



ALUMBRAMIENTO Y POST ALUMBRAMIENTO

GENERALIDADES

La placentación es el proceso mediante el cual las células del trofoblasto darán origen a la placenta. Dentro de las distintas especies animales, se reconocen 5 tipos de placentación, siendo la de la especie humana la de tipo hemocorial, es decir: aquella donde la sangre materna (hemo-) se contacta directamente con la del trofoblasto (-corial). La placenta, de esta forma, tendrá por función el intercambio de oxígeno, dióxido de carbono, glucosa, aminoácidos, lípidos, calcio, entre otros, actuando como un órgano endocrino (síntesis de hormonas) con un rol clave en la adaptación y/o tolerancia inmunológica del aloinjerto a cargo de la respuesta mediada por linfocitos T natural killer, antígenos trofoblásticos y de reacción cruzada.

Conviene recordar algunos aspectos básicos del proceso de Implantación:

- Durante la primera semana ocurren en las tubas uterinas los eventos de fecundación y segmentación. Esto da origen a dos células llamadas blastómeras. Al momento de la compactación, dichas blastómeras pierden su totipotencialidad; este proceso va de la mano con la generación de dos poblaciones celulares diferentes: externa e interna. La externa dará origen al trofoblasto, mientras que la interna al embrioblasto.
- Conforme se avanza a la etapa de cavitación (proceso en el cual ingresa a la mórula secreción de las glándulas endometriales) se forma el blastocisto, compuesto por el embrioblasto que dará origen al embrión, y por una pared: el trofoblasto, que dará origen a una porción de la placenta.
- A grandes rasgos, las etapas del desarrollo placentarios son las siguientes:
 1. **Periodo pre-vellositario: (día 6 al 13).** En él se distinguen a su vez, dos subperiodos:
 - 1.1 Etapa prelacunar: (día 6-9) ya ocurrida la anidación, las células extraembrionarias (trofoblásticas) se diferencian en dos grandes grupos celulares: citotrofoblasto primitivo (encargado de la proliferación celular) y sinciotrofoblasto primitivo (responsable de la elaboración de HCG que mantendrá funcional al cuerpo lúteo y enzimas que invadirán la capa compacta endometrial).
 - 1.2 Etapa lacunar: (día 9 al 13) donde será clave que el Sinciotrofoblasto erosione la capa muscular de los vasos espiralados uterinos, con tal de favorecer un territorio de baja resistencia y alta capacitancia, es decir, que no sea limitado el flujo uteroplacentario. Es en este periodo donde se establece finalmente la placentación de tipo hemocorial de la especie humana. Es en este sub-periodo también donde se origina la placenta definitiva y lo que serán las membranas ovulares.
 2. **Periodo vellositario: (desde día 13 post- concepción).** En este periodo se empiezan a formar las vellosidades coriales. Primeramente, se establecen las vellosidades primarias gracias a que el citotrofoblasto penetra el sinciotrofoblasto.

En seguida, las vellosidades son invadidas por los vasos coriales de las estructuras embrionarias dando origen a las vellosidades secundarias. Una vez iniciado el proceso de angiogénesis (de vasos fetoplacentarios) donde los vasos invaden las vellosidades secundarias, se da origen a las vellosidades terciarias. Es en este punto donde se origina también la circulación fetal (5° a 6° semana).

Al segundo mes se empieza a evidenciar que la nutrición del saco ovular es mucho más eficiente por su polo basal que por sus paredes laterales, y es muy mala a nivel de la cúpula. Esto determina que las vellosidades del polo basal se vayan desarrollando como troncos vellositarios con ramificaciones primarias y secundarias, mientras que las otras zonas entran en un proceso de atrofia gradual. Es decir, a medida que avanza el proceso, los troncos vellositarios gruesos del principio se ramifican y hacen finos, y de esta forma cada tronco de una vellosidad y sus ramificaciones conforman un cotiledón. Asimismo, cada cotiledón estará irrigado por una arteria y una vena, distinguiéndose la relación cotiledón: arteria: vena como 1:1:1.

ANEXOS EMBRIONARIOS

Los anexos cumplen la función de permitir al embrión realizar funciones metabólicas así como también le brindan protección. Los anexos son los siguientes: amnios, saco vitelino, alantoides, corion y placenta. En el presente apunte sólo nos referiremos al amnios y corion dado que conforman las membranas ovulares.

Amnios: es un saco membranoso delgado, resistente, flexible y transparente. Se caracteriza por ser avascular y por dar origen a la cavidad amniótica, la cual albergará en su interior al líquido amniótico. Lo anterior, favorece que el feto se desarrolle en un medio cuya presión hidrostática es uniforme promoviendo el desarrollo de sus estructuras de forma pareja. Además, es esta estructura la que favorecerá la formación de la cuña hidrostática, clave en el proceso de maduración del cuello uterino en el trabajo de parto. No obstante, sus funciones no solo guardan relación con aspectos mecánicos, sino también juega un rol en la producción de factores de crecimiento, péptidos vaso- activos, citoquinas, etc. Son justamente estas últimas aquellas implicadas en la respuesta inflamatoria a diversas noxas. Es además, un tejido metabólicamente activo.

Figura 1. Feto de bobino en amnios.



Imagen tomada desde: Embriología Humana. Rojas, M. Montenegro, MA. 2007.

El saco amniótico crece hasta ocupar completamente el espacio interior del saco ovular, adosándose a la cara interna del corion y de la placenta.

Corion: formado por el trofoblasto y mesoderma extraembrionario somático. En especial, el trofoblasto consta de dos partes: una que corresponde al polo de implantación y otra que tapiza el resto de la circunferencia del huevo. Es así como el corion frondoso (vellosidades en contacto con el endometrio) dará origen a la placa corial de la placenta y el corion capsular que cubre la superficie libre entrará en contacto con el endometrio más tarde, formando luego el corion calvo. Al finalizar el tercer mes el corion frondoso queda reducido al disco de implantación basal y todo el resto se ha transformado en el corion calvo.

Por su parte, el cordón se forma entre el día 28 y 40 post-concepción a partir del pedículo de fijación del embrión, el cual es completamente envuelto por el saco amniótico a medida que éste se va expandiendo. El epitelio externo del cordón es una derivación del amnios.

Decidua: La decidua o caduca es el endometrio del útero grávido. La decidua localizada por debajo de la zona de implantación ovular se conoce como decidua basal y formará parte la parte materna de la placenta. La que recubre el embrión se denomina decidua capsular y la que tapiza el resto de la cavidad uterina, se llama decidua parietal. Entre la decidua capsular y parietal persiste una cavidad virtual que al cuarto y medio mes de embarazo se oblitera formándose la decidua vera por fusión de las deciduas capsular y parietal.

Figura 2. Deciduas.

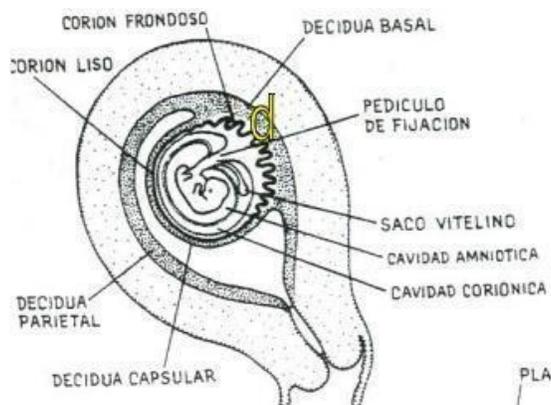


Imagen tomada desde: *Embriología Humana*. Rojas, M. Montenegro, MA. 2007.

La decidua parietal y basal presentan tres capas: una superficial denominada zona compacta, una media o zona esponjosa, y una profunda o zona basal. Las zonas compacta y esponjosa constituyen la parte funcional de la decidua, mientras que la zona basal es el sitio desde donde se regenerará el tejido endometrial en el puerperio.

CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS DE LA PLACENTA

El conocer las características macroscópicas de la placenta reviste especial importancia en el quehacer clínico del profesional matrona/ón, ya que dentro de las conductas de la matrona post-alumbramiento se encuentra la examinación de sus características macroscópicas.

La placenta humana es un órgano de consistencia blanda y de forma discoide que se inserta en la superficie interna de la pared uterina. La placenta de término tiene un tamaño aproximado de 20 por 25 cm, con un espesor de 3 a 5 cm. El peso de la placenta tiene una correlación significativa con la edad gestacional y el peso del recién nacido (1/5 a 1/8 del peso fetal), este varía entre 400 a 600 gramos. El peso placentario se puede ver aumentado en el caso de mujeres que viven en áreas geográficas ubicadas en altura, la diabetes, la enfermedad hemolítica severa por factor Rh; mientras que el síndrome hipertensivo del embarazo, la restricción del crecimiento intrauterino, se asocian a placentas de menor peso y tamaño.

La placenta presenta dos superficies identificables:

Cara fetal: También denominada placa corial, mira hacia el interior de la cavidad ovular, es lisa, translúcida, de color azul acerado y se encuentra revestida por el amnios. Se puede notar que los vasos umbilicales se ramifican en la superficie fetal.

Figura 3. Cara fetal placenta humana.

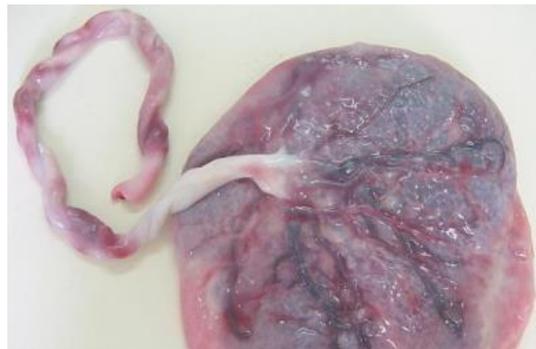


Imagen tomada desde: La placenta humana. Rojas, M. 2010.

Tal como se aprecia en la imagen de cara fetal de placenta humana, el cordón umbilical es una estructura distinguible en la cara fetal de la placenta. Es una estructura que une al feto con la placenta. En su interior contiene dos arterias y una vena, rodeadas por un tejido conectivo mucoide especial llamado Gelatina de Wharton. Tiene una longitud media de 50 cm al término del embarazo. Se inserta en la superficie fetal de la placenta. Su diámetro es variable según la edad gestacional, alcanzando un promedio de 1,5 cm al término. Su aspecto externo es blanquecino nacarado, sinuoso y en ocasiones espiralado, debido a la mayor longitud de las arterias que de la vena umbilical.

Cordones excesivamente largos, mayores de 100 cm, se asocian con mayor frecuencia con nudos verdaderos y con circulares de cordón. Mientras que cordones muy cortos, menores de 30 cm (brevidad real del cordón), se asocian a sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto y en ocasiones a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

La inserción habitual del cordón umbilical en la placenta se realiza en la zona central o paracentral. En ocasiones la inserción se presenta en los bordes de la placenta (inserción en raqueta) o en las membranas ovulares (inserción velamentosa del cordón), lo que condiciona mayor riesgo de sufrimiento fetal en el trabajo de parto, debido al desgarro de los vasos umbilicales al romperse las membranas ovulares (vasa previa).

Cara materna: De aspecto opaco. Se encuentra constituida por ocho o más lóbulos (máximo 35) conocidos como cotiledones maternos o lóbulos, separados entre sí por surcos ocupados por tabiques placentarios que surgen desde la decidua basal.

Figura 4. Cara materna placenta humana.

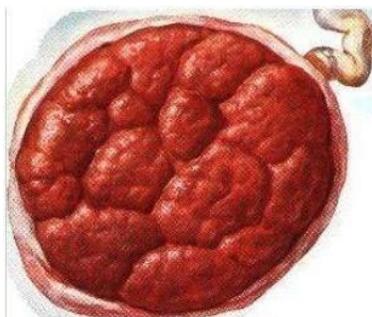


Imagen tomada desde: La placenta humana. Rojas, M. 2010.

TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Los periodos del parto son los siguientes: periodo dilatante, expulsivo y alumbramiento. Por alumbramiento, se entiende el periodo que va desde la expulsión del feto hasta la salida de la masa placentaria y anexos ovulares. Al igual como en el período expulsivo este se define como normal entre los 15 a 30 minutos, prolongado entre los 30 a 60 minutos y retención placentaria después de los 60 minutos. Sin embargo, la duración de esta etapa va en directa relación con el grado de sangramiento, la condición hemodinámica de la usuaria, de si el trabajo de parto fue natural o conducido y si hubo o no métodos de alumbramiento activo (ver más adelante). De acuerdo a estos parámetros, es decir al enfoque de riesgo propio de los cuidados de partería, es que se determina esperar o no el tiempo ya mencionado.

Fisiología del Alumbramiento

El alumbramiento en algún momento fue considerado como un “período de reposo fisiológico”, lo que en realidad corresponde a un estado de “reposo clínico”, condicionado principalmente por el alivio que experimenta la madre después del período expulsivo y, asimismo, por ser las contracciones del alumbramiento indoloras a pesar de su gran intensidad, porque no producen distensión e isquemia prolongada.

Las contracciones del alumbramiento tienen tres funciones:

- ✓ Transfusión fisiológica de sangre al recién nacido, por esto debe efectuarse la ligadura del cordón umbilical cuando cesan los latidos de este, como buena práctica que evita la anemia por hipovolemia.

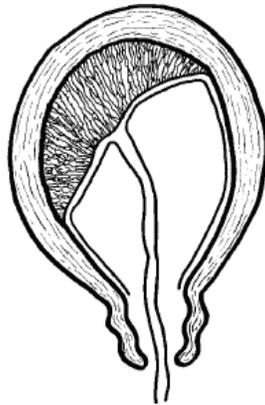
- ✓ Desprendimiento, descenso y expulsión de la placenta.
- ✓ Impedir la hemorragia en el lugar de la inserción placentaria y mantener el tono del órgano.

Se pueden reconocer tres tiempos en el alumbramiento:

1. Desprendimiento¹
2. Descenso
3. Expulsión

Una vez que se expulsa el feto, ocurre la retracción del miometrio y la presencia de contracciones uterinas. La suma de estos dos fenómenos da lugar a la separación de la placenta, es decir, al Desprendimiento.

Figura 5. Placenta no separada.



Tomado desde: Managing postpartum haemorrhage. OMS. 2008.

El fenómeno de retracción del miometrio se produce por la expulsión del feto quedando ubicado el útero a nivel infraumbilical, dicha retracción no es máxima. Debido a que el útero disminuye su área al vaciar su contenido, la placenta al no ser elástica no puede seguir esta disminución de la superficie de contacto, produciéndose el desgarro de la caduca a nivel de la capa esponjosa, puesto que la capa compacta queda adherida a las vellosidades de los cotiledones. El segundo fenómeno ya mencionado, dice relación con la presencia de contracciones de igual duración, intensidad y frecuencia que en el período expulsivo, lo que determina que la placenta ya medianamente desprendida termine el proceso como resultado de la actividad uterina presente.

A medida que se produce la separación, se forma un hematoma retroplacentario (Figura 6), entre la placenta y la cavidad uterina, el cual es un factor coadyuvante del desprendimiento, siempre y cuando ésta se haya insertado en el fondo uterino. La formación del hematoma por lo común es el resultado, más que la causa, de la separación, porque en algunos casos la hemorragia es insignificante, aunque algunos autores lo consideran causa de la separación.

¹ Antes del tiempo de desprendimiento, la placenta se encuentra adherida (Figura 5).

Figura 6. Formación del coágulo retroplacentario.



Imagen: Managing postpartum haemorrhage. OMS. 2008.

El desprendimiento se puede realizar por medio de dos mecanismos, dependiendo del sitio de inserción de la placenta:

- 1. Mecanismo de Baudelocque Schultze:** La placenta se encuentra inserta en el fondo uterino. El desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, formándose un hematoma retroplacentario que a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor, ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal.

Este mecanismo es el más frecuente (80%) y se relaciona con localizaciones altas de la placenta en el cuerpo uterino. Clínicamente se puede inferir si existiendo signos de desprendimiento, el sangrado es escaso, no se observa o no es permanente, asociado siempre a adecuada estabilidad hemodinámica de la usuaria.

Figura 7. Mecanismo de Baudelocque Schultze.

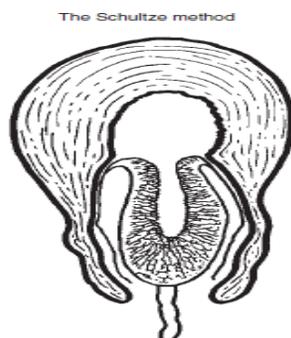


Imagen: Managing postpartum haemorrhage. OMS. 2008.

- 2. Mecanismo de Baudelocque Duncan:** La placenta se encuentra insertada en alguna de las caras laterales del útero. El desprendimiento se efectúa por el borde inferior de la placenta. La expulsión se realiza por el mismo borde o por la cara materna de la placenta. Aquí la localización de la placenta se encuentra lateral o en el segmento inferior, por esa razón es menos frecuente (20%). Clínicamente se puede inferir si existiendo signos de desprendimiento, el sangrado es normal, sin embargo, es permanente hasta la expulsión de la placenta, asociado siempre a adecuada estabilidad hemodinámica de la usuaria.

Figura 8. Mecanismo de Baudelocque Duncan.

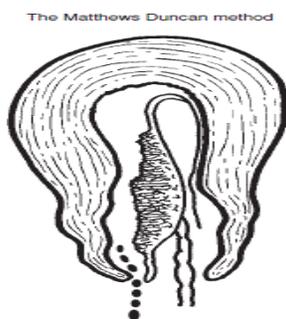


Imagen: Managing postpartum haemorrhage. OMS. 2008.

En ambos mecanismos, la hemostasia del lecho placentario, donde quedan abiertos y desgarrados innumerables vasos sanguíneos, tiene su principal mecanismo hemostático en la adecuada retracción uterina. Ella, a través de las denominadas Ligaduras Vivas de Pinard, las cuales produce la compresión y oclusión de los vasos sanguíneos. El Descenso de la placenta se produce por acción de las contracciones uterinas, por la fuerza de gravedad y por su mismo peso. Según el mecanismo de desprendimiento, descenderá primero la cara fetal (Schultze) o el borde y la cara materna (Duncan).

La Expulsión de la placenta y de las membranas ovulares se realiza en forma espontánea en los casos de alumbramiento fisiológico, requiriendo sólo maniobras que aseguren la recepción completa de la placenta y membranas (Ver más adelante Maniobra de Dublin).

INTERPRETACIÓN CLÍNICA DEL ALUMBRAMIENTO

La inspección y palpación abdominal permiten interpretar los mecanismos fisiológicos del alumbramiento. En este período adquiere una gran importancia la observación y la paciencia para esperar los tiempos adecuados. Para la interpretación clínica de cada uno de los tiempos, existen Síntomas y Signos.

I. SIGNOS DE DESPRENDIMIENTO

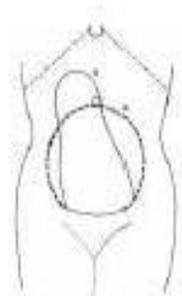
Como ya se mencionó, las contracciones uterinas que son indoloras permiten la desadaptación del útero y la placenta, y como consecuencia de esto el fondo uterino llega a nivel del ombligo o 2 a 3 centímetros por debajo del mismo. Aquí la parturienta puede relatarnos que siente estas contracciones uterinas, aunque ya no sean dolorosas.

- a) Si el mecanismo de desprendimiento es **Baudelocque Duncan se exterioriza una cantidad variable de sangre, lo que constituye el llamado Signo de la Pérdida Hemática**, este signo es más notorio en este tipo de desprendimiento al ser más inmediato ya que la placenta se desprende desde los bordes.
- b) Al contrario del mecanismo de **Baudelocque Schultze, en que se forma el hematoma retroplacentario**, lo que puede hacer que el sangramiento sea menos notorio hasta la expulsión completa de la placenta.

II. SIGNOS DE DESCENSO

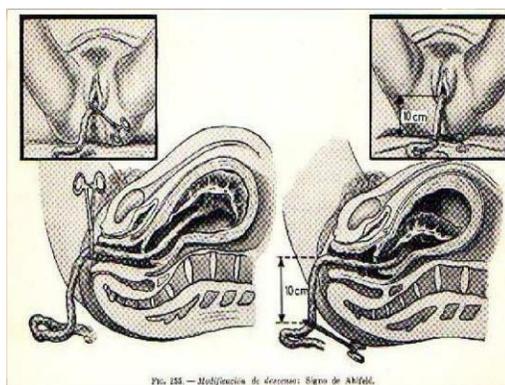
- a) **Signo de Schroeder:** A medida que la placenta se desprende y cae en el segmento inferior, el útero se torna más globuloso y asciende por encima del ombligo, lateralizándose levemente hacia el flanco derecho.

Figura 9. Lateralización del útero.



- b) **Signo de Ahlfeld:** Colocando a nivel vulvar una pinza Kocher sobre el cordón umbilical, podremos observar cómo, a medida que se produce el descenso placentario, la misma pinza se aleja del lugar primitivo.

Figura 10. Signo de Ahlfeld.



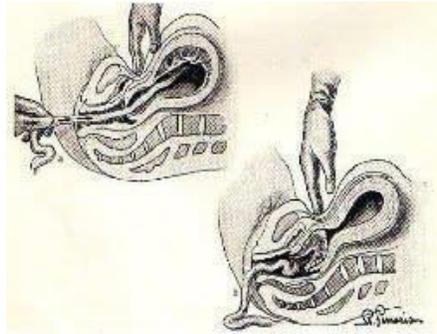
Pérez Sánchez Obstetricia. Tercera Edición 1999. Editorial Mediterráneo.

MANIOBRAS

Existen maniobras que pueden dar cuenta de descenso placentario y secundariamente de desprendimiento de la placenta, sin embargo, dichas maniobras se deben realizar única y exclusivamente si el alumbramiento excede los tiempos o condiciones fisiológicas, ya que pueden producir activación de anillos de contracción que conlleven a generar una patología del alumbramiento.

Kustner: Al sostener con una mano el cordón umbilical y desplazar hacia arriba con la otra, colocada en la región hipogástrica (segmento inferior, sobre la sínfisis púbica), el cuerpo uterino y el cordón umbilical ascienden como consecuencia de la maniobra, si la placenta no ha descendido aún: Maniobra de Kustner negativo. Por el contrario, mientras que si el cordón permanece inmóvil, nos indicará que la placenta está descendida, constituyendo la Maniobra de Kustner positivo.

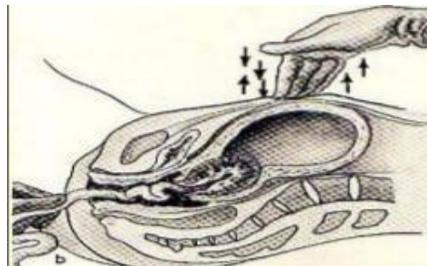
Figura 11. Maniobra de cordón de Kustner.



Pérez Sánchez Obstetricia. Tercera Edición 1999. Editorial Mediterráneo.

Maniobra de Strassman: Si la mano que sostiene el cordón umbilical recibe la propagación de movimientos del fondo uterino, se considerará que la placenta no ha descendido: negativa. La no propagación de las trepidaciones indicará la situación contraria, es decir, el descenso placentario, o sea, Maniobra de Strassman positiva.

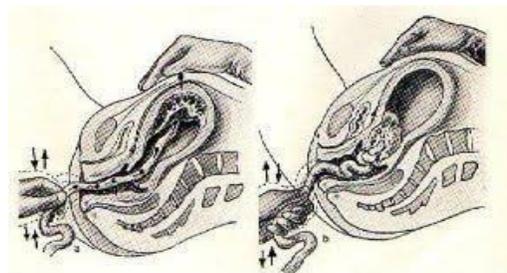
Figura 12. Maniobra de Strassman.



Pérez Sánchez Obstetricia. Tercera Edición 1999. Editorial Mediterráneo.

Maniobra de Fabre: Otra maniobra que se basa en el mismo principio es la de Fabre, o Pescador, ya que las sacudidas las realiza la mano que sostiene el cordón umbilical y la mano abdominal recibe o no las crepitaciones. Si al traccionar el cordón se sienten en el fondo uterino las crepitaciones se define como Maniobra del Pescador negativa lo que indica que la placenta no se ha desprendido y si al traccionar el cordón dichas crepitaciones no son percibidas en el fondo uterino, se asume que la placenta se ha desprendido, resultando la Maniobra del Pescador Positiva.

Figura 13. Maniobra de Fabre.



Pérez Sánchez Obstetricia. Tercera Edición 1999. Editorial Mediterráneo.

III. SIGNOS DE EXPULSIÓN

- a) **Signo de Globo de Seguridad de Pinard:** Al llegar la placenta a la vagina, el útero experimenta su mayor descenso. La retracción uterina determina que las fibras musculares aprisionen los vasos, y que confiere al útero una consistencia leñosa. Se puede observar la placenta entreabriendo los genitales. Algunos pujos pueden determinar la expulsión espontánea de la placenta.

Nunca se debe forzar la expresión de la placenta antes de que ésta se separe, para que el útero no sea llevado hacia fuera. La inversión uterina es una de las complicaciones graves del alumbramiento.

RESUMEN

Periodo Alumbramiento	Signo	Maniobra
Desprendimiento	Sangramiento Presencia CU	
Descenso	Signo de Schroeder Signo de Ahlfeld	Kustner Strassman Fabre
Expulsión	Sensación de Pujo Visualización de la placenta a nivel vulvar	

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

La atención de este período puede tener algunas variaciones, dependiendo de las maniobras que se realizan: *“El mejor consejo para asistir este período, es ser paciente”.*

Alumbramiento Espontáneo: Se esperan los tiempos y se atiende este período. En esta atención se realiza la Maniobra de Dublín, que consiste en que, cuando la vulva se entreabre para dejar pasar la placenta, una vez exteriorizada se la sostiene con las manos y se torsionan las membranas sobre su eje para favorecer su despegamiento., si las membranas son desgarradas y quedan atrás, se las deben tomar con una pinza y extraerlas mediante una tracción suave.

Figura 14. Maniobra de Dublín.



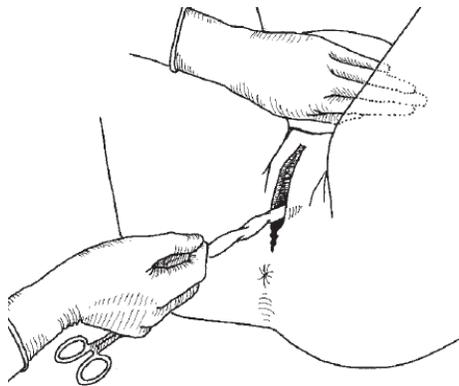
Pérez Sánchez Obstetricia. Tercera Edición 1999. Editorial Mediterráneo.

Alumbramiento Natural: Se realiza una suave expresión uterina para favorecerlo.

Alumbramiento Asistido: El operador participa en la fase de expulsión de la placenta, una vez que esta se ha desprendido. Para ello se realiza una tracción suave y sostenida del cordón umbilical con el fin de exteriorizar la placenta.

Manejo Activo del alumbramiento: Tradicionalmente el manejo activo del alumbramiento está indicado en aquellos casos en los cuales el sangramiento normal (250-500cc) puede producir en la usuaria una descompensación hemodinámica, ejemplo anemia severa, presencia de hemorragias previas o en su defecto, cuando existen factores de riesgo para una hemorragia postparto. Sin embargo, la OMS en su apartado de “Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la Hemorragia postparto” recomienda el manejo activo del alumbramiento en toda usuaria gestante. Es necesario considerar que la OMS releva esta recomendación en respuesta a la alta tasa de mortalidad materna a nivel mundial por esta causa, sin embargo, en Chile, la HPP ya no es la primera causa de mortalidad materna, por tanto, y en post de respetar la naturalidad del proceso, no es una práctica de uso generalizado. Dicho alumbramiento se define como dirigido porque se intervienen en los tres tiempos del alumbramiento, es decir desprendimiento, descenso y expulsión.

Figura 15. Tracción controlada del cordón.



Tomada desde: Managing postpartum haemorrhage. OMS. 2008.

En su manejo activo del alumbramiento, la OMS (2014) recomienda:

1. Administración una vez haya ocurrido el parto de un agente retractor, principalmente oxitocina 10 UI IM o EV (preferentemente) o en su defecto: ergometrina 0.2 mg IM de no existir contraindicación (ej. Usuaria hipertensa).
2. Demorar el pinzamiento del cordón umbilical durante, al menos, entre 1 y 3 minutos para reducir las tasas de anemia en el lactante.
3. Dos a tres minutos luego de la administración se utiliza la tracción controlada del cordón siguiendo la curva del canal del parto. Esta tracción se recomienda realizarla solo en presencia de contracción uterina².
4. Masaje inmediato en el fondo uterino tras expulsada la placenta.

²(Los dos últimos aspectos, los recomienda según criterio del operador)

Alumbramiento Manual: Este se encuentra indicado en los casos de hemorragia severa asociada a inserción placentaria (placenta parcialmente desprendida) durante el alumbramiento independiente de cuánto tiempo haya transcurrido desde el expulsivo. Para realizar la extracción manual, se debe fijar el fondo uterino por vía abdominal con una mano del operador. La otra mano se introduce por la vagina hasta llegar a la cavidad uterina, una vez localizado el sitio de inserción placentaria, se procede con los dedos, a desprender la placenta desde su borde inferior con la mano extendida, para ello se introducen los dedos entre la pared uterina y la placenta. Considerando que el útero es una cavidad estéril, para realizar esta maniobra se debe mantener estrictas técnicas de asepsia, dentro de ellas la más relevante es el cambio de guantes previa a su realización.

En resumen, el alumbramiento se puede clasificar según distintos criterios:

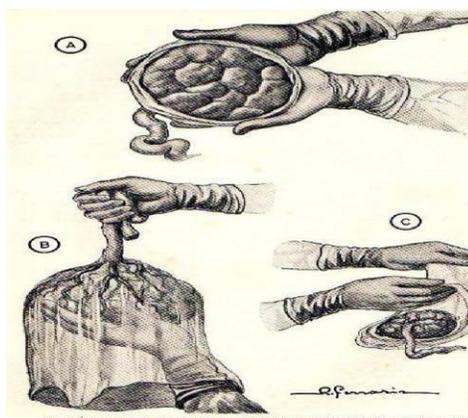
Inicio de Alumbramiento	Término de Alumbramiento	Mecanismo de desprendimiento
Espontáneo, Natural, Asistido, Dirigido, Manual	Completo, Incompleto	Baudelocque Schultze Baudelocque Duncan

EXAMEN DE LA PLACENTA Y LOS ANEXOS OVULARES

El examen de la placenta y de los anexos ovulares, debe practicarse metódicamente en todos los casos, además debe realizarse por ambas caras de la placenta: materna y fetal.

1. Debe examinarse la superficie de implantación uterina; ésta es lisa, sin irregularidades, dividida por los surcos intercotiledóneos. De faltar un fragmento de cotiledón se visualiza un espacio en el que se halla ausente el revestimiento decidual. En la cara materna, también hay que observar la presencia de infartos placentarios e infiltraciones calcáreas.
2. Las membranas forman un saco por donde podemos introducir la mano a través del orificio que permitió la salida del feto. Las membranas deben ser examinadas por el lado coriónico.
3. El examen del cordón umbilical permitirá comprobar, además de las características anatómicas (presencia de vasos sanguíneos, longitud, diámetro), las anomalías de inserción: inserción lateral, marginal o velamentosa.

Figura 16. Examen de placenta y cordón.



Pérez Sánchez Obstetricia. Tercera Edición 1999. Editorial Mediterráneo.

CONDUCTAS DE MATRONA-MATRON EN EL PERÍODO DEL ALUMBRAMIENTO

Siendo este período el de mayor riesgo de morbi-mortalidad materna, es trascendental que la matrona/matrón tenga claramente definida e identificadas sus conductas.

- Conducta preventiva: Conocer todos los factores de riesgo de la paciente que pudieran estar asociados a complicaciones del período del alumbramiento.
- No realizar maniobras intempestivas, así como tampoco estimular el útero manualmente.
- Manejo expectante, es decir dar los tiempos definidos como fisiológicos para que el alumbramiento se produzca, estando atenta a la condición hemodinámica de la parturienta, así como también evaluar las pérdidas hemáticas
- Evaluar signos vitales y condición hemodinámica.
- Si la condición hemodinámica se está alterando, constatar que se cuente con vía venosa permeable.
- Pesquisar signos y síntomas que nos den cuenta de que se ha cumplido el desprendimiento y descenso placentario.
- De excederse los tiempos fisiológicos o pesquisar signos de complicaciones, realizar las maniobras que confirmen el descenso y por ende el desprendimiento placentario, empezando por la menos traumática.
- Una vez comprobado el desprendimiento, asistir el alumbramiento.
- Confirmar la existencia del Globo de Seguridad de Pinard, estimular su presencia y evaluar las pérdidas hemáticas.
- Realizar revisión completa de la placenta y anexos.
- Evaluar condición hemodinámica de la parturienta con el control de signos vitales y estado de conciencia.

CONDUCTAS DE MATRONA-MATRON EN EL PERÍODO DEL POST-ALUMBRAMIENTO

Durante el período del post alumbramiento, las conductas de matrona-matrón están dirigidas a evaluar la condición de la puerpera en las primeras dos horas del puerperio, siendo lo más relevante constatar la formación del globo de seguridad de Pinard y evaluar el estado hemodinámico de la puerpera.

Analizar todos los antecedentes de la usuaria: Desde el control prenatal, la evolución del trabajo de parto y parto, especialmente poner énfasis en la paridad, edad, peso del Recién nacido, tiempo de trabajo de parto. Conocer antecedentes del alumbramiento, importante, tiempo de alumbramiento y expulsión de placenta y anexos en forma completa.

Evaluar condición hemodinámica de la usuaria: A través del control de los signos vitales y del estado de conciencia. Realizar examen físico general y segmentario. Realizar evaluación del estado de las

mamas, verificar presencia de calostro. Verificar la formación de un buen globo de seguridad de Pinard, para ello se debe evaluar consistencia, grado de retracción y ubicación del útero. Respecto de la consistencia esta debe ser leñosa, lo que da cuenta de un útero bien retraído y su ubicación independiente de la paridad, debe ser a nivel del punto medio entre la cicatriz umbilical y la sínfisis púbica. Evaluar el sangramiento, este debe ser como una regla, sin presencia de coágulos. Evaluar la integridad del canal blando, sutura de desgarros y/o episiotomía.

Evaluar evolución de la usuaria: Evaluar recuperación de movilidad de extremidades inferiores cuando se ha utilizado anestesia regional (epidural, espinal, raquídea), evaluar sitio de punción de la anestesia y retirar catéter si corresponde. Evaluar presencia de dolor, ubicación, intensidad y hacer manejo precoz de analgésicos, especialmente en partos quirúrgicos y/o instrumentalizados.

Evaluar acciones de enfermería y confort de la usuaria y el recién nacido: Mantener vía venosa permeable, profundiendo suero retractor si corresponde. Satisfacer necesidades básicas de la puerpera, eliminación, abrigo, confort, alimentación, analgesia, información sobre su condición y la del recién nacido. Entregar y corroborar información respecto de sexo, peso y talla del recién nacido. Corroborar identificación del R.N una vez que es llevado junto a la madre. Entregar información sobre facilitar la retracción uterina, masaje uterino y signos de alarma, como por ejemplo sangramiento abundante, dolor en la zona de la sutura, compromiso de conciencia. **Favorecer el apego**

Reconocer las condiciones necesarias para trasladar a sala de puerperio: Buen estado general, Signos vitales dentro de rangos de normalidad, Útero bien retraído, Sangramiento escaso, sin presencia de coágulos, Buena condición de suturas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Sánchez Obstetricia. Tercera Edición 1999. Editorial Mediterráneo.
2. Uranga Imaz Obstetricia Práctica. Quinta Edición 1985.
3. Williams Obstetricia. Vigésima Edición 1998. Editorial Panamericana.
4. Obstetricia. Schawarcs, Sala, Duverges. Edición 2008. Editorial El Ateneo.
5. Embriología Humana. Rojas, M. Montenegro, MA. 2007.
6. Managing Postpartum Haemorrhage. OMS. 2008.
7. Conducta activa en el alumbramiento. Nuevas recomendaciones de la OMS ayudan a focalizar la implementación. OMS. USAID. CHIP. 2012.
8. OMS, Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto, 2014.