



¡Evidencia que Fortalece!

Escrito por Rebecca Dekker, PhD, RN

### **Pregunta: ¿Por qué a veces se administra Pitocin<sup>®</sup> con el nacimiento del bebé?**

**Respuesta:** La Pitocin<sup>®</sup>, una forma sintética de la hormona oxitocina, se administra con el manejo activo de la tercera etapa para ayudar al útero a contraerse después del nacimiento y prevenir el sangrado excesivo (llamado hemorragia posparto, o HPP). La Pitocin<sup>®</sup> y otros medicamentos que hacen que el útero se contraiga se denomina uterotónicos.

Cuando la placenta se separa de la pared uterina después del nacimiento, esto deja una herida del tamaño de la placenta en el interior del útero. Sin contracciones efectivas, los vasos sanguíneos uterinos se dejan abiertos y enormes cantidades de sangre se pueden perder muy rápidamente. Pero cuando la propia oxitocina natural o Pitocin<sup>®</sup> continúa causando contracciones, esto hace que el útero se reprima con presión sobre los vasos sanguíneos sangrantes donde se encontraba la placenta, ayudando a prevenir la HPP.

### **Pregunta: ¿Cuál es la definición de hemorragia posparto?**

**Respuesta:** La hemorragia posparto primaria ahora se está redefiniendo en base a investigaciones que muestran que las personas con parto sanos generalmente están ilesos por la pérdida de sangre de hasta 1.000 ml. La definición de reVITALize de los Estados Unidos para la HPP temprana es actualmente (1) pérdida de sangre de más 1.000 ml o (2) cualquier cantidad de pérdida de sangre que vaya acompañada de signos/síntomas de hipovolemia (disminución del volumen sanguíneo) dentro de las 24 horas posteriores a un parto vaginal o por cesárea. Los signos/síntomas de la hipovolemia pueden incluir latidos cardíacos rápidos, presión arterial baja, respiración rápida, baja producción de orina, palidez poco saludable, mareos o estado mental alterado.

### **Pregunta: ¿Qué diferentes opciones de manejo tienen los padres para dar a luz la placenta?**

- **El manejo expectante** consiste en apoyar la liberación natural de oxitocina de la persona, pinzamiento tardío del cordón umbilical hasta que haya dejado de palpitar (o se haya vuelto “blanco”), y usar la gravedad o los propios esfuerzos de empuje de la persona para dar a luz la placenta. Los proveedores capacitados en el manejo expectante utilizan muchas técnicas para apoyar la propia liberación natural de oxitocina de la persona que esta de parto.
- **El manejo activo tradicional** es el uso rutinario de Pitocin<sup>®</sup> u otro medicamento uterotónico, pinzamiento temprana del cordón umbilical, tracción controlada del cordón (tirando del cordón) para dar a luz la placenta, y a veces masaje uterino. Los ensayos aleatorios que

comparan el manejo activo con y sin sujeción temprana del cordón, la tracción controlada del cordón y el masaje uterino han demostrado que el medicamento uterino es la parte más importante del paquete de manejo activa.

- **El manejo mixto** combina métodos de los enfoques de manejo expectante y activo; por ejemplo, alguien puede elegir pinzamiento tardío del cordón y un medicamento uterotónico sin tracción del cordón.

### **Pregunta: ¿Cuáles son los posibles beneficios y perjuicios para el manejo activo y el manejo expectante?**

**Respuesta:** Un metanálisis de ensayos aleatorios (muchos ensayos combinados en un estudio grande) encontró que, en comparación con el manejo expectante, el manejo activo redujo el riesgo de pérdida de sangre por encima de 1,000 ml (0.9% versus 2.4%). Sin embargo, los autores consideraron que este hallazgo era “incierto” porque la evidencia se consideraba de muy baja calidad. En este momento, no hay evidencia de que el manejo activo reduzca el riesgo de pérdida de sangre  $\geq 1,000$  ml cuando se enfoca solo en personas consideradas con bajo riesgo de HPP.

Hubo pruebas de mayor calidad de que el manejo activo redujo el riesgo de pérdida de sangre por encima de 500 ml (5% versus 15%), el riesgo de transfusión de sangre (1% versus 3%) y el riesgo de anemia después del nacimiento (4% versus 7%). Como desventaja, el manejo activo también se asoció a una mayor necesidad de medicamentos para el dolor debido a los dolores de posparto (5% frente al 2%) y a un mayor riesgo de regresar al hospital para un sangrado excesivo (3% frente al 1%).

### **Pregunta: ¿Puede ocurrir un retraso en pinzamiento del cordón con un manejo activo?**

**Respuesta:** Sí. Pinzamiento temprana del cordón (cuando el cordón se pinza en los primeros 60 segundos después del nacimiento) ha sido tradicionalmente parte del paquete del manejo activo, pero las organizaciones profesionales de todo el mundo desalientan la fijación temprana del cordón y ya no lo consideran parte de un enfoque de manejo activo eficaz. La fijación temprana del cordón ha demostrado por ensayos aleatorios que causan daño a los bebés al reducir sus almacenes de hierro e aumentar el riesgo de anemia por deficiencia de hierro. Los padres pueden pedir a su proveedor de atención médica que deje el cordón sin pinzar hasta que haya dejado de pulsar, independientemente de si utilizan Pitocin<sup>®</sup> en la tercera etapa del parto. Esperar para dar Pitocin<sup>®</sup> hasta después del pinzamiento tardío del cordón umbilical no aumenta el riesgo de PPH. Durante el pinzamiento tardío del cordón, el bebé debe estar de piel a piel en el abdomen o el pecho de la persona que está de parto.





¡Evidencia que Fortalece!

Escrito por Rebecca Dekker, PhD, RN

### Pregunta: ¿Cuál es el resultado final?

**Respuesta:** Los ensayos aleatorios muestran que existen tanto beneficios potenciales como daños potenciales para el manejo activo y el manejo expectante. Los riesgos y los beneficios de cada enfoque deben discutirse con las familias de parto para que puedan tomar una decisión informada sobre su atención para la tercera etapa. Las discusiones sobre el consentimiento informado deben incluir cómo los factores de riesgo individuales, si están presentes, podrían aumentar el riesgo de HPP, cómo las intervenciones y complicaciones no planificadas al nacer podrían aumentar el riesgo de HPP, y los valores y preferencias de la persona que está en el parto. Las personas con factores de riesgo para la HPP son especialmente propensas a beneficiarse del uso de Pitocin® en la tercera etapa del trabajo de parto. Las discusiones también pueden incluir cuál es la capacidad del entorno de nacimiento para proporcionar cada tipo de atención en la tercera etapa.

### Descargo de responsabilidad y derechos del autor:

Esta información no sustituye a una relación de proveedor de cuidado-paciente y no se debe confiar en ella como un consejo médico personal. No se debe actuar sobre ninguna información sin la aportación profesional de su propio proveedor de atención médica. © 2020. Todos los derechos reservados. Evidence Based Birth® es una marca registrada. Se concede permiso para reproducir este folleto impreso con el crédito completo otorgado al autor. Los folletos se pueden distribuir libremente en forma impresa pero no vendidos. Este PDF no puede publicarse en línea.

**Tabla 1. Factores relacionados con el aumento del riesgo de pérdida de sangre de 1.000 ml**

	Se puede identificar antes del trabajo de parto	Identificado durante el trabajo de parto, o con el nacimiento del bebé
<b>Factores de riesgo de más fuerte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Placenta que cubre todo o parte de la abertura del cuello uterino (placenta previa)</li> <li>Anatomía uterina anormal por fibromas (crecimientos no cancerosos en el útero)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desgarro cervical/vaginal alto</li> <li>Ruptura uterina</li> <li>Placenta retenida (parte o toda la placenta permanece en el útero después de un período de tiempo definido después del nacimiento)</li> </ul>
<b>Factores de riesgo moderados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trastornos de la presión arterial alta durante y/o antes del embarazo</li> <li>Haber tenido 5 o más nacimientos</li> <li>Embarazada con múltiples</li> <li>Pariente de primer grado con antecedentes de HPP (es decir, una hermana, madre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Placenta que se separa de la pared uterina antes del nacimiento</li> <li>Infección uterina</li> <li>Parto con fórceps/o al vacío</li> <li>Desgarro perineal de tercer o cuarto grado</li> <li>Parto por cesárea (con o sin trabajo de parto)</li> <li>Tener un bebé que pesa &gt;9 libras, 15 onzas (4,500 gramos)</li> </ul>
<b>Factores de riesgo más débiles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía por cesárea o uterino previa</li> <li>Niveles altos de líquido amniótico</li> <li>Edad &lt;20 o &gt;35</li> <li>Primer parto, especialmente los mayores</li> <li>Bebé en una posición distinta a la de la cabeza abajo</li> <li>Dar a luz a las 42 semanas o &lt;37 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de anestesia general</li> <li>Uso de opiáceos o epidural</li> <li>Inducción médica del trabajo de parto (medicamentos para iniciar el trabajo de parto)</li> <li>Aumento médico del trabajo de parto (medicamentos para acelerar el trabajo de parto)</li> <li>Una incisión quirúrgica en la vagina durante el nacimiento (episiotomía)</li> <li>Tener un bebé que pesa &gt;8 libras, 13 onzas (4,000 gramos)</li> </ul>

© Evidence Based Birth®

Association of Ontario Midwives, 2016, Table 2, Page 9; Sheiner et al. 2005; Kramer et al. 2013; van Stralen et al. 2016; Oberg et al. 2014



**El uso de Pitocin® reduce el riesgo de pérdida de sangre superior a 500 ml; sin embargo, es incierto si reduce la pérdida de sangre superior a 1.000 ml."**

