

OUTLOOK

Prevención de la Hemorragia Postparto: Manejo del Tercer Período del Parto

El embarazo y el parto implican serios riesgos para la salud, incluso en aquellas mujeres sin problemas de salud preexistentes. Aproximadamente el 40 por ciento de las embarazadas sufre de problemas asociados al embarazo, y el 15 por ciento presenta complicaciones que tienen secuelas a largo plazo o que ponen en peligro sus vidas.¹ Conforme a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante 1995 cerca de 515.000 mujeres murieron a causa de complicaciones asociadas al embarazo y al parto.² Por lo general, la mayoría de estas muertes ocurre en países en desarrollo, debido a que con frecuencia las mujeres de estos países no tienen acceso a la atención necesaria para salvarles la vida. En el mundo en desarrollo, es mucho más probable que las mujeres reciban atención prenatal a que reciban atención de un profesional calificado durante el trabajo de parto, el parto o el postparto (ver Figura 1). Más de la mitad de las muertes maternas, sin embargo, ocurre dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo (ver Figura 2).³ El sangrado grave, o hemorragia, es la principal causa de muerte materna en todo el mundo. Al menos una cuarta parte de todas las muertes maternas se deben a hemorragias; los porcentajes varían desde menos de un 10 por ciento a cerca de un 60 por ciento en los diferentes países (ver Cuadro 1).⁴ Aun si la mujer sobrevive a la hemorragia postparto (HPP), puede presentar una anemia grave y verse afectada por continuos problemas de salud.

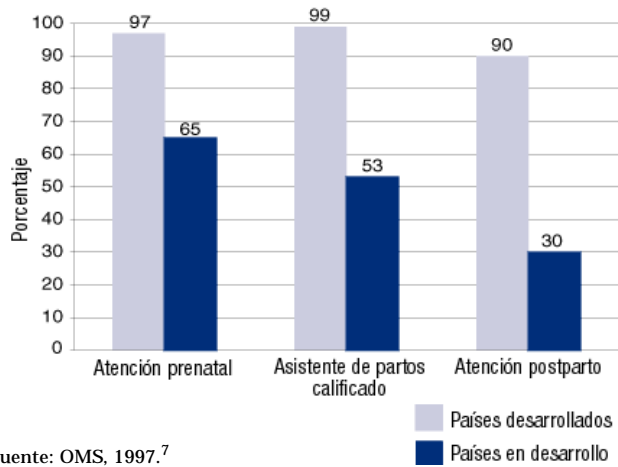
En aquellos lugares con altas tasas de mortalidad materna y recursos limitados, la introducción de prácticas de bajo costo basadas en la evidencia científica para prevenir y manejar la HPP puede mejorar la supervivencia materno-infantil. En este número de *Outlook* se analiza una de las intervenciones efectivas: el manejo del tercer período del parto (el período que se extiende entre la salida del bebé y la expulsión de la placenta). También se destaca en este número una nueva publicación internacional para médicos y matronas. Se trata del manual *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto)*.⁵ Este manual proporciona información específica acerca de aquellas prácticas conocidas como las más efectivas para mejorar la atención de salud materna y neonatal, incluyendo aquellas destinadas a prevenir y manejar el sangrado postparto excesivo. Asimismo, se describen en este manual las estrategias para desarrollar, difundir e implementar dichas guías, conforme a lo recomendado por "La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo".^{N del T}

Hemorragia Postparto

Cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo, y al menos 128.000 de estas mujeres se desangran y mueren.⁶ La mayor parte de estas muertes

N del T "La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo" constituye un esfuerzo global destinado a mejorar la salud materna y disminuir el número de muertes y enfermedades asociadas al embarazo y al parto, especialmente en los países que se encuentran en vías de desarrollo.

Figura 1. Cobertura de los servicios de salud materna



Fuente: OMS, 1997.⁷

ocurren dentro de las cuatro primeras horas postparto⁴ y se deben a complicaciones que se presentan durante el tercer período del parto. La HPP se define como una pérdida de sangre que excede los 500 ml; la HPP grave se define como una pérdida de sangre que excede los 1.000 ml. En la práctica, sin embargo, es difícil medir con exactitud la cantidad de sangre perdida y se suele subestimar los volúmenes. Aproximadamente la mitad de las mujeres que tienen un parto por vía vaginal pierden 500 ml de sangre o más, y aquellas que se someten a una cesárea normalmente pierden 1.000 ml o más.⁸ Muchas mujeres toleran bien esta pérdida de sangre y no sufren de efectos adversos; sin embargo, los efectos varían según cada mujer. En el caso de las mujeres gravemente anémicas, la pérdida de incluso 200 ó 250 ml de sangre podría resultar fatal. Esto último es de vital importancia, dada la prevalencia de casos de anemia grave entre las mujeres de los países en desarrollo.

La causa más común de la hemorragia grave del postparto inmediato (la que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto) es la atonía uterina (incapacidad del útero para contraerse después del parto).⁹ Otros factores que también contribuyen a la HPP son la retención de tejido placentario, los desgarros del cuello uterino o vaginales, y la rotura o inversión uterinas. La hemorragia tardía del postparto (la que acontece después de las primeras 24 horas postparto) a menudo ocurre como resultado de alguna infección, de la contracción incompleta del útero, o de la retención de restos placentarios.

El período que sucede al nacimiento del bebé y a las primeras horas del postparto son cruciales en lo que se refiere a la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado. En comparación con otros riesgos asociados a la maternidad, como por ejemplo las infecciones, la hemorragia puede transformarse rápidamente en una amenaza para la vida. Una mujer que sufre una hemorragia grave pronto morirá si no recibe la atención médica adecuada: medicamentos necesarios, acceso a procedimientos clínicos simples, transfusión sanguínea y/o cirugía. En aquellos lugares donde es difícil acceder a servicios médicos o de matronería calificados, a transporte y a servicios de emergencia, es común que la atención calificada no se obtenga de manera oportuna, y que el riesgo de muerte por HPP sea alto. La hemorragia postparto

temprana a menudo puede ser manejada con atención obstétrica básica y esencial, pero cualquier retraso puede acarrear complicaciones mayores que podrían requerir de una completa atención obstétrica de emergencia. Por lo general, a este tipo de atención sólo se puede acceder en un hospital de referencia, lo que significa que la mujer deba viajar un trayecto largo, aumentando con ello el riesgo de muerte.

Aquellas mujeres que sobreviven a una HPP, a menudo sufren de anemia grave si su condición no es manejada adecuadamente.⁴ Las transfusiones de sangre que se realizan con el objeto de salvar la vida se asocian a ciertos riesgos de reacción o de transmisión de infecciones. Además de su alto costo, toda cirugía, como por ejemplo, la histerectomía, implica riesgos asociados a infecciones, a la anestesia y otras complicaciones.

No es posible identificar de manera consistente a las mujeres que presentan un mayor riesgo de sufrir una HPP. No obstante, existen varios factores asociados a un aumento del riesgo de hemorragias, entre ellos una HPP previa, pre-eclampsia, gestación múltiple y obesidad. (La placenta previa y el desprendimiento de la placenta son factores de riesgo de hemorragia antes del parto.) Entre los factores asociados al trabajo de parto y al parto que inciden en una mayor pérdida de sangre, se encuentran la episiotomía, la cesárea y el trabajo de parto prolongado.^{10, 11} No obstante, dos tercios de los casos de HPP ocurren en mujeres que no presentan factores de riesgo que puedan identificarse.¹² Basarse únicamente en los factores de riesgo para identificar a las embarazadas con mayores posibilidades de presentar una hemorragia no ha disminuido la mortalidad asociada a la HPP. Es más, basar la conducta clínica en la evaluación de los riesgos puede conducir a que las mujeres consideradas “de alto riesgo” sean sometidas a un manejo innecesario, lo que no sería ventajoso ni para ellas ni para los sistemas de salud.

Todas las mujeres deberían estar preparadas para la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones. Se las debe aconsejar para que se atiendan con un proveedor de salud calificado que pueda ofrecerles cuidados para prevenir una HPP. Tanto los miembros de la familia como los de la comunidad deben estar informados sobre los principales signos de peligro, entre los que se incluye

Tabla 1. Muertes Maternas por HPP: Países Seleccionados

País	Muertes maternas por HPP (%)	Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos
Hong Kong	30	7
India	16	570
Indonesia	43	650
Filipinas	53	280
Burkina Faso	59	930
Egipto	32	170
Kenia	16	650
Marruecos	29	610
Nigeria	20	1.000
Sudáfrica	15	230
Brasil	20	220
Guatemala	2	200
Honduras	33	220
México	24	110

Fuente: AbouZahr, 1998.⁴

todo sangrado que se presente durante el embarazo. Después del parto, la mujer debe ser controlada rigurosamente para detectar señales de sangrado anormal. La persona a cargo de su cuidado debe saber cómo procurarle acceso a cualquier intervención necesaria para salvarle la vida.

Manejo Activo del Tercer Período del Parto

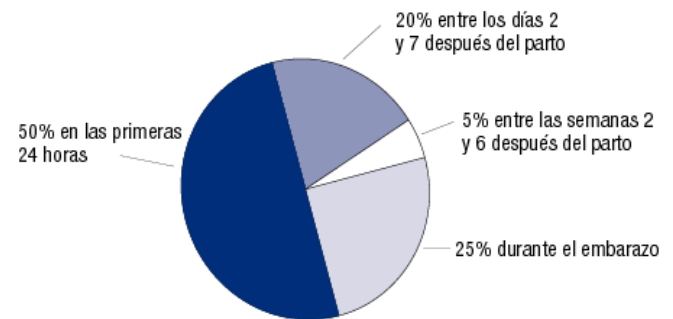
La mayoría de los casos de HPP ocurren durante el tercer período del parto. En este período, los músculos del útero se contraen y la placenta comienza a separarse de la pared uterina. Los volúmenes de sangre que se pierden dependen de la rapidez con que esto ocurra. El tercer período generalmente dura de 5 a 15 minutos.^{13, 14} Si transcurren más de 30 minutos, se considera que el tercer período del parto es prolongado, lo que indica una posible complicación. Si hay atonía uterina y el útero no se contrae normalmente, los vasos sanguíneos en el sitio de la implantación de la placenta no se constriñen de manera adecuada, lo que provoca un sangrado abundante.

El manejo activo del tercer período del parto consiste en una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta a través del aumento de las contracciones uterinas, y prevenir la HPP evitando la atonía uterina. Estas intervenciones consisten en: (1) administrar un medicamento uterotónico (que contrae el útero) dentro del primer minuto después del nacimiento del bebé; (2) pinzar y cortar el cordón umbilical poco después del nacimiento del bebé; y (3) aplicar tensión controlada del cordón umbilical (también denominada tracción controlada del cordón), ejerciendo simultáneamente contracción sobre el útero a través del abdomen. Después de la expulsión de la placenta, el masaje del fondo del útero a través del abdomen también ayuda a que el útero se contraiga, disminuyendo así el sangrado. El manejo activo del tercer período del parto se practica en el Reino Unido, en Australia y en muchos otros países.¹⁴

A diferencia del manejo activo, el manejo expectante del tercer período del parto (también conocido como manejo conservador o fisiológico) implica esperar las señales que indican que la placenta se está separando de la pared uterina (por ejemplo, si se observa la salida súbita de un chorro de sangre) y no intervenir hasta que ésta se expulse de manera espontánea. El manejo expectante es la práctica común en algunos lugares de Europa, en los Estados Unidos y en Canadá. Además, el manejo expectante es la regla general que se sigue en los países en desarrollo para la mayoría de los partos que ocurren en el hogar.¹⁴

Muchos estudios a gran escala, aleatorizados y controlados (en maternidades bien equipadas) han comparado los efectos del manejo activo y del manejo expectante. A pesar de que en los estudios se utilizaron diferentes protocolos y definiciones de manejo activo, sus resultados son reveladores. Por ejemplo, en un estudio realizado en Dublín, Irlanda, se practicó el manejo activo en 705 mujeres, las que recibieron 0,5 mcg de ergometrina además de tensión controlada del cordón, mientras que a otras 724 mujeres se les practicó un manejo fisiológico. El estudio reveló una menor ocurrencia de casos de HPP y de hemoglobina baja entre las mujeres que recibieron un manejo activo. Sin embargo, entre estas mujeres también hubo una mayor incidencia de casos de extracción manual de la placenta, náuseas, vómitos y dolores agudos posteriores al parto.¹⁵ En un estudio realizado en Abu Dhabi, Emiratos Árabes Unidos, 827 mujeres fueron tratadas con

Figura 2. Ocurrencia de muertes maternas



Fuente: UNICEF, 1999.¹⁶

tensión controlada del cordón y recibieron 10 mcg de oxitocina por vía intramuscular, mientras que en 821 mujeres la intervención fue mínima (administración de oxitocina solamente después de la expulsión de la placenta). En aquellas mujeres que recibieron un manejo activo hubo una menor incidencia de HPP y placenta retenida; asimismo, hubo una menor necesidad de administrar medicamentos uterotónicos.¹⁷ En un estudio realizado en Gran Bretaña, 846 mujeres fueron atendidas con manejo activo. Se les administró 5 mcg de oxitocina y 0,5 mcg de ergometrina; además, se les practicó tensión controlada del cordón. Otras 849 mujeres recibieron un manejo fisiológico. Entre las que recibieron manejo activo, se redujo la duración del tercer período del parto y además se presentaron menos casos de HPP.¹⁸ En otro estudio, también realizado en Gran Bretaña, a 748 mujeres se les administró oxitocina y/o ergometrina además de tensión controlada del cordón, mientras que otras 764 no recibieron ningún tipo de intervención, a menos que fuera necesario. Con el manejo activo disminuyeron notoriamente los casos de HPP. No obstante, entre las mujeres tratadas con manejo activo se registraron más episodios de vómitos.¹⁹ Ninguno de estos estudios reveló una mayor incidencia de complicaciones graves asociadas al manejo activo.¹⁴

Un meta-análisis de estos estudios, al que se puede acceder a través de la base de datos Cochrane y de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS,²⁰ confirmó que el manejo activo se asocia a una disminución de la pérdida de sangre materna (incluidas la HPP y la HPP grave), a una baja en los casos de anemia postparto y a una reducción de los casos que necesitan de transfusión sanguínea.¹⁴ El manejo activo, además, se asocia a un menor riesgo de que se presente un tercer período del parto prolongado, así como a una menor necesidad de usar medicamentos uterotónicos terapéuticos.

Medicamentos uterotónicos. La administración de un medicamento uterotónico inyectable inmediatamente después del parto constituye una de las intervenciones más importantes para prevenir la HPP. El uterotónico más comúnmente utilizado es la oxitocina; ésta ha demostrado ser muy efectiva para disminuir la incidencia de HPP y los casos de un tercer período de parto prolongado.^{21, 22} Al parecer, la sintometrina (ergometrina combinada con oxitocina) es aún más efectiva que la oxitocina pura. Sin embargo, la sintometrina se asocia con más efectos secundarios, como por ejemplo dolor de cabeza, náuseas, vómitos y aumento de la presión sanguínea.²³ Las mujeres que sufren de presión alta (o preeclampsia o eclampsia, que afectan a casi el 10% de las

mujeres) no pueden usar ergometrina. Comparada con la oxitocina, la ergometrina es menos estable a temperatura ambiente y tiende a perder su potencia con mayor rapidez, especialmente en climas tropicales.²⁴

Las prostaglandinas también son efectivas para controlar el sangrado, pero generalmente su precio es más alto y tienen diversos efectos secundarios, entre los que se cuentan diarrea, vómitos y dolor abdominal (ver recuadro acerca del misoprostol).²⁵ La elección del medicamento uterotónico para el manejo del sangrado dependerá del criterio clínico del proveedor de salud, de la disponibilidad del medicamento y de la evaluación de los beneficios esperados respecto de los efectos secundarios.

Pinzamiento del cordón. En el manejo activo del tercer período del parto, el cordón umbilical se pinza y se corta inmediatamente después de la salida del bebé, de modo de poder proseguir con otras intervenciones del manejo activo. En

Uso del Misoprostol para la Prevención de la HPP

El misoprostol (Cytotec®) es un análogo sintético de la prostaglandina E₁ que originalmente se comercializaba para la prevención y el tratamiento de la úlcera péptica. En muchos países, también está siendo usado ampliamente en las áreas de obstetricia y ginecología.^{26,27} Como sucede con otros medicamentos uterotónicos, el misoprostol hace que el útero se contraiga, reduciendo así el sangrado postparto. El uso de misoprostol presenta una serie de posibles beneficios: fácil administración (oral o rectal), bajo costo y estabilidad. Muchos estudios recientes y otros que están en curso han analizado la efectividad del misoprostol para reducir la hemorragia postparto, comparándolo con otros oxitócicos.

Muchos estudios clínicos pequeños han revelado que una dosis de 400 a 600 mcg de misoprostol (administrada por vía oral) puede ser tan efectiva como la oxitocina o la sintometrina para reducir la hemorragia postparto;^{28,29} un estudio diferente lo ha encontrado menos efectivo.³⁰ Asimismo, varios estudios sugieren que el misoprostol es tan efectivo como la oxitocina, pero que se asocia a escalofríos y fiebre alta.^{13,31,32}

Un estudio multicéntrico de la OMS reveló que el misoprostol —al ser administrado en hospitales como parte del manejo activo del tercer período del parto— no es tan efectivo como la oxitocina para reducir el sangrado materno. Al comparar las mujeres que recibieron oxitocina con las que recibieron 600 mcg de misoprostol por vía oral inmediatamente después del parto, se observó que este último grupo presentó más casos de sangrado de 1.000 ml o más (4 frente a 3 por ciento), requirió de uterotónicos adicionales con mayor frecuencia, y presentó una mayor incidencia de escalofríos y fiebre alta.³³ El estudio no consideró el uso del misoprostol para el tratamiento de la HPP (el estudio se centró en la prevención) y los autores consideraron que no había evidencia científica significativa para recomendar el uso de misoprostol si se dispone de oxitocina inyectable. Por el contrario, un comentario que acompaña al artículo señala que, a pesar de su baja efectividad, el misoprostol aún debe considerarse como una opción de gran utilidad en aquellas comunidades en que a las mujeres por lo general no se les administra un medicamento uterotónico.³⁴

el manejo fisiológico, el cordón se pinza después de que éste ha dejado de latir. Al parecer, para la madre no existe diferencia entre ambas prácticas; sin embargo, pinzar el cordón inmediatamente después del parto reduce el flujo de sangre de la placenta que pasa al recién nacido. Se ha estimado que el pinzamiento precoz del cordón umbilical impide que un 20% a 50% de la sangre fetal fluya de la placenta al recién nacido; el flujo de sangre también se ve afectado por la fuerza de gravedad y por el nivel (por encima o por debajo de la placenta) al que se sostiene al bebé después del parto.³⁵ El menor flujo de sangre se traduce en un descenso de los niveles de hematócrito y hemoglobina del recién nacido, y podría incidir en la frecuencia de anemia por deficiencia de hierro durante la infancia.³⁶ Un estudio reveló que cuando se retrasa el pinzamiento del cordón hasta que éste deja de latir, la tasa de anemia entre los bebés de dos meses de edad se reduce a la mitad.³⁷ Algunos estudios han indicado la posibilidad de mayores trastornos respiratorios en el recién nacido luego del pinzamiento precoz del cordón.³⁵ La administración de un medicamento oxitócico sin pinzar de inmediato el cordón podría ser causa de una sobretransfusión al bebé; sin embargo, no existen estudios suficientes al respecto. Una posible ventaja para el bebé del pinzamiento precoz del cordón es que con ello podría disminuir el contagio por enfermedades de transmisión sanguínea, tales como el VIH.

Tensión controlada del cordón. La tensión controlada del cordón implica aplicar tracción suavemente al cordón hacia abajo una vez que el útero se ha contraído, al mismo tiempo que se comprime el útero presionando el abdomen justo arriba del pubis. Esta práctica es de gran ayuda para separar la placenta del útero y su posterior expulsión. Si se realiza durante una contracción uterina, esta tensión controlada del cordón contribuye a que la placenta descienda y pueda ser expulsada. En caso de que la placenta no descienda, se debe interrumpir la tensión del cordón después de 30 a 40 segundos, pudiendo reanudarse cuando se presente la siguiente contracción uterina.

Para la mujer, los potenciales riesgos asociados con la tensión controlada del cordón son que se produzca una inversión uterina (la parte superior del útero protruye a través del cervix) y que el cordón se separe de la placenta. No se registró ningún caso de inversión uterina o de separación del cordón en los cinco principales estudios controlados en los que se comparó el manejo activo y el manejo expectante.¹⁴ Para la práctica sin riesgos de la tensión controlada del cordón, es de vital importancia contar con las guías adecuadas y el personal debidamente capacitado.

Implementación del manejo activo. Como se ha mencionado anteriormente, los estudios aleatorizados, a gran escala, realizados en países desarrollados muestran una clara ventaja del manejo activo del tercer período del parto en lo que respecta a la disminución de casos de HPP. Al evaluar si la práctica del manejo activo sería viable en los países en desarrollo, se deben considerar varios aspectos: los costos, las condiciones de almacenamiento y distribución de los medicamentos e insumos, la disponibilidad de personal capacitado y la calidad de los centros de salud.³⁸ La viabilidad del manejo activo depende, además, de la disponibilidad de medicamentos uterotónicos, jeringas y agujas. Para almacenar oxitocina y ergometrina por un largo período es necesario mantenerlas refrigeradas, y en algunos lugares no se cuenta con equipos apropiados. Además, el manejo activo requiere la presencia

de un asistente debidamente calificado al momento del parto. Sólo la mitad de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo dan a luz con la ayuda de personal calificado, y sólo el 40% lo hace en hospitales o centros de salud.³⁹ Un estudio reciente realizado en Indonesia reveló que la oxitocina que se administra por medio de un dispositivo previamente llenado con la dosis única necesaria (Uniject®) permite que las parteras capacitadas de las aldeas rurales administren oxitocina profiláctica a aquellas madres que dan a luz en sus hogares.⁴⁰

En aquellos lugares en que las mujeres dan a luz atendidas por proveedores de salud entrenados, el manejo activo puede salvarles la vida. Antes de instituir normas para el manejo activo del tercer período del parto en un centro de salud materna, deben realizarse estudios operativos para evaluar su viabilidad. Entre los requisitos esenciales para la implementación de políticas de manejo activo se encuentran la capacitación del personal en todos los aspectos del manejo activo y en aquellas destrezas necesarias para tratar posibles complicaciones de la madre o del recién nacido. Asimismo, es fundamental garantizar la seguridad de las inyecciones.

Asegurar el Acceso a la Maternidad Sin Riesgo a través de Estándares de Atención a Nivel Mundial

Entre las prioridades que se establecieron en la Reunión de Consulta Técnica sobre Maternidad Segura realizada en Sri Lanka en 1997, y en el Simposio Internacional sobre Maternidad sin Riesgo realizado en Washington D.C en 1998, estaban: garantizar la atención de cada parto por personal calificado, y mejorar el acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto.⁴¹ El manual *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto* presentado en la página 6 contribuye a lograr el cumplimiento de dichas metas, ya que ayuda a institucionalizar y formalizar las destrezas que deben tener los médicos y matronas de los hospitales de referencia.

Los estándares de atención establecen un nivel específico de desempeño basado en prácticas de última generación respaldadas por los conocimientos científicos más avanzados.⁴² Las guías para la elaboración de políticas y la entrega de servicios explican cómo deben alcanzarse estos estándares. Los estándares y las guías, utilizados en conjunto, pueden contribuir a mejorar el desempeño y la calidad de atención de los proveedores de salud.

Elaboración de guías nacionales. El manual *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto* y otras publicaciones internacionales basadas en la evidencia científica sirven como modelos para elaborar guías actualizadas que rijan las políticas y la prestación de servicios a nivel nacional. Los procesos de implementación y desarrollo efectivo de nuevos estándares y guías generalmente constan de varias etapas:

- Identificar a todas las partes interesadas y alcanzar un consenso en cuanto a la necesidad de realizar un cambio.
- Conformar un grupo consultor nacional.
- Desarrollar y revisar una versión preliminar de guías nacionales sobre políticas y entrega de servicios, valiéndose

“Si las madres recibieran atención postparto con la misma regularidad con la que reciben atención prenatal, la mortalidad materna disminuiría.” — Li et al., 1996³

de materiales de referencia tanto nacionales como internacionales.

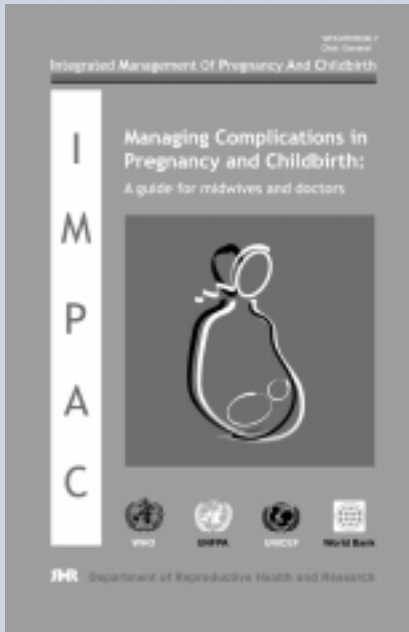
- Revisar las guías (incluyendo aquéllas de las partes interesadas claves ajenas al grupo consultor).
- Refrendar oficialmente las guías.
- Difundir estas guías ampliamente.

Este proceso asegura que las guías nacionales aborden los problemas propios de la comunidad, y que las soluciones se adecuen al contexto nacional. El Programa de Salud Materna y Neonatal (SMN) de JHPIEGO ha ayudado a algunos países a desarrollar nuevas guías, basándose en el manual *Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto*. En Uganda, por ejemplo, las guías que rigen la atención en salud materna y neonatal fueron desarrolladas en base a una

serie de actividades en las que participaron más de 30 proveedores de salud y responsables de la toma de decisiones de ese país. Como resultado, se elaboró el documento *Guías Clínicas para la Atención Materna y Neonatal Esencial en Uganda*, que entrega los criterios básicos para mejorar la supervivencia de la madre y del recién nacido. Este proceso participativo que permitió la elaboración de las guías garantizó que éstas reflejaran y respondieran a las necesidades y preocupaciones reales de los ugandeses.⁴²

Asimismo, en colaboración con el programa de SMN, los líderes de Indonesia presentaron recientemente el *Documento Nacional de Referencia en Salud Materno Neonatal*. La presentación se llevó a cabo en un taller al que asistió un centenar de partes interesadas, entre las que se encontraban obstetras y ginecólogos, personal docente de las facultades de medicina y escuelas de obstetricia, y representantes del ministerio de salud.⁴² Dicho documento será distribuido a todas las facultades de medicina y las escuelas de obstetricia, y a los programas de capacitación en salud reproductiva de Indonesia. En ese país, ya se ha empezado a usar en las capacitaciones de pregrado y en servicio material docente basado en este documento como guía para la atención del recién nacido y de la madre durante el embarazo, el parto y el postparto.

Implementación y uso de las guías. Una vez que las nuevas guías han sido aceptadas y distribuidas, es necesario garantizar su implementación y uso. Es importante contar con sistemas de apoyo que permitan cerciorarse de que los proveedores de salud cuenten con las destrezas, el equipo y los insumos necesarios para implementar los estándares de atención. Para lograr este objetivo se requiere de sistemas para capacitar y supervisar al personal, para asegurar un apoyo logístico adecuado, y para monitorear y evaluar nuevos enfoques para la entrega de servicios. Por ejemplo, en África, Asia y América Latina se están implementando programas de capacitación (que cuentan con el apoyo del programa de SMN) basados en el manual *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*, con el objetivo de crear un grupo central de docentes y capacitadores. Una vez que estos profesionales completen un total de 12 a 18 meses de entrenamiento, podrán desempeñarse como expertos en el área y contribuir a la capacitación de pregrado y en servicio de otros profesionales dentro de su región.



Nuevos Manuales sobre la Atención de Salud Materna y Neonatal

Existe un conjunto de nuevas guías para la atención de la madre y el recién nacido. Estas guías entregan a los proveedores de salud calificados toda la información necesaria para ofrecer atención básica y manejar las complicaciones del embarazo y el parto. La OMS y JHPIEGO Corporation están desarrollando cuatro manuales técnicos basados en la evidencia científica, los que en conjunto conforman un material fundamental sobre salud materna y neonatal. Estos manuales son una contribución al elemento clave Integrated Management of Pregnancy and Childbirth IMPAC (Manejo Integral del Embarazo y el Parto), que forma parte de la iniciativa de la OMS "Making Pregnancy Safer" (Contribuyendo a una Maternidad sin Riesgo).

El primer manual *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors* (Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto: Guía para obstetras y médicos), fue elaborado por la OMS en conjunto con JHPIEGO. Este documento presenta las mejores prácticas establecidas a nivel internacional y cuenta con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), el Banco Mundial, la Confederación Internacional de Matronas (CIM), y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). El manual proporciona orientación general para la atención de las mujeres que presentan complicaciones durante el embarazo, el parto o el postparto inmediato, como también para tratar los problemas inmediatos del recién nacido.

El manual está diseñado para ser usado por matronas y médicos calificados que se vean enfrentados a complicaciones, como el sangrado vaginal después del parto o un trabajo de parto obstruido. El hecho de que los contenidos de este manual hayan

sido ordenados por síntoma y no por enfermedad, facilita su uso para tratar a las mujeres que presentan problemas específicos. Dado que ha sido concebido para ser usado en comunidades de escasos recursos, el manual hace hincapié en la importancia de una rápida evaluación médica y de una oportuna toma de decisiones, sin depender exclusivamente de pruebas de laboratorio u otro tipo de exámenes. El manual resume las principales etapas de los procedimientos necesarios para el manejo de ciertos trastornos, y destaca las terapias más efectivas y menos costosas para tratarlos.

El manual es un valioso aporte para el manejo del sangrado postparto. Bajo el encabezado del síntoma "sangrado vaginal después del parto", por ejemplo, el manual ofrece información sobre el manejo general de la paciente; un cuadro para realizar el diagnóstico del sangrado (ver Cuadro 2); e instrucciones específicas para el manejo de cada diagnóstico (por ejemplo, compresión bimanual del útero y administración de medicamentos oxitócicos en los casos de atonía uterina). El manual proporciona las instrucciones sobre cómo se realizan los procedimientos necesarios para controlar el sangrado (tales como la extracción manual de la placenta, la reparación de desgarros del cuello uterino, vaginales y perineales, la corrección de la inversión uterina, la reparación de la rotura uterina, la ligadura de la arteria uterina y de la arteria utero-ovárica, y la histerectomía postparto). El manual incluye dos apéndices: una lista de los medicamentos esenciales para manejar las complicaciones del embarazo y el parto, y un índice ordenado de tal manera que facilita el uso del manual en situaciones de emergencia.

Los tres manuales restantes que serán publicados dentro de los próximos dos años son:

Essential Care Practice Guide for Pregnancy, Childbirth, and Newborn Care (Guía práctica para la atención esencial del embarazo, el parto y el recién nacido) de la OMS. Este manual estará dirigido al personal de salud de todos los niveles, especialmente a aquéllos que trabajan en atención primaria. Abordará la atención de rutina y la de emergencia de mujeres y recién nacidos durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto; tratará también los cuidados postaborto.

Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Caregivers (Atención materna y neonatal básica: Una guía para proveedores de salud calificados) de JHPIEGO, con la colaboración del Colegio de Enfermeras-Matronas de los EE.UU. y del Basic Support for Institutionalizing Child Survival –BASICS. Este manual está dirigido a matronas, enfermeras y a otros profesionales de la salud que proveen atención a las madres y a los recién nacidos. Aborda las áreas de atención prenatal, detección temprana de complicaciones asociadas al embarazo, trabajo de parto y parto normales, y atención del postparto normal (la que incluye el cuidado del recién nacido).

Management of Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses, and Midwives (Manejo de los problemas del recién nacido: Guía para médicos, enfermeras y obstetras) de la OMS y JHPIEGO, con la colaboración de BASICS. Este manual se ha desarrollado pensando en los doctores, matronas, y enfermeras de aquellas instituciones que ofrecen atención obstétrica básica integral. Aborda el tratamiento de los principales problemas que aquejan al recién nacido, entre los que se incluyen posibles infecciones graves y bajo peso al nacer.

Para obtener ejemplares en inglés del manual *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth*, y si desea obtener mayor información acerca de los otros manuales que se publicarán, contáctese con: RHR Documentation Centre, Department of Reproductive Health and Research, WHO, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Correo electrónico: rhrpublications@who.int. Teléfono: +41 22 791 4447/3346. Fax: +41 22 791 4189. Más información sobre el Programa de Salud Materna y Neonatal de JHPIEGO con subvención de USAID se encuentra disponible en la Internet en la dirección <http://www.mnh.jhpiego.org>.

Como principales beneficiarios, los miembros de la comunidad deben participar activamente en la implementación de las nuevas guías. Si las mujeres, sus familias y los líderes de la comunidad reciben educación acerca de los nuevos estándares de atención, lograrán comprender mejor tanto el proceso del embarazo, trabajo de parto y parto, como sus posibles complicaciones. De tal manera, a la larga la comunidad esperará recibir —y exigirá— el nuevo nivel de atención. De hecho, la implementación efectiva de ciertas guías requiere de la participación de los miembros de la comunidad (por ejemplo, al transportar a una mujer con HPP a un centro de atención de salud). Asimismo, el papel de la comunidad es clave al momento de controlar y evaluar si las guías y los estándares son apropiados y están siendo implementados correctamente.

Conclusión

La hemorragia postparto es una causa rápida e impredecible de muerte materna a nivel mundial. La información actual indica que en aquellos lugares donde se cuenta con asistentes de parto calificados, equipo necesario, y con procedimientos para la administración segura de inyecciones, el manejo activo del tercer periodo del parto (administración de medicamentos uterotónicos, pinzamiento del cordón, y tensión controlada del cordón) reduce significativamente la incidencia de casos de HPP.⁴³ Junto con la prevención y tratamiento de la anemia y con la atención calificada de todos los partos, el manejo activo puede prevenir cada año miles de casos de HPP en todo el mundo. Aquellos casos que no pueden prevenirse requieren de la intervención inmediata de proveedores de salud debidamente calificados y preparados.

Investigaciones operativas en curso están ayudando a determinar los criterios más adecuados para manejar la hemorragia postparto y sus complicaciones en diferentes condiciones. Dichos criterios deben incluir los requisitos de aten-

ción necesarios que garanticen la seguridad y efectividad del manejo activo del tercer periodo del parto. A medida que más proveedores de salud tengan acceso, a través de nuevas guías nacionales, a la información necesaria para prevenir y manejar la HPP, más mujeres podrán recibir la atención obstétrica que necesitan. Materiales educativos como el manual *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto* podrán satisfacer la necesidad de contar con información clara y precisa.⁵ La incorporación del manejo apropiado del tercer periodo del parto como un elemento más de la atención prenatal y postnatal contribuirá a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las madres y de los niños/as en todo el mundo.

1. Starrs, A. *The Safe Motherhood Agenda: Priorities for the Next Decade*. New York: Inter-Agency Group for Safe Motherhood, Family Care International (1997).
2. WHO. Global estimates of maternal mortality for 1995: results of an in-depth review, analysis and estimation strategy [statement]. Geneva: WHO (2001).
3. Li, X.F. et al. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 54:1 – 10 (1996).
4. AbouZhar, C. "Antepartum and Postpartum Haemorrhage." In: Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., eds. *Health Dimensions of Sex and Reproduction*. Boston: Harvard University press (1998).
5. WHO. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Geneva: WHO (2000).
6. WHO. *Mother-Baby Package*. WHO/RHT/MSM/94.11.Rev1. Geneva: WHO (Revision, 1998).
7. WHO. Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information. 4th ed. WHO/RHT/MSM/96.28. Geneva: WHO (1997).
8. Cunningham, F.G. et al. *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange (1997).
9. Ripley, D.L. Uterine emergencies: atony, inversion, and rupture. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 26:419 – 434 (1999).
10. Combs, C.A. et al. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstetrics & Gynecology* 77:69 – 76 (1991).
11. Stones, R.W. et al. Risk factors for major obstetric hemorrhage. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 48:15 – 18 (1993).
12. Akins, S. Postpartum hemorrhage: a 90s approach to an age-old problem. *Journal of Nurse-Midwifery* 39(2), Supplement:123S – 134S (March/April 1994).
13. Bulgaho, A. et al. Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 73:1 – 6 (2001).

Tabla 2. Sangrado Vaginal después del Parto

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable
<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* • Útero blando y no contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Shock 	Útero atónico
<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta íntegra • Útero contraído 	Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo
<ul style="list-style-type: none"> • No se expulsa la placenta dentro de los 30 minutos después del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* • Útero contraído 	Retención de placenta
<ul style="list-style-type: none"> • Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas vascularizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • HPP inmediata* • Útero contraído 	Retención de fragmentos placentarios
<ul style="list-style-type: none"> • No se palpa el fondo uterino en la palpación abdominal • Dolor leve o intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión uterina visible en la vulva • HPP inmediata[†] 	Inversión uterina
<ul style="list-style-type: none"> • Se produce sangrado más de 24 horas después del parto • Útero presenta más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado variable (leve o profuso; continuo o irregular) y de mal olor • Anemia 	HPP tardía

*El sangrado puede ser leve si un coágulo bloquea el cuello del útero o si la mujer yace de espaldas.

[†]Puede que no ocurra sangrado si hay inversión completa

Fuente: *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y del Parto*⁵. El manual presenta instrucciones específicas para el manejo de cada caso.

14. Prendiville, W.J. et al. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review, March 9, 2000). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
15. Begley, C. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. *Midwifery* 6:3 - 17 (1990).
16. UNICEF. *Maternal Mortality Update 1998 - 1999*. New York: UNICEF (1999). Available online at www.unfpa.org/tdp/mmupdate/overview.htm.
17. Khan, G.Q. et al. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177:770 - 774 (1997).
18. Prendiville, W.J. et al. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labour. *British Medical Journal* 297:1295 - 1300 (1988).
19. Rogers, J. et al. Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial. *Lancet* 351:693 - 699 (1998).
20. WHO. Reproductive Health Library [CD ROM]. Geneva: WHO/HRP (2001). For information, contact RHL@who.int
21. Poeschmann, R. P. et al. A randomized comparison of oxytocin, sulprostone and placebo in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 98:528 - 530 (1991).
22. Nordstrom, I. et al. Routine oxytocin in the third stage of labour: A placebo-controlled randomised trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 104:781 - 786 (1997).
23. McDonald, S. et al. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
24. Hogerzeil, H.V. Instability of (methyl)ergometrine in tropical climates: an overview. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 69:25 - 29 (1996).
25. Gülmezoglu, A.M. Prostaglandins for prevention of postpartum hemorrhage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
26. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) and EngenderHealth. *Misoprostol for Obstetric and Gynecologic Uses: A Literature Review*. Seattle, Washington: PATH and EngenderHealth (April 2001). Available online at www.rho.org/miso-lit-review.pdf
27. Song, J. Use of misoprostol in obstetrics and gynecology. *Obstetrical and Gynecological Survey* 55(8):503 - 510 (2000).
28. Walley, R.L. et al. A double-blind placebo controlled randomized trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107(9):1111 - 1115 (September 2000).
29. Ng, P.S. et al. A multicentre randomized controlled trial of oral misoprostol and i.m. syntometrine in the management of the third stage of labour. *Human Reproduction* 16:31 - 35 (2001).
30. Cook, C.M. et al. A randomized clinical trial comparing oral misoprostol with synthetic oxytocin or syntometrine in the third stage of labour. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynecology* 39(4):414 - 419 (1999).
31. Bamigboye, A.A. et al. Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77:178 - 181 (1998).
32. Diab, K. et al. The use of rectal misoprostol as active pharmacological management of the third stage of labor. *Journal of Obstetrics & Gynaecological Research* 25(5):327 - 332 (1999).
33. Gülmezoglu, A.M. et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 358(9283):689 - 695 (September 1, 2001).
34. Darney, P.D. Misoprostol: a boon to safe motherhood...or not? [commentary]. *Lancet* 358(9283):682 - 683 (September 1, 2001).
35. Gyte, G. Evaluation of the meta-analyses on the effects, on both mother and baby, of the various components of 'active' management of the third stage of labour. *Midwifery* 10:183 - 199 (1994).
36. WHO. *Care of the Umbilical Cord*. WHO/RHT/MSM/98.4. Geneva: WHO (1998).
37. Perez-Escamilla, R. and Dewey, K.G. Active versus expectant management of third stage of labour. *Lancet* 351(9116):1659 - 1660 (May 30, 1998).
38. Carroli, G. Active versus expectant management of the third stage of labour (WHO Reproductive Health Library Commentary, Nov. 17, 2000). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2001*. Oxford: Update Software, Ltd.
39. WHO. *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Geneva: WHO (1999).
40. PATH, World Health Organization/Indonesia, and Ministry of Health/Indonesia. *Oxytocin in Pre-Filled Uniject™ Injection Devices for Management of Third Stage of Labor: An Introductory Trial in Lombok, Indonesia*. Final Report. Seattle, Washington: PATH (May 2001).
41. PATH. Safe motherhood: successes and challenges. *Outlook* 16(Special): 1 - 8 (July 1998).
42. Johnson, R. *Implementing Global Standards of Maternal and Neonatal Healthcare at Healthcare Provider Level: A Strategy of Disseminating and Using Guidelines*. Unpublished paper prepared for Implementing Maternal and Neonatal Health Standards of Care workshop, 13 - 14 September 2000. Baltimore: JHPIEGO (2000).
43. Gülmezoglu, A.M. Personal communication, WHO (August 28, 2001).

La escritora responsable de este número fue Barbara Shane. Como asistente de redacción colaboró Michele Burns, y como asistente de producción participó Kristin Dahlquist. Además de los miembros seleccionados de la Junta Asesora, las siguientes personas revisaron este número: Dr. M. Gülmezoglu, Dr. J. Liljestrand, Srta. M. McCormick, Dr. H. Sanghvi, Sra. A. Tinker, y Dr. J. Villar. *Outlook* agradece sus comentarios y sugerencias.

Outlook es publicado por PATH en inglés y francés y está disponible en español, chino, indonesio, portugués y ruso. *Outlook* presenta noticias sobre productos para la salud reproductiva y decisiones sobre la regulación de drogas, de interés para los países en desarrollo.

El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva traduce, publica y distribuye la edición en español de *Outlook*. Este número de *Outlook* cuenta con el financiamiento de la Office of Health and Nutrition, Center for Population, Health, and Nutrition, Bureau for Global Programs, Field Support, and Research, United States Agency for International Development (USAID), bajo los términos del contrato No. HRN-A-00-98-00043-00.

El contenido y las opiniones expresadas en *Outlook* no son necesariamente aquellas de sus patrocinadores, de los miembros de la Junta Asesora de *Outlook*, de PATH o del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

PATH es una organización internacional sin fines de lucro dedicada a mejorar la salud, especialmente la salud de las mujeres y los niños de los países en desarrollo. *Outlook* se envía sin costo alguno a los lectores de los países en desarrollo; la suscripción en los países desarrollados tiene un precio de US\$ 40 al año. Por favor dirija sus cheques a PATH.

Editora: Jacqueline Sherris, Ph.D.
 PATH
 1455 N.W. Leary Way
 Seattle, Washington 98107 - 5136
 Fono: 206 - 285 - 3500
 Fax: 206 - 285 - 6619
 E-mail: outlook@path.org

URL: http://www.path.org/resources/pub_Outlook.htm

Las personas de ICMER a cargo de la traducción y producción de *Outlook* en español son Ana María Concha, Kane Sugiura y Ximena Toro.

JUNTA ASESORA

- Giuseppe Benagiano, M.D., Director General, Instituto Nacional de Salud de Italia
- Gabriel Bialy, Ph.D., Asesor Especial, Contraceptive Development, National Institute of Child Health & Human Development, EE.UU.
- Willard Cates, Jr. M.D., M.P.H., Presidente de Family Health International, EE.UU.
- Lawrence Corey, M.D., Prof. de Laboratorio Clínico, Medicina y Microbiología y Jefe Div. de Virología, Universidad de Washington, EE.UU.
- Horacio Croxatto, M.D., Presidente del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Chile
- Judith A. Fortney, Ph.D., Científica Principal, Family Health International, EE.UU.
- John Guillebaud, M.A., FRCSE, MRCOG, Dir. Med., Margaret Pyke Centre for Study and Training in Family Planning, Reino Unido
- Atiqur Rahman Khan, M.D., Comité Asesor Nacional, UNFPA, Tailandia
- Louis Lasagna, M.D., Sackler School of Graduate Biomedical Sciences, Tufts University, EE.UU.
- Roberto Rivera, M.D., Director Corporativo para Asuntos Médicos Internacionales, Family Health International, EE.UU.
- Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, Ph.D., Secretario General Adjunto, IPPF, Reino Unido
- Melvin R. Sikov, Ph.D., Científico Principal, Toxicología Experimental, Battelle Pacific Northwest Labs., EE.UU.
- Irving Sivin, M.A., Científico Principal, The Population Council, EE.UU.
- Richard Soderstrom, M.D., Prof. OB/GIN, Universidad de Washington, EE.UU.
- Martin P. Vessey, M.D., FRCP, FFCM, FRCGP, Prof., Dept. Salud Pública y Atención Primaria, Universidad de Oxford, Reino Unido.