

PREVENCIÓN HEMORRAGIA POSPARTO



Herramienta para Proveedores de Salud

VERSIÓN CONDENSADA



INTERNATIONAL FEDERATION OF
GYNECOLOGY & OBSTETRICS



ÍNDICE

Agradecimientos. 1

Introducción. 3

Sección A: Un llamado a la acción

Declaración conjunta de la CIM y la FIGO: Manejo durante la tercera etapa del parto para prevenir la hemorragia postparto. A-1

Iniciativa mundial de la CIM y la FIGO destinada a prevenir la hemorragia post parto: Las 10 medidas fundamentales. A-4

Documento de presentación de la CIM. A-5

Sección B: Fundamentos del manejo activo del alumbramiento

Introducción B-1

Manejo activo del alumbramiento: Curso de capacitación y presentación de diapositivas B-3

Sección C: Pautas de atención clínica y manejo para la prevención de la hemorragia post parto

Introducción C-1

Atención de la emergencia obstétrica: Hemorragia vaginal post parto C-3

Materiales de capacitación. C-8

Sección D: Medicamentos utilizados para el manejo activo del alumbramiento

Introducción D-1

Prevención de la hemorragia post parto: Asuntos relacionados con el tratamiento medicamentoso en el manejo activo del alumbramiento. D-3

Sección E: Herramientas para la difusión de esta iniciativa

AGRADECIMIENTOS

Las presentes herramientas fueron recopiladas y preparadas por el Programa Para la Tecnología Apropriada en Salud (Program for Appropriate Technology in Health [PATH]), que depende del Proyecto de Salud Materna y Neonatal (SMN) financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. El propósito del proyecto SMN es el de salvar la vida de la madre promoviendo la aplicación oportuna de las prácticas de salud y nutricionales que son fundamentales para la madre y el recién nacido. La aplicación del proyecto SMN es una obra conjunta del Centro de la Universidad Johns Hopkins para los Programas de Comunicación (JHPIEGO), el Centro de Actividades para el Desarrollo y la Población, y el PATH.

Copyright © 2004, Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Todos los derechos reservados. El material contenido en este documento puede usarse libremente con fines educativos y no comerciales, a condición de que se cite la fuente.

Publicado por: PATH

1800 K St. NW
Washington, DC 20006

Documento: Editora: Mary Linehan

Diseño: Jacobs Design
Foto de carátula: Mary Linehan

CD-ROM: Editora: Rebecca Chase

Animación y diseño: Matthew Czapanskiy
Dibujante: Kimberly Battista

Cita bibliográfica recomendada: PATH. *Prevención de la hemorragia post parto: herramientas para los proveedores de atención clínica. Versión condensada.*
Washington, D.C.: PATH. 2004

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo económico proporcionado por la División de Salud Materno infantil de la Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, dependiente de la Oficina para la Salud Mundial, AID, según los términos estipulados en la subvención no. HRN-A-00-98-00043-00. Las opiniones expresadas en el presente documento pertenecen al proyecto SMN y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la AID.

Derechos de Autor:

“Prevención Hemorragia Posparto: Herramienta para Proveedores de Salud” (versión condensada)
© 2005 por Programa Para la Tecnología Apropriada en Salud (PATH). Derechos reservados.

Atribución/Reconocimiento:

La "Versión Localizada en Español" se tradujo con el apoyo y la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Salud de la Mujer y Materna con el apoyo de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de la Subvención # LAC-G-00-04-00002-00. La "Versión Localizada en Español" se basa en la "Prevención Hemorragia Posparto: Herramienta para Proveedores de Salud" (versión condensada)". El documento fue desarrollado por y es propiedad de PATH. Los puntos de vista presentados en la "Versión Localizada en Español" no necesariamente representan los puntos de vista de PATH, la OPS o USAID.

El CD-ROM, *Active Management of the Third Stage of Labor: A Demonstration*, solamente acompaña la versión en inglés de la Caja de Herramientas. Esta breve presentación narrada, de 12 minutos de duración, sobre las generalidades del manejo activo de la tercera etapa del parto, muestra cada paso del procedimiento mediante ilustraciones y secuencias animadas. Está dirigida tanto audiencias clínicas como no clínicas; es útil como fuente de información general y promoción, y también como herramienta o programa de instrucción y aprendizaje. Puede consultarse información adicional sobre este CD-ROM incluida en el propio CD.

Agradecimiento especial

Quisiéramos agradecer a todas las personas que revisaron el documento y el CD-ROM a lo largo de las diversas etapas de producción o brindaron asistencia técnica: Eltahir Abdelhadi, Deborah Armbruster, Rebecca Chase, Colleen Conroy, Willow Gerber, Jane Goett, Patricia Gomez, Kathy Herschderfer, Lily Kak, Barbara Kinzie, Patricia Klosky, Katherine Krasovec, Andre LaLonde, James Litch, Melissa McCormick, Gloria Metcalfe, Rebeca Quiroga, Mary Ellen Stanton, Patricia Stephenson, Suzanne Thomas, Jorge Tolosa y Anne Wilson.

INTRODUCCIÓN

En 2003, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Confederación Internacional de Matronas (CIM) publicaron una declaración conjunta en la que se priorizaba el acceso universal al manejo activo del alumbramiento, con el fin de responder a la necesidad urgente de obtener resultados tangibles en la reducción de la mortalidad materna a nivel mundial.

Estas herramientas fueron creadas con el propósito de suministrar información y materiales útiles y prácticos a proveedores clínicos calificados, para que sirviéndose de ellos se logre prevenir la hemorragia post parto a través del manejo activo del alumbramiento y se abogue en favor de aquellos cambios de políticas necesarios que aseguren a todas las embarazadas el beneficio este manejo.

Las herramientas están distribuidas en dos documentos separados:

1. Esta edición condensada, de espiral, está destinada a los profesionales expertos que trabajan dentro y fuera de establecimientos. Contiene una selección de materiales básicos y prácticos que permitan adoptar las medidas necesarias para la prevención, el manejo y el tratamiento de la hemorragia post parto, y citas bibliográficas para consultar materiales adicionales contenidos en el documento de consulta bibliográfica.
2. Un documento de consulta bibliográfica para asociaciones de partería, ginecología y obstetricia; otras asociaciones profesionales y educativas; universidades; centros de recursos del Ministerio de Salud; y centros de consulta centralizados que prestan apoyo a los proveedores de servicios de atención de la salud materna y que distribuyen información profesional a sus miembros. Este documento ha sido preparado con la idea de que la información adicional y las actualizaciones que surjan a medida que se cuente con nuevos descubrimientos puedan complementar el ejemplar encuadernado original.

La versión condensada de las herramientas intenta guiar la práctica del manejo activo del Alumbramiento e incluye:

- La declaración conjunta de la CIM y la FIGO
- Un resumen de las observaciones en las que se basa el manejo activo del alumbramiento y una presentación de PowerPoint que resume dichas observaciones
- La descripción detallada de las guías de atención clínica aprobadas por la CIM y la FIGO para el manejo activo del Alumbramiento
- Información sobre los medicamentos que pueden usarse para el manejo activo del alumbramiento
- Una colección de materiales informativos destinados a los medios de difusión
- El CD-ROM Manejo activo del alumbramiento: una Demostración práctica, que contiene una presentación narrada de 12 minutos de duración. En ella se define y explica brevemente la importancia del manejo activo y se representan los pasos del procedimiento por medio de ilustraciones y animaciones
- Una guía laminada que facilita la práctica del manejo activo del alumbramiento.

A continuación se enumeran otros enlaces y fuentes en los que se puede encontrar información y recursos para la prevención de la hemorragia post parto:

The Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health (Asociación para la Maternidad Segura y la Salud del Recién Nacido)
Correo electrónico: info@safemotherhood.org
Sitio web: <http://www.safemotherhood.org/>

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (Alianza de la Cinta Blanca para la Maternidad Segura)
Secretaría Mundial
1050 17th Street, N.W., Suite 1000
Washington, D.C. 20036 USA
Teléfono de EE. UU.: (202) 775-9680
Fax : (202) 775-9699
Correo electrónico: wra2@whiteribbonalliance.org
Sitio web: <http://www.whiteribbonalliance.com/>

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Bureau for Global Health
1300 Pennsylvania Ave.
Washington, D.C. 20523-3700
Teléfono: 202-712-4208
Fax: 202-216-3702
Sitio web: www.usaid.gov/our_work/global_health

Salud Reproductiva en Línea
Sitio web: <http://www.reproline.jhu.edu/>

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
FIGO Secretariat
FIGO House
Suite 2, Waterloo Court
10 Theed Street
London SE1 8ST
United Kingdom

Teléfono: +44 20 7928 1166
Fax: +44 20 7928 7099
Correo electrónico (general): figo@figo.org
Sitio web: <http://www.figo.org/>

Confederación Internacional de Matronas (CIM)
Eisenhowerlaan 138
2517 KN The Hague
The Netherlands
Teléfono: +31 70 3060520
Fax: +31 70 3555651
Sitio web: www.internationalmidwives.org

Program for Appropriate Technology for Health (PATH)
Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative (PoPPHI)
1800 K Street NW
Washington, DC 20006
Teléfono: 202-822-0033
Fax: 202-457-1466
Sitio web: www.path.org

JHPIEGO
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231
Teléfono: 410-537-1800
Fax: 410-537-1474
Correo electrónico: info@jhpiego.net
Sitio web: www.jhpiego.org

Misoprostol en Ginecología y Obstetricia
Sitio web: <http://www.misoprostol.org/>



**Declaración conjunta
Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto**

**Confederación Internacional de Matronas (ICM)
Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO)**

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) son socios claves en las iniciativas mundiales de Maternidad Segura para reducir la muerte y la discapacidad materna en el mundo. Sus enunciados de misión comparten un compromiso común de promover la salud, los derechos humanos y el bienestar de todas las mujeres, especialmente las que están en riesgo de morir o de sufrir discapacidad como resultado de la maternidad. ICM y FIGO promueven intervenciones eficaces, basadas en evidencias, que, cuando utilizadas adecuadamente con consentimiento informado, pueden reducir la incidencia de la mortalidad y la morbilidad materna en el mundo.

La hemorragia grave es la causa más importante de la muerte materna en todo el mundo. Más de la mitad de todas las defunciones maternas ocurren dentro de las 24 horas después del parto, principalmente como resultado de una hemorragia masiva. Toda mujer embarazada puede sufrir una pérdida de sangre potencialmente mortal en el momento del parto; las mujeres con anemia son particularmente vulnerables ya que no pueden tolerar ni siquiera una pérdida de sangre moderada. Toda mujer debe permanecer en observación, y si es necesario ser estabilizada durante el periodo inmediato del post-parto.

Como resultado de la revisión de la evidencia disponible, ICM y FIGO concuerdan que se ha demostrado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce la incidencia de la hemorragia posparto, la cantidad de pérdida sanguínea y el uso de la transfusión de sangre.

Manejo activo de la tercera etapa del parto debe ser ofrecido a las mujeres ya que reduce la incidencia de la hemorragia posparto debido a la atonía uterina.

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

- Administración de los agentes uterotónicos
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical
- Aplicar masajes uterinos después del descenso de la placenta, según sea apropiado

Todo asistente del parto debe tener el conocimiento, las destrezas y el juicio crítico para poder realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto; así mismo debe poder acceder los suministros y el equipo necesario.

Las asociaciones profesionales nacionales cumplen un rol importante y colaborativo en:

- Promover de la atención calificada del parto;
- Diseminar esta declaración a todos los miembros de su asociación y facilitar su ejecución;
- Educar al público acerca de la necesidad de una prevención adecuada y del tratamiento de una hemorragia post-parto;
- Publicar la declaración en revistas, boletines informativos y sitios en la red nacionales sobre partería, obstetricia y medicina;
- Abordar las barreras legislativas y otras que impiden la prevención y tratamiento de la hemorragia post-parto;
- Incorporar el manejo activo de la tercera etapa del parto en los estándares nacionales y en las pautas clínicas, según sea lo adecuado;
- Incorporar el manejo activo de la tercera etapa en los planes de estudio de todo el personal calificado que presta servicios antes y durante el parto;

- Trabajar con agencias nacionales regulatorias de productos farmacéuticos, autoridades responsables de formular las normas y donantes para asegurar el suministro adecuado y la disponibilidad permanente de medicamentos uterotónicos y el equipo de inyecciones.

MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO

¿CÓMO UTILIZAR LOS AGENTES UTEROTÓNICOS?

- Dentro del primer minuto después de haber nacido el bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) e inyecte 10 unidades de oxitocina intramuscularmente (IM). Oxitocina es preferida sobre otros medicamentos uterotónicos porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.
- Si la oxitocina no está disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos como: ergometrina 0.2 mg IM, sintometrina (1 ampolleta) IM o misoprostol 400-600 mcg oralmente. La administración de misoprostol debe ser reservada para situaciones en donde no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergot inyectables.
- Los uterotónicos requieren de almacenamiento adecuado:
 - Ergometrina: 2-8°C Requiere protección de la luz y evitar congelamiento
 - Misoprostol: temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.
 - Oxitocina: 15-30°C, evitar congelamiento.
- Se debe proporcionar consejería acerca de los efectos secundarios de estos medicamentos.

¡Advertencia! No administre ergometrina o sintometrina (porque contiene ergometrina) a las mujeres con pre-eclampsia, eclampsia o presión arterial alta.

¿CÓMO HACER UNA TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL?

- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que las pulsaciones cesen en un recién nacido saludable) y sosténgalo en una mano.
- Coloque la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y establezca el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical.
- Mantenga una tensión liviana en el cordón umbilical y espere una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, anime a la madre a pujar y con mucho cuidado hale hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continúe aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende durante los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halándolo:
 - Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté contraído nuevamente;
 - Durante la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario

Nunca realice una tracción el cordón umbilical (hale) sin realizar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y voltéela con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. 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 o desinfectados, y emplee un fórceps de esponja para extraer cualquier pedazo de membrana que esté presente.
- 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 (ref: *Manejo de complicaciones en el embarazo y durante el parto*).

¿CÓMO HACER UN MASAJE UTERINO?

- Aplique un masaje inmediatamente al fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpe el útero cada 15 minutos y confirme que está contraído; repita el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.

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

Todos los procedimientos y medidas que se realizan deben ser explicados a la mujer y a su familia durante su aplicación. Continúe ofreciendo apoyo a la mujer y su familia durante el proceso.

Bibliografía:

WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. WHO/RHR/00.7, 2000.

Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. In: The Cochran Library, Issue 3, 2003. Oxford. Update Software.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active vs. expectant management in the third stage of labour. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. Int J Gynecol Obstet 2003;82



ICM/FIGO INICIATIVA GLOBAL EN LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO

“Esta iniciativa resultará en una reducción de la mortalidad materna y al mismo tiempo aumentará la probabilidad de la supervivencia infantil ya que más niños tendrán una madre quien los cuide.”

Caroline Weaver, Presidente ICM
noviembre 2003, Hong Kong

“Necesitamos detener la muerte de 200.000 mujeres cada año debido a un sangramiento durante el parto”

Arnaldo Acosta, Presidente FIGO
octubre 2003, Santiago

DIEZ ACCIONES CLAVES

ICM y FIGO se comprometen a:

1. Diseminar la declaración conjunta a todas las asociaciones nacionales de obstetras y a las sociedades de ginecólogos y obstetras; van a alentar a las agrupaciones nacionales a que distribuyan la misma a sus miembros.
2. Obtener apoyo para una declaración conjunta de las agencias en el campo de la atención de la salud materna y neonatal, tales como a las agencias de Naciones Unidas y agencias de desarrollo, entre otras.
3. Recomendar que esta Iniciativa Global en la Prevención de HPP sea integrada en los currículos de las escuelas de medicina, obstetricia y enfermería.
4. Recomendar que la Iniciativa Global sea adoptada por los responsables de las políticas de salud y por los políticos.

ICM y FIGO trabajarán juntas para asegurar que:

5. Toda madre dando a luz en cualquier parte del mundo se le ofrezca un manejo activo de la tercera etapa de parto para la prevención de la HPP.
6. Todo asistente calificado esté capacitado en el manejo activo de la tercera etapa del parto y en las técnicas para el tratamiento de la HPP.
7. Toda clínica donde se atienden partos tenga los suministros adecuados de fármacos útero tónicos, equipos y protocolos para la prevención y tratamiento de la HPP.
8. Las instalaciones de transfusiones sanguíneas estén disponibles en los centros que proporcionan un cuidado completo de la salud (niveles de cuidado de segundo y tercer nivel).
9. Los médicos se capaciten en técnicas básicas simples tales como: suturas de comprensión y desvascularización.
10. Las nuevas y prometedoras tecnologías y fármacos sean evaluados para la prevención y el tratamiento de la HPP, tales como las técnicas de taponamiento.



Confederación Internacional de Matronas

Información Antecedente

La prevención de la hemorragia post-parto: una iniciativa global

En septiembre 2000, 189 estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a lograr los objetivos de Desarrollo del Milenio. Uno de estos objetivos es lograr la reducción del número de mujeres que mueren a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto.

Es evidente que tanto las parteras como los obstetras deben tomar un rol clave en este trabajo. Es por ello que la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) han estado trabajando juntos, en primer lugar para identificar la prioridad de mayor importancia para sus miembros; y en segundo lugar para desarrollar y ejecutar un plan de acción que pueda ser divulgado a los trabajadores de la salud en cada país.

Ambas organizaciones han identificado un reto específico, prevenir la muerte de las mujeres por la hemorragia post-parto (HPP). La Declaración Conjunta, publicada por ICM y FIGO en octubre 2003, aborda este problema. La misma se basa en una revisión rigurosa de la evidencia disponible e incluye orientaciones detallada para los asistentes de parto calificados. La Declaración se basa en la idea que—mientras se pueda asegurar la disponibilidad de asistentes de parto apropiadamente capacitados, el equipo necesario y la seguridad del manejo de la inyección—el manejo activo de la tercera etapa del parto reducirá significativamente la incidencia de HPP. Se reconoce que estas condiciones no están disponibles en todos los entornos donde se llevan a cabo los partos. Por consiguiente, parte del plan de acción es trabajar hacia la expansión del entrenamiento de los asistentes del parto, sean estos médicos u obstetras, y en la provisión de suministros adecuados de drogas útero tónicas y equipo en cada clínica de salud.

En los seis meses posteriores al lanzamiento de la campaña, ICM y FIGO han llevado adelante sus planes en muchas áreas. La Declaración y los materiales relacionados se han distribuido extensamente. Además, los informes sobre la campaña se han publicado en diversas revistas sobre partería y obstetricia. La Iniciativa Global fue lanzada en la Conferencia Regional de ICM en Asia-Pacífico en Hong Kong en noviembre 2003, donde la presidenta, Caroline Weaver, instó a las parteras de esta región a unirse a la campaña y de incluir las orientaciones de la Declaración Conjunta en sus políticas de salud y en el entrenamiento de la partería. Durante la Conferencia también se llevó a cabo un taller de medio día sobre la prevención de la hemorragia post-parto. ICM continuará abordando este tema durante sus conferencias regionales y en el próximo Congreso del Trienio. ICM y FIGO continuarán trabajando juntos y agradecen grandemente el apoyo colaborativo de sus socios internacionales.

La próxima fase de la Iniciativa Global será asegurar que este mensaje importante sea tomado seriamente a nivel nacional. ICM apoyará esta Iniciativa trabajando con sus asociaciones miembros en el desarrollo de una estrategia de comunicación para llevar este mensaje a las obstetras. Al mismo tiempo, ICM continuará trabajando con sus socios para asegurar que las parteras involucradas en la elaboración de políticas y en la planificación de los currículos educativos estén conscientes de esta Iniciativa. Estos pasos, cuando se hayan logrado, abrirán la puerta para las obstetras en todo el mundo para mejorar su práctica y poder hacer una gran diferencia que salvará las vidas de las mujeres.

Eisenhowerlaan 138 – 2517 KN The Hague – The Netherlands
Tel: + 31 70 3060520 – fax: + 31 70 3555651 – email: info@internationalmidwives.org
Website: www.internationalmidwives.org



INTRODUCCIÓN

Esta sección contiene el documento titulado “Prevención de la hemorragia post parto: temas relacionados con el manejo medicamentoso durante el manejo activo del alumbramiento”. Dicho apartado se ocupa de las cuestiones logísticas y farmacológicas aplicadas a los medicamentos indicados, y presenta en forma de cuadro las condiciones de conservación de cada medicamento, sus ventajas y desventajas.



Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

Avances en salud materno neonatal

Objetivos de la sesión

Revisar lo siguiente:

- **Definición del tercer período del trabajo de parto**
- **Comparación de manejo fisiológico y manejo activo**
- **Riesgos y beneficios de cada método de manejo**
- **Medicamentos utilizados para el manejo activo**

Dos métodos para el manejo del tercer período

- Manejo fisiológico (“expectante”)
 - No se utilizan oxitócicos
 - Se expulsa la placenta por gravedad y el esfuerzo materno
 - Se pinza el cordón después de la expulsión de la placenta
- Manejo activo
 - Se administran oxitócicos
 - Se pinza el cordón
 - Se expulsa la placenta mediante tracción controlada del cordón (TCC) con contracción sobre el fondo
 - Se masajea el fondo

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

3

Asuntos de vital importancia sobre el tercer período del trabajo de parto

- Comparación de manejo activo y manejo fisiológico
 - Riesgos potenciales teóricos de ambos
 - Atrapamiento de la placenta
 - Avulsión del cordón
 - Inversión uterina
- Selección de un oxitócico
 - Estabilidad, seguridad y efectos secundarios del oxitócico
 - No se ha comprobado el beneficio de la estimulación del pezón
 - Realizar TCC y masaje fúndico si no hay oxitócicos disponibles

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

4

Manejo fisiológico: ventajas y desventajas

- **Ventajas**
 - No interfiere con el proceso normal del trabajo de parto
 - No requiere medicamentos/suministros especiales
- **Desventajas**
 - Aumenta la duración del tercer período
 - Aumenta el riesgo de hemorragia postparto

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

5

Manejo activo: ventajas y desventajas

- **Ventajas**
 - Disminuye la duración del tercer período
 - Disminuye el riesgo de hemorragia postparto
- **Desventajas**
 - Requiere oxitócicos y artículos necesarios para inyección
 - Requiere un asistente de parto con habilidades en:
 - Técnicas de observación
 - Administración de inyecciones
 - Tracción controlada del cordón

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

6

Procedimiento de manejo activo

- Oxitocina
 - Dentro del primer minuto después del parto, palpar el abdomen para descartar la presencia de otro bebé
 - Administrar oxitocina
- Tracción controlada del cordón (TCC)
 - Esperar una fuerte contracción uterina (2-3 minutos)
 - Aplicar TCC mientras se aplica contratracción arriba del pubis
 - Si la placenta no desciende, suspender la tracción y esperar la siguiente contracción

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

7

Comparación de manejo activo y manejo fisiológico: los ensayos de Bristol y Hinchingsbrooke

- 1.695 (ensayo de Bristol) y 1.512 (ensayo de Hinchingsbrooke) mujeres asignadas aleatoriamente al:
 - Manejo activo
 - Manejo fisiológico

Prendiville et al 1988; Rogers et al 1998

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

8

Comparación de manejo activo y manejo fisiológico: el objetivo del ensayo de Bristol

Comparar los efectos sobre la morbilidad fetal y materna del:

- Manejo activo rutinario
- Manejo fisiológico

Prendiville et al 1988.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

9

El ensayo de Bristol: detalles del manejo activo

- Procurar dar una ampolla de oxitócico (oxitocina 5 unidades y ergometrina 0,5 mg en forma rutinaria, u oxitocina sintética 10 unidades si la madre tiene PA elevada) inmediatamente después de la expulsión del hombro anterior
- Procurar pinzar el cordón 30 segundos después del nacimiento del bebé
- Cuando el útero se haya contraído, procurar expulsar la placenta mediante tracción controlada del cordón, con una mano protegiendo el abdomen para ayudar a separar la placenta y evitar la inversión del útero
- Procurar no dar instrucciones especiales con relación a la postura

Prendiville et al 1988.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

10

El ensayo de Bristol: detalles del manejo fisiológico

- Procurar no dar oxicítico
- Procurar dejar el cordón adherido al bebé hasta que se expulse la placenta
- Procurar no utilizar la tracción controlada del cordón ni ninguna interferencia manual con el fondo uterino
- Procurar alentar a la madre a que se concentre en sentir la siguiente contracción o el deseo de pujar
- Cuando la madre sienta la contracción o el deseo de pujar o se observen signos de separación, dar aliento a la madre y ayudarla a cambiar de postura
- Si la placenta no se expulsa espontáneamente, esperar, probar haciendo succionar el pecho al bebé y alentar el esfuerzo materno

Prendiville et al 1988. Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

11

Comparación de manejo activo y manejo fisiológico: hemorragia postparto

	Manejo activo	Manejo fisiológico	OR y IC del 95%
Ensayo de Bristol	50/846 (5,9%)	152/849 (17,9%)	3,13 (2,3-4,2)
Ensayo de Hinchingsbrooke	51/748 (6,8%)	126/764 (16,5%)	2,42 (1,78-3,3)

Prendiville et al 1988, Rogers et al 1998.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

12

Comparación de manejo activo y manejo fisiológico: resultados

		Manejo activo	Manejo fisiológico	OR y IC del 95%
Duración 3er período (media)	Bristol	5 minutos	15 minutos	No realizado
	Hinchingsbrooke	8 minutos	15 minutos	No realizado
3er período > 30 minutos	Bristol	25 (2,9%)	221 (26%)	6,42 (4,9-8,41)
	Hinchingsbrooke	25 (3,3%)	125 (16,4%)	4,9 (3,22-7,43)
Transfusión sanguínea	Bristol	18 (2,1%)	48 (5,6%)	2,56 (1,57-4,19)
	Hinchingsbrooke	4 (0,5%)	20 (2,6%)	4,9 (1,68-14,25)
Oxitóxicos terapéuticos	Bristol	54 (6,4%)	252 (29,7%)	4,83 (3,77-6,18)
	Hinchingsbrooke	24 (3,2%)	161 (21,1%)	6,25 (4,33-9,96)

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

13

Comparación de manejo activo y manejo fisiológico: ensayos de Bristol y Hinchingsbrooke

- **Conclusión: el manejo activo del tercer período reduce el riesgo de hemorragia postparto:**
 - Aumento del riesgo de hemorragia postparto asociado con el manejo fisiológico
 - Aumento de la necesidad de transfusión sanguínea asociado con el manejo fisiológico
 - La oxitocina fue el medicamento de elección para el manejo activo
 - Ningún aumento en el atrapamiento de la placenta con el manejo activo

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

14

Medicamentos oxicicos

- Oxitocina – extracto del l6bulu posterior de la pituitaria
- Ergometrina – preparaci6n a base de ergot
- Sintometrina – combinaci6n de oxitocina y ergometrina
- Misoprostol – an6logo de la prostaglandina E1

Medicamentos oxicicos: oxitocina

- Ventajas
 - Provoca la contracci6n del 6tero
 - Act6a dentro de los 2 ½ minutos cuando se administra IM
 - Normalmente no causa efectos secundarios
- Desventajas
 - M6s costosa que la ergometrina
 - Presentaciones para uso IM o IV solamente
 - Inestable en el calor

Medicamentos oxitócicos: ergometrina

- **Ventajas**
 - **Bajo costo**
 - **Efecto dura 2-4 horas**
- **Desventajas**
 - **Tarda 6-7 minutos en producir efecto cuando se administra IM; la forma oral tiene una eficacia insuficiente**
 - **Provoca contracción uterina tónica**
 - **Aumento del riesgo de hipertensión, vómitos, cefalea**
 - **Contraindicada en las mujeres con hipertensión o cardiopatía**
 - **Inestable en el calor**

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

17

Medicamentos oxitócicos: sintometrina

- **Ventajas**
 - **Efecto combinado de la acción rápida de la oxitocina con la acción sostenida de la ergometrina**
- **Desventajas**
 - **Aumento del riesgo de hipertensión, náusea y vómitos**
 - **Inestable en el calor**

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

18

Comparación de oxitocina y sintometrina: objetivo y diseño

- **Objetivo:** comparar los efectos de la sintometrina frente a los de la oxitocina en la reducción del riesgo de la hemorragia postparto y otros resultados materno neonatales
- **Diseño:** investigaciones controladas aleatorizadas

McDonald, Prendiville and Elbourne 2000.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

19

Comparación de oxitocina y sintometrina: resultados

- La sintometrina estuvo asociada con una pequeña reducción del riesgo de la hemorragia postparto < 1.000 cc (OR 0,74, IC del 95% 0,65-0,85)
- Efectos adversos como los vómitos y la hipertensión estuvieron asociados con el uso de la sintometrina
- No hubieron diferencias en términos de otros resultados materno neonatales

McDonald, Prendiville and Elbourne 2000.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

20

Comparación de oxitocina y sintometrina: conclusión

Es necesario ponderar el beneficio de la reducción del riesgo de la hemorragia postparto frente al riesgo de otros efectos adversos asociados con la sintometrina

McDonald, Prendiville and Elbourne 2000.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

21

Estabilidad de los oxitócicos en climas tropicales: objetivo y diseño

- **Objetivo:**
 - **Determinar el patrón de estabilidad cuando se almacenan en lugar oscuro a largo plazo, cuando se exponen a altas temperaturas y a la luz por corto plazo**
 - **Desarrollar guías**
- **Métodos: se sometieron a prueba de campo muestras de ergometrina y metilergometrina y también se simularon condiciones de almacenamiento en el campo a diferentes temperaturas y exposiciones a la luz**

WHO 1993.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

22

Estabilidad de los oxitócicos en climas tropicales: resultados

En el campo:

- Ergometrina: sólo 31% de las muestras conservaron los niveles requeridos del ingrediente activo
- Oxitocina: 1 muestra vencida, 5 muestras con 104-142% de la cantidad declarada del ingrediente activo

WHO 1993.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

23

Estabilidad de los oxitócicos en climas tropicales: resultados (continuación)

Condición simulada	Ergometrina/ metilergometrina	Oxitocina
En refrigeración por 12 meses	Pérdida de 4-5% del ingrediente activo	Ninguna pérdida
A 30°C y a oscuras	Pérdida de 25%	Pérdida de 14% del ingrediente activo
A 21-25°C y con luz	Pérdida de 21-27% en un mes > 90% en 12 meses	Pérdida de 5%
A 40°C y a oscuras	Pérdida de 50%	Pérdida de 80%

WHO 1993.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

24

Estabilidad de los oxitócicos en climas tropicales: conclusiones

- La estabilidad de la oxitocina es mayor que la de la ergometrina/metilergometrina, especialmente en relación a la luz
- Almacenar en refrigeración, a oscuras, etiquetados
- Sacar de la caja sólo si van a usarse inmediatamente
- Pueden tolerar cortos períodos sin refrigeración (por 1 mes a 30°C, por 2 semanas a 40°C)

WHO 1993.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

25

Estimulación del pezón

- No se ha demostrado que la estimulación del pezón disminuya el riesgo de la hemorragia postparto:
 - Una investigación controlada aleatorizada del amamantamiento inmediatamente después del parto con más de 4.000 sujetos en Malawi no mostró ninguna diferencia significativa en cuanto a la frecuencia de hemorragia postparto, la pérdida media de sangre o la retención de la placenta
 - Cuando no se dispone de oxitócicos, se debe aplicar tracción controlada del cordón o masaje fúndico
- Ventajas de la lactancia materna temprana y la estimulación del pezón:
 - Estimula la producción natural de oxitocina
 - Puede mantener la tonicidad del útero contraído
 - Beneficia al bebé

Bullough, Msuku and Karonde 1989.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

26

Recomendaciones sobre la selección de un oxitócico

- **Utilizar oxitocina cuando esté disponible:**
 - Si la oxitocina no está disponible, utilizar sintometrina o ergometrina
 - Si no se dispone de medicamentos oxitócicos, utilizar la estimulación del pezón
- **Importante: no utilizar ergometrina en mujeres con hipertensión o cardiopatía**
- **Almacenar los oxitócicos en refrigeración (2-8°C), protegidos de la luz**
- **El misoprostol administrado rectalmente tiene ventajas; se espera la realización de estudios confirmativos**

Resumen

- **El manejo activo del tercer período incluye:**
 - **Uso de oxitocina**
 - **Tracción controlada del cordón**
 - **Masaje del fondo uterino**
- **Asegurar que hayan suministros de oxitocina es prioritario**
- **Reducir el riesgo de la hemorragia postparto**
 - **Retención de la placenta**
 - **Necesidad de oxitócicos terapéuticos**

Referencias

Bamigboye A et al. 1998. Randomized comparison of rectal misoprostol with syntometrine for management of third stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand 77: 178-181.

Bullough CH, RS Msuku and I Karonde. 1989. Early suckling and postpartum haemorrhage: Controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet 2 (8662): 522-525.

Irons DW, P Sriskandabalan and CHW Bullough. 1994. A simple alternative to parenteral oxytocics for the third stage of labor. Int J Obstet Gynecol 46:15-18.

Khan GQ et al. 1997. Controlled cord traction versus minimal intervention technique in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology 177(4): 770-774.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

29

Referencias (continuación)

McDonald S, W Prendiville and D Elbourne. 2000. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta (Cochrane Review), in *The Cochrane Library*. Issue 4. Update Software: Oxford.

McDonald et al. 1993. Randomized controlled trial of oxytocin alone versus oxytocin and ergometrine in active management of third stage of labor. BMJ 307(6913):1167-1171.

Prendiville et al. 1988. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of the third stage of labor. BMJ 297:1295-1300.

Rogers J et al. 1998. Active versus expectant management of third stage of labour: The Hinchingsbrooke randomised controlled trial. Lancet 351(9104): 693-99.

World Health Organization (WHO). 1993. Stability of injectable oxytocics in tropical climates: Results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylergometrine, and oxytocin. WHO: Geneva.

Manejo activo del tercer período del trabajo de parto

30



INTRODUCCIÓN

Esta sección incluye las pautas de atención clínica y manejo para la prevención de la hemorragia post parto, basadas en el manual publicado por la Organización Mundial de la Salud con el título de *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para las parteras y los médicos (MCEP/MCPC)* (2000).

También contiene una lista de los manuales de capacitación e informa cómo conseguirlos.



ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA: HEMORRAGIA VAGINAL POST PARTO

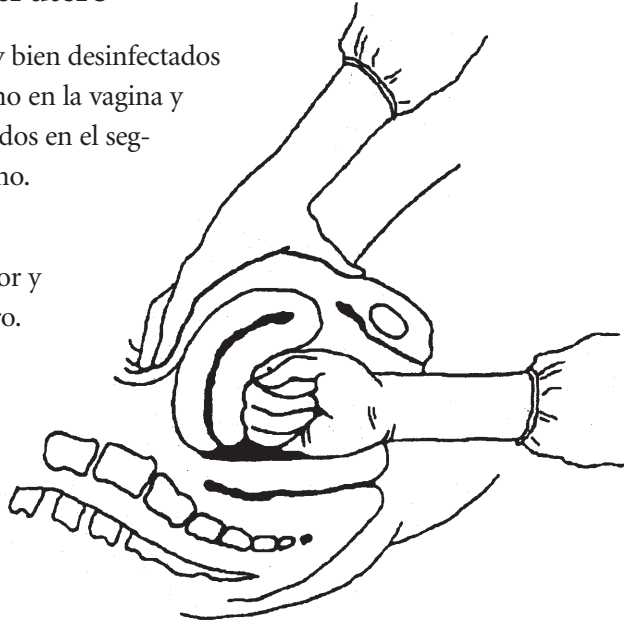
SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	MANEJO
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del sangrado vaginal dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento • Útero flácido no contraído 	<ul style="list-style-type: none"> • Atonía uterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Masaje abdominal profundo sobre el fondo del útero. • Administrar oxitocina IV: infundir 20 unidades diluidas en 1 L de solución fisiológica o de Lactato de Ringer a 60 gotas por minuto hasta que el útero se contraiga; luego, 20 unidades en 1 L de solución fisiológica o de Lactato de Ringer a 40 gotas por minuto. No dar más de 3 L. MÁS 10 unidades VÍA IM. • Si no hay oxitocina Administrar ergometrina o metilergometrina (no usar ante signos o síntomas de preeclampsia, hipertensión o cardiopatía). POR VÍA IM o IV: infundir lentamente 0,2 mg. Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos. En caso de necesidad administrar 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas. • Si la hemorragia persiste Explorar en busca de restos placentarios retenidos y extraerlos. • Si pese a estas maniobras la hemorragia no se detiene Comprimir el útero en forma bimanual o la aorta (véanse páginas C-6). • Si la hemorragia persiste a pesar de la compresión Colocar una venoclisis (dos si fuera posible) empleando una cánula o una aguja de buen calibre. Infundir rápidamente solución fisiológica o lactato de Ringer a razón de 1 L en 15 a 20 minutos. Pasar al menos 2 L de líquido en la primera hora. Efectúe la referencia de urgencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del sangrado vaginal dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarros del cuello uterino, la vagina o el perineo 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar un examen cuidadoso y reparar los desgarros de cuello uterino, vagina o perineo. • Si la hemorragia no se detiene de inmediato: Efectúe la referencia de urgencia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	MANEJO
<ul style="list-style-type: none"> • No se produce la expulsión de la placenta (alumbramiento) después de 30 minutos de producido el nacimiento • Superficie placentaria del lado materno incompleta o desgarro de membranas con vasos (podría no haber sangrado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta retenida o presencia de restos placentarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar que la vejiga urinaria esté vacía (cateterizarla si es necesario). • Si se alcanza a ver la placenta Instruir a la mujer que puje y expulse. • Si por el tacto se percibe la placenta o bien restos placentarios en la vagina Extráigalos con la mano (usar guantes estériles, o bien desinfectados; envolver los dedos con gasa estéril). • Si no se produce el alumbramiento y tampoco se ve ni se palpa la placenta Aplicar 10 unidades de oxitocina por vía IM. • Si después de 30 minutos de la aplicación de oxitocina no se expulsó la placenta y el útero está contraído Probar traccionando el cordón poco a poco (véase página C-7). • Si esta maniobra tampoco resulta Colocar una venoclisis (dos si fuera posible) empleando un catéter o una aguja de buen calibre. Infundir rápidamente solución fisiológica o Lactato de Ringer a razón de 1 L en 15 a 20 minutos. Debe pasarse al menos 2 L de líquido en la primera hora. Intente la extracción manual de la placenta (véase página C-7). • Si hay signos de infección Administrar ampicilina a razón de 2 g IV cada 6 horas MÁS gentamicina, 5 mg/kg peso corporal IV cada 24 horas MÁS metronidazol, a razón de 500 mg IV cada 8 horas. • Si no es imposible extraer la placenta o los restos placentarios, O SI la hemorragia no se detiene de inmediato Efectúe la referencia de urgencia.
<ul style="list-style-type: none"> • La palpación abdominal no detecta el fondo uterino • Dolor leve o intenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversión uterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar una venoclisis (dos si fuera posible) empleando un catéter o una aguja de buen calibre. Infundir rápidamente solución salina normal o Lactato de Ringer a razón de 1 L en 15 a 20 minutos. Pasar al menos 2 L de líquido en la primera hora. Administrar una dosis única de antibióticos como profilaxis: ampicilina 2 g IV MÁS metronidazol, 500 mg IV; O BIEN dar cefazolina 1 g IV MÁS metronidazol, 500 mg IV. Efectúe la referencia de urgencia. • Si hay fiebre, flujo vaginal fétido, o ambos Administrar 2 g de ampicilina IV cada 6 horas MÁS gentamicina IV, 5 mg/kg peso corporal cada 24 horas MÁS metronidazol 500 mg IV cada 8 horas. Efectúe la referencia de urgencia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	MANEJO
<ul style="list-style-type: none"> • La hemorragia se produce después de más de 24 horas del nacimiento • Útero más blando y más grande de lo previsible dado el tiempo transcurrido desde el nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia post parto tardía 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxitocina IV: infundir 20 unidades en 1 L de solución fisiológica o de Lactato de Ringer a razón de 60 gotas por minuto, hasta que el útero se contraiga; luego dar 20 unidades en 1 L de solución fisiológica o de lactato de Ringer a 40 gotas por minuto. <i>No dar más de 3 L.</i> MÁS UNA DOSIS IM EXTRA DE 10 unidades. • Si no hay oxitocina Administre ergometrina o metilergometrina (no usar ante signos o síntomas de preeclampsia, hipertensión, o cardiopatía). POR VÍA IM o IV: infundir lentamente 0,2 mg. Repetir 0,2 mg IM después de 15 minutos. En caso de necesidad, administrar 0,2 mg IM o IV (lentamente) cada 4 horas. • Si hay dilatación cervical Explorar manualmente el útero (usando guantes estériles o muy bien desinfectados) para extraer los coágulos grandes y restos placentarios. • Si el cuello uterino no está dilatado y no hay aspiración manual por vacío (AMV), O BIEN si la hemorragia no cede Efectúe la referencia de urgencia. • Si no hay dilatación cervical y se cuenta con AMV Utilice la ventosa para extraer los restos placentarios. • Si la hemoglobina está por debajo de 7 g/dL, o bien el hematocrito es inferior a 20% (anemia grave) Dar sulfato ferroso o fumarato ferroso 120 mg por vía oral MÁS ácido fólico 400 µg por vía oral. Efectúe la referencia de urgencia. • Si hay fiebre, flujo vaginal fétido o ambos Administrar ampicilina a razón de 2 g IV cada 6 horas MÁS gentamicina, 5 mg/kg peso IV cada 24 horas, MÁS metronidazol, 500 mg IV cada 8 horas. Efectúe la referencia de urgencia.

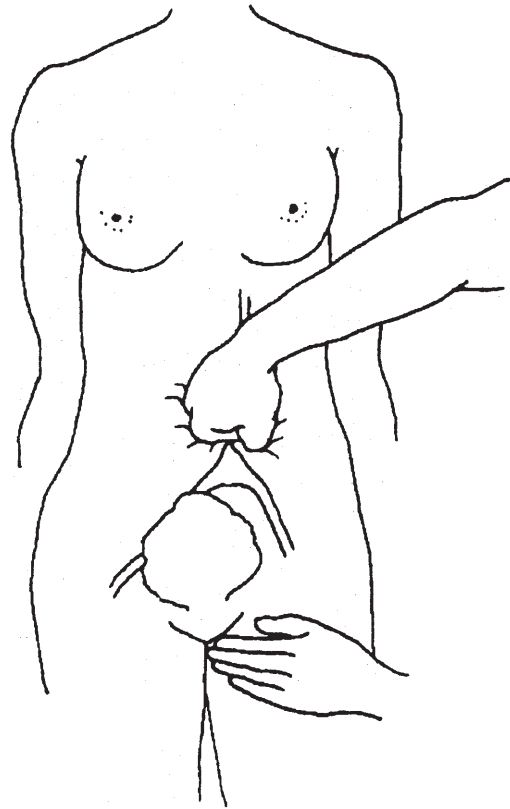
Maniobra de compresión bimanual del útero

- Previa colocación de guantes estériles o muy bien desinfectados (véase páginas 78 a 81), introduzca una mano en la vagina y extraiga todos los coágulos sanguíneos alojados en el segmento inferior del útero o en el cuello uterino.
- Cierre el puño.
- Coloque su puño en el fondo de saco anterior y haga presión hacia la pared anterior del útero.
- Hundida la otra mano en el abdomen por detrás del útero, ejerciendo presión contra la pared posterior del órgano.
- Mantenga la compresión hasta que cese el sangrado y el útero se contraiga



Otra solución es comprimir la aorta

- Presionar la pared abdominal con el puño cerrado hasta comprimir la aorta.
- El lugar ideal está inmediatamente por encima del ombligo y un poco a la izquierda de este reparo.
- Las pulsaciones aórticas pueden percibirse fácilmente a través de la pared abdominal en el período post parto inmediato.
- La otra mano palpa el pulso femoral para verificar que la compresión fue adecuada.
- Mantener la compresión hasta que el sangrado sea controlado.

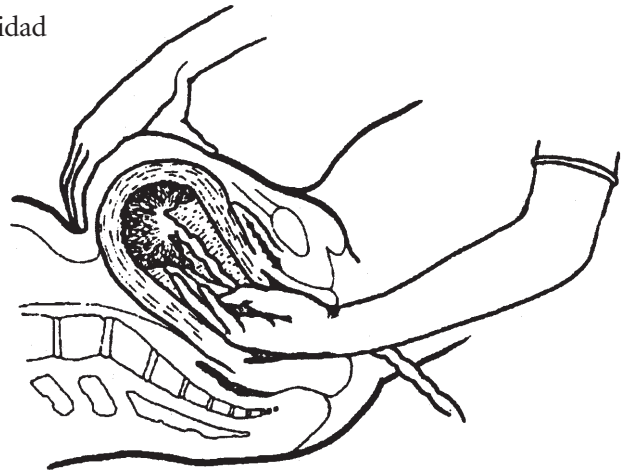
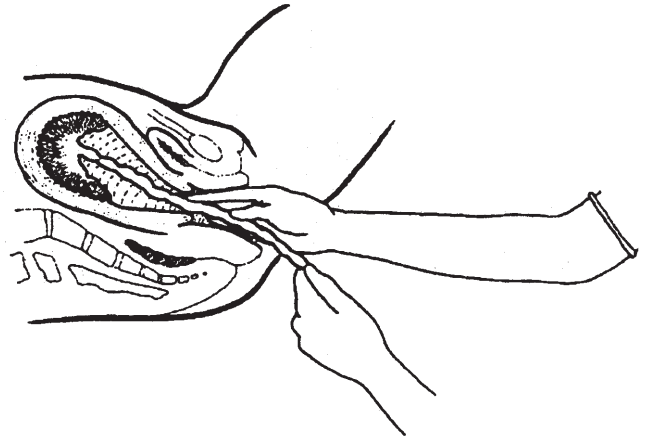


El relleno del útero con gasa es ineficaz y hace perder un tiempo preciado.

Extracción manual de la placenta

- Repasar las indicaciones de esta maniobra.
- Colocar una venoclisis.
- Prestar apoyo emocional a la paciente y alentarla. Hablarle en forma calmada y tranquilizadora para que pueda relajarse.
- Colocar un catéter para evacuar la vejiga urinaria o asegurarse de que esté vacía.
- Dar una dosis única de antibióticos como profilaxis:
 - ampicilina, 2 g IV **MÁS** metronidazol, 500 mg IV;
 - O BIEN** cefazolina, 1 g IV, **MÁS** una dosis de 500 mg de metronidazol IV.
- Sostener el cordón umbilical con una pinza y traccionarlo suavemente hasta que esté paralelo al plano horizontal.
- La otra mano previamente calzada con un guante que llegue hasta el codo, estéril o muy bien desinfectado, se introduce en la vagina en dirección al útero.
- Soltar el cordón y aplicar esa mano en el abdomen para contener el fondo uterino, así se evitará la inversión del útero.
- Mueva los dedos de la mano colocada dentro del útero a un lado y a otro hasta palpar el borde de la placenta.
- Si el cordón ya se hubiera desprendido antes de la maniobra, introduzca una mano dentro del útero. Explore toda la cavidad hasta que palpe una línea de despegamiento entre la placenta y la pared uterina.
- Mantenga los dedos bien juntos y utilice este borde de la mano para desprender la placenta del sitio de implantación, labrando gradualmente una separación entre la placenta y la pared uterina.
- Avance lentamente alrededor de todo el lecho de inserción placentaria hasta que toda la placenta se separe de la pared uterina.
- Si el movimiento lateral suave de las yemas de los dedos no logra separar la placenta de la superficie uterina a lo largo de la línea de despegamiento, extraiga fragmento por fragmento. Si el tejido está muy adherido puede tratarse de una placenta ácreta ; proceda a la referencia inmediata de la paciente para efectuar la laparotomía, y posiblemente una histerectomía subtotal.

Advertencia: Si se produce la inversión uterina, efectúe la referencia de urgencia



MATERIALES DIDÁCTICOS

Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos

Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud, 2000.

Este manual fue escrito para las parteras y los médicos de hospitales de distrito, que tienen a su cargo la atención de las mujeres con complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio inmediato, y los problemas neonatales. La publicación está disponible en línea en inglés, francés y español, y puede descargarse como un archivo PDF desde los sitios web que figuran a continuación.

Inglés: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_RHR_00.7.pdf

Francés: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_fre.pdf

Español: <http://www.who.int/reproductive-health/docs/impac.pdf>

Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers

B. Kinzie, P. Gomez, R. Chase. JHPIEGO Corporation, 2004.

Puede solicitarse a: <http://www.jhpiego.org/whatsnew/an033004.htm>

Escribir a: Dana Lewison, 1615 Thames St., Baltimore, MD 21231, USA (correo electrónico: dlewison@jhpiego.net)

Life-Saving Skills (LSS) Manual for Midwives (3rd edition)

Margaret A. Marshall and Sandra T. Buffington, American College of Nurse-Midwives, Washington, D.C 1998

Puede solicitarse a: <http://www.shopacnm.com/lifskillssma.html>

Life-Saving Skills Manual for Policy Makers & Trainers

Margaret A. Marshall and Sandra T. Buffington, American College of Nurse-Midwives, Washington, D.C 1998

Puede solicitarse a: <http://www.shopacnm.com/lifskilmanfo.html>

ALARM MANUAL (11th Edition - 2004)

The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, 2004

Puede solicitarse a: http://www.sogc.org/SOGCnet/alarmPromo_e.shtml

Healthy Mother and Healthy Newborn Care: A Reference Guide for Care Givers

Washington, DC: American College of Nurse Midwives, 1998.

Las solicitudes de esta publicación deben enviarse a: The Publications Dept., ACNM, 818 Connecticut Avenue NW, Suite 900, Washington, D.C. 20006 (M368)

Puede descargarse desde el sitio: <http://www.jsi.com/intl/mothercare/pubs/HealthyMother/reference.pdf>.

También se ofrece una guía de bolsillo para los profesionales de la salud:

Healthy Mother and Healthy Newborn Care: A Guide for Care Givers (Pocket guide):

<http://www.jsi.com/intl/mothercare/pubs/HealthyMother/guide.pdf>

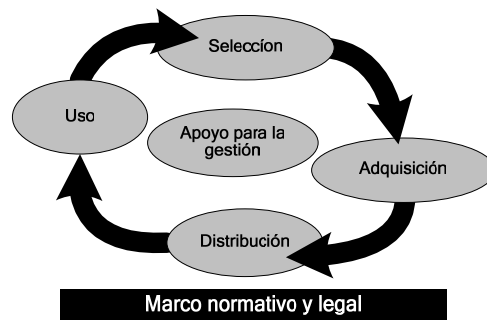
INTRODUCCIÓN

Esta sección contiene el documento titulado “Prevención de la hemorragia post parto: temas relacionados con el manejo medicamentoso durante el manejo activo del alumbramiento”. Dicho apartado se ocupa de las cuestiones logísticas y farmacológicas aplicadas a los medicamentos indicados, y presenta en forma de cuadro las condiciones de conservación de cada medicamento, sus ventajas y desventajas.



Prevención de la hemorragia post parto: temas inherentes al manejo medicamentoso durante el manejo activo del alumbramiento

1 de septiembre de 2004



Rational Pharmaceutical Management Plus
Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health
4301 N. Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA USA 22203
Teléfono: 703-524-6575
Fax: 703-524-7898
Correo electrónico: rpmpplus@msh.org

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

*Prevención de la hemorragia post parto: temas relacionados con el manejo
medicamentoso durante el manejo activo del alumbramiento.*

Este documento fue elaborado gracias al apoyo prestado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de acuerdo con las condiciones estipuladas en el convenio de cooperación número HRN-A-00-00-00016-00. Las opiniones de los autores expresadas en la presente obra no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

El Programa RPM Plus

El programa RPM Plus, en favor del uso racional de los medicamentos opera en más de 20 países en desarrollo brindando asistencia técnica para fortalecer los sistemas de administración de productos farmacéuticos y de la salud. El programa ofrece asesoramiento técnico y coopera con la planificación de estrategias y la aplicación de programas destinados a expandir el acceso a los productos básicos para la salud —preparaciones farmacéuticas, vacunas, suministros y equipo médico básico— de calidad garantizada, destinados a la salud materno infantil, la infección por el VIH/SIDA, las enfermedades infecciosas y la planificación de la familia; y también para la promoción del uso apropiado de los productos básicos de salud en los sectores públicos y privado.

Bibliografía recomendada

Rational Pharmaceutical Management (RPM) Plus Program. 2004. *Prevention of Postpartum Hemorrhage: Drug Management Issues in the Active Management of the Third Stage of Labor*. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por RPM Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Rational Pharmaceutical Management Plus Program
Center for Pharmaceutical Management
Management Sciences for Health
4301 N. Fairfax Drive, Suite 400
Arlington, VA USA 22203
Teléfono: 703-524-6575
Fax: 703-524-7898
Correo electrónico: rpmpplus@msh.org
Web: www.msh.org/rpmpplus

PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POST PARTO MEDIANTE EL MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO

Los fármacos estimuladores de la contracción uterina (oxitócicos) se utilizan no solamente para prevenir la hemorragia post parto sino también como manejo mismo de la hemorragia; no obstante, el Manejo activo del alumbramiento (MAA) reduce considerablemente la necesidad de medicamentos adicionales y de onerosos derivados sanguíneos difíciles de conseguir, que a veces deben transfundirse para controlar una hemorragia y que no están exentos de riesgo. Por lo tanto, concentrar los esfuerzos en el manejo preventivo puede salvar vidas, ahorrar recursos financieros valiosos y el tiempo que los proveedores de situaciones críticas salud invierten tratando de proporcionar atención clínica en.

Temas inherentes al manejo con fármacos oxitócicos

La aplicación eficaz del MAA exige que los medicamentos oxitócicos, en particular la oxitocina, estén a la mano para administrarlos a la madre apenas nace el bebé. Algunos de ellos (como oxitocina, ergometrina y sintometrina) son susceptibles al calor, la luz, o ambos, de modo que es fundamental tratarlos del modo más adecuado para preservar su calidad y estabilidad hasta el momento de administrarlos. Con el fin de mantener las temperaturas adecuadas es indispensable establecer una “cadena de frío” que permita manejar convenientemente los medicamentos sensibles al calor.

La cadena de frío es un sistema constituido por refrigeradores, neveras portátiles y dispositivos como envases y envoltorios termo conservadores que mantienen la temperatura adecuada de los medicamentos desde el punto de fabricación hasta el lugar y el momento en que se los administrará.¹ Además, resultaría muy útil contar con un sistema de control de temperatura en diferentes puntos de la cadena de frío (por ejemplo: en refrigeradores y congeladores). Muchos planificadores y gerentes de programas ya conocen el concepto de la cadena de frío, la cual es imprescindible para el almacenamiento y la distribución de las vacunas.

El misoprostol, que no requiere la cadena de frío, es una sustancia análoga a la prostaglandina E1. Se lo expende como comprimidos de administración oral (sublingual) y se lo puede conservar a temperatura ambiente en un envase cerrado. Aunque este medicamento ha estado en el mercado desde 1985 con el nombre comercial de Cytotec® para el manejo de la úlcera gástrica, la empresa que poseía la patente nunca solicitó la aprobación del medicamento para uso obstétrico. En el mercado están surgiendo nuevos nombres comerciales, como Gynmiso® y los comprimidos de misoprostol producidos por IVAX, que han extendido la aplicación del medicamento para usos obstétricos.² La U.S. Pharmacopeia ha declarado que la aplicación del misoprostol en la prevención de la hemorragia post parto es una indicación “fuera de catálogo” aceptada.³

¹ Management Sciences for Health and World Health Organization. 1997. *Managing Drug Supply*. 2nd ed. West Hartford, CT: Kumarian Press.

² Association of Obstetrics and Gynecologists of Uganda, Kampala. 2002. “Treatment Guidelines for Misoprostol in Obstetrics and Gynecology.” www.misoprostol.org/ (accessed September 16, 2003).

³ U.S. Pharmacopeia. 2001. *Misoprostol for Prevention of Postpartum Hemorrhage: An Evidence-Based Review by U.S. Pharmacopeia (USP)*. Rockville, MD:USP. <<http://www.uspdqi.org/pubs/other/MisoprostolPoster.pdf>> (accessed Sep. 22, 2003).

Manejo medicamentoso eficaz de la hemorragia post parto

Los profesionales de la salud, aun los más capacitados, no podrán prestar una atención clínica buena si no puede contarse en todo momento con oxitócicos estables y eficaces. El manejo activo con oxitócicos requiere que se preste atención a la selección del producto, la forma de adquirirlo, el almacenamiento, la distribución y el uso, contando para ello con políticas y reglamentaciones que den su respaldo y procuren que se amplíe la provisión de medicamentos de gran calidad.

Es indispensable que los planificadores de estos programas tengan en cuenta los cuatro aspectos fundamentales siguientes del manejo farmacéutico.

Selección del fármaco

Es fundamental que quienes gestionan estos programas elijan el oxitócico que mejor convenga a su programa; o sea, aquel que se acomode a las condiciones disponibles. (Véase el cuadro 1). Por ejemplo, la selección puede depender de la capacidad del distribuidor de mantener la calidad del medicamento; aquellos productos que requieren una cadena de frío sólo deben ingresar a los sistemas que puedan mantener esta cadena para preservar la eficacia del fármaco. Tener en cuenta los siguientes temas:

- ¿Cuáles son las condiciones de almacenamiento que se recomiendan para proteger la calidad del medicamento?
- ¿Está registrado y aceptado el uso propuesto de los productos elegidos?
- ¿Existen guías establecidas que rigen el uso terapéutico de los medicamentos elegidos?
- ¿Se han designado profesionales médicos capacitados en el MAA para la administración de los medicamentos seleccionados? ¿están en condiciones de aplicar inyecciones correctamente y controlar los efectos colaterales?
- ¿Sería conveniente contar con más de un tipo de oxitócico en el sistema?

Adquisición de los medicamentos

El primer paso es conocer la cantidad necesaria de medicamentos que debe proveerse. Para hacerlo, analícese el número de establecimientos y entregas, y la velocidad con la que se amplía la aplicación de los programas de manejo activo. Dado que los oxitócicos se usan para otras finalidades terapéuticas se hará un cálculo razonable de la cantidad necesaria a partir de la información disponible. Luego se fijarán las especificaciones pertinentes a la adquisición. Tener en cuenta los temas siguientes:

- ¿Qué cantidad de medicamentos debe estar disponible para uso del programa?
- ¿Qué proporción de medicamentos puede costear el programa inicialmente?
- ¿Se cuenta con sistemas que informen el manejo de las existencias, de modo que puedan vigilarse las pautas de consumo?

Prevención de la hemorragia post parto: temas relacionados con el manejo medicamentoso durante el manejo activo del alumbramiento.

- ¿El programa está en condiciones de prever las necesidades, en lugar de basar la cuantificación en los antecedentes de consumo a lo largo del tiempo?
- ¿Cuál es el mecanismo actual de adquisición de medicamentos? ¿habrá necesidad de modificar dicho mecanismo o sus especificaciones?
- ¿Se incluyen entre las especificaciones para la adquisición de medicamentos las condiciones indispensables para asegurar la calidad del producto?
- ¿Está dispuesto el proveedor a asegurar que con el producto se incluya información clara y comprensible sobre prescripción y la forma de administración y conservación del medicamento?
- ¿Podrá garantizar el proveedor una reserva suficiente del producto con fechas de vencimiento razonables una vez efectuadas las entregas?
- ¿Hay algún modo de vigilar el desempeño del proveedor?

Almacenamiento y distribución

La mayoría de oxitócicos requieren que la cadena de frío se mantenga hasta el momento de usar el fármaco; por consiguiente, es fundamental mantener una cadena de frío en un sistema para asegurar la calidad del producto. Los frascos ampolla y las ampollas no deben permanecer indefinidamente en bandejas fuera del refrigerador previendo que van a usarse. La potencia de la oxitocina no parece sufrir detrimento si permanece a temperatura ambiente durante períodos cortos y controlados. Temas para tener en cuenta:

- Los establecimientos destinados a almacenar o a despachar los medicamentos, ¿cuentan con el equipo de cadena de frío adecuado y los medios para vigilar la cadena de frío (por ejemplo, termómetros y gráficos de temperatura)?
- ¿Puede mantenerse la cadena de frío durante el transporte?
- ¿Se capacita al personal de farmacia y de depósito sobre el modo correcto de almacenar y despachar los medicamentos?
- ¿En qué condiciones se hace el almacenamiento de medicamentos en los establecimientos de salud?
- Los profesionales de la salud, ¿tienen acceso a los suministros refrigerados las 24 horas del día?
- En el caso de los partos que tienen lugar fuera de los establecimientos de salud, ¿cuenta la partera con los medios para preservar la calidad del medicamento?
- ¿Se practican de rutina procedimientos que permitan comprobar la calidad del producto?
- ¿Se lleva un registro del tiempo que los medicamentos permanecen fuera de la cadena de frío?

*Prevención de la hemorragia post parto: temas relacionados con el manejo
medicamentoso durante el manejo activo del alumbramiento.*

- ¿No sería mejor usar un producto termoestable mientras se afianza el uso de la cadena de frío, para que los oxitócicos sensibles al calor pueden introducirse al programa más tarde?
- ¿Se eliminan del sistema los medicamentos que han caducado?

Indicaciones y posología

Para que el MAA tenga éxito, los oxitócicos deben usarse adecuadamente. Temas para tener en cuenta:

- ¿Se ha capacitado a todos los profesionales de la salud sobre las indicaciones y las formas de administración (posología) de los oxitócicos que se emplearán en el programa?
- ¿Es factible adiestrar a todo el personal rápidamente?
- ¿Quién impartirá la capacitación?
- ¿Conoce el personal los efectos colaterales o los reparos especiales que deben tenerse en cuenta para la administración de estos medicamentos?
- ¿Están capacitados para aconsejar e instruir a las pacientes eficientemente acerca del medicamento, incluidas la finalidad de su indicación, el momento de administrarlo y los posibles efectos colaterales?

EJECUCIÓN DE UN PROGRAMA DE MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

La ayuda técnica dirigida al manejo de los medicamentos puede ser una de las actividades del MAA. El apoyo dirigido puede extraer experiencias útiles de otros programas, y ayudar a los encargados de trazar políticas sanitarias y los administradores de la atención de la salud a descubrir y abordar aquellos temas de manejo de medicamentos relacionados con la prestación de servicios para la prevención de la hemorragia post parto. Las mejoras de la infraestructura y el adiestramiento de personal insumen tiempo y dinero. Si se estudian las condiciones para llevar a cabo este programa podrá emprenderse un proceso óptimo de implantación del MAA. Este proceso dependerá de las aptitudes de los proveedores, la infraestructura, la política de compras, la importación de los medicamentos y las limitaciones financieras.

La instauración del programa MAA puede seguir un proceso gradual, en el que determinados sitios elegidos alcanzan el nivel deseado antes de que se agreguen nuevos candidatos, según un plan prefijado. O el proceso puede iniciarse simultáneamente en todos los sitios aptos. Las consideraciones tratadas en las secciones anteriores determinarán que se opte por la puesta en marcha gradual o por la simultánea. Encarar el manejo del suministro de medicamentos en forma diligente y dinámica contribuirá a que el programa brinde servicios calificados destinados a prevenir la hemorragia post parto.

Cuadro 1. Consideraciones a Tener en Cuenta Para la Selección del Oxitócico

Oxitócico	Storage Requirements	Advantages/Disadvantages
Oxitocina (inyección IM)	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar entre 15 y 30 °C (59 y 86 °F) • Evitar la congelación 	<ul style="list-style-type: none"> • La acción comienza de 2 a 3 minutos después de la inyección • Efectos colaterales mínimos • Puede indicarse a todas las mujeres • Acorta la tercera etapa del parto • Debe manipularse y conservarse en cadena de frío
Ergometrina (inyección IM)	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar entre 2 y 8 °C (36 y 46 °F) • Proteger de la luz y la congelación 	<ul style="list-style-type: none"> • De bajo costo • Su acción dura de 2 a 4 horas • Contraindicado en las mujeres con preeclampsia, eclampsia o hipertensión • El comienzo de acción demora de 6 a 7 minutos • Puede causar náuseas y vómitos • Requiere condiciones de manejo y conservación rigurosas
Sintometrina (inyección IM)	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar entre 2 y 8 °C • Las existencias en el departamento de entregas pueden mantenerse a temperatura ambiente (pero se desaconseja que permanezcan más de 60 días a temperatura ambiente antes del uso) • Proteger de la luz y la congelación 	<ul style="list-style-type: none"> • Combina la acción rápida de la oxitocina y la acción sostenida de la ergometrina • Es relativamente más costosa que el oxitócico misoprostol, pero mucho más económico que las prostaglandinas • Está contraindicada en las mujeres con preeclampsia, eclampsia o hipertensión • Puede provocar náuseas y vómitos • Requiere rigurosas condiciones de manejo y conservación
Prostaglandinas (inyección IM)	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar entre 2 y 8 °C (36 y 46 °F) 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede usarse si los oxitócicos de primera línea son ineficaces • Son mucho más costosas que la oxitocina • Los efectos colaterales más importantes incluyen diarrea, vómitos y dolor abdominal • Está contraindicado en las mujeres con enfermedad activa cardíaca, pulmonar, renal, o hepática
Misoprostol (comprimidos orales)	<ul style="list-style-type: none"> • Conservar a temperatura ambiente en envase cerrado 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos fáciles de administrar • No requiere cadena de frío • Puede tomarse en la casa y no requiere la presencia de una partera • De bajo costo • Los efectos colaterales comunes son escalofríos y aumento de la temperatura corporal

INTRODUCCIÓN

Esta sección incluye distintos anuncios, declaraciones de apoyo y traducciones de la declaración conjunta de la CIM y la FIGO sobre la prevención de la hemorragia post parto; entre ellas, la traducción al francés y al español de la mencionada declaración conjunta y los “Mensajes para tomar medidas fundamentales” incluidos en la sección de herramientas *Un llamado a la acción*. Estos documentos pueden ser útiles como herramientas de promoción, o bien pueden ser entregados a la prensa para esclarecer la importancia de la presente iniciativa.

SAMPLE



Declaración conjunta Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto

**Confederación Internacional de Matronas (ICM)
Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO)**

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) son socios claves en las iniciativas mundiales de Maternidad Segura para reducir la muerte y la discapacidad materna en el mundo. Sus enunciados de misión comparten un compromiso común de promover la salud, los derechos humanos y el bienestar de todas las mujeres, especialmente las que están en riesgo de morir o de sufrir discapacidad como resultado de la maternidad. ICM y FIGO promueven intervenciones eficaces, basadas en evidencias, que, cuando utilizadas adecuadamente con consentimiento informado, pueden reducir la incidencia de la mortalidad y la morbilidad materna en el mundo.

La hemorragia grave es la causa más importante de la muerte materna en todo el mundo. Más de la mitad de todas las defunciones maternas ocurren dentro de las 24 horas después del parto, principalmente como resultado de una hemorragia masiva. Toda mujer embarazada puede sufrir una pérdida de sangre potencialmente mortal en el momento del parto; las mujeres con anemia son particularmente vulnerables ya que no pueden tolerar ni siquiera una pérdida de sangre moderada. Toda mujer debe permanecer en observación, y si es necesario ser estabilizada durante el periodo inmediato del post-parto.

Como resultado de la revisión de la evidencia disponible, ICM y FIGO concuerdan que se ha demostrado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce la incidencia de la hemorragia posparto, la cantidad de pérdida sanguínea y el uso de la transfusión de sangre.

Manejo activo de la tercera etapa del parto debe ser ofrecido a las mujeres ya que reduce la incidencia de la hemorragia posparto debido a la atonía uterina.

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

- Administración de los agentes uterotónicos
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical
- Aplicar masajes uterinos después del descenso de la placenta, según sea apropiado

Todo asistente del parto debe tener el conocimiento, las destrezas y el juicio crítico para poder realizar el manejo activo de la tercera etapa del parto; así mismo debe poder acceder los suministros y el equipo necesario.

Las asociaciones profesionales nacionales cumplen un rol importante y colaborativo en:

- Promover de la atención calificada del parto;
- Diseminar esta declaración a todos los miembros de su asociación y facilitar su ejecución;
- Educar al público acerca de la necesidad de una prevención adecuada y del tratamiento de una hemorragia post-parto;
- Publicar la declaración en revistas, boletines informativos y sitios en la red nacionales sobre partería, obstetricia y medicina;
- Abordar las barreras legislativas y otras que impiden la prevención y tratamiento de la hemorragia post-parto;
- Incorporar el manejo activo de la tercera etapa del parto en los estándares nacionales y en las pautas clínicas, según sea lo adecuado;
- Incorporar el manejo activo de la tercera etapa en los planes de estudio de todo el personal calificado que presta servicios antes y durante el parto;

SAMPLE

- Trabajar con agencias nacionales regulatorias de productos farmacéuticos, autoridades responsables de formular las normas y donantes para asegurar el suministro adecuado y la disponibilidad permanente de medicamentos uterotónicos y el equipo de inyecciones.

MANEJO DE LA TERCERA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA POSPARTO

¿CÓMO UTILIZAR LOS AGENTES UTEROTÓNICOS?

- Dentro del primer minuto después de haber nacido el bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) e inyecte 10 unidades de oxitocina intramuscularmente (IM). Oxitocina es preferida sobre otros medicamentos uterotónicos porque surte efecto dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y se puede utilizar en todas las mujeres.
- Si la oxitocina no está disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos como: ergometrina 0.2 mg IM, sintometrina (1 ampolleta) IM o misoprostol 400-600 mcg oralmente. La administración de misoprostol debe ser reservada para situaciones en donde no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergot inyectables.
- Los uterotónicos requieren de almacenamiento adecuado:
 - Ergometrina: 2-8°C Requiere protección de la luz y evitar congelamiento
 - Misoprostol: temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.
 - Oxitocina: 15-30°C, evitar congelamiento.
- Se debe proporcionar consejería acerca de los efectos secundarios de estos medicamentos.

¡Advertencia! No administre ergometrina o sintometrina (porque contiene ergometrina) a las mujeres con pre-eclampsia, eclampsia o presión arterial alta.

¿CÓMO HACER UNA TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN UMBILICAL?

- Pinze el cordón umbilical cerca del perineo (una vez que las pulsaciones cesen en un recién nacido saludable) y sosténgalo en una mano.
- Coloque la otra mano justo arriba del pubis de la mujer y establezca el útero aplicando presión en el sentido contrario durante la tracción controlada del cordón umbilical.
- Mantenga una tensión liviana en el cordón umbilical y espere una contracción uterina fuerte (2-3 minutos).
- Durante la contracción uterina fuerte, anime a la madre a pujar y con mucho cuidado hale hacia abajo el cordón umbilical para extraer la placenta. Continúe aplicando presión en el sentido contrario sobre el útero.
- Si la placenta no desciende durante los 30-40 segundos de la tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halándolo:
 - Sostenga el cordón cuidadosamente y espere a que el útero esté contraído nuevamente;
 - Durante la siguiente contracción, repita la tracción controlada del cordón con presión en el sentido contrario

Nunca realice una tracción el cordón umbilical (hale) sin realizar una tracción opuesta (empuje) arriba del pubis en un útero bien contraído.

- A medida que la placenta desciende para ser evacuada, sosténgala con las dos manos y voltéela con cuidado hasta que las membranas estén enroscadas. 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 o desinfectados, y emplee un fórceps de esponja para extraer cualquier pedazo de membrana que esté presente.
- 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 (ref: *Manejo de complicaciones en el embarazo y durante el parto*).

¿CÓMO HACER UN MASAJE UTERINO?

- Aplique un masaje inmediatamente al fondo del útero hasta que se contraiga.
- Palpe el útero cada 15 minutos y confirme que está contraído; repita el masaje uterino cuando se necesite durante las dos primeras horas.

SAMPLE

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

Todos los procedimientos y medidas que se realizan deben ser explicados a la mujer y a su familia durante su aplicación. Continúe ofreciendo apoyo a la mujer y su familia durante el proceso.

Bibliografía:

WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. WHO/RHR/00.7, 2000.

Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. In: The Cochran Library, Issue 3, 2003. Oxford. Update Software.

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active vs. expectant management in the third stage of labour. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. Int J Gynecol Obstet 2003;82

SAMPLE



Joint Statement Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage

International Confederation of Midwives (ICM)
International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO)

ICM and FIGO are key partners in global Safe Motherhood efforts to reduce maternal death and disability in the world. Their mission statements share a common commitment in promoting the health, human rights and well-being of all women, most especially those at greatest risk for death and disability associated with childbearing. FIGO and ICM promote evidence-based, effective interventions that, when used properly with informed consent, can reduce the incidence of maternal mortality and morbidity in the world.

Severe bleeding is the single most important cause of maternal death worldwide. More than half of all maternal deaths occur within 24 hours of delivery, mostly from excessive bleeding. Every pregnant woman may face life-threatening blood loss at the time of delivery; women with anaemia are particularly vulnerable since they may not tolerate even moderate amounts of blood loss. Every woman needs to be closely observed and, if needed, stabilized during the immediate post-partum period.

Upon review of the available evidence, FIGO and ICM agree that active management of the third stage of labour is proven to reduce the incidence of post-partum haemorrhage, the quantity of blood loss, and the use of blood transfusion.

Active management of the third stage of labour should be offered to women since it reduces the incidence of post-partum haemorrhage due to uterine atony.

Active management of the third stage of labour consists of interventions designed to facilitate the delivery of the placenta by increasing uterine contractions and to prevent PPH by averting uterine atony. The usual components include:

- Administration of uterotonic agents
- Controlled cord traction
- Uterine massage after delivery of the placenta, as appropriate.

Every attendant at birth needs to have the knowledge, skills and critical judgment needed to carry out active management of the third stage of labour and access to needed supplies and equipment.

In this regard, national professional associations have an important and collaborative role to play in:

- Advocacy for skilled care at birth;
- Dissemination of this statement to all members of the organisation and facilitation of its implementation;
- Public education about the need for adequate prevention and treatment of post-partum haemorrhage;
- Publication of the statement in national midwifery, obstetric and medical journals, newsletters and websites;
- Address legislative and other barriers that impede the prevention and treatment of post-partum haemorrhage;
- Incorporation of active management of the third stage of labour in national standards and clinical guidelines, as appropriate;
- Incorporation of active management of the third stage into pre-service and in-service curricula for all skilled birth attendants;
- Working with national pharmaceutical regulatory agencies, policymakers and donors to assure that adequate supplies of uterotonics and injection equipment are available.

SAMPLE

MANAGEMENT OF THE THIRD STAGE OF LABOUR TO PREVENT POST-PARTUM HAEMORRHAGE

HOW TO USE UTEROTONIC AGENTS

- Within one minute of the delivery of the baby, palpate the abdomen to rule out the presence of an additional baby(s) and give oxytocin 10 units IM. Oxytocin is preferred over other uterotonic drugs because it is effective 2-3 minutes after injection, has minimal side effects and can be used in all women.
- If oxytocin is not available, other uterotonics can be used such as: ergometrine 0.2 mg IM, syntometrine (1 ampoule) IM or misoprostol 400-600 mcg orally. Oral administration of misoprostol should be reserved for situations when safe administration and/or appropriate storage conditions for injectable oxytocin and ergot alkaloids are not possible.
- Uterotonics require proper storage:
 - Ergometrine: 2-8°C and protect from light and from freezing.
 - Misoprostol: room temperature, in a closed container.
 - Oxytocin: 15-30°C, protect from freezing
- Counselling on the side effects of these drugs should be given.

Warning! Do not give ergometrine or syntometrine (because it contains ergometrine) to women with pre-eclampsia, eclampsia or high blood pressure.

HOW TO DO CONTROLLED CORD TRACTION

- Clamp the cord close to the perineum (once pulsation stops in a healthy newborn) and hold in one hand.
- Place the other hand just above the woman's pubic bone and stabilize the uterus by applying counter-pressure during controlled cord traction.
- Keep slight tension on the cord and await a strong uterine contraction (2-3 minutes).
- With the strong uterine contraction, encourage the mother to push and very gently pull downward on the cord to deliver the placenta. Continue to apply counter-pressure to the uterus.
- If the placenta does not descend during 30-40 seconds of controlled cord traction do not continue to pull on the cord:
 - Gently hold the cord and wait until the uterus is well contracted again;
 - With the next contraction, repeat controlled cord traction with counter-pressure.

Never apply cord traction (pull) without applying counter traction (push) above the pubic bone on a well-contracted uterus.

- As the placenta delivers, hold the placenta in two hands and gently turn it until the membranes are twisted. Slowly pull to complete the delivery.
- If the membranes tear, gently examine the upper vagina and cervix wearing sterile/disinfected gloves and use a sponge forceps to remove any pieces of membrane that are present.
- Look carefully at the placenta to be sure none of it is missing. If a portion of the maternal surface is missing or there are torn membranes with vessels, suspect retained placenta fragments and take appropriate action (ref Managing Complications in Pregnancy and Childbirth).

HOW TO DO UTERINE MASSAGE

- Immediately massage the fundus of the uterus until the uterus is contracted.
- Palpate for a contracted uterus every 15 minutes and repeat uterine massage as needed during the first 2 hours.
- Ensure that the uterus does not become relaxed (soft) after you stop uterine massage.

**In all of the above actions, explain the procedures and actions to the woman and her family.
Continue to provide support and reassurance throughout.**

References:

WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. WHO/RHR/00.7, 2000.
Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford. Update Software.
Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active vs. expectant management in the third stage of labour. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. Int J Gynecol Obstet 2003;82:143-152.

SAMPLE



Énoncé conjoint Prise en charge du troisième stade du travail pour prévenir l'hémorragie post-partum

Confédération internationale des sages-femmes (ICM)
Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO)

La ICM et la FIGO sont des partenaires-clé aux initiatives globales de Maternité sans risques qui visent la réduction de la mortalité et l'invalidité maternelles dans le monde. Leurs énoncés de mission partagent un engagement commun vis-à-vis de la promotion de la santé, des droits de la personne et du bien-être de toute femme, particulièrement celles qui sont le plus à risque de décès et d'invalidité liées à la maternité. La FIGO et la ICM soutiennent les interventions efficaces et fondées sur les preuves qui, utilisées correctement et avec le consentement éclairé, peuvent réduire l'incidence de la mortalité et la morbidité maternelles dans le monde.

L'hémorragie est la seule cause la plus importante des décès maternels dans le monde. Plus de la moitié de tous les décès maternels se produisent dans les 24 heures suite à l'accouchement, la plupart en raison d'un saignement excessif. Toute femme enceinte peut faire face à une perte de sang qui risque de mettre en danger sa vie, au moment de l'accouchement; les femmes anémiques sont particulièrement vulnérables puisqu'elles risquent de ne pas tolérer même une perte de sang modérée. Toute femme doit faire l'objet d'une surveillance étroite et être stabilisée, au besoin, au cours du post-partum immédiat.

Suite à une revue des preuves disponibles, la FIGO et la ICM s'entendent pour dire que la prise en charge active du troisième stade du travail s'est avérée efficace pour réduire l'incidence de l'hémorragie post-partum (HPP), la quantité de la perte de sang et le recours aux transfusions sanguines.

La prise en charge active du troisième stade du travail devrait être offerte à toute femme puisqu'elle réduit l'incidence de l'hémorragie post-partum qui découle de l'atonie utérine.

La prise en charge active du troisième stade du travail consiste en une gamme d'interventions qui ont pour objectif de faciliter l'expulsion du placenta en augmentant les contractions utérines, et de prévenir l'HPP en évitant l'atonie utérine. Ses composantes habituelles sont :

- l'administration d'agents utérotoniques
- la traction contrôlée du cordon ombilical
- le massage de l'utérus après l'expulsion du placenta, au besoin.

Tout accompagnateur à l'accouchement doit avoir les connaissances, les habiletés et le jugement critique nécessaires à la prise en charge active du troisième stade du travail et à accéder aux fournitures et à l'équipement requis.

Dans cette optique, les associations professionnelles nationales ont un rôle important et collaboratif à jouer à (au) :

- la revendication de soins compétents à l'accouchement;
- la distribution du présent énoncé à tous les membres de l'organisme et la facilitation de sa mise en œuvre;
- l'éducation publique à l'égard du besoin de prévention et de traitement adéquats de l'hémorragie post-partum;
- la publication de l'énoncé dans les revues, communiqués et sites Web nationaux à l'intention des sages-femmes, obstétriciens et autres professionnels du domaine de la médecine;
- l'abolition des obstacles législatifs et autres qui entravent la prévention et le traitement de l'hémorragie post-partum;
- l'incorporation de la prise en charge active du troisième stade du travail aux normes nationales et aux directives cliniques, selon le cas;
- l'incorporation de la prise en charge active du troisième stade du travail aux curriculum à l'intention de tous les accompagnateurs à l'accouchement qualifiés;
- le travail avec les agences de réglementation pharmaceutique nationales, les décideurs et les donateurs afin d'assurer que les réserves adéquates d'utérotoniques et d'équipement à injection sont disponibles.

SAMPLE

PRISE EN CHARGE DU TROISIÈME STADE DU TRAVAIL POUR PRÉVENIR L'HÉMORRAGIE POST-PARTUM

COMMENT UTILISER LES AGENTS UTÉROTONIQUES

- Dans la minute qui suit l'accouchement du bébé, palper l'abdomen pour enrayer la présence d'un autre(s) bébé(s) et administrer l'ocytocine, 10 unités IM. L'ocytocine est préférable à d'autres médicaments utérotoniques parce qu'elle est efficace de 2-3 minutes après l'injection, elle entraîne des effets secondaires minimes et peut être utilisée chez toutes les femmes.
- Si l'ocytocine n'est pas disponible, utiliser d'autres utérotoniques tel : l'ergométrine 0,2 mg IM, la syntométrine (1 ampoule) IM ou le misoprostol 400-600 mcg par voie orale. L'administration orale de misoprostol devrait être réservée aux instances où les conditions d'administration sécuritaire et d'entreposage approprié d'ocytocine et d'alcaloïdes de l'ergot de seigle injectables ne sont pas possibles.
- Il est important de ranger les utérotoniques correctement* :
 - ergométrine : 2-8°C, et protéger de la lumière et du gel.
 - misoprostol : à la température de la pièce, dans un contenant fermé.
 - ocytocine : 15-30°C, protéger du gel.
- La femme devrait recevoir des conseils vis-à-vis des effets secondaires.

Mise en garde! Ne pas administrer l'ergométrine ni la syntométrine (car elle contient de l'ergométrine) aux femmes qui souffrent de pré-éclampsie, d'éclampsie ou d'hypertension.

COMMENT EFFECTUER LA TRACTION CONTRÔLÉE DU CORDON OMBILICAL

- Pincer le cordon à proximité du périnée (une fois que la pulsation a cessé chez le nouveau-né en santé) et le tenir d'une main.
- Placer l'autre main juste au-dessus de l'os pubien de la femme et stabiliser l'utérus en appliquant une contre-pression pendant la traction contrôlée du cordon.
- Maintenir une tension légère sur le cordon et attendez une contraction utérine puissante (2-3 minutes).
- Encourager la mère à pousser avec la contraction utérine puissante et tirer sur le cordon très doucement vers le bas pour expulser le placenta. Continuer à appliquer une contre-pression sur l'utérus.
- Si le placenta ne descend pas pendant 30-40 secondes de traction contrôlée du cordon, cesser de tirer sur le cordon :
 - Tenir le cordon doucement et attendre que l'utérus soit bien contracté à nouveau;
 - Avec la prochaine contraction, répéter la traction contrôlée du cordon avec la contre-pression.

Ne jamais appliquer de traction sur le cordon (ne pas tirer) sans appliquer une contre-traction (pousser) au-dessus de l'os pubien sur l'utérus bien contracté.

- Au moment de l'expulsion, tenir le placenta dans vos deux mains et le retourner doucement jusqu'à ce que les membranes soient entortillées. Tirer lentement pour compléter l'expulsion.
- Si les membranes se déchirent, examiner doucement le haut du vagin et le col de l'utérus avec des gants stériles/désinfectés et utiliser une pince porte-éponge pour enlever les fragments de membrane qui sont présents.
- Examiner soigneusement le placenta pour vous assurer qu'il n'en manque pas. S'il manque une portion de la surface ou si vous voyez des membranes déchirées qui comportent des vaisseaux, soupçonner la rétention de fragments de placenta et prendre les mesures nécessaires (réf. : Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin).

COMMENT PROCÉDER AU MASSAGE DE L'UTÉRUS

- Masser immédiatement le fond de l'utérus jusqu'à ce que l'utérus soit contracté.
- Palper pour un utérus contracté à toutes les 15 minutes et répéter le massage utérin au besoin pendant les 2 premières heures.
- S'assurer que l'utérus ne redevienne pas relaxe (mou) après l'arrêt du massage utérin.

Pendant toutes les interventions décrites ci-haut, expliquer les procédures et les actions à la femme et à sa famille. Continuer d'offrir votre soutien et de rassurer la femme tout au long des procédures.

References:

WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. WHO/RHR/00.7, 2000.
Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford. Update Software.
Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active vs. expectant management in the third stage of labour. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol use during the third stage of labor. Int J Gynecol Obstet 2003;82:143-152.

SAMPLE

Puede ser Invertida la Mortalidad Global Elevada de las Madres *Acceso a medicamentos y asistencia médica de calidad reducirá las muertes innecesarias durante el parto*

7 de noviembre de 2003 | Santiago –En virtud del elevado número de mujeres que mueren durante el parto y la urgente necesidad de más acceso a cuidados obstétricos salvavidas de emergencia, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) y la Confederación Internacional de Parteras (International Confederation of Midwives (ICM) anunciaron hoy día la primera declaración conjunta jamás presentada y un plan de acción para acelerar los esfuerzos para invertir esta emergencia global.

Más de 100 presidentes de sociedades miembro internacionales y representantes de otras organizaciones firmaron una declaración de apoyo en el 17º Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia de FIGO en Santiago de Chile y firmaron una declaración de apoyo para un esfuerzo global FIGO/ICM para prevenir la hemorragia posparto.

Todos los años, más de 500.000 mujeres mueren como consecuencia del parto. Por lo menos un cuarto de las muertes de las madres es debida al exceso de flujo de sangre, conocido como hemorragia posparto. Noventa y nueve por ciento de estas muertes suceden en los países en desarrollo. Las investigaciones demuestran que una simple técnica conocida como el *activo tratamiento de la tercera fase del parto* reduce de manera eficaz la incidencia de la hemorragia posparto, la cantidad de la pérdida de sangre y el uso de la transfusión de sangre. Muchas muertes y sufrimiento podrían ser evitados si todas las mujeres tuviesen la asistencia de personal calificado de servicios de salud durante el embarazo y el parto y si todo este personal calificado de servicios de salud ofreciese rutinariamente a las mujeres tratamiento activo en la tercera fase del parto. Reducir la tasa de mortalidad materna es un elemento básico para asegurar que los niños, especialmente en los países más pobres del mundo, sobrevivan y se desarrollen hasta la adolescencia.

“Este es un desafío extraordinario pues muchas mujeres dan la luz solas o sin personal calificado. Capacitación, educación y la firme dedicación de nuestros asociados irán reducir la muerte e incapacidad de las madres en el mundo,” dijo el Prof. Dr. Mercedes Ruiz-Flores, Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

“La meta es equipar parteras empíricas en hogares, centros de salud y hospitales con los conocimientos, medicamentos y otros suministros para reducir la tasa de mortalidad derivada de la maternidad,” dijo Petra ten Hoop-Bender, Secretaria General de la ICM.

“Visto que todas las mujeres embarazadas pueden enfrentar pérdida de sangre con peligro para la vida, todas mujeres necesitan tener acceso a una partera empírica calificada -- una partera, enfermera o médico,” dijo el Dr. Arnaldo Acosta, Presidente de la FIGO. “Si incrementamos nuestros conocimientos y especialidades en la comunidad y equipamiento sanitario y preparamos proveedores de servicio de primera línea para enfocar antes que nada el más importante causador de las muertes de las madres-- hemorragia posparto -, salvaremos las madres y sus hijos.”

Esta exposición, declaración y plan preventivo es la culminación de gran cantidad de investigación, introspección, trabajo y resolución de FIGO, ICM y otros asociados internacionales, y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Universidad Johns Hopkins y la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID).

###

SAMPLE

Datos:

- Mundialmente por lo menos suceden 14 millones de casos de hemorragia posparto/ hemorragia todos los años. Atonía uterina representa aproximadamente 70 a 90 por ciento de los casos de hemorragia posparto / hemorragia. En media una mujer muere dentro de dos horas después del inicio de un flujo excesivo de sangre si no recibe tratamiento inmediato.
- Muchas muertes debido a hemorragia posparto / hemorragia podrían ser prevenidas. Pruebas de un acervo de investigación tornan evidente que “el tratamiento activo de la tercera fase del parto / parto” puede reducir drásticamente la incidencia de la hemorragia posparto / hemorragia debido a atonía uterina. Educar parteras locales sobre las causas de la mortalidad materna y cuales son las medidas preventivas pueden ser tomadas.
- Puesto que toda mujer embarazada puede enfrentarse con hemorragias con peligro para la vida y la mayoría de las mujeres que sufre una hemorragia posparto / hemorragia no tiene ningún factor de riesgo identificable, toda mujer necesita tener acceso a una partera empírica calificada (una partera, enfermera o médico). Además, se debe ofrecer a toda mujer tratamiento activo en la tercera fase del parto / parto puesto que esto reduce la incidencia de hemorragia posparto / hemorragia.
- El tratamiento activo de la tercera fase del parto consiste de intervenciones destinadas a facilitar el parto de la placenta incrementando las contracciones uterinas y para prevenir PPH previniendo atonía uterina. Los componentes usuales incluyen: aplicación de agentes uterotónicos después del nacimiento del bebé; tracción controlada del cordón umbilical; masaje uterino después del parto de la placenta, según apropiado. Si todas las mujeres tuviesen acceso a un asistente calificado y todos los asistentes calificados practicasen el tratamiento activo de la tercera fase del parto sistemáticamente y correctamente, posiblemente muchas de las muertes maternas podrían ser evitadas.
- FIGO y la Confederación Internacional de Parteras son organizaciones asociadas esenciales en los esfuerzos mundiales para la maternidad segura para reducir la muerte e incapacidad de las madres en el mundo. Tienen una misión conjunta para promover la salud, los derechos humanos y el bienestar de todas las mujeres y estimulan intervenciones basadas en observaciones que utilizadas adecuadamente con consentimiento fundamentado pueden reducir la mortalidad materna.
- Asistentes calificados son esenciales porque pueden reconocer y prevenir crisis médicas y proveer o enviar para cuidados de salvamento cuando surgen complicaciones. También ofrecen informaciones básicas a las madres sobre cuidados para ellas y para sus hijos antes y después del parto. .

SAMPLE

A Global Emergency Killing Mothers Can Be Reversed

Access to drugs and quality care will reduce needless deaths during childbirth

7 November 2003 | Santiago -- In response to the high number of women dying during childbirth and an urgent need for increased access to life-saving obstetric care, the International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) and the International Confederation of Midwives (ICM) today announced the release of their first ever joint statement and an action plan to accelerate efforts to reverse this global emergency.

More than 100 presidents of international member societies and representatives from other organizations at the 17th FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics in Santiago, Chile signed a declaration of support for a joint FIGO/ICM global effort to prevent post-partum haemorrhage.

Every year, more than 500,000 women die as a result of childbirth. At least one-quarter of maternal deaths result from excessive bleeding known as post-partum haemorrhage. Ninety-nine percent of these deaths occur in developing countries. Research shows that a simple technique known as *active management of the third stage of labour* effectively reduces the occurrence of post-partum haemorrhage, the quantity of blood loss, and the use of blood transfusion. Much death and suffering could be avoided if all women had the assistance of a skilled health worker during pregnancy and delivery, and if all skilled health workers routinely offered women active management of the third stage of labour. Reducing maternal mortality is a key factor in ensuring that all children, especially in the world's poorest countries, survive and thrive through adolescence.

"This is an enormous challenge as many women give birth alone or without skilled attendants. Training, education and the firm commitment of our partners will reduce maternal death and disability in the world," said Prof. Dr. Mercedes Ruiz-Flores, President of the Chilean Society of Obstetrics and Gynecology.

"The goal is to equip birth attendants in homes, health centers, and hospitals with the skills, drugs, and other supplies to reduce maternal mortality," said Petra ten Hoope-Bender, Secretary General of ICM.

"Since every pregnant woman may face life-threatening blood loss, every woman needs to have access to a skilled birth attendant -- a midwife, nurse or physician," said Dr. Arnaldo Acosta, President of FIGO. "If we increase knowledge and skills in the community and health facilities and prepare frontline providers to focus first and foremost on the biggest maternal killer -- post-partum haemorrhage - we will save mothers and their children."

The joint statement, declaration and action plan is the culmination of an immense amount of research, introspection, work and determination by FIGO, ICM and international partners and with the support of the U.S. Agency for International Development.

###

SAMPLE

Facts:

- Globally at least 14 million cases of post-partum haemorrhage (PPH) occur each year. Uterine atony accounts for an estimated 70 to 90 per cent of cases of post-partum haemorrhage. On average, a woman will die within two hours after the onset of excessive bleeding if she does not receive prompt treatment.
- Many deaths from post-partum haemorrhage could be prevented. Evidence from a body of research makes it clear that “active management of the third stage of labour” can drastically reduce the occurrence of post-partum haemorrhage due to uterine atony. Educating local midwives and other health care providers about the causes of maternal mortality and what preventative measures can be taken is vital
- Since every pregnant woman may face life-threatening blood loss, and the majority of women who experience post-partum haemorrhage have no identifiable risk factors, every woman needs to have access to a skilled birth attendant (a midwife, nurse or physician). Moreover, every woman should be offered active management of the third stage of labour since it reduces the occurrence of post-partum haemorrhage.
- Active management of the third stage of labour consists of interventions designed to facilitate the delivery of the placenta by increasing uterine contractions and to prevent PPH by averting uterine atony. The usual components include: administration of uterotonic agents following the delivery of the baby; controlled cord traction; uterine massage after delivery of the placenta as appropriate. If all women had access to a skilled attendant and all skilled attendants practiced active management of the third stage of labour consistently and correctly, potentially many maternal deaths could be averted.
- FIGO and the International Confederation of Midwives are key partners in global safe motherhood efforts to reduce maternal death and disability in the world. They share a common mission to promote the health, human rights and well-being of all women, and they promote evidence-based, effective interventions that, when used properly with informed consent, can reduce maternal mortality.
- Skilled attendants are vital because they can recognise and prevent medical crises and provide or refer for life-saving care when complications arise. They also provide mothers with basic information about care for themselves and their children before and after giving birth.

SAMPLE

Un problème urgent à l'échelle Mondiale qui tue des mères et peut être réversible *L'accès aux Médicaments et des soins de qualité devra réduire le nombre de décès évitables lors de l'accouchement*

7 Novembre 2003 | Santiago – En réponse au nombre élevé de femmes mourant lors de l'accouchement et au besoin urgent d'un accès plus grand aux soins obstétriques d'urgence d'importance vitale, la Fédération Internationale des Gynécologues et Obstétriciens (FIGO) et la Confédération Internationale des Sage-Femmes (ICM) ont annoncé aujourd'hui la publication de leur toute première déclaration commune ainsi que d'un plan d'action destiné à accélérer les mesures destinées à résoudre à l'échelle mondiale ce problème urgent.

Plus de 100 présidents de sociétés internationales membres et de représentants provenant d'autres organisations ont ratifié une déclaration de soutien au 17^e Congrès Mondial FIGO de Gynécologie et d'Obstétrique de Santiago. Le Chili a ratifié une déclaration de soutien à des mesures mondiales communes FIGO/ICM afin de prévenir l'hémorragie du post-partum.

Chaque année, plus de 500 000 femmes meurent en couches. Au moins un quart des morts maternelles sont la résultante d'un saignement excessif connu sous le terme d'hémorragie du post-partum. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent de ces décès ont lieu dans des pays en voie de développement. La recherche montre qu'une technique simple connue sous le nom de *gestion active de la troisième phase de l'accouchement* réduit efficacement la survenance d'hémorragie du post-partum, la quantité de sang perdu et le recours à une transfusion sanguine. De nombreux décès et beaucoup de souffrance pourraient être évités si toutes les femmes bénéficiaient de l'assistance d'un travailleur qualifié pendant la grossesse et l'accouchement et si tous les travailleurs de la santé expérimentés proposaient de façon routinière une gestion active de la troisième phase de l'accouchement. Le fait de réduire la mortalité maternelle est un facteur clé afin de s'assurer que tous les enfants, tout spécialement ceux se trouvant dans les pays les plus pauvres au monde, puisse survivre et se développer jusqu'à l'adolescence.

“Il s'agit d'un défi considérable alors que de nombreuses femmes enfantent seules ou sans assistants qualifiés. La formation, l'éducation et un ferme engagement de nos partenaires réduira la mort maternelle et les handicaps dans le monde entier » déclare le Prof. Dr. Mercedes Ruiz-Flores, Présidente de la Société Chilienne d'Obstétrique et de Gynécologie.

“Le but est de doter les personnels de la natalité aux domiciles, aux centres de santé et hôpitaux des savoirs, médicaments et autres fournitures afin de réduire la mortalité maternelle, » déclare Petra ten Hoop-Bender, Secrétaire Générale de l'ICM.

“Puisque chaque femme enceinte peut avoir à faire face à une perte de sang très grave, chaque femme a besoin de pouvoir recourir à un personnel de santé qualifié – une sage-femme, une infirmière ou un médecin, ” déclare le Dr Arnaldo Acosta, Président de la FIGO. “Si nous accroissons les connaissances et les savoir-faire au sein de la communauté et des infrastructures de santé et préparons les prestataires en première ligne à mettre l'accent au tout premier chef sur le plus important tueur de mère – l'hémorragie post-partum -, nous sauverons des mères et leurs enfants.”

La déclaration, le communiqué et le plan d'action communs constituent le point culminant d'une quantité considérable de recherche, d'introspection, de travail et de détermination du fait de la FIGO, de l'ICM et des partenaires internationaux et, ce, avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'Université Johns Hopkins et de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International.

###

SAMPLE

Faits:

- Globalement, au moins 14 millions cas d'hémorragies post-partum et non post-partum arrivent chaque année. L'atonie utérine représente d'après les estimations 70 à 90 pour cent des cas d'hémorragies post-partum et non post-partum. En moyenne, une femme mourra dans les deux heures de l'occurrence d'un saignement excessif si elle ne reçoit pas un traitement rapide.
- De nombreux décès dus à des hémorragies post-partum et non post-partum pourraient être évités. Des résultats établis par un groupe de chercheurs démontrent clairement que « la gestion active de la troisième phase de l'accouchement » peut réduire de façon drastique l'occurrence d'hémorragies post-partum et non post-partum due à l'atonie utérine. Il convient d'éduquer les sages-femmes locales quant aux causes de la mortalité maternelle et quelles mesures préventives peuvent être prises
- Puisque toute femme enceinte peut être confrontée à une perte de sang très grave et que la majorité des femmes qui connaissent une hémorragie post-partum ou non post-partum ne sont pas dotées de facteurs de risques identifiables, chaque femme a besoin de pouvoir bénéficier d'un personnel de natalité qualifié (une sage-femme, une infirmière ou un médecin). De plus, chaque femme devrait bénéficier d'une gestion active de la troisième phase de l'accouchement car elle réduit la survenance d'hémorragies post-partum et non post-partum.
- La gestion active de la troisième phase de l'accouchement consiste en des interventions conçues pour faciliter l'évacuation du placenta en augmentant les contractions utérines et éviter une hémorragie post-partum en évitant l'atonie utérine. Les composantes habituelles en sont : l'administration d'agents utérotoniques à la suite de l'accouchement du bébé ; une traction contrôlée du cordon ombilical, un massage utérin après la sortie du placenta le cas échéant. Si toutes les femmes bénéficiaient d'un personnel qualifié et que tous les personnels qualifiés pratiquent la gestion active de la troisième phase de l'accouchement de façon régulière et adaptée, de nombreux décès maternels pourraient être potentiellement évités.
- La FIGO et la Confédération Internationale des Sages-Femmes sont des partenaires clés dans le cadre de mesures globale pour une maternité sûre afin de réduire la mortalité maternelle et les handicaps dans le monde. Elles partagent une mission commune consistant à promouvoir la santé, les droits civiques et le bien-être de toutes les femmes et elles promeuvent des interventions efficaces fondées sur des faits qui, lorsqu'elles sont pratiquées convenablement avec un consentement documenté, peuvent réduire la mortalité maternelle. .
- La qualification des personnels est vitale parce que ces derniers peuvent reconnaître et éviter des incidents médicaux et fournir ou diriger vers des soins d'importance vitale lorsque des complications interviennent. Ils fournissent également aux mères les informations basiques pour elles-mêmes et leurs enfants avant et après l'accouchement.

SAMPLE



DECLARATION OF SUPPORT FOR FIGO/ICM GLOBAL EFFORT TO PREVENT POST-PARTUM HAEMORRHAGE

International Confederation of Midwives (ICM)
International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO)

ICM and FIGO are key partners in global Safe Motherhood efforts to reduce maternal death and disability in the world. Their mission statements share a common commitment in promoting the health, human rights and well-being of all women, most especially those at greatest risk for death and disability associated with childbearing. FIGO and ICM promote evidence-based, effective interventions that, when used properly with informed consent, can reduce the incidence of maternal mortality and morbidity in the world.

Severe bleeding is the single most important cause of maternal death worldwide. More than half of all maternal deaths occur within 24 hours of delivery, mostly from excessive bleeding. Every pregnant woman may face life-threatening blood loss at the time of delivery; women with anaemia are particularly vulnerable since they may not tolerate even moderate amounts of blood loss. Every woman needs to be closely observed and, if needed, stabilized during the immediate postpartum period. Upon review of the available evidence, FIGO and ICM agree that active management of the third stage of labour is proven to reduce the incidence of postpartum haemorrhage, the quantity of blood loss, and the use of blood transfusion.

We the undersigned believe that active management of the third stage of labour should be offered to women since it reduces the incidence of postpartum haemorrhage due to uterine atony. We declare our support for FIGO/ICM collaborative efforts to promote active management of the third stage of labour. As national leaders of professional associations, we pledge to take action to prevent postpartum haemorrhage.

SAMPLE



DECLARACIÓN DE APOYO PARA EL ESFUERZO GLOBAL DE FIGO/ICM PARA EVITAR LA HEMORRAGIA POST-PARTO

*Confederación Internacional de Matronas (ICM)
Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO)*

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) son socios claves en las iniciativas mundiales de Maternidad Segura para reducir la muerte y la discapacidad materna en el mundo. Sus enunciados de misión comparten un compromiso común de promover la salud, los derechos humanos y el bienestar de todas las mujeres, especialmente las que están en riesgo de morir o de sufrir discapacidad como resultado de la maternidad. ICM y FIGO promueven intervenciones eficaces, basadas en evidencias, que, cuándo utilizadas adecuadamente con consentimiento informado, pueden reducir la incidencia de la mortalidad y la morbilidad materna en el mundo.

La hemorragia grave es la causa más importante de la muerte materna en todo el mundo. Más de la mitad de todas las defunciones maternas ocurren dentro de las 24 horas después del parto, principalmente como resultado de una hemorragia masiva. Toda mujer embarazada puede sufrir una pérdida de sangre potencialmente mortal en el momento del parto; las mujeres con anemia son particularmente vulnerables ya que no pueden tolerar ni siquiera una pérdida de sangre moderada. Toda mujer debe permanecer en observación, y si es necesario ser estabilizada durante el periodo inmediato del post-parto.

Como resultado de la revisión de la evidencia disponible, ICM y FIGO concuerdan que se ha demostrado que el manejo activo de la tercera etapa del parto reduce la incidencia de la hemorragia posparto, la cantidad de pérdida sanguínea y el uso de la transfusión de sangre.

Nosotros, los abajo firmantes, creemos que el manejo activo de la tercera etapa del parto debe ser ofrecido a las madres ya que reduce la incidencia de la hemorragia postparto debido a la atonía uterina. Declaramos nuestro apoyo a los esfuerzos colaborativos de la FIGO/ICM para impulsar el manejo activo de la tercera etapa del parto. Como líderes nacionales de asociaciones profesionales, prometemos adoptar medidas para prevenir la hemorragia postparto.

SAMPLE



ICM/FIGO GLOBAL INITIATIVE ON THE PREVENTION OF POST-PARTUM HAEMORRHAGE

“This initiative will lead to fewer maternal deaths while increasing the chance of child survival as more children will have a mother caring for them”

Caroline Weaver, ICM president
November 2003, Hong Kong

“We need to stop the deaths of 200,000 women each year from bleeding during childbirth”

Arnaldo Acosta, FIGO President
October 2003, Santiago

TEN KEY ACTIONS

ICM and FIGO will:

1. Disseminate the joint statement to all national associations of midwives and societies of obstetrician-gynaecologists, and encourage the national groups to disseminate it to their members.
2. Obtain support for the joint statement from agencies in the field of maternal and neonatal health care, such as UN agencies, development and others.
3. Recommend that this Global Initiative on the prevention of PPH be integrated into the curricula of midwifery, medical and nursing schools.
4. Recommend that the Global Initiative be adopted by health policy makers and politicians.

ICM and FIGO will work toward ensuring that:

5. Every mother giving birth anywhere in the world will be offered active management of the third stage of labour for the prevention of PPH.
6. Every skilled attendant will have training in active management of the third stage of labour and in techniques for the treatment of PPH.
7. Every health facility where births take place will have adequate supplies of uterotonic drugs, equipment and protocols for both the prevention and treatment of PPH.
8. Blood transfusion facilities are available in centres that provide comprehensive health care (secondary and tertiary levels of care).
9. Physicians are trained in simple conservative techniques such as compression sutures and devascularisation.
10. Promising new drugs and technologies for the prevention and treatment of PPH, such as the tamponade technique, are evaluated.

