, EE.UU.
- Lawrence Corey, M.D., Prof. de Laboratorio Clínico, Medicina y Microbiología y Jefe Div. de Virología, Universidad de Washington, EE.UU.
- Horacio Croxatto, M.D., Presidente del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Chile
- Judith A. Fortney, Ph.D., Director Corporativo para Asuntos Científicos, Family Health International, EE.UU.
- John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Dir. Med., Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, Reino Unido
- Atiqur Rahman Khan, M.D., Comité Asesor Nacional, UNFPA, Tailandia
- Louis Lasagna, M.D., Sackler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, EE.UU.
- Roberto Rivera, M.D., Director Corporativo para Asuntos Médicos Internacionales, Family Health International, EE.UU.
- Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Secretario General Adjunto, IPPF, Reino Unido
- Melvin R. Sikov, Ph.D., Científico Principal, Toxicología Experimental, Battelle Pacific Northwest Labs., EE.UU.
- Irving Sivin, M.A., Científico Principal, The Population Council, EE.UU.
- Richard Soderstrom, M.D., Prof. OB/GIN, Universidad de Washington, EE.UU.
- Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Prof., Dept. Salud Pública y Atención Primaria, Universidad de Oxford, Reino Unido.