

Guía



DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida

Manejo integral del tercer y cuarto
períodos del parto para mejorar la salud
materna, neonatal e infantil



ANTIOQUIA NUEVA, un hogar para la vida

Gobernador de Antioquia

Anibal Gaviria Correa

Secretario Seccional de Salud de Antioquia

Carlos Mario Montoya Serna

Autor corporativo

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Autores de la guía

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Omar Armando Méndez Gallo

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Comité técnico-científico

Gladis Adriana Vélez Álvarez

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Santiago Ignacio Faciolince Pérez

Diseño y diagramación

Alexander Rojas Moreno

Vigencia

Valida hasta agosto del 2010 o hasta que se indique lo contrario

Medellín septiembre de 2007

Justificación:

El alumbramiento, entendido como el tiempo que transcurre entre el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta es un período crítico para la supervivencia y la salud tanto de la madre como del RN (Recién Nacido). La hemorragia posparto es la causa más importante de muerte materna a nivel mundial y más de la mitad de las muertes suceden dentro de las primeras 24 horas después del parto. La prevención de la mortalidad materna por hemorragia va a beneficiar también la supervivencia del RN pues ambas están íntimamente ligadas. Igualmente, la ligadura del cordón y el contacto temprano, dos intervenciones que se realizan en este período, tienen repercusiones en la salud del neonato en el largo plazo.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM, por sus siglas en inglés) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) se han asociado a los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por una Maternidad Segura (Safe Motherhood) para reducir la muerte e incapacidad de las madres en el mundo mediante la difusión de intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible.

Al revisar la evidencia disponible, la ICM y la FIGO concuerdan en que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce la hemorragia postparto, la cantidad de sangre perdida y las transfusiones de sangre. Según la revisión sistemática de la colaboración Cochrane el manejo activo del alumbramiento disminuye en un 67 % el riesgo de una hemorragia posparto severa definida como la pérdida de sangre igual o mayor a 1000 ml.

La ligadura inmediata del cordón incrementa la incidencia de deficiencia de hierro y anemia durante la primera mitad de la infancia. Por el contrario, la ligadura tardía del cordón permite el paso al RN de una cantidad de sangre que le provee suficientes reservas de hierro para los primeros 6 a 8 meses de vida. La OMS recomienda que en beneficio del bebé, no se ligue tempranamente el cordón para realizar la tracción de la placenta. En términos prácticos esto puede ser alrededor de tres minutos, siempre

y cuando el bebé no nazca con signos de asfixia. El contacto piel a piel, ayuda a mantener la temperatura del RN, mejora el vínculo materno neonatal y está asociado con una duración más larga de la lactancia materna.

Todas las mujeres embarazadas están en riesgo de sufrir una hemorragia que les puede causar la muerte durante el parto, tengan o no factores de riesgo.

Población objeto

El manejo activo del alumbramiento y el contacto temprano piel a piel debe ser ofrecido a todas las mujeres que tengan un parto hospitalario y la ligadura tardía del cordón debe ser considerada para todos los RN nacidos por parto vaginal independientemente de la edad gestacional, excepto en aquellos casos que presenten asfixia.

Definición de términos

Manejo expectante del alumbramiento: consiste en permitir la expulsión espontánea o por gravedad de la placenta.

Manejo activo del tercer período del parto: consiste en la aplicación de una serie de intervenciones probadas que facilitan que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas y que disminuyen el riesgo de la hemorragia posparto.

Ligadura tardía del cordón: se refiere a diferir en el tiempo la ligadura del cordón y no realizarla inmediatamente nace el RN como es lo usual. El tiempo óptimo para pinzar el cordón para todos los neonatos independientemente de la edad gestacional es cuando cese la circulación en el cordón, lo que ocurre aproximadamente a los 3 minutos del nacimiento.

Características de la atención

Todo el personal de salud que participe en la atención de partos debe estar sensibilizado, tener conocimientos, habilidades, y el criterio clínico necesarios para realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto, la ligadura tardía del cordón umbilical y favorecer el contacto piel a piel. Así mismo, debe tener acceso al material y equipo necesarios para realizarlo.

¿Cuál agente uterotónico utilizar?

La ocitocina es el medicamento de elección. Los estudios que compararon la ocitocina con la metilergometrina o con la mezcla de ocitocina con metilergometrina no mostraron diferencias en cuanto a la pérdida sanguínea o a la necesidad de transfusión. Sin embargo la ergometrina sola o mezclada con ocitocina se asoció con más efectos adversos como náuseas, vómito y aumento de la presión arterial.

La metilergometrina 0.2 mg IM o la mezcla de metilergometrina con ocitocina se debe usar solo cuando no se disponga de ocitocina, pero se debe tener en cuenta que su acción es más retardada y que está contraindicada en las pacientes con hipertensión arterial o enfermedad cardíaca.

Igualmente debe preferirse la ocitocina al misoprostol oral para la prevención de la hemorragia posparto ya que la probabilidad de una hemorragia mayor a 1000 ml y la necesidad de uterotónicos adicionales es superior cuando se utiliza el misoprostol. Además, el misoprostol está asociado con más efectos adversos: temblor, diarrea y aumento de la temperatura por encima de 38 grados.

La dosis y vía de administración de la ocitocina recomendada por la OMS es la siguiente:

- Vía intramuscular en el tercio medio del muslo, 10 unidades sin diluir.

En el primer minuto después del nacimiento del bebe aplique 10 unidades de ocitocina IM

¡Advertencia! No administre derivados del ergot a las mujeres con preeclampsia, eclampsia, presión arterial alta o enfermedad cardíaca.

¿Cuándo debe ser ligado el cordón umbilical?

Los estudios que se han realizado para evaluar el efecto de la ligadura tardía del cordón umbilical han mostrado beneficios tanto en los RNs de término como en los nacidos antes del término. En los primeros se ha demostrado que el nivel de hemoglobina es significativamente mayor a los 2, 4 y 6 meses y en los prematuros se ha demostrado que necesitan menos transfusiones en las primeras 6 semanas después del parto. No se han demostrado efectos adversos que ameriten tratamiento en los niños sometidos a ligadura tardía del cordón umbilical.

La administración de un medicamento uterotónico inmediatamente después del parto puede acelerar la transfusión de sangre placentaria al RN. Para lograr una óptima transfusión placentaria la ligadura del cordón debe ser diferida por lo menos tres minutos, después de lo cual se puede ligar y cortar el cordón umbilical y realizar el alumbramiento activo mediante la tracción controlada del cordón.

¿Cómo hacer una tracción controlada del cordón umbilical?

- Pinzar el cordón umbilical cerca del periné 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.
- Esperar una contracción uterina fuerte y mantener una tensión suave en el cordón umbilical.
- Animar a la madre a pujar durante la contracción uterina fuerte y con mucho cuidado halar hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continuar aplicando presión en sentido contrario sobre el útero (contratracción).
- Si la placenta no desciende y es evacuada después de 30 a 40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halándolo. Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté bien contraído nuevamente.
- Durante la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón con presión del útero en el sentido contrario.
- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y gírela con

cuidado hasta que las membranas estén enroscadas sobre si mismas y 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.

- 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.

Nunca realice una tracción del cordón umbilical sin realizar una tracción opuesta hacia arriba del útero bien contraído (contratracción).

¿Cómo hacer un masaje uterino?

- Aplicar masaje transversal en el fondo del útero hasta que se contraiga.
- Asegúrese de que el útero no se relaje (se vuelva blando) después del masaje uterino.

Siempre explique todos los procedimientos y las medidas a la mujer y a la familia.

Procedimiento

1. En el primer minuto después del nacimiento del bebe, evalúe su estado, séquelo y si está vigoroso colóquelo boca abajo sobre el abdomen materno, para promover el contacto piel a piel, cubriendo sólo su espalda con un paño seco.
2. Verifique que no haya un segundo bebe. Administre un agente uterotónico en el primer minuto después del nacimiento del bebe.
3. Pasados tres minutos después del nacimiento, pince y corte el cordón umbilical con precauciones asépticas.
4. Coloque el bebe directamente sobre el pecho de la madre, y cúbralos a ambos con un paño seco.
5. Verifique la contracción uterina y realice tracción controlada del cordón umbilical, realizando

simultáneamente presión sobre el útero en sentido contrario (contratracción).

6. Luego de la expulsión de la placenta, realice masaje uterino vigoroso en sentido transversal.
7. Inmediatamente se debe iniciar la vigilancia activa del cuarto periodo del parto (puerperio inmediato).

¿Cómo realizar la vigilancia del puerperio inmediato?

El puerperio inmediato se define como las dos horas que siguen al parto. Su vigilancia es importante porque en este período se producen la mayor parte de complicaciones hemorrágicas. Esta vigilancia debe incluir tanto evaluación de la madre como del bebé. En la madre se deben vigilar la contracción uterina, el sangrado vaginal y los signos vitales cada 15 minutos y el bebe se debe evaluar por lo menos una vez cada hora. La tabla siguiente muestra un formato que permite el registro de la vigilancia del cuarto período tanto para la madre como para el bebé.

Seguimiento posparto de la madre y del recién nacido

Realice evaluación general y masaje uterino cada 15 minutos en las primeras dos horas pos-alumbramiento y regístrelo											
Hora del alumbramiento:		Fecha: _____									
		Peso de la paciente: _____									
hora	Sensorio	Perfusión	Pulso	PA	Tono uterino	Responsable	Detección del choque hipovolémico Asuma conducta con un solo criterio de gravedad				
							Signo	Compensado 500-1000 mL	Leve 1001-1500 mL	Moderado 1501-2000 mL	Severo 2001-3000 mL
							Sensorio	Sin cambio	Normal o agitada	Agitada	Letárgica
							Perfusión	Normal	Palidez fría	Pálida sudorosa	Llenado capilar > 3 seg
							Pulso	60-90	91-100	101-120	> 120
							PA sistólica	Sin cambios	80-90	70-79	< 70
							Conducta	Continúe vigilancia	Inicie con 3000 cc de solución salina y continúe la reposición		
							Tono uterino: Firme (F): útero endurecido, globo de seguridad positivo Relajado (R): útero blando, globo de seguridad negativo				
Realice la evaluación del recién nacido cada que evalúe a la madre y registre mínimo cada hora en las primeras dos horas posparto.											
hora	Respiración ó llanto	Frecuencia cardíaca	Color	Temperatura	Responsable	Signo	Asuma conducta con un solo criterio de gravedad				
						Respiraciones o llanto	Fuerte (+++)	Débil (++)	Ausente (-)		
						Frecuencia cardíaca	≥ 100	< 100	Ausente (-)		
						Color	Rosado (R)	Cianosis periférica (CP)	Cianosis perioral ó palidez general (CG)		
						Temperatura	Normal	Febril	Hipotérmico		
						Conducta	Continúe vigilancia	Llame al médico	Inicie resucitación		
	Recuerde estos otros signos de alarma para llamar al médico o reanimar: <ul style="list-style-type: none"> Si el bebe no succiona (no se alimenta) Si presenta sialorrea (babea) o vómito persistentes Si está hipotónico (no se mueve o no reacciona a estímulos) Si presenta ictericia precoz (aparición en menos de 24 horas) Si presenta hipo o hipertermia (cambios en temperatura) Si presenta temblores continuos sin estímulo evidente (convulsiones) 										

Ponga a lactar al bebe en el posparto inmediato y a libre demanda ó mínimo cada 2 – 3 horas, si no lo pide, verificando el procedimiento.

Bibliografía

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. A textbook of postpartum hemorrhage: a comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. London: Sapiens Publishing; 2006.

Chaparro CM, Neufeld LM, Tena Alavez G, Eguia-Líz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2006 Jun 17;367(9527):1997-2004.

Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007 Mar 21;297(11):1241-52.

International Confederation of Midwives; International Federation of Gynecology and Obstetrics; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003 Nov;25(11):952-5.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Número 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Prendiville W, O'Connell. Active management of the third stage of labor. En: B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. A textbook of postpartum hemorrhage: a comprehensive guide to evaluation, management and surgical intervention. London: Sapiens Publishing; 2006. p 98-113.

Van Rheenen PF, Brabin BJ. A practical approach to timing cord clamping in resource poor settings. *BMJ*. 2006 Nov 4;333(7575):954-8.

World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Department of making pregnancy Safer. Geneva: WHO; 2007.

