

ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO: UNA ACCIÓN CON JUSTIFICACIÓN.

Autor principal:

ELENA
GUTIÉRREZ
MUÑOZ

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

Palabra clave 1:

1. Parto / Parturition

Palabra clave 2:

2. Hemorragia postparto / Postpartum Hemorrhage

Palabra clave 3:

3. Oxitocina / Oxytocin

Palabra clave 4:

4. Tercer periodo del trabajo de parto / Labor Stage, Third

Resumen:

El alumbramiento comienza desde la salida del recién nacido hasta la expulsión completa de placenta y membranas fuera de la vulva. La duración no será mayor de 15 minutos (el 90% se expulsan entre los 5-10 primeros minutos) y la pérdida sanguínea no deberá exceder los 500 ml.

El alumbramiento o tercer periodo del parto, puede desarrollarse de forma espontánea o dirigida:

- Manejo fisiológico del alumbramiento: también se conoce como conducta conservadora o conducta expectante. Se aguarda por los signos de separación placentaria y la placenta se expulsa espontáneamente.
- Manejo activo del alumbramiento: incluye la administración de profilaxis uterotónica en el momento del nacimiento del neonato.

El Objetivo del presente trabajo es estudiar la eficacia del alumbramiento dirigido y comprobar la evidencia del manejo activo del alumbramiento.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos científicas, consulta de protocolos actualizados de sociedades científicas especializadas en el tema y consulta en libros de texto.

La conclusión es que la conducta activa del alumbramiento previene hasta un 60% de hemorragias en este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo coste. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa postparto y la duración del tercer periodo del parto. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO).
(1)

Antecedentes/Objetivos:

- Estudiar a fondo la eficacia del alumbramiento dirigido, sus complicaciones y sus contraindicaciones.
- Comprobar la evidencia del alumbramiento dirigido.

Las matronas deben estar capacitadas con los conocimientos, habilidades y juicio crítico para el manejo activo de esta etapa del parto, y para practicar con habilidad ambas modalidades de alumbramiento. (Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME)(2)

Descripción del problema - Material y método:

Kaunitz y col. Señalaron que la hemorragia obstétrica es responsable del 13% de muertes maternas y que 1/3 de ellas corresponde a hemorragia postparto. Incluso es posible que asista a un aumento de la incidencia de hemorragias del alumbramiento y consecuentemente de mortalidad materna por el alto porcentaje de cesáreas, uso de oxitócicos y aumento de técnicas de reproducción asistida con mayor prevalencia de gestaciones múltiples. (Roberts). En España las hemorragias son ahora la segunda causa de muerte materna representando el 20% de ellas las más importantes son las del alumbramiento. Se admite que una hemorragia menor a 500 ml es normal y cantidades mayores a 1000 ml se consideran patológicas. No se dispone de datos que indiquen la frecuencia de hemorragias aunque se considera que hemorragia mayor a 1 litro se producen en alrededor de 5% partos, mientras que hemorragias de 500-1000 ml pueden llegar a presentarse en casi ¼ parte de los partos.

Así en American College of Obstetricians and Gynecologists admite que ha habido hemorragias del alumbramiento cuando el hematocrito ha experimentado un descenso de 10 o más puntos o cuando ha habido que realizar transfusión sanguínea. Para la OMS, es la pérdida sanguínea de 500ml o más del tracto genital en las primeras 24 horas. La SEGO define la Hemorragia Postparto como aquel sangrado vaginal de mayor o igual a 500cc tras el parto vaginal o mayor a 1000cc tras cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica.

Resultados y discusión:

La conducta activa del alumbramiento previene hasta un 60% de hemorragias en este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo coste. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa postparto y la duración del tercer periodo del parto. SEGO (1)

El manejo activo del alumbramiento conlleva menor índice de hemorragia postparto, menor pérdida de sangre y reducción de transfusiones sanguíneas. La hemorragia postparto dentro de las primeras 24 horas, cuya causa más frecuente es la atonía uterina es la causa más importante de muerte materna. La Hemorragia postparto por atonía uterina ocurre incluso en mujeres sin factores de riesgo, numéricamente tienen atonía más mujeres sin factores de riesgo que las que los presentan, por lo que las intervenciones se deben dirigir a todas las mujeres. FAME (2)

EVIDENCIA SEGÚN GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (GPC DEL SNS);

- Existe un buen nivel de evidencia de que el manejo activo de la 3º fase del parto disminuye el riesgo de Hemorragia postparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la

duración de la 3° etapa del parto.

- Aunque hay buena evidencia de que el manejo activo del parto aumenta algunas complicaciones maternas como presión arterial diastólica mayor a 100 mmHg, náuseas, vómitos y cefalea no se observaron otras complicaciones como aumento del dolor durante la 3° etapa, hemorragia postparto secundaria, readmisión por sangrado, necesidad de antibióticos o fatiga materna a las seis semanas. No se encontraron diferencias en los resultados neonatales.

A. Se recomienda el manejo activo del alumbramiento.

? Las mujeres deben ser informadas preferiblemente durante la gestación de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia postparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

? El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita.

- A partir de los 10 minutos de duración de la tercera etapa del parto con manejo activo el riesgo de hemorragia postparto aumenta progresivamente con la duración de la misma. NE=2+

- Una duración mayor a 30 minutos tras un manejo activo se asocia con un incremento en la incidencia de hemorragia postparto. NE=3

- El periodo de alumbramiento espontáneo tiene una duración menor de 60 minutos en el 95% de las mujeres. NE=1+

La GPC del SNS redacta la recomendación de forma similar a NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) pero teniendo en cuenta que se adhiere a las recomendaciones de la ICM (Confederación Internacional de Matronas) y la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) que decidieron no incluir el pinzamiento y sección precoz del cordón umbilical en el protocolo del manejo activo del alumbramiento.

PROCEDIMIENTO SEGÚN SEGO:

Empleo de oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior. Oxitocina de elección. (Las prostaglandinas son eficaces en el tratamiento de hemorragias postparto pero no tienen un papel en la prevención de las mismas).

PROCEDIMIENTO SEGUN ICM Y LA FIGO:

- Administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto tras el nacimiento del bebé.
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical.
- Aplicar masaje uterino tras la expulsión de la placenta según sea apropiado.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

La mayor complicación de la tercera etapa de parto es la hemorragia postparto. El grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina. La duración de esta etapa es importante porque la prevalencia de la hemorragia postparto se incrementa cuando su duración se alarga. En alumbramientos menores a 30 minutos la hemorragia postparto y otras complicaciones es constante y aumenta progresivamente hasta alcanzar el máximo en 75 minutos (NE=3). El alumbramiento espontáneo tiene una duración de menos de 60 minutos. El manejo activo una duración mayor a 30 minutos se asocia a mayor incidencia de hemorragia postparto. (GPC del SNS).

La conducta activa del alumbramiento previene hasta un 60% de hemorragias en este periodo y es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo. Reduce también la

necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa postparto y la duración del tercer periodo del parto. (SEGO). (1)

Propuestas de líneas futuras de investigación:

? INYECCION INTRAUMBILICAL DE OXITOCINA

Durante las primeras horas tras el nacimiento son frecuentes las complicaciones como hemorragia postparto o placenta retenida. La inyección intraumbilical dirige el tratamiento al lecho placentario y a la pared uterina. La oxitocina inyectada en la vena umbilical alcanza el lecho placentario en altas concentraciones, estimula las contracciones uterinas y disminuye el área del sitio de fijación de la placenta. La tensión resultante hace que el tejido de la decidua esponjosa de paso a la formación de un hematoma. (3).

? DRENAJE DEL CORDON PLACENTARIO

El drenaje del cordón placentario en el tratamiento de la etapa expulsiva del parto puede reducir la duración de la misma. El drenaje del cordón placentario incluye pinzamiento y corte del cordón umbilical después del parto pero, después se remueve de inmediato el pinzamiento del lado materno del cordón umbilical y se permite el libre drenaje de sangre desde la placenta. El drenaje del cordón parece reducir la duración de la etapa expulsiva. Se ha indicado que la sangre de drenaje de la placenta podría reducir su volumen, lo que permitiría la contracción y retracción del útero y por tanto ayudaría al trabajo de parto (Wood 1997) Algunos profesionales también cuentan con creencias de que permitir el drenaje del cordón mejora el desprendimiento de la placenta y disminuye las complicaciones de la etapa expulsiva. (4)

Bibliografía:

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre la asistencia al parto. SEGO; 2008.
Disponible en; <http://www.sego.es/Content/pdf/20080117recomendacionalparto.pdf>.
 2. Federación Asociación Matronas España. Iniciativa al parto normal. El alumbramiento: 93-94. Disponible en : <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-norma...>
 3. Güngördük, O.Asicioglu, B.Besimoglu, OC Güngördük, G.Yildirm, Ark.C, Tekirdag. Using intraumbilical vein injection of oxytocin in routine practice with active management of the third stage of labor. A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010; 116:619-24.
 4. Soltani H, Dickinson F, Symonds I. Drenaje del cordón placentario después del parto vaginal espontaneo como parte del tratamiento de la etapa expulsiva del parto (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
Disponible en <http://www.update-software.com>
-