



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/114d.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Innovando las prácticas y los cuidados durante el alumbramiento**  
*Autores* Estefanía *Bueno Montero*  
*Centro/institución* Hospital Materno-Infantil Badajoz  
*Ciudad/país* Badajoz, España  
*Dirección e-mail* buenoestefania@hotmail.es

## RESUMEN

La etapa de alumbramiento corresponde al tercer periodo del parto y se define como el tiempo transcurrido entre la salida del feto y la expulsión completa de la placenta incluyendo sus membranas: corion y amnios a través del útero de la mujer. En la mayoría de los partos esta etapa no suele dar problemas pero siempre debemos de estar alerta y tener en cuenta la serie de riesgos que conlleva, entre los cuales destacamos la retención placentaria y las hemorragias posparto. La retención placentaria se define como aquella situación en la cual la placenta no se desprende en su totalidad, quedando restos de esta adheridos en la superficie del útero y la hemorragia posparto que es la situación en la que existe un sangrado que excede los 500 ml o se produce un descenso significativo del hematocrito siendo necesaria la transfusión sanguínea. Más de la mitad de todas las muertes maternas se producen dentro de las 24 horas del parto, por lo general debido a la excesiva pérdida de sangre. Se calcula que alrededor de 140 000 mujeres mueren por hemorragia puerperal todos los años [...]

## **TEXTO DE LA COMUNICACIÓN**

### **Introducción**

La etapa de alumbramiento corresponde al tercer periodo del parto y se define como el tiempo transcurrido entre la salida del feto y la expulsión completa de la placenta incluyendo sus membranas: corion y amnios a través del útero de la mujer. En la mayoría de los partos esta etapa no suele dar problemas pero siempre debemos de estar alerta y tener en cuenta la serie de riesgos que conlleva, entre los cuales destacamos la retención placentaria y las hemorragias posparto.<sup>1-3</sup>

La retención placentaria se define como aquella situación en la cual la placenta no se desprende en su totalidad, quedando restos de esta adheridos en la superficie del útero y la hemorragia posparto que es la situación en la que existe un sangrado que excede los 500 ml o se produce un descenso significativo del hematocrito siendo necesaria la transfusión sanguínea.<sup>4,5</sup> Más de la mitad de todas las muertes maternas se producen dentro de las 24 horas del parto, por lo general debido a la excesiva pérdida de sangre. Se calcula que alrededor de 140 000 mujeres mueren por hemorragia puerperal todos los años.<sup>6</sup>

Es primordial el papel de los uterotónicos, que son aquellas sustancias que administramos a la mujer para favorecer que el útero se contraiga tras el parto y cese la hemorragia para prevenir este sangrado.<sup>7</sup>

### *Objetivo*

Conocer la morbilidad y los daños que se pueden producir en la etapa del alumbramiento además de demostrar cuales son los mejores cuidados para proporcionar durante el alumbramiento y confirmar cual es el uterotónico de elección todo ello basado a la evidencia científica más actualizada.

### **Metodología**

Esta revisión se ha realizado a través de una búsqueda bibliográfica exhaustiva, se buscaron en las bases de datos: Pubmed, uptodate, cochrane, medline y scielo y en las páginas de las siguientes asociaciones: Sociedad española de ginecología y obstetricia Federación de asociaciones de matronas de España y la asociación española de pediatría.

### *Criterios de inclusión*

La búsqueda se ha realizado entre los años 1982 al 2013 en el idioma español e inglés. Se han utilizado artículos publicados en revistas científicas, trabajos de investigación realizados y monografías.

### *Palabras clave*

Alumbramiento, embarazo, expulsivo y hemorragia posparto.

## Resultados

El alumbramiento se encuentra dentro de la tercera etapa del parto, siendo la primera etapa el periodo de dilatación y la segunda la fase del expulsivo.

El alumbramiento comprende desde el momento del nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta. La complicación más grave que nos podemos encontrar es la hemorragia posparto, ya que origina aproximadamente la cuarta parte de las muertes maternas en el mundo.<sup>8</sup>

La hemorragia puerperal es un sangrado postparto que supera los 500 ml o una disminución del hematocrito tras el parto que hace necesaria la transfusión sanguínea a la madre, se la califica de grave cuando el sangrado vaginal supera los 1000ml.<sup>9</sup> La severidad de la pérdida sanguínea está influida por la rapidez en la que se separe la placenta de la pared del útero materno, el sangrado será menor cuanto más rápido se produzca esta separación, también el sangrado s vera influenciado por la efectividad de las contracciones del útero ya que si los músculos no se contraen de la manera adecuada y con la necesaria el sangrado será mayor.<sup>10</sup>

Una vez se produce el nacimiento del bebé, entramos en la fase de alumbramiento y es en este momento donde el profesional sanitario debe decidir que procedimiento seguirá: Manejo activo del alumbramiento o conducta expectante.

En el *manejo expectante o espontáneo* la placenta se desprende de la pared uterina de forma espontánea, es decir sin intervención alguna sobre ella, en este caso el manejo se llevaría de la siguiente manera:

Se debe ser paciente y aguardar a que empiecen a estar presentes los signos de que la placenta se está desprendiendo para realizar la tracción del cordón: para traccionar el cordón. Estos signos son: Expulsión repentina de sangrado por vagina, descenso de la pinza que clampa el cordón por debajo del nivel inicial en el que se encontraba y aparición de contracciones dolorosas en la mujer, también podemos valorar dos signos que nos indican si la placenta esta desprendida o no:

*Signo del pescador:* Taccionamos suavemente leve del cordón y observamos si con la tracción desciende el fondo uterino, si taccionamos y desciende, la placenta aún se encuentra sin desprender.

*Signo del pistón:* En el que se tracciona el segmento distal del cordón para valorar si asciende, y si es así la placenta tampoco estaría desprendida.<sup>11</sup>

Si optamos por el *manejo activo*, el procedimiento a seguir sería el siguiente: Primero deberíamos de administrar a la mujer un uterotónico antes que transcurra un minuto desde la salida completa del bebé (Por ejemplo en la salida del hombro anterior), luego una vez que ya está el bebé fuera pinzaríamos y cortaríamos el cordón (Pinzamiento precoz) tras lo cual colocamos una mano para ejercer una tracción controlada del cordón umbilical hacia fuera sacando la placenta y la otra mano justo arriba del pubis y aplicando con esa mano una presión sobre el útero en la dirección opuesta en la que estamos traccionando el cordón hacia fuera, gracias a esto, sale la placenta y aplicamos masajes uterinos para controlar que el útero se está contrayendo.<sup>12</sup> La duración de la

tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo.

Por último, hayamos realizado un alumbramiento espontáneo o dirigido, debe revisarse la placenta siempre, por su cara materna y fetal, además de comprobar que salieron íntegras sin dejar ningún resto dentro del útero, y si se verifica que existen restos, realizaremos la extracción manual de los mismos.

Según la evidencia encontrada sobre cuál de los tipos de alumbramiento es mejor citamos:

Una revisión Cochrane en la que se incluyeron cinco estudios realizados en hospitales de países de ingresos altos con 6486 mujeres, Cuatro de ellos compararon tratamiento activo versus conducta expectante y el quinto comparó tratamiento activo versus una combinación de conductas. Encontraron que el tratamiento activo redujo el riesgo promedio de hemorragia materna primaria (más de 1000 ml) (cociente de riesgos [CR] 0,34; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,14 a 0,87; tres estudios, 4636 mujeres) y de hemoglobina materna menor de 9 g/dl después del parto (CR 0,50; IC del 95%: 0,30 a 0,83; dos estudios, 1572 mujeres) en las mujeres, independientemente de su riesgo de hemorragia.<sup>13</sup>

También encontramos que la NICE desde el año 2007 recomienda el manejo activo de la tercera etapa del parto junto con utilización de oxitocina como uterotónico administrando 10 unidades internacionales vía intramuscular.<sup>14</sup>

No todo depende del tipo de alumbramiento que decidamos realizar, si no que la elección del uterotónico que escojamos es también muy importante a la hora de prevenir y tratar hemorragias tras el parto, convirtiéndose en uno de los principales pilares. Los uterotónicos pueden definirse como fármacos que actúan provocando la contracción uterina, pueden ser empleados con fines tanto profilácticos como terapéuticos.

Cuando se emplean con el objetivo de prevenir la hemorragia, encontramos que suponen un periodo de alumbramiento más corto y menor riesgo de hemorragia.<sup>15</sup> Hoy día existen cuatro fármacos con una importante actividad uterotónica y son:<sup>16</sup>

*La carbetocina:* Es un análogo sintético de la oxitocina, cuyo mecanismo de acción es por ocupación de los receptores de oxitocina y aumento de la síntesis de prostaglandinas. La seguridad de su uso es parecido al de la oxitocina.

*Las prostaglandinas:* Existen varios tipos, su mecanismo de acción consiste en facilitar el paso de calcio hacia el interior celular. Las más destacadas serían la prostaglandina E2 o dinoprostona y la prostaglandina F2 o carboprost es la prostaglandina de elección para el tratamiento de la hemorragia por atonía.

*Los alcaloides del cornezuelo del centeno:* Su mecanismo de acción se basa en la producción de la contracción uterina a través de canales de calcio e interacción actina-miosina. Tiene un efecto oxitócico elevado y selectivo.

*La oxitocina:* Que es el uterotónico de elección en la profilaxis y el tratamiento de la hemorragia posparto, es un uterotónico natural que se sintetiza en los núcleos supraóptico y paraventricular de la hipófisis posterior. Su mecanismo de acción es bastante completo: posee acción directa sobre receptores uterinos, aumenta síntesis de prostaglandinas e impide el paso de calcio hacia el exterior celular e impide su fijación al sarcoplasma.<sup>17,18</sup>

Actualmente existen diversos estudios que evidencian el beneficio del uso de la oxitocina durante el alumbramiento, como por ejemplo : Siete estudios clínicos en los que participaron más de 3.000 mujeres en hospitales y centros de países desarrollados, la administración profiláctica de oxitocina mostró beneficios: menor pérdida de sangre [riesgo relativo (RR) para pérdida de sangre > 500 ml: 0,50; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,43 a 0,59] y necesidad de oxitócicos terapéuticos (RR: 0,50; IC 95%: 0,39 a 0,64) en comparación con ningún uterotónico.<sup>19</sup>

## **Conclusiones**

Podemos concluir expresando que hoy día existe una evidencia fiable y de calidad para afirmar el hecho de que el manejo activo durante el proceso de alumbramiento en comparación con el fisiológico o espontáneo implica un menor índice de hemorragia tras el parto y gracias a ello se necesitan menos transfusiones sanguíneas para solventar los daños ocasionados por la hemorragias posparto.

Respecto al uterotónico a emplear, queda clara la existencia de fuertes indicios sobre el beneficio de la oxitocina tanto para prevenir la hemorragia postparto como para tratarla. Debido a los beneficios sobre la salud de la parturienta y futura madre, tanto el manejo activo del alumbramiento como el uso de oxitocina, deben de ser dos procedimientos rutinarios a incluir dentro de nuestra práctica profesional diaria, ya que a parte de nuestra experiencia como profesionales de la salud, debemos dejarnos de guiar por prácticas basadas en la evidencia científica ya que son las que nos harán llegar a proporcionar unos cuidados de enfermería óptimos y de una elevada calidad, unos cuidados excelentes, esa es la dirección donde todos debemos dirigirnos, siendo para ello necesario el estar al día de estudios recientes y contrastados sobre prácticas y cuidados en la salud de la población en general, y de la mujer embarazada en este caso, ya que conseguiremos mejorar el nivel de salud de las personas aumentando su calidad de vida, así como evitando complicaciones innecesarias que mermen la salud pública de nuestros pacientes. Alumbramiento activo más oxitocina, una práctica recomendada y que todo profesional de la salud debería instaurar en su trabajo diario.

## **Bibliografía**

1. Jimeno García JM. Asistencia al periodo de alumbramiento del parto. Manual de Asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: Fabre E, Ed.INO; 1995. p. 177-188.
2. Bowes WA. Aspectos Clínicos del Trabajo de Parto Normal y Anormal. En: Creasy RK, Resnik R. Medicina Materno Fetal. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1987. p 469-501.
3. De la Fuente Pérez P. Asistencia al período expulsivo del parto. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Zaragoza: Fabre E, Ed. INO; 1995. p. 177-188.
4. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. El parto patológico. En: Obstetricia. 6ªed. Bs As: El Ateneo; 2008. p. 629-644.

5. Complicaciones Obstétricas. Hemorragias Obstétricas. En: *Obstetricia de Williams* 22<sup>a</sup> ed. USA: McGraw-Hill Companies Inc; 2006. p. 837-857.
6. Abalos E. Elección de agentes uterotónicos en el manejo activo del alumbramiento: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *Clinical Guideline*; 2007.
8. World Health Organization. WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage. Geneva, Switzerland; 2006.
9. Abalos E, Asprea I, García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2006.
10. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
11. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Declaración conjunta. Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto: Nuevos avances para un entorno de bajos recursos. La Haya: ICM; Londres: FIGO; 2006.
12. WHO. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Making Pregnancy Safer. Ginebra:WHO, 2006.
13. Begley C, Gyte G, Murphy D, Devane D, McDonald S, McGuire W. Tratamiento activo versus conducta expectante de la etapa expulsiva del trabajo de parto. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010 Issue 7. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412
14. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. September, 2007.
15. Wise A, Clark V. Strategies to manage major obstetric haemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2008; 21:281-7.
16. Dyer R, Van Dyk D, Dresner A. The use of uterotonic drug during caesarean section. *Int J Obstet Anesth*.2010; 19:313-9.
17. Attilakos G, Psaroudakis D, Ash J, Buchanan R, Winter C, Donald F et al. Carbetocin versus oxytocin for the prevention of postpartum haemorrhage following Caesarean section: the results of a double-blind randomised trial. *BJOG*. 2010; 117:929-36.
18. Dyer R, Butwick A, Carvalho B. Oxytocin for labour and caesarean delivery: implications for the anaesthesiologist. *Curr Opinion Anesthesiol*. 2011; 24:255-61.
19. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Uso profiláctico de la oxitocina en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.