GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Vigilancia y manejo del parto.

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

O80.9 Parto único Espontáneo, Sin Otra especificación
Vigilancia y Manejo del Parto

GPC

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Parto normal: Se define como aquel de comienzo espontaneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontanea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones (OMS 1996).

_Primer período del trabajo de parto (Dilatación): tiene un promedio de duración en nulíparas de 9 a 10 horas y en multíparas de 8 horas.

Fase latente: es el período de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm y que en promedio dura 6 a 7 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas de 4 a 5 horas.

Fase activa: Hay contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de 4 cm.

_Segundo período del trabajo de parto (Expulsión): Se inicia desde que se completa la dilatación y concluye con la expulsión del feto; tiene una duración promedio de 33 minutos en pacientes primigestas y 8.5 minutos en pacientes multigestas.

_Tercer período del trabajo de parto (Alumbramiento): Período comprendido desde la expulsión del feto el producto hasta la expulsión de la placenta y membrana y tiene una duración promedio de 5 minutos

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

- La resolución del embarazo a término por vía vaginal, es la indicada en pacientes sin patología asociada y sin condición materna y/o fetal que contraindique a la misma.
- La mayoría de las pacientes con cesárea previa con una incisión transversa baja y un período intergenésico mayor a 18 meses son candidatas para una prueba de trabajo de parto.
- Para la vigilancia del trabajo de parto, utilice partogramas que incluyan líneas de acción
- Utilice el partograma como método de evaluación del progreso del trabajo de parto.
- Realizar auscultación intermitente con doptone o estetoscopio de Pinard en mujeres con riesgo bajo, en trabajo de parto
- La práctica de la amniotomía más oxitocina será indicada en pacientes con fase activa de trabajo de parto.
- En pacientes con fase latente prolongada no realizar amniotomía hasta llegar a la fase activa y encajamiento del producto.
- No realizar amniotomía de rutina.
- La oxitocina es una medicación, que sólo debe ser utilizada bajo indicaciones válidas y con un control estricto de las contracciones y de la salud materno-fetal.
- Realizar monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) con doptone o estetoscopio de Pinard, cada 30 minutos y cada 15 minutos durante el segundo periodo; registrarla en el partograma.
- El monitoreo electrónico continuo de la FCF, sólo se recomienda en embarazos y partos de alto riesgo.
- Si el trabajo de parto se desarrolla en forma normal no se hará pujar a la paciente si no lo desea (a excepción de que cuente con bloqueo peridural).
- No debe realizarse la maniobra de Kristeller durante el segundo período de trabajo de parto.
- Si las condiciones maternas y fetales son buenas, no intervenga en el proceso del mismo, antes del tiempo recomendado.
- Se recomienda la posición semisentada (semifowler) en la atención del segundo periodo del parto
- Se recomienda usar la maniobra de protección del periné y control de la salida de la cabeza del feto, durante el segundo periodo del trabajo de parto

- No hay evidencias suficientes para recomendar el uso de masaje o depresión perineal.

- Se recomienda realizar la episiotomía de forma selectiva y no sistemática.

- Los desgarros de primer grado, deben ser suturados para mejorar la cicatrización; dejar sin suturar si los bordes están bien afrontados y sin sangrado

- Coloque al recién nacido por debajo ó a nivel de la vulva durante 3 minutos y realice el pinzamiento del cordón umbilical hasta que este deje de latir.

- La ligadura tardía del cordón umbilical, no se recomienda en los siguientes casos:
  a) Madre Rh negativa sensibilizada
  b) Circular de cordón apretada al cuello
  c) Sufrimiento fetal agudo con asfixia al nacer
  d) RN pretérmino

- Se recomienda la administración de 10 UI de oxitocina intramuscular inmediatamente posterior al nacimiento del recién nacido.

- Realice el examen minucioso de la placenta por su cara fetal y materna y de las membranas para evaluar su integridad.

- El recién nacido y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento, sí la salud de ambos lo permite.

- Evaluar en la madre: temperatura, pulso, presión arterial, involución uterina, loquios, estado emocional y uresis espontanea.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- En caso de utilizar solución I.V. glucosada al 5 %, no rebasar el aporte de 25 gr de glucosa durante el trabajo de parto.
- No utilizar en forma rutinaria soluciones I.V., en fase temprana de trabajo de parto, iniciarlas hasta la administración de la analgesia obstétrica u oxitócicos.
- No usar la analgesia epidural en forma rutinaria. En los casos necesarios, usarla posterior a los 5 cm de dilatación.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de trabajo de parto verdadero.
- Facilitar que la embarazada pueda deambular y adopte la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Permitir la ingesta de líquidos de acuerdo a las necesidades de la paciente.
- No realizar en forma rutinaria el rasurado perineal en pacientes en trabajo de parto
- Realizar rasurado parcial del vello del área perineal, exclusivamente si se considera necesario al realizar una sutura.
- No realizar en forma rutinaria la aplicación del enema.

TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

En caso de que la paciente sea trabajadora, extender incapacidad por 42 días a partir de la fecha de parto

Tabla 1. Principios en el Cuidado Perinatal de la Oficina Regional Europea

Debe ser no medicalizado (con el menor número de intervenciones posibles)
Basarse en la tecnología apropiada (reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando los procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores)
Basarse en la mejor evidencia científica disponible
Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencias a unidades de cuidado especializado
Ser multidisciplinario (obstetras, neonatólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.)
Ser integral y de acuerdo a los valores regionales
Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja
Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales
Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres
Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres

Fuente: Modificado de Reunión Regional Europea de la OMS en el cuidado perinatal. 2001

Tabla 2. Sistema de puntuación de Bishop para la evaluación de la inducibilidad

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Altura (con relación a las espinas ciáticas)				
Borramiento (%)	-3	-2	-1,0	+1,+2
Consistencia	0-30	40-50	60-70	80
Dilatación (cm)	Firme	Medio	Blando	-
Posición	Cerrado	1-2	3-4	5-6
	Posterior	Intermedio	Anterior	-

Fuente: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia 21° edición. España; 2003, p 405-15

Tabla 3. Mediciones a realizar en la primera fase del trabajo de parto

Revisión de historia clínica
Medición de temperatura, presión arterial y frecuencia cardiaca materna al inicio y posteriormente cada 4 horas
Duración, fuerza y frecuencia de las contracciones al inicio y cada 30 minutos
Palpación abdominal: altura del fondo uterino, situación y presentación del producto
Apariencia de pérdidas vaginales: líquido, sangre
Percepción del dolor por la embarazada y su deseo de recibir opciones para aliviarlo
Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) mínimo un minuto inmediatamente después de la contracción, con palpación simultanea del pulso materno para diferenciarlos. Posteriormente en forma intermitente cada 15 minutos con estetoscopio de Pinard o Doppler.
Realización de tacto vaginal en caso de que haya datos de establecimiento de la fase de labor (con privacidad, dignidad y confort para la mujer) y posteriormente cada 4 horas o antes en caso necesario
Explicar los hallazgos del tacto vaginal a la mujer

Fuente: NHS Intrapartum care, september 2007

Tabla 4. Progresión del trabajo de parto espontáneo en embarazo de término

Parámetro	Tiempo promedio	Percentila 5
Nulíparas		
Duración del trabajo de parto	10.1 hr	25.8 hr
Duración del primer período	9.7 hr	24.7 hr
Duración del segundo período	33.0 min	117.5 min
Duración de la fase latente	6.4 hr	20.6 hr
Dilatación cervical durante la fase activa	3.0 cm/hr	1.2 cm/hr
Duración del tercer período	5.0 min	30.0 min
Multíparas		
Duración del trabajo de parto	6.2 hr	19.5 hr
Duración del primer período	8.0 hr	18.8 hr
Duración del segundo período	8.5 min	46.5 min
Duración de la fase latente	4.8 hr	13.6 hr
Dilatación cervical durante la fase activa	5.7 cm/hr	1.5 cm/hr
Duración del tercer período	5.0 min	30.0 min

Fuente: Norwitz ER, Robinson JN, Repke JT. Labor and delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies 4° edición. New York: Churchill-Livingstone; 2001. p 353-400; con datos de Friedman EA. Labor: clinical evaluation and management. 2° edición. Norwalk (CT): Appleton-Century-crofts; 1978.

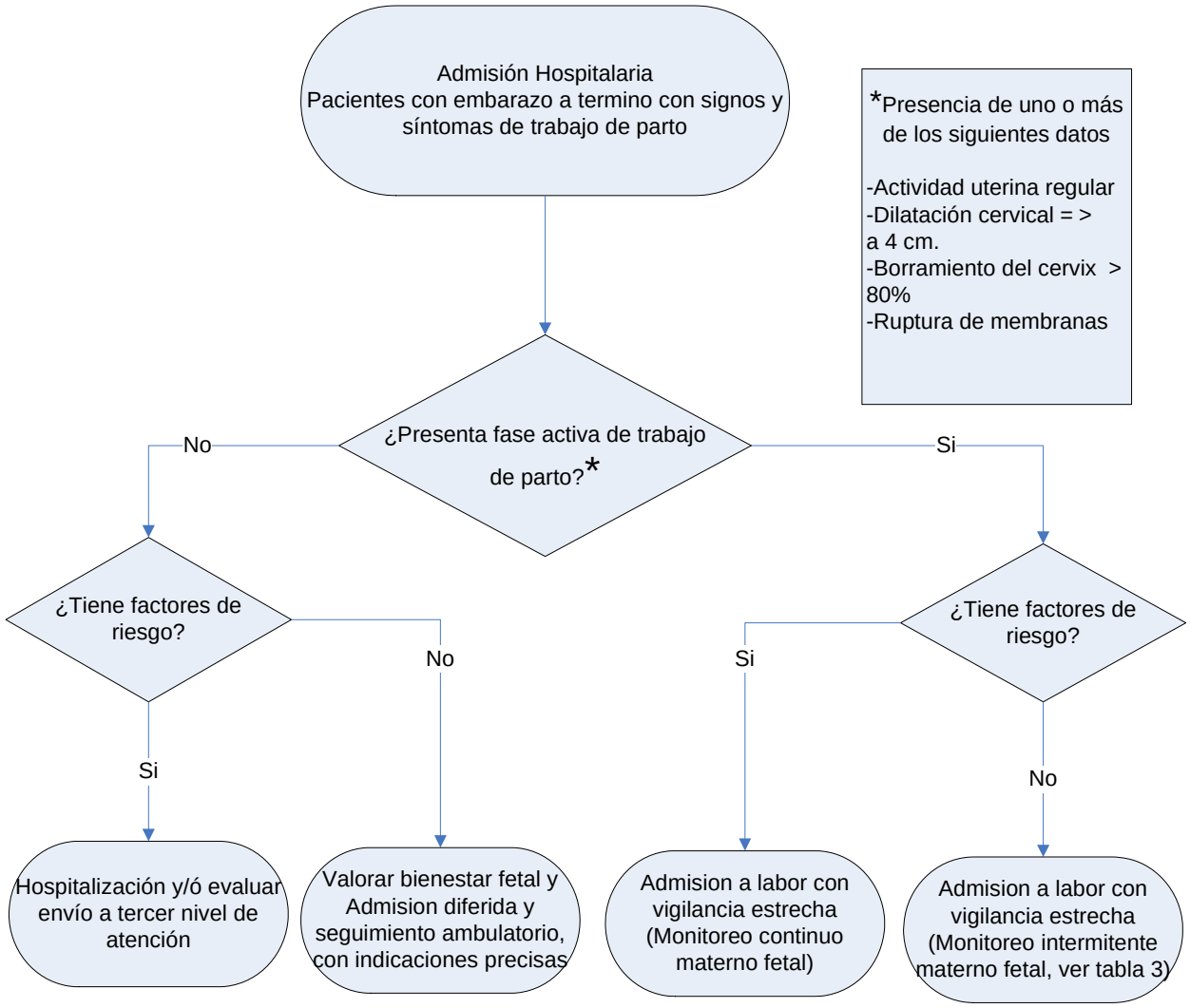
Tabla 5. Criterios diagnósticos del trabajo de parto anormal

Patrón del trabajo de parto	Nulíparas	Multíparas
Fase latente prolongada	>20 hr	>14 hr
Fase activa de dilatación prolongada	<1.2 cm/hr	<1.5 cm/ hr
Descenso prolongado	<1.0 cm/hr	<2 cm/ hr
Fase de desaceleración prolongada	>3 hr	>1 hr
Detención secundaria de la dilatación	>2 hr	>2 hr
Detención del descenso	>1 hr	>1 hr
Descenso ausente	Falta de descenso en el segundo período	Falta de descenso en el segundo período

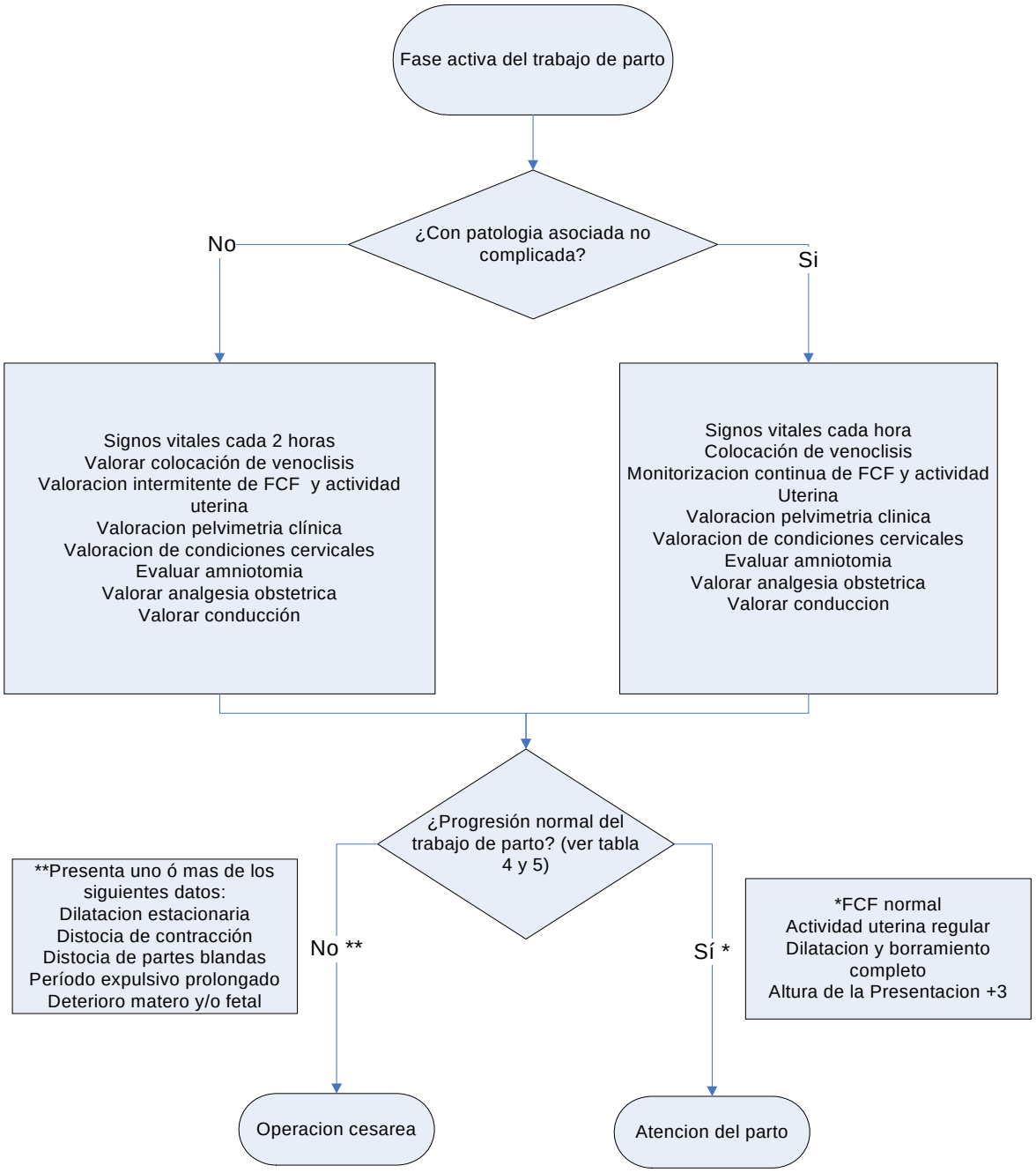
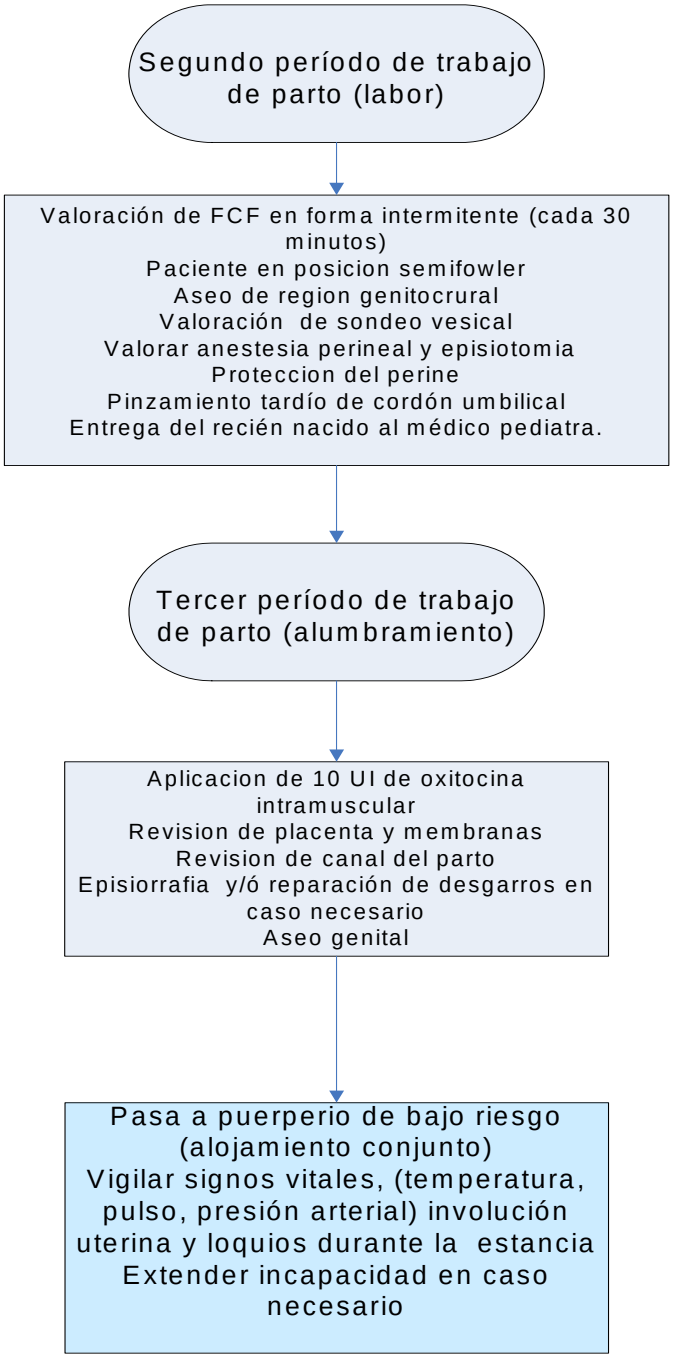
Fuente: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia 21° edición. España; 2003, p 367-89.

ALGORITMOS

Algoritmo 1. Valoracion inicial en admision de tococirugia.



Algoritmo 2. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en el servicio de labor



Algoritmo 3. Atención del parto: segundo y tercer período