

ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO VS ALUMBRAMIENTO

DIRIGIDO: PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO.

Higueras Llorente, A (Matrona); Higueras Llorente, R (Enfermera)

INTRODUCCIÓN:

En el mundo mueren diariamente 1500 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, el 99% en países en vías de desarrollo y el 1% en países desarrollados, Siendo la Hemorragia Postparto (HPP) la principal complicación del alumbramiento y constituyéndose la primera causa de mortalidad materna mundial. La duración del alumbramiento es importante ya que parece estar relacionada con dicha complicación postparto. La pérdida sanguínea se asocia a la rapidez con la que la placenta se desprende del útero y a la efectividad de la dinámica uterina, ambas causas modificables con las prácticas de los tocólogos/as y matronas, siendo su correcta asistencia la mejor de las profilaxis de la HPP. Por lo que en los últimos años se desarrollado estudios comparativos de la conducta que hay que seguir en la fase del alumbramiento, pasiva o activa, y así eliminar la iatrogenia producida en la atención de ésta fase, ya que, es importante aclarar qué actuación podría disminuir el tiempo de duración del alumbramiento y la cantidad de hemorragia tras el parto.

OBJETIVOS:

General:

Actualizar, mejorar y unificar las diferentes intervenciones en el alumbramiento y las complicaciones que pueden aparecer con el fin de elegir la práctica más segura.

Específicos:

- Identificar las prácticas según el tipo de alumbramiento, fisiológico o dirigido.
- Conocer los diferentes fármacos utilizados en el alumbramiento dirigido, así como contemplar sus ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.
- Respetar los derechos y deseos de la mujer durante el proceso.

MÉTODO:

El diseño del estudio fue una **revisión bibliográfica** para la cual se realizó una búsqueda en bases de datos biomédicas (Pubmed, Cochrane, ENFISPO, Scielo y CUIDEN); capítulos de libros de Ginecología y Obstetricia, guías de práctica clínica del SNS y de la Junta de Andalucía, protocolos de la SEGO, documentos de la FAME y en diferentes buscadores especializados de internet.

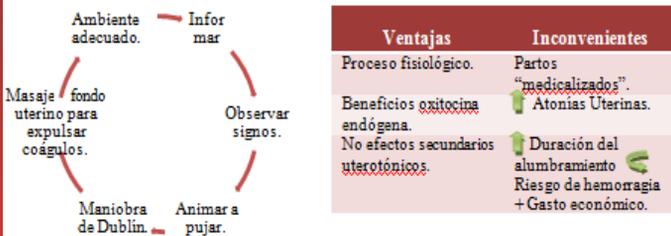
Los **criterios de inclusión** fueron:

- Artículos en castellano publicados en los últimos cinco años.
- Artículos que incluyeran el método de **alumbramiento fisiológico, alumbramiento dirigido**, junto con la identificación de los **fármacos** utilizados en él.

RESULTADOS

ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO O ESPONTÁNEO

Duración ↓ 60 minutos en 95% casos.



ALUMBRAMIENTO ACTIVO O DIRIGIDO

Duración ↓ 30 minutos.



Ventajas	Inconvenientes
No + oxitocina salvo hemorragia incoercible.	Interferencia oxitocina endógena.
Duración 3ª etapa y HPP (Evidencia 1+).	Rotura de cordón.
Gasto económico = ↓ HPP, complicaciones = ↓ Gasto económico.	Rotura uterina
	Acretismo placentario = No alumbramiento tras 4 intentos.

ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO	ALUMBRAMIENTO ACTIVO
No se utilizan oxitócicos.	Se administran oxitócicos.
Se expulsa la placenta por gravedad y el esfuerzo materno.	Se pinza el cordón.
Se pinza el cordón después de la expulsión de la placenta.	Se expulsa la placenta mediante tracción controlada del cordón con contracción sobre el fondo.
Se masajea el fondo.	Se masajea el fondo.

Alumbramiento fisiológico VS Alumbramiento dirigido

Fármacos utilizados:

- Uso combinado de oxitocina y ergotínico disminuye HPP > 500 ml, pero causan náuseas, vómitos y aumento de la presión diastólica.
- Administración de 10 UI de Oxitocina en el minuto siguiente al parto (Recomendación grado A).

ERGOTÍNICOS

- No diferencias con la oxitocina a HPP > 500 ml.
- Mayor riesgo de extracción manual de la placenta.

OXITOCINA

Uso rutinario de oxitocina en el manejo activo del alumbramiento hay menor riesgo de HPP > 500 ml.

MISOPROSTOL

Efectos secundarios vómitos, diarreas, náuseas...

CONCLUSIONES

- Las recomendaciones de las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la **OMS, la FIGO, la ICM, la SEGO y la FAME**, abogan por la utilización de un **manejo activo** (masajes uterinos, el pinzamiento precoz, sección y tracción controlada del cordón y administración de medicamentos) del tercer periodo del parto. Existe un **nivel de evidencia (1+)** de que el manejo activo **disminuye el riesgo de HPP**, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración del alumbramiento, obteniendo **mejores resultados de salud** que con el expectante.
- El fármaco de mejor elección utilizado en el alumbramiento activo es la oxitocina, según evidencias científicas.
- **No obstante, la mujer debe recibir información sobre ventajas e inconvenientes de ambos tipos. El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo requiere, y siempre que no haya complicaciones, tiene derecho de elegir.**

BIBLIOGRAFÍA

- Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active Versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11): CD007412.
- Escarpa Araque Mª. Pinzamiento tardío vs pinzamiento precoz del cordón umbilical. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Matronas*. 2012; 4(5): 242-270.