

IMPORTANCIA DE LA REDUCCIÓN DE LAS HEMORRAGIAS POSPARTO EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

AUTORÍA

Ana María Peralta Domínguez*

Francisco José Navarro Bernal**

Almudena Barroso Casamitjana***

* Matrona. Hospital Can Misses

** Matrona. C. Salud La Paz- Puerta de Tierra

*** Matrona. Hospital SAS Jerez

RESUMEN

La hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte materna. En todo el mundo, se estima que la hemorragia postparto (HPP) severa se presenta en alrededor del 11% de las mujeres que tienen parto de un nacido vivo. Se cree que la incidencia es mucho mayor en los países en vías de desarrollo, donde gran parte de las mujeres no tienen acceso a un parto asistido por personal capacitado y donde la conducta activa en el alumbramiento puede no ser la práctica de rutina. La tercera etapa del parto denominada alumbramiento, es la que transcurre desde el sale el bebé hasta que se expulsa la placenta. Existen dos maneras de manejar esta etapa: expectante o manejo activo. Tras multitud de estudios se ha comprobado que el manejo activo previene en un 60% las HPP. Para realizar un alumbramiento activo es necesario administrar 10 UI de oxitocina endovenosa o 50-100 µg de misoprostol vía sublingual en caso de no disponer de la primera, hacer una tracción del cordón umbilical durante 30-40 segundos a la vez que se hace una contracción del útero en la zona suprapúbica y masajear el útero una vez se haya expulsado la placenta. Es necesario que en países en vías de desarrollo se capacite al personal destinado a la asistencia de partos, así como que se doten de los recursos necesarios para llevar a cabo el manejo activo del alumbramiento para reducir la morbimortalidad materna.

PALABRAS CLAVE

Hemorragia postparto, países en vías de desarrollo, morbimortalidad materna, uterotónicos, alumbramiento activo, alumbramiento pasivo.

TITLE

IMPORTANCE OF POSTPARTUM BLEEDING REDUCTION IN DEVELOPING COUNTRIES

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is one of the leading causes of maternal death. Worldwide, it is estimated that severe postpartum bleeding occurs in about 11% of women with UN birth live birth. It is believed that of that incident is Much mayor Countries Developing, where most women do not have access to assisted delivery by trained personnel of the UN and where the active conduct in the delivery can no be routine practice . The Third Stage of Labor called birth, is the sale transucreefrom the baby until the placenta is expelled. There are two ways this stage Handle: expectant or active

management. After many studies have shown that active management prevents 60% in the HPP. UN To Perform active birth isnecessary to administer 10 IU intravenous oxytocin or 50-100 mg of misoprostol sublingually Failure seller of the first, Make A cord traction for 30 to 40 seconds while Becomes A cotracción the uterus in the suprapubic area and massage the uterus once it has Expelled placenta. It isnecessary that in Developing Countries training the Intended Births Assistance staff and equip themselves with the resources needed to carry out active management one para delivery reduce maternal morbidity.

KEYWORDS

Postpartum hemorrhage, developing countries, maternal mortality and morbidity, uterotonics, active delivery, passive delivery.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la salud (OMS) cada año se producen 529000 muertes maternas por complicaciones del embarazo y el parto, entre las cuales figura la hemorragia postparto como una de las principales causas de muerte materna tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. (1)

En todo el mundo, se estima que la hemorragia postparto severa se presenta en alrededor del 11% de las mujeres que tienen parto de un nacido vivo. Se cree que la incidencia es mucho mayor en los países en vías de desarrollo, donde gran parte de las mujeres no tienen acceso a un parto asistido por personal capacitado y donde la conducta activa en el alumbramiento puede no ser la práctica de rutina. Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren pérdida de sangre severa después del parto, y que el 1% de éstas muere como consecuencia. Un 12% adicional sobrevive con anemia severa. Las secuelas adversas de la hemorragia postparto a menudo se ven agravadas en los países de bajos recursos por la anemia preexistente y el VIH/SIDA, lo que significa que incluso cantidades menores de pérdida de sangre pueden ser fatales. El informe de investigaciones confidenciales sobre muertes maternas del Reino Unido (The United Kingdom Confidential Enquiries into Maternal Deaths) proporcionó una tasa de mortalidad materna inferior a 1.0 por cada 100000 debido a hemorragia postparto. Durante los años 2000 a 2002, hubo 10 muertes maternas por hemorragia postparto en un total de 261 muertes maternas. El informe de investigaciones confidenciales sobre muertes maternas de Sudáfrica (The South African Confidential Enquiries into Maternal Deaths) indicó que la hemorragia postparto fue la tercera causa más frecuente de muerte, y que fue responsable de 313 muertes en un total de 3406 en los años 2002 a 2004. El informe de Sudáfrica, que describe las muertes en las instituciones de salud, demuestra que la mayoría de las muertes debido a hemorragia postparto (40%) tiene lugar en instituciones de nivel primario, como clínicas u hospitales de distrito. En el informe, los factores relacionados con la comunidad y el paciente, la falta de transporte de emergencia, la falta de personal debidamente capacitado, la falta de sangre para transfusiones y el tratamiento subestándar estuvieron

incluidos entre los factores evitables. Un estudio de mortalidad materna basado en la comunidad y realizado en Zimbabwe demostró que la hemorragia obstétrica fue la causa principal de mortalidad materna en un área rural en comparación con un área urbana. En el mismo estudio, se halló que el 50% de las mujeres que morían de hemorragia postparto no tuvieron acceso a ningún tratamiento antes de su muerte; es decir, que murieron en sus casas, camino a o entre las instituciones. (1 y 2)

Tradicionalmente se define la hemorragia posparto (HPP) primaria como un volumen de 500 mL o más de sangre acumulada en el tracto genital en las primeras 24 horas siguientes al parto. Se han mencionado también unos niveles de corte alternativos de 600, 1 000 o 1 500 mL, un descenso significativo en el hematocrito o la necesidad de transfusión sanguínea. La subestimación de la pérdida de ese líquido después de haber parido, es un problema frecuente. (1)

La tercera etapa del parto, el alumbramiento, es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. La mayor complicación en este periodo es la HPP. 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 la tercera etapa del parto es importante porque la prevalencia de la HPP se incrementa cuando su duración se alarga, aunque no hay criterios universalmente aceptados sobre la duración óptima del alumbramiento. (3)

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes:

-Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).

-Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.

-No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, o previa a las señales de separación de la placenta, ya que esto podría causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina.

El manejo activo de la tercera etapa del parto consiste en intervenciones diseñadas para facilitar que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas y para evitar una HPP al impedir una atonía uterina. Los componentes usuales incluyen:

Administrar agentes uterotónicos

Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) feto(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, y administrar 10 UI de oxitocina i.m. Entre los fármacos uterotónicos, la oxitocina es el de elección porque surte efecto 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse a todas las mujeres. Si no se dispone de oxitocina, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos, como la ergometrina 0,2 mg i.m., sintometrina i.m. –no comercializada en nuestro país (1 ampolla que contiene 5 UI de oxitocina más 0,5 mg de ergometrina) – o misoprostol, 400-600 µg por vía oral. Los efectos secundarios derivados de la ergometrina son la hipertensión, las cefaleas, las náuseas y los vómitos. La administración de misoprostol debe reservarse para situaciones en las que no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina

inyectable o alcaloides de ergóticos inyectables. El uso de prostaglandinas en general y misoprostol en particular, puede tener consecuencias para la eficacia y la aceptabilidad del manejo activo del alumbramiento. La tasa y la naturaleza de los efectos secundarios (náuseas, vómitos, diarrea, temblores) pueden influir en la relación inmediata entre la madre y su bebé horas después del parto. Otro fármaco que se puede utilizar es la carbetocina, un octapéptido sintético análogo de acción prolongada de la oxitocina con propiedades del agonista. Las propiedades farmacológicas y clínicas de la carbetocina son similares a las de la oxitocina natural. Como la oxitocina, la carbetocina se une a los receptores de la oxitocina que se encuentran en la musculatura lisa del útero, lo que provoca contracciones rítmicas del útero, y un aumento de la frecuencia de las contracciones existentes y del tono uterino. En comparación con la oxitocina, la carbetocina induce una respuesta uterina prolongada si se administra después del parto, en cuanto a la amplitud y la frecuencia de las contracciones. La ventaja potencial de la carbetocina i.m. sobre la oxitocina i.m. es su acción más prolongada. Su relativa falta de efectos secundarios gastrointestinales y cardiovasculares también demuestra que ofrece más ventajas que la sintometrina y otros alcaloides del cornezuelo. (4)

Aplicar tracción controlada del cordón umbilical

-Pinzar el cordón umbilical cerca de la vulva (una vez cesen las pulsaciones en un recién nacido saludable) y sostenerlo en una mano.

-Colocar la otra mano en la zona suprapúbica de la mujer, estabilizar el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical y esperar una contracción uterina fuerte (2-3 min).

-Durante la contracción uterina fuerte, animar a la mujer a pujar y, con mucho cuidado, tirar hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continuar aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.

-Si la placenta no desciende y es expulsada en los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, debe cesar la tracción.

-Sostener el cordón cuidadosamente y esperar a que el útero esté bien contraído de nuevo.

-Durante la siguiente contracción, hay que repetir la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario.

A medida que la placenta desciende para ser evacuada, hay que sostenerla con las dos manos y voltearla con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. Traccionar lentamente para extraerla por completo.

-No se debe realizar una tracción del cordón umbilical sin efectuar una tracción suprapúbica en un útero bien contraído. (4)

Aplicar masajes uterinos después de que la placenta descienda y sea evacuada, según lo que sea adecuado. (3)

-Masajear inmediatamente el fondo del útero hasta que se contraiga.

-Palpar el útero y confirmar que está contraído cada 15 minutos y repetir el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.

-Asegurarse de que el útero no se relaje (se vuelva blando) después del masaje uterino.

OBJETIVO

- Conocer la magnitud de la hemorragia postparto en los países en vías de desarrollo.
- Conocer resultados tras la aplicación del manejo activo del alumbramiento en el parto.
- Proporcionar herramientas para prevenir la hemorragia postparto.

MATERIAL Y MÉTODO

-Se ha realizado una minuciosa búsqueda bibliográfica en manuales de obstetricia y ginecología recientes.

-Se han analizado diversos artículos científicos publicados en PubMed y The Cochrane Library, así como informes de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) y protocolos de diversos hospitales.

RESULTADOS

Según la OMS, los países en desarrollo todavía no se han focalizado en la disminución de la hemorragia posparto como un objetivo alcanzable; apenas se hace un manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, y las políticas sobre dicho manejo son a menudo contradictorias. Es necesario emprender estudios para determinarlos componentes más eficaces del manejo activo a fin de poder promover el conjunto más eficiente de prácticas en esa esfera. (5)

En un ensayo clínico en Fase III aleatorizado realizados en Santiago de Cuba en 2011 formado por un grupo control (en el que se administró 10 UI de oxitocina vía endovenosa tras el pinzamiento el cordón) y dos grupos experimentales (uno en el que se administró 50 µg de misoprostol sublingual tras el pinzamiento del cordón y otro en el que se administró 100 µg de misoprostol en las mismas circunstancias). En este estudio se concluye que el misoprostol produce una disminución significativa de la HPP, además de carecer de efectos adversos al utilizar una dosis segura, con respecto al grupo control en el que se utilizó la oxitocina.

La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, en sus recomendaciones de 2008, ofrece dos formas de realizar el alumbramiento, de forma expectante o el manejo activo. Además, destaca que el manejo activo reduce hasta en un 60% las HPP y que es una intervención basada en evidencias científicas, factible y de bajo costo. Reduce también la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa posparto y la duración del tercer periodo del parto. El fármaco de elección sería la oxitocina. (6 y 7)

En los países en vías de desarrollo una parte de los partos tienen lugar en hospitales atendidos por matronas calificadas, pero una proporción importante de nacimientos tienen lugar en centros de salud o en los propios domicilios, y son atendidos por personas sin cualificación acreditada, por ello la FIGO considera de

vital importancia dotar de conocimientos y recursos destinados a la prevención de la hemorragia postparto, entre los que se encuentran el manejo activo de la tercera etapa del parto, a todas las personas que atiendan partos. (8 y 9)

Tras el análisis de varios ensayos controlados aleatorios de doble ciego en países en vías de desarrollo en los que se han analizado los efectos de medicamentos uterotónicos como el misoprostol y la oxitocina así como el manejo expectante en la tercera etapa del parto, se han obtenido los siguientes resultados:

-Tanto el misoprostol como la oxitocina reducen el riesgo de hemorragia postparto.

-El efecto del misoprostol es ligeramente superior al de la oxitocina aunque son mayores sus efectos secundarios.

-La tracción del cordón junto con el masaje en el fondo uterino y el uso de uterotónicos contribuyen a un menor sangrado postparto.

En esos ensayos se utilizó el misoprostol vía sublingual con una dosis de 200- 600 microgramos y la oxitocina 10 UI intramuscular o endovenosa. (10 y 11)

La guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social recomienda el uso del alumbramiento dirigido. El fármaco de elección es la oxitocina 10 UI vía endovenosa.

CONCLUSIONES/DISCURSIÓN

Por tanto, concluimos que para reducir una parte importante de las muertes maternas debido a hemorragias postparto es imprescindible proporcionar recursos al personal que atiende partos, esto conlleva a instruirlos en la detección de mujeres con factores de riesgo para hemorragias posparto y el manejo activo de la tercera etapa del parto a través del uso de un uterotónico, bien oxitocina o misoprostol y la tracción del cordón junto con el masaje del fondo uterino.

El fármaco de elección es la oxitocina 10 UI vía endovenosa al pinzar el cordón umbilical o tras la expulsión del hombro anterior, aunque si no se dispone de este fármaco, se puede utilizar misoprostol en una dosis 50-100 µg, ya que es una dosis segura y los efectos adversos son mínimos.

En lo que a la función de la matrona se refiere, ésta no puede administrar ningún fármaco sin una prescripción médica, pero en los países en desarrollo la mayoría de los partos tienen lugar en domicilios o centros de salud en presencia de parteras calificadas y en algunas ocasiones sin cualificación acreditada, y esperar a la indicación de un médico para administrar un medicamento uterotónico ante una HPP puede suponer un riesgo para la vida de la mujer. Por ello la FIGO, basándose en las evidencias científicas que aseguran que el manejo activo de la tercera etapa del parto disminuye de forma importante la HPP, propone que la matrona que asiste el parto pueda utilizar estos fármacos sin esperar la autorización del facultativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Caveda Gil AE, Nápoles Méndez D. Dos modalidades terapéuticas en el alumbramiento activo. Scielo Medisan. 2016. Vol 15. Nº 8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011000800001&script=sci_arttext
2. International Confederation Midwives.
3. Martínez-Galiano JM. Prevención de las hemorragias posparto con el manejo activo del alumbramiento. Matronas Prof. 2009; 10 (4): 20-26
4. FIGO. Resolution on Delegated Use of Uterotonics for Prevention and Treatment of Post-Partum Haemorrhage (Cape Town, 2009)
5. Stanton C, Armbruster D. Manejo activo de la tercera etapa del parto en siete países en desarrollo. Vol 87. 2009 Marzo. 161-244.
6. Guía práctica clínica para asistencia al parto normal. Ministerio de Sanidad.
7. Browne JL, Damale NK. Uterine Tonus Assessment by Midwives versus Patient self-assessment in the active management of the third stage of labor (UTAMP): study protocol for a randomized controlled trial. Dec 2015.
8. Musa AO, Ijaiya MA. Double-blind randomized controlled trial comparing misoprostol and oxytocin for management of the third stage of labor in a Nigerian hospital. 2015 Jun;129(3):227-30.
9. Westthof G, Cotter AM. Oxitocina profiláctica en el alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto. Cochrane. 2013.
10. Begley CM, Gyte GM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. 2015 Mar 2;3:CD007412.
11. Fawcus S. Tratamientos para la hemorragia postparto primaria: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de mayo de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.