

Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto Para la Prevención de la Hemorragia Postparto: Hoja Informativa para Diseñadores de Políticas y Administradores de Programa

¿QUÉ ES?

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) incluye tres etapas:

1. Administración de un medicamento útero-tónico (inyección de 10 IU oxitocina, que es el medicamento de elección)
2. Tracción controlada del cordón
3. Masaje uterino luego de la expulsión de la placenta

¿POR QUÉ?

Cada año, se producen 14 millones de casos de hemorragia postparto (HPP), o sangrado excesivo después del nacimiento del bebé. La HPP es responsable de aproximadamente el 25% de muertes maternas en todo el mundo¹ y, en algunos países, esta cifra alcanza el 60% de las muertes en algunos países.² La HPP también es causa de morbilidad severa a largo plazo.³ La investigación ha validado al MATEP como la práctica más recomendable para:

- Disminuir en un 60%⁴ la incidencia de HPP a causa de atonía uterina (incapacidad del útero para contraerse después del parto)
- Reducir la necesidad de transfusión de sangre (que implica riesgos para la salud, hospitalización y costos de atención)⁵, y por último
- Evitar complicaciones y muerte a causa de HPP.³

El manejo activo de la tercera etapa del parto es:

- Una intervención segura, costo-efectiva y sostenible
- Una práctica más humana y ética que la de manejar las complicaciones de la HPP, especialmente en mujeres anémicas o desnutridas²
- Una práctica que puede ahorrar dinero a los establecimientos de salud, según estudios realizados en Guatemala, Vietnam, y Zambia^{6,7}
- Una manera de aumentar la efectividad y el impacto económico de los programas de salud materno-infantil

- Una intervención que ha sido adoptada por muchos y diferentes proveedores de salud, luego de recibir una capacitación relativamente breve que incluye experiencia práctica

¿CUÁNDO?

El MATEP debe ofrecerse a toda mujer, en todo parto y por todo proveedor, dado que:

- La gran mayoría de los casos de HPP no puede anticiparse², pero sí puede prevenirse.
- La salud de las mujeres que sufren de anemia puede complicarse en el momento del parto, e incluso la pérdida de pequeñas cantidades de sangre puede ser peligrosa; por lo tanto, reducirles el sangrado durante el parto podría salvarles la vida.

¿QUÉ puede hacerse para aumentar el uso del manejo activo de la tercera etapa del parto?

Abogacía:

- Crear políticas de apoyo para el uso rutinario de este manejo como una de las intervenciones más efectivas para prevenir la HPP—principal causa de muerte de mujeres durante el parto—y con ello salvar la vida de las mujeres.
- Incorporar los hallazgos de investigaciones internacionales y las pautas al respecto en el diálogo nacional sobre desarrollo de políticas—como por ejemplo la declaración conjunta de la Confederación Internacional de Parteras (ICM por sus siglas en inglés) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)⁸ y las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹.
- Promover el compromiso de los establecimientos y de la comunidad en cuanto al uso y acceso rutinario de esta intervención para todas las mujeres durante el parto.
- Asociarse con grupos de trabajo especializados de la región, con la sociedad civil y asociaciones profesionales para estimular el compromiso local.

- Colaborar con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y otros donantes y agencias de cooperación de modo de lograr el apoyo necesario para incluir el MATEP en todos los niveles e incorporarlo dentro de las guías de prestación de servicios.
- Reforzar temas relacionados (por ejemplo mejoramiento de la calidad de atención, prevención de infecciones y acceso a la atención calificada del parto).
- Garantizar la existencia de suministros (por ejemplo oxitocina, agujas y jeringas).

Capacitación:

- Incluir el manejo activo de la tercera etapa del parto en los programas de pre-grado y en la capacitación en-servicio según sea apropiado.
- Entregar apoyo para la capacitación (por ejemplo, a través de audiovisuales, modelos anatómicos, material de referencia, ayudas didácticas y suministros necesarios para la capacitación).
- Realizar seguimiento y supervisión a la capacitación.
- Confirmar que el equipo de proveedores que puede ofrecer esta intervención y los servicios relacionados, incluyendo la administración de inyectables, cuenten con la autorización legal para ello. (Considerar el nivel del centro y la comunidad.)
- Incorporar el MATEP en programas de capacitación integrales sobre Maternidad sin Riesgo. (Una capacitación que incluye sólo el MATEP una capacitación integral o cuando ésta ha sido realizada recientemente.)

Prestación de servicios:

- Asegurar, en lo posible, una infraestructura adecuada, áreas de atención para el trabajo de parto y parto, y disponibilidad de servicios básicos (por ejemplo, agua corriente, sanitarios y energía eléctrica).
- Estimular la capacitación utilizando material didáctico, supervisión y seguimiento.
- Disponer de sistemas de apoyo logísticos (por ejemplo, cadena de frío para los medicamentos, protección contra la luz, empaque apropiado y dosis adecuadas para profilaxis y tratamiento, incluyendo oxitocina y/o ergometrina o sintometrina en la Lista de Medicamentos Esenciales).

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research. 2004. *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Ginebra. Disponible en línea en: www.childinfo.org/maternal_mortality_in_2000.pdf.
2. AbouZahr, C. 1998. Antepartum and postpartum haemorrhage. En *Health dimensions of sex and reproduction*, ed. por C.J.L. Murray y A.D. Lopez. Boston: Harvard University Press, pp. 165–190.
3. WHO. 1994. *Mother-baby package: Implementing safe motherhood in countries*. WHO/FHE/MSM/94.11. Ginebra.
4. Prendiville, W.J., et al. 1988. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. *British Medical Journal* 297(6659): 1295–1300.
5. McCormick, M.L., et al. 2002. Averting maternal death and disability: Preventing postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(3):267–275.
6. Fogarty, L., et al. 2005. *Is active management of third stage of labor cost effective for health facilities? A case-comparison study in Guatemala and Zambia*. Baltimore, MD: JHPIEGO.
7. Tsu, V., et al. 2005. *Reducing postpartum hemorrhage in Vietnam: Assessing the effectiveness of active management of third-stage labor*. Hanoi/Seattle: Vietnam Ministry of Health/PATH.
8. International Confederation of Midwives and International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2003. *Joint statement: Management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage*.
9. WHO, UNFPA, UNICEF, and World Bank. 2000. *Managing complications in pregnancy and childbirth*. WHO/RHR/00.7. Ginebra.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

RTI International PATH EngenderHealth
International Confederation of Midwives
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)



POPPI
Prevention of Postpartum
Hemorrhage Initiative