



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**MANEJO ACTIVO VERSUS MANEJO EXPECTANTE DEL
ALUMBRAMIENTO**

**PRESENTADA POR
SILVIA LILIANA CHING GANOZA**

**TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2012



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE POSGRADO**

**MANEJO ACTIVO VERSUS MANEJO EXPECTANTE DEL
ALUMBRAMIENTO**

TESIS

**PARA OPTAR TITULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTADA POR:

SILVIA LILIANA CHING GANOZA

LIMA – PERÚ

2012

**MANEJO ACTIVO VERSUS MANEJO EXPECTANTE DEL
ALUMBRAMIENTO**



ASESOR:

DR. ALEJANDRO HUAPAYA CABRERA.

MIEMBROS DEL JURADO:

PRESIDENTE

MIEMBRO 1

MIEMBRO 2

MIEMBRO 3

MIEMBRO 4



DEDICATORIA

*A mi Dios Misericordioso,
Con especial consideración a mis padres: Leonardo e Irene,
A Rolando, mi amor,
A mis hijas Mariafernanda y Silvana,
A mis hermanos, Zoila y Arturo.*

AGRADECIMIENTO

*A Dios por haberme dado la vida
A mis padres por estar siempre conmigo,
A mis maestros por guiarme en el camino.
A mis compañeros por acompañarme en él.
A mis pacientes por ser el vehículo de mi aprendizaje.*

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	06
SUMARY	07
INTRODUCCIÓN	08
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS	18
DISCUSION.....	25
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS	
FICHA DE DATOS.	

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia del Manejo activo del alumbramiento comparado con el método expectante en gestantes a término.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo, prospectivo en relación al manejo activo o expectante del alumbramiento, realizado en el Hospital Nacional de Policía del Perú.

Resultados: Se evalúa un total de 668 gestantes de acuerdo a los criterios de selección, asignándose en forma aleatoria simple a 334 para el manejo activo y 334 para el expectante. La edad promedio de la población fue de 31 años, con un promedio de 3 gestaciones y 38 semanas de edad gestacional. El peso del recién nacido promedio de 3337gr. El sangrado en el alumbramiento para el manejo activo fue un promedio de 100 cc (19 - 150) y en el grupo expectante fue de 300cc (100-600). La duración con el manejo activo tuvo una media de 4.65 (3-6) min y para el expectante de 21 (14-36) min. El dolor en el alumbramiento fue leve en un promedio de 90 para el manejo activo y 10 para el expectante, encontrándose dolor moderado en un promedio de 7.5 para el activo y 71 para el expectante. No se observó complicaciones en un 99% para el manejo activo y en un 97% para el manejo expectante, siendo las complicaciones observadas retención placentaria, retención de membranas y hemorragia obstétrica.

Conclusiones: El manejo activo es bien tolerado y tiene ventajas sobre el expectante en cuanto a menor sangrado, menor tiempo para el parto y menor dolor, observándose escasas complicaciones en ambos grupos de estudio.

PALABRAS CLAVE: Alumbramiento - Manejo activo - Manejo expectante.

SUMMARY

Objective: To determine the efficacy of the active method of the birth compared with the expectant method in full term pregnant women.

Materials and Methods: Study observational, descriptive and prospective related to the active or expectant management of the birth, realized in the National Hospital of Police of Peru between March 2000 and March 2002.

Results: A total of 668 patients according to the criteria of selection were evaluated being assigned in simple random form to 334 for the active management and 334 pregnant women to the expectant management. The average age of the population was 31 years, with an average of 3 pregnancies and 38 weeks gestational age. The average newborn weight was 3337 gr. The bleeding during the birth for the active management was an average of 100 cc (19-150) and expectant group average was 300 cc (100-600). The duration of the active management had a mean of 4.65 (3-6) min. and the expectation of 21 (14-36) min. The pain in the birth was minor on average 90 the active group and 10 for the expectant one. Moderate pain was found in about 7.5 for the active management and 71 for the expectant one. Complications were not observed in 99% for the active management and 97% for the expectant one. Complications were being observed as retention of the placenta, retention of the membranes and obstetric hemorrhage.

Conclusions: The active management is well tolerated and it has advantages on the expectant management as less bleeding, less time for labor and less pain. Few complications were observed for both groups of study.

Key words: Labor, Active Management, Expectant Management.

INTRODUCCIÓN

La realidad de Latinoamérica y el Caribe en Salud Materno Perinatal difiere de los países en desarrollo y muchas de las muertes maternas y perinatales que ocurren en nuestros países pudieron ser evitadas con intervenciones de menor costo en oportunidades perdidas. Por ello, resulta imprescindible multiplicar los esfuerzos, desarrollando las competencias de los profesionales de la salud, basadas en el conocimiento actualizado.

La Organización Mundial de la Salud estiman que mueren en el mundo 51.5000 mujeres a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, de las cuales el 99% proceden de países no desarrollados o en vías de desarrollo. (1,2)

La hemorragia postparto (HPP) constituye la primera causa de muerte materna a nivel mundial, siendo la responsable de casi la mitad de todas las muertes maternas postparto en los países en desarrollo. (3,16) Por lo tanto la hemorragia puerperal viene siendo la complicación más importante del tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento) y del puerperio. (4,5,8) Según la OMS, la hemorragia post parto se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto. (4,6,7,9)

Numerosos estudios han evaluado factores que afecten la incidencia de hemorragia postparto (HPP) como la preeclampsia, el embarazo múltiple, la episiotomía en el parto vaginal y el trabajo de parto prolongado. Aunque la

presencia de uno o más de estos factores pueden aumentar las probabilidades de que la mujer tenga una hemorragia, las dos terceras partes de la HPP ocurren en mujeres sin factores de riesgo conocidos. (4,9,10)

En el afán de prevenir y contrarrestar estas cifras tan alarmantes, se han realizado revisiones y numerosos estudios en relación al tercer estadio del parto, el alumbramiento, lo que nos da dos enfoques radicalmente diferentes en relación al manejo clínico del tercer periodo del parto, a saber el manejo expectante y el activo, los que han sido tema de varias revisiones críticas en los últimos años. (5,12,13)

La práctica obstétrica basada en evidencias recomienda el manejo activo del tercer periodo del parto al repercutir favorablemente sobre la pérdida sanguínea, tiempo de alumbramiento, y complicaciones de este periodo. (4,5,11)

Se conoce que el tercer periodo del parto es el periodo que se extiende desde el nacimiento del bebé, hasta la completa expulsión o extracción fuera del aparato genital de la placenta y las membranas ovulares (5,9,10). Habitualmente se produce en los primeros 10 minutos después del parto del feto (10). Este proceso es evidenciado por varios signos clínicos descritos por numerosos autores, como son: la reaparición de la sensación dolorosa provocada por la contracción uterina de desprendimiento, la salida de sangre por los genitales que indica la separación útero placentario, la elevación del fondo del útero y traccionar el cordón (signo del pescador). (10,14)

La cantidad de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con la que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación (4,10). Cuando el útero falla en

contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina; los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia.

El manejo activo del tercer periodo del parto incluye la administración de un oxitócico profiláctico durante o inmediatamente después del parto, así como el pinzado, corte del cordón y la tracción controlada del mismo. (4,5) Estas intervenciones se pueden implementar de manera rutinaria y profiláctica como parte de un esfuerzo para reducir la pérdida de sangre asociada con el alumbramiento y así disminuir el riesgo de hemorragia postparto.

El manejo expectante del tercer periodo del trabajo de parto se define como una política de no intervención, donde se aguarda a la aparición de los signos de separación y se permite que la placenta salga de manera espontánea o con la ayuda de la gravedad o la estimulación de los pezones.(4,5,17,18) También se conoce a este manejo como conservador o fisiológico, y es una práctica popular en algunos países del norte de Europa y en algunas unidades maternas en los EE.UU. y Canadá. Además, es el manejo habitual durante la práctica domiciliaria en los países en vías de desarrollo. (12, 13)

Países como Reino Unido, Irlanda, Canadá y otros países tienen al manejo activo del alumbramiento como una forma de atención protocolizada en su servicio. El manejo activo, ha sido reportado usando diferentes esquemas y fármacos, como la oxitocina, ergometrina o misoprostol oral, evidenciándose mayores ventajas con el uso endovenoso de oxitocina, ya sea en infusión o en aplicación directa. (12)

En Brighton, 1993; Bristol 1988; Dublín 1990, ensayos aleatorizados que se llevaron a cabo en unidades de maternidad en el Reino Unido o Irlanda, donde el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto es la práctica de rutina, se

ha determinado lo beneficioso de este método en las paciente que se encuentran en el tercer estadio del parto, concluyen que el manejo activo del alumbramiento disminuye el sangrado postparto en un 40%. (5)

En el Perú la Salud Materna y Perinatal son problemas prioritarios en la gestión del Ministerio de Salud (MINSA). Nuestros indicadores: TMM (Tasa de Mortalidad Materna) es de 103 x 100 000 nacidos vivos para el año 2010 y TMP: (Tasa de Mortalidad Perinatal) es de 23 por 1000 nacidos vivos, siendo la hemorragia post parto la primera causa de muerte con un 46% dentro de las causas a nivel hospitalario (15), lo que nos coloca en el tercer país latino americano con más muertes maternas. A pesar de los procesos de capacitación impartidos al personal de salud para la detección de embarazos de alto riesgo y la atención del trabajo de parto en estos embarazos, aún continúan presentándose muertes de madres que sufren de algún tipo de complicación durante el embarazo, trabajo de parto y/o puerperio.

La adecuada atención del alumbramiento (tercer estadio del parto) se constituye en un importante factor para la presencia o no de hemorragia post parto, anemia e infecciones puerperales que inciden en la morbimortalidad materna.

La muerte materna es un indicador del desarrollo económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y la respuesta del sistema de salud. (15) Las muertes maternas son el resultado de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los sistemas de salud, en muchas ocasiones ocurren por falta de acceso o por una deficiente aplicación de conocimiento y tecnologías en el manejo del embarazo, del parto o puerperio. La reducción de la muerte materna requiere de acciones coordinadas y de un

trabajo continuo. Las acciones deben necesariamente ir desde el interior de las familias hasta las políticas nacionales de salud y económicas.

De acuerdo al 5to Objetivo del Milenio de la OMS, en el 2015 la Mortalidad Materna en nuestro país debe de disminuir a 65 x 100.000 nacidos vivos, dentro de las estrategias del MINSA para la prevención del sangrado post parto por la atonía uterina es el manejo del tercer periodo de trabajo de parto.(23) En el Perú el manejo del alumbramiento, esta protocolizado, y en los hospitales, aún se usa, el método expectante, donde se espera la expulsión espontánea de la placenta, sin ninguna intervención. Así tenemos que, en 1998 el Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima) señaló como una de las principales destrezas para el manejo de la hemorragia obstétrica, el uso del manejo activo en la tercera etapa del parto.

En base a lo expuesto y que la hemorragia puerperal continua siendo uno de las causas principales de muerte materna y por consiguiente un problema de Salud Pública, y que hasta la actualidad sea sorprendente que no exista un consenso entre los clínicos en cuanto a la mejor manera de prevenir esta complicación, fue de nuestro interés determinar la eficacia del manejo activo del alumbramiento comparado con el método expectante en gestantes que acuden a nuestra Institución, comparando el sangrado, la duración, el dolor y las complicaciones durante el alumbramiento, para así poder protocolizar este manejo y homogeneizar la atención del alumbramiento a nivel nacional en los profesionales de la salud.

2.1 Materiales y Métodos

El diseño del estudio fue de tipo, descriptivo, comparativo, prospectivo, de corte transversal, realizado en la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Luis N, Sáenz PNP entre Marzo 2000 a Enero 2002. El estudio se realizó en 668 historias clínicas de gestantes a término sin cirugía uterina previa, atendidas en el periodo de alumbramiento. Con manejo activo de alumbramiento hubo 334 casos y manejo expectante 334 casos, habiendo firmado cada paciente un consentimiento informado para optar por cualquiera de las dos opciones. Para tal fin se elaboró una hoja de recolección de datos, la cual fue validada por profesionales del Departamento, en la cual se tomaron los datos necesarios obtenidos por las encuestas realizadas a las pacientes en estudio. (Anexo 1). Estos datos fueron codificados, agrupando las variables en categorías para ser tabuladas con el apoyo del programa Microsoft Excel V. 2007 (cálculos de media y porcentaje), para luego realizar el procesamiento de los datos con el programa SPSS versión 10 para obtener el análisis estadístico descriptivo correspondiente (promedios, medias, desviación estándar), además nos apoyamos en la prueba del t student para grupos independientes y contrastes de medidas en el sangrado y el dolor durante el alumbramiento. Se usó oxitocina la cual se administró durante o inmediatamente después del parto y para valorar la pérdida sanguínea se colocó una cubierta de plástico bajo las nalgas de las mujeres para recoger la pérdida de sangre después del nacimiento y así poder cuantificarla a través de un recipiente graduado.

Desde el punto de vista ético, la participación en el estudio fue descriptiva,

los datos recolectados fueron confidenciales y solo fueron utilizados para el propósito de estudio. Se contó con la autorización de la Oficina de Investigación del Hospital nacional PNP.

2.1.1 Tipo de muestreo

Muestreo No Probabilístico.

2.1.2 Variables de Estudio

Variables Independientes

- Manejo activo del alumbramiento.
- Manejo expectante del alumbramiento.

Variables Dependientes

- Volumen de sangrado en alumbramiento.
- Tiempo transcurrido en el alumbramiento.
- Dolor percibido por paciente en el alumbramiento: Leve, moderado, Severo.
- Complicaciones post alumbramiento:
 - Hemorragia post parto (sangrado mayor de 500 cc en puerperio inmediato).
 - Inversión uterina.
 - Retención de membranas (expresada por extracción quirúrgica de membranas).
 - Retención placentaria (expresada por la extracción manual o quirúrgica de la placenta).

Variables Intervinientes

- Edad de la paciente.
- Edad gestacional.

Operacionalizacion de las Variables

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CODIFICACION
Manejo activo del alumbramiento.	Conducta activa de los médicos clínicos en el proceso de alumbramiento utilizando fármacos uterotónicos, masaje uterino o tracción del cordón umbilical.	Intervención médica en el proceso de alumbramiento de la paciente en forma rutinaria y profiláctica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administración de uterotónicos antes de que transcurra 1 minuto después del nacimiento del bebé. 2. Aplicación de tracción controlada del cordón umbilical. 3. Aplicación de masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según las condiciones Apropriadas. 	Nominal - Dicotómica	1.Si 2. No
Manejo expectante del alumbramiento	Es la espera de la aparición de signos de separación y la expulsión de la placenta de forma espontánea.	Intervención, donde se aguarda el alumbramiento fisiológico y los signos de desprendimiento placentario en la paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo). 2. Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es Necesario. 	Nominal - Dicotómica	1.Si 2. No

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CODIFICACION
Volumen de sangrado en alumbramiento	Cantidad de sangrado que se produce durante el alumbramiento cuando la placenta comienza a desprenderse, debido a que los vasos sangran dentro del útero.	Volumen sanguíneo perdido durante el periodo de parto.	Sangrado Leve Sangrado Moderado Sangrado Severo	Ordinal	(1) Activo (2) Expectante
Tiempo transcurrido en el alumbramiento.	Duración de la tercera etapa del parto que es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta.	Tiempo en minutos ocurrido en el periodo de parto.	0-5 5-10 10-15 15-20 20-25 25-30 Mayor de 30	De intervalo	(1) Activo (2) Expectante
Dolor percibido por paciente en el alumbramiento	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada al alumbramiento.	Sensación de malestar o padecimiento durante el parto.	Leve Moderado Severo	Ordinal	(3) Activo (4) Expectante
Complicaciones post alumbramiento:	Dificultades imprevistas posteriores al nacimiento y expulsión de la placenta.	Conjunto de dificultades secundarias al periodo de parto.	Hemorragia post parto Inversión uterina Retención de membranas Retención placentaria	Nominal - Dicotómica	1- Si 2- No

RESULTADOS

Se evalúa un total de 668 gestantes seleccionadas de acuerdo a los criterios de selección, asignándose en forma aleatoria simple (n = 334) para el manejo activo y (n = 334) gestantes al manejo expectante.

TABLA Nº 1

CARACTERISTICAS MATERNAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO CON MANEJO ACTIVO VS MANEJO EXPECTANTE

CARACTERISTICAS	MEDIA	MIM	MAX	RANGO	DS
EDAD	31	18	42	24	3.7
EDAD GESTACIONAL	38	37	41	4	1.2
NUMERO DE HIJOS	2	0	6	6	1.2
GESTACIONES	3	1	6	5	1.3
ABORTO	1	0	3	3	0.86

Fuente: HISTORIAS CLINICAS DEL HOSPITAL NACIONAL LUIS SAENZ – PNP

Interpretación:

En el presente cuadro, se aprecia las características de la población estudiada encontrando una edad media de las pacientes gestantes atendidas de 31+- 3.7 años con un rango de edad de 18 – 42 años y la edad gestacional de 38 semanas +- 1.2.

En relación al número de hijos, el promedio es 2 y al número de gestaciones el promedio es de 3 gestas y un aborto.

TABLA Nº 2

ESTIMACION DE DIFERENCIAS ENTRE LOS PUNTAJES PROMEDIOS EN EL NIVEL DEL SANGRADO DURANTE EL ALUMBRAMIENTO CON MANEJO ACTIVO VS MANEJO EXPECTANTE

CANTIDAD DE SANGRADO	MANEJO ACTIVO			MANEJO EXPECTANTE			t Student	TOTAL
	n	x	DS	n	x	DS		
Leve 1 – 99 cc	311	93.1	1.25	18	5.4	2.46	292.3 **	329
Moderado 100 – 250 cc	17	5.1	2.65	269	80.5	1.84	243.2**	286
Severo 300 – 600 cc	6	1.8	1.1	47	14.1	1.18	27.3**	53
Total	334	100		334	100			668

Fuente: Encuesta Ad Hoc - anexo 1

** $p < 0.01$ presencia de diferencia altamente significativa.

Interpretación

Esta tabla nos indica que el sangrado durante el alumbramiento, en el manejo activo fue leve en un promedio de 93.1 seguido de moderado en un 5.1 y severo de 1.8, en relación al manejo expectante, leve en el 5.4, moderado en un 80.5, seguido de severo en un 14.

El sangrado durante el alumbramiento en los dos grupos de estudio fue:

- 1) Para el manejo activo de un promedio de 100 cc con un mínimo de 19 y un máximo de 150 cc.
- 2) Para el manejo expectante el promedio fue 3 veces más siendo de 300 cc con un mínimo de 100 y un máximo de 600 cc.

La diferencia fue altamente significativa ($p < 0.01$) evidenciándose una mayor pérdida sanguínea en el manejo expectante interpretando que la disminución del sangrado en el alumbramiento con el manejo activo es considerable frente al expectante.

TABLA Nº 3

**DURACION DEL ALUMBRAMIENTO CON MANEJO ACTIVO VS MANEJO
EXPECTANTE**

DURACION EN MINUTOS		MANEJO		MANEJO		TOTAL
		ACTIVO		EXPECTANTE		
Corto	1 – 4	306	91.62%	1	0.30%	307
	5 – 9	28	8.38%	10	2.99%	38
	10 – 14	0	0.00%	20	5.99%	20
Mediano	15 – 19	0	0.00%	34	10.18%	34
	20 – 24	0	0.00%	103	30.84%	103
	25 – 29	0	0.00%	111	33.23%	111
Prolongado	30 – 40	0	0.00%	55	16.47%	55
Total		334	100.00%	334	100.00%	668

Fuente: Encuesta Ad Hoc - anexo 1

Interpretación:

En relación a la duración del alumbramiento, se obtuvo un tiempo corto con el manejo activo en el 100%, en relación con un tiempo mediano y prolongado para el manejo expectante siendo este de 74% y 16% respectivamente. La duración durante el alumbramiento en los dos grupos de estudio fue:

- 1) El manejo activo en un promedio de 4.65 minutos con un máximo de 6 y un mínimo de 3.
- 2) Para el manejo expectante se evidencia un promedio de 21 minutos con un valor máximo de 40 y un mínimo de 14.

La diferencia es de 5 veces más en el manejo expectante, evidenciándose una mayor cantidad de minutos destinados para la atención del alumbramiento bajo el manejo expectante.

TABLA Nº 4

**DOLOR DURANTE EL ALUMBRAMIENTO CON MANEJO ACTIVO VS
MANEJO EXPECTANTE**

MANEJO DE		ACTIVO			EXPECTANTE			t students	TOTAL
ALUMBRAMIENTO		n	x	DS	n	x	DS		
Dolor en alumbramiento	Leve	299	89.5	1.06	62	18.6	1.25	472.6**	361
	Moderado	25	7.5	1.44	237	71	1.14	302.3**	262
	Severo	10	3	1.21	35	10.4	0.92	20**	45
Total		334	100		334	100			668

Fuente: Encuesta Ad Hoc - anexo 1

** $p < 0.01$ presencia de diferencia altamente significativa.

Interpretación:

En relación al dolor en el alumbramiento, con el manejo activo fue leve en un promedio de 89.5, moderado en 7.5 y severo en 3; con el manejo expectante, fue severo en el 10.4, moderado en un 71 y leve en un 18.6.

El dolor durante la atención del alumbramiento es un importante indicador para la paciente, los hallazgos encontrados tienen diferencia significativa ($p < 0.01$), donde el manejo activo brinda una más de sus ventajas.

TABLA Nº 5**COMPLICACIONES DURANTE EL ALUMBRAMIENTO CON MANEJO ACTIVO
VS MANEJO EXPECTANTE**

MANEJO DE ALUMBRAMIENTO		ACTIVO	%	EXPECTANTE	%	% promedio	TOTAL
Complicación	Retención placentera	1	0.30%	2	0.60%	0.45%	3
	Retención de Membranas	1	0.30%	3	0.90%	0.60%	4
	Hemorragia uterina	0	0.00%	3	0.90%	0.45%	3
	No	332	99.40%	325	97.31%	98.35%	657
Total		334		334			668

Fuente: Encuesta Ad Hoc - anexo 1

Interpretación:

En el presente cuadro, se observa, que de las 334 pacientes atendidas con manejo activo, 2 de ellas presentaron complicaciones (1 por retención de membranas y 1 por retención placentaria); de las 334 pacientes con manejo expectante, 8 de ellas presentaron complicaciones (3 por hemorragia uterina, 3 por retención de membranas y 2 por retención placentaria).

No se observó complicaciones en el 98 % en promedio de los grupos de estudio, observándose ausencia de complicaciones en un 99% para el manejo activo y 97% para el manejo expectante.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (19, 20,21).

Prendiville, et al han revisado estudios en países desarrollados sobre el uso del manejo activo versus el manejo expectante y consideran que el primero es una alternativa para el control de la hemorragia post parto que debería aplicarse como rutina. (5,13)

Cuatro de los estudios clínicos realizados (Ensayos de Bristol 1988; Dublin 1990; Hinchingsbrooke 1998; Abu Dhabi 1997), se llevaron a cabo en unidades de maternidad en el Reino Unido, Irlanda o Abu Dhabi, fueron de buena calidad metodológica. En estos estudios se aporta la evidencia convincente de que la pérdida de sangre y el riesgo de hemorragia puerperal se verán reducidos si se ofrece a las mujeres una conducta activa en el alumbramiento, esta aseveración es válida para todas las mujeres y también, específicamente, para las que están expuestas a un riesgo más bajo de padecer complicaciones en el alumbramiento. (13, 24, 25,26)

Con el propósito de confirmar los beneficios del manejo activo en la tercera fase del parto versus el expectante, en una población en vías de desarrollo como es nuestro país, es satisfactorio para nosotros poder demostrar con este estudio que se tiene resultados similares a los estudios realizado sobre el tema, descritos anteriormente.

Estudios han demostrado que el manejo activo disminuye en un 70% la hemorragia posparto y el tiempo de alumbramiento (28, 29,30). En nuestro estudio coincidimos con estos resultados, al hallar una disminución del 75% de la hemorragia post parto, así como una disminución considerable en el tiempo del alumbramiento en un 100%, con el uso del manejo activo tal como se demuestra en la tabla N° 2 y 3, observándose que las pacientes con manejo expectante tuvieron mayor sangrado. Estos resultados se deben que al final el embarazo, los vasos placentarios llevan de 500 a 800 cc de sangre. Con el manejo activo, al aplicar la oxitocina, las contracciones uterinas se incrementan, por ende los vasos sanguíneos se comprimen y se controla el sangrado, simultáneamente esto ayuda a que el desprendimiento sea en menor tiempo (27), en este estudio se confirmó que mientras más prolongado es el tiempo de alumbramiento el sangrado es mayor en la tercera fase del parto.

Diferentes autores han reportado que aparte de los beneficios con el manejo activo en la cantidad de sangrado, anemia, tiempo de alumbramiento, las complicaciones del manejo expectante son mucho mayores como placentas retenidas y/o retención de membranas (13, 24, 25,26). Esto también fue observado por nosotros al encontrar que cinco pacientes del grupo expectante tuvieron restos placentarios y placenta retenida, al contrario del manejo activo en que solo dos pacientes presentaron restos placentarios. Como es lógico pensar, la presencia de estas complicaciones aumenta el tiempo de recuperación y consecuentemente los días de hospitalización de las pacientes, así como aumento de costos. (13)

En relación al dolor percibido encontramos que con el manejo activo el 89.5% de las pacientes tuvieron un dolor leve, mientras que en el manejo pasivo hubo un 71% con dolor moderado.

En cuanto a la selección del oxitócico se debe tomar en cuenta la estabilidad, acción, la seguridad materno fetal, efectos secundarios y costos, nosotros usamos la oxitocina, diferimos con otros estudios que usaron la ergometrina, donde se observa un aumento en náuseas, vómitos, cefaleas e hipertensión, así mismo se notó que la extracción manual de la placenta y la hemorragia puerperal secundaria fueron más frecuentes después del abordaje activo. (5,25)

Las complicaciones teóricas para ambos manejos, como el atrapamiento placentario y la inversión uterina, no han sido observadas en el presente estudio.

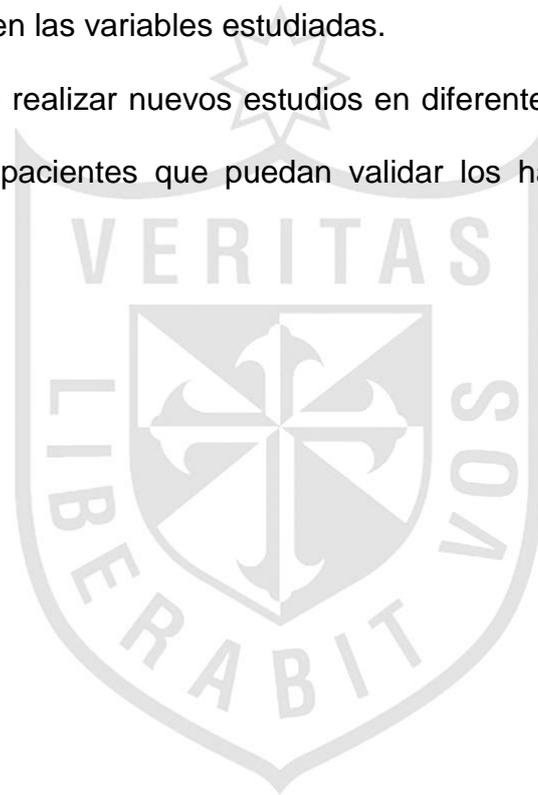
El manejo activo estaría en relación con la adecuada tracción del cordón umbilical, luego de evidenciar una contracción uterina que ocurre al primer o segundo minuto después de la infusión de oxitocina, y la ejecución de la maniobra de aplicar contracción suprapúbica, si la placenta no desciende, suspender la tracción y esperar la siguiente contracción, lo que requiere un asistente con habilidades y lo que representaría una cierta desventaja.

Encontramos que en la reducción del sangrado vaginal, el tiempo destinado a la atención del alumbramiento, y de la percepción del dolor por parte de las pacientes, favorecen la práctica del alumbramiento activo, confirmando así que este manejo en la tercera fase de labor de parto, reduce el riesgo de HPP por la atonía uterina, además disminuye la prevalencia de anemia, de restos placentarios, placenta retenida y reduce las transfusiones

sanguíneas, el tiempo de convalecencia y la hospitalización, así también como el uso de fármacos hematóxicos, por este motivo concuerdo con Mc Cormick que el manejo activo en la tercera fase de labor es una de las practicas más importantes y disponibles en la prevención de la atonía uterina, que debería difundirse en los países en vías de desarrollo.(22)

Si bien el grupo poblacional en estudio es pequeño los resultados proveen evidencia suficiente para poder destacar el efecto beneficioso del manejo activo del alumbramiento en las variables estudiadas.

Es necesario realizar nuevos estudios en diferentes poblaciones con un mayor número de pacientes que puedan validar los hallazgos del presente ensayo clínico.



CONCLUSIONES

1. Se demostró la eficacia del alumbramiento en el método activo comparado con el método expectante en gestantes que acudieron a la Sala de Partos del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz. El manejo activo del alumbramiento permite disminuir el volumen del sangrado que habitualmente se presenta con el manejo expectante, no observándose complicaciones durante ni después del alumbramiento en un 99%, siendo el manejo activo bien tolerado por la paciente.
2. La hemorragia postparto disminuye cuantitativamente en forma significativa ($p < 0.01$) con el manejo activo del alumbramiento frente al manejo pasivo.
3. Se comparó la duración del tercer periodo del parto concluyendo que con el manejo activo el tiempo es menor en relación al manejo pasivo.
4. El dolor percibido por la paciente en el alumbramiento, fue leve en el manejo activo frente a moderado en el manejo pasivo.
5. Las complicaciones de retención de placenta o restos placentarios están asociados con el manejo pasivo o expectante.

RECOMENDACIONES

1. Considerando la eficacia del manejo activo del alumbramiento, recomendamos establecerlo como un procedimiento en el protocolo de atención de nuestros establecimientos de salud de la Policía Nacional, a fin de contribuir con la disminución de la mortalidad materna en cumplimiento del objetivo estratégico del plan multianual.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Boulosa Victor "Mortalidad Materna reto a la salud Publica" 1985.
2. Quisferd, Cruz "Mortalidad Materna en el IMP 1986 – 2000.
3. World Health Organization. Global estimates of maternal mortality for 1995: result of an in depth review, analysis and estimation strategy (Statement). Geneva: World Health Organization, 1995: 2001.
4. IEMP. "Prácticas clínicas basadas en evidencia científica en salud materno perinatal" 2003. Pag:13-26.
5. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. "Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento". Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2000, Issue 3. No: CD000007. DOI: 10.1002/14651858. CD000007.
6. IEMP. "Protocolos de emergencia en Gineco- Obstetricia. Marzo 2002
7. IEMP. "Protocolos y procedimientos en obstetricia". 2003
8. Carroli G. Oxitocina u oxitocina mas alcaloides del cornezuelo de centeno en el manejo activo del alumbramiento: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 17 de noviembre del 2000)
9. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el grupo Técnico de Trabajo. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva, 1999: 15-23.
10. Williams Obstetrics 23th Edition 2010: Cap 4 pag 370-409
11. CLAP. "Guía Clínica Basada en las Evidencias: manejo de la hemorragia postparto". Novedades del CLAP n° 16. abril 2002.

12. Harding JE, Elbourne DR, Prendiville WJ. Views of mothers and midwives participating in The Bristol randomized controlled trial of active management of the third stage of labour. *Birth* 1989;16:1-6.
13. Prendiville WJ, 12. Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active vs physiological management of the third stage of labour. *BMJ* 1988;297: 1295-3000.
14. José Pacheco Ginecología y Obstetricia. Pag: 1246-1247.
15. Prácticas Clínicas Basadas en Evidencia Científica en Salud Materno Perinatal. Lima – Perú 2003.
16. AbouZar C. Antepartum and postpartum haemorrhage. In: Murray CJL, Lopez AD, editors. *Health Dimensions of sex and Reproduction*. Boston, MA: Harvard University Press, 1998: 172-174.
17. Rogers J, Woos J, McCordzh R. Manejo active del alumbramiento vs expectante. Oxford: Cochrane Library, 2002; t3.
18. Thornton S., Davison JM, Baylis PH. Plasma oxytocin during third stage of labour: comparison of natural and active management. *BMJ* 1988; 297;167-9.
19. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
20. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
21. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, Creanga AA, Tunçalp O, Balsara ZP, Gupta S, Say L, Lawn JE. National,

- regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, 2011, Apr 16;377 (9774):1319-30.
22. Mc Cormick ML. Preventing postpartum hemorrhage in low – resource setting. *Inter J. Gynecol Obstet.* 2002; 77: 267 – 275.
23. Chong YS, Su LL, Arulkumaran S. Current strategies for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol* 2004; 143 – 150.
24. Khan GQ, John LS, Wani, S, Doherty T, Sibai BM. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:770-4.
25. Begley CM. A comparison of 'active' and 'physiological' management of the third stage of labour. *Midwifery* 1990;6:3-17.
26. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. Active vs expectant management of the third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial. *Lancet* 1998;351:693-9.
27. World Health Organization (WHO). Third Stage Labour: Physiology and Management. Postpartum Haemorrhage Module, Education Material for Teachers of Midwifery. WHO/FRH/MSM/9.62,p.11-46. Geneva: World Health Organization, 1996.
28. Bagley C. 1990. A comparison of “active” and physiological” management of the third stage of labour. *Midwifery* 6: 3-27
29. Khan GQ et al. 1997. Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 177:770-774.
30. Rogers J et al. 1998 Active versus expectant management of third stage of

labour. The Hinchingsbrooke randomized controlled trial. Lancet 351:693-699.



Anexo 1

FORMULARIO DE ENCUESTA AD HOC: "MANEJO ACTIVO VERSIUS MANEJO EXPECTANTE DEL ALUMBRAMIENTO EN EL HN. "LUIS N. SÁENZ" PNP

H.C.Nº: _____

Código: _____

DATOS GENERALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nombre
2. Edad (años cumplidos)
3. Dirección
4. Dirección

DATOS DE LA MADRE Y DEL EMBARAZO

5. Edad materna

< 18 años	19 – 35 años	> 35 años
(1)	(2)	(3)

6. Paridad

Primípara	Múltipara	Gran múltipara
(1)	(2)	(3)

7. Edad Gestacional según (FUR)

37 sem.	38 sem.	39 sem.	40 sem.	41 sem.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

8. Antecedentes de abortos

Si	No
(1)	(2)

9. Número de Hijos

Ninguno	1	2	3	4	5	≥ 7
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

DATOS ASIGNACIÓN AL ESQUEMA DE MANEJO

10. Cantidad de Sangrado Vaginal

Sangrado Leve		Sangrado Moderado		Sangrado Severo	
Activo	Expectante	Activo	Expectante	Activo	Expectante
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

11. Tiempo de alumbramiento (minutos)

0 – 5		5 – 10		10 – 15	
Activo	Expectante	Activo	Expectante	Activo	Expectante
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15 – 20		20 – 25		25 – 30	
Activo	Expectante	Activo	Expectante	Activo	Expectante
(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Mayor 30					
Activo	Expectante				
(13)	(14)				

12. Dolor durante alumbramiento

Dolor Leve		Dolor Moderado		Dolor Severo	
Activo	Expectante	Activo	Expectante	Activo	Expectante
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

13. Complicaciones durante alumbramiento

Si	No
(1)	(2)

14. Retención Placentera

Presente		Ausente	
Activo	Expectante	Activo	Expectante
(1)	(2)	(3)	(4)

15. Retención de Membranas

Presente		Ausente	
Activo	Expectante	Activo	Expectante
(1)	(2)	(3)	(4)

16. Hemorragia puerperal inmediata

Presente		Ausente	
Activo	Expectante	Activo	Expectante
(1)	(2)	(3)	(4)

17. Inversión Uterina

Presente		Ausente	
Activo	Expectante	Activo	Expectante
(1)	(2)	(3)	(4)

Observaciones:

.....

Fecha:/...../.....



Nombres y Apellidos de Responsable
CMP