

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE BAJO RIESGO DE TÉRMINO

Lic. Obst. Cáceres D*, Lic. Obst. Giménez MA*, Lic. Obst. Veiga MA**, Dr. López Damato F***, Dra. Toffolón N****, Dra. Campos Flores J*****.

1. Abreviaturas:

TdP: Trabajo de Parto

HC: Historia Clínica

IMC: Índice de Masa Corporal

OCI: Orificio Cervical Interno

FPyD: Falta de Progresión y Descenso

COPAP: Contacto Piel A Piel

NST: Monitoreo fetal anteparto.

*Licenciada Obstétrica de Guardia HMI. Ramón Sardá.

** Licenciada Obstétrica de Planta HMI. Ramón Sardá.

*** Médico Tocoginecólogo de Guardia HMI. Ramón Sardá.

**** Médica Neonatóloga de Guardia HMI. Ramón Sardá.

***** Jefa de División Urgencias HMI. Ramón Sardá.

Agradecimiento:

Los autores de la guía expresan su agradecimiento a la Dra. Ingrid Di Marco, Jefa de Departamento del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, por sus aportes en la revisión final de este documento.

2. Introducción:

Este protocolo explica y desarrolla conceptualmente la manera de asistir a los partos en nuestro centro. Incluye la asistencia al parto mínimamente medicalizado (asistencia de forma natural y el parto de bajo riesgo) y se fundamenta sobre los derechos de las mujeres y niños enmarcados en leyes y convenciones tales como:

- Ley 25929
- Convención Internacional de los Derechos del Niño.

El principio básico es que la gestante pasa a ser el centro de la asistencia. Eso implica que la gestante participa activamente en el control del parto y tiene la posibilidad de decidir sobre algunos aspectos, basándose en sus propias necesidades, derivadas de sus concepciones éticas, culturales, sociales y familiares. Para optimizar el cuidado de la gestante, es fundamental la evaluación individual del riesgo del embarazo y del parto ya que nos permitirá adecuar la vigilancia intraparto de acuerdo con el riesgo¹.

Quienes asistan a una embarazada durante su trabajo de parto y parto, deben estar preparados para intervenir oportuna, efectiva y rápidamente pero también deben ser conscientes de que no deben interferir en este transcurrir de un fenómeno humano cuando no es necesario, respetando la dignidad y la intimidad de la mujer².

La definición de parto normal para este grupo toma en consideración el estado de riesgo durante el embarazo y el parto: **“La evaluación del riesgo no es una medida única sino un procedimiento continuo durante el embarazo y el parto. En cualquier momento pueden hacerse evidentes complicaciones que indiquen la necesidad de transferir a la mujer a un nivel superior de cuidado”**.

El objetivo del cuidado durante el parto normal es “asegurar la salud de la madre y su hijo con el menor nivel posible de intervención compatible con la seguridad de ambos. Esta aproximación implica que en un parto normal debe existir una razón válida para interferir en el proceso natural”³.

3. Objetivos

Disminuir la variabilidad en la atención de embarazadas que se presentan con trabajo de parto (TdP) en embarazo de bajo riesgo.

Aplicar las recomendaciones internacionales correspondientes para cumplir con los parámetros de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF).⁴

Identificar las situaciones que se consideran de alto riesgo y que no son sujetos de esta guía.

Cumplir los objetivos del TdP y parto con las mínimas intervenciones posibles y las mejores tasas de satisfacción.⁴

4. Alcance

Esta guía es pasible de ser aplicada a todas las embarazadas que cursen un embarazo de bajo riesgo. Las recomendaciones surgen fundamentalmente de estudios realizados en embarazos con fetos en presentación cefálica y úteros sin intervenciones quirúrgicas previas, por eso se las debe aplicar en estos casos.

Es muy importante aclarar que ante la detección de signos y/o síntomas o antecedentes que coloquen a la embarazada y/o al feto/RN en el alto riesgo, el manejo pasa a ser dependiente de cada caso en particular y esta guía (descrita para el bajo riesgo de término) deja de ser aplicable en la mayoría de sus recomendaciones.

Quedan fuera del alcance de esta guía:

Cualquier situación que contraindique la vía vaginal

Cualquier indicación absoluta de cesárea

Cualquier patología o situación que el equipo considere de riesgo

Cesárea anterior

Abortadora habitual.

Trombofilia.

Hipertensión Crónica, Gestacional o Preeclampsia

RCIU o PEG

Embarazo múltiple

Sospecha de macrosomía (clínica y/o ecográfica)

Ganancia de peso mayor a 20 kgs

Obesidad mórbida

DBT pregestacional o Gestacional

Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general

Tabaquismo durante el embarazo

Polihidramnios u oligoamnios

Antecedente de recién nacido con malformaciones graves

Malformaciones fetales

Embarazo de 41 semanas o más

Colestasis

Corioamnionitis

Co morbilidades maternas (hematológicas, neurológicas, cardíacas, etc)

5. Responsables de su aplicación

Médicos tocoginecólogos, Médicos neonatólogos, Licenciadas obstétricas y enfermeras; de planta permanente de consultorio y de guardia. Así también los residentes de las 4 áreas.

6. Postura institucional^{2,5}

Asumir la necesidad de un profundo compromiso con la madre y con el niño en lo emocional y en lo profesional.

Considerar los aspectos intelectuales, culturales, educacionales, familiares y sociales de la mujer, respetando su privacidad, dignidad y confidencialidad.

Respetar la cultura, tradición e idiosincrasia.

El respeto por las mujeres embarazadas y sus hijos en el marco de su grupo familiar debe hacerse extensivo a su asistencia médica propiamente dicha.

Respetar los principios de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

La presente guía se elaboró sobre los lineamientos de la última publicada en nuestro hospital durante el año 2006⁵.

7. Registros

El ingreso, la evolución y las indicaciones de la embarazada quedan registrados en la Historia Clínica (HC).

El principal registro del trabajo de parto se realiza en el partograma (ver anexo) el cual se encuentra adjunto en cada HC.

Algoritmo. (Ver Anexo 1)

8. Grados de recomendación y niveles de evidencia

Una recomendación fuerte, de alta calidad, indica que no se considera prioritario seguir investigando sobre esa cuestión en particular^{6, 7, 8,9}.

Tabla 1. Graduación de la evidencia y fuerza de la recomendación

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Estudios sobre los que se basa
A	1 ^a	Revisión sistemática de ECAs (sin heterogeneidad)
	1b	ECA individual con IC estrecho
B	2 ^a	Revisión sistemática de estudios de cohorte
	2b	Estudio de cohorte individual (ECAs de baja calidad)
	3 ^a	Revisión sistemática de estudios de casos y control
	3b	Estudios de casos y control individual
C	4	Serie de casos (Cohorte y CC de baja calidad)
D	5	Opinión de expertos

Los principios se basaron en el consenso y no surgieron sólo de un proceso sistemático de recuperación y síntesis de la evidencia. La aplicación de las recomendaciones deberá basarse en la consideración del estado general de la mujer y su bebé, sus deseos y preferencias, respetando su dignidad y autonomía⁷ (De acuerdo a los lineamientos de la Ley 25.929).

Como la evidencia para estas recomendaciones surge fundamentalmente de estudios realizados con mujeres con embarazos en presentación cefálica y úteros sin cicatrices, no se las debe aplicar a mujeres con una presentación anormal del feto o con útero con cicatrices de cesáreas.

9. Evaluación de aplicabilidad. Variables de medición:

Vía de nacimiento

Desgarros perineales

Hemorragias post parto

Score de Apgar del RN

Ingreso a UTI de la madre

Ingreso a UTI del RN

10. Definiciones

El Parto significa la expulsión de un feto fuera de los órganos genitales.

El trabajo de parto es un conjunto de fenómenos fisiológicos que, una vez puestos en marcha, conducen a la apertura de cérvix uterino, a la progresión del feto a través del conducto cervical y su expulsión al exterior.¹⁰

El trabajo de parto se divide en:

Fase 1 ó latente: Ocurre al final del embarazo hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto.

Fase 2 ó activa: Se compone de 3 períodos: Primer período o período dilatante: Se inicia cuando comienza el trabajo de parto. Las contracciones uterinas tienen la intensidad, frecuencia y duración suficiente como para producir el borramiento y dilatación del cuello uterino hasta su dilatación completa. Segundo período o periodo expulsivo: Se inicia cuando el cuello uterino alcanzó la dilatación completa y finaliza cuando el feto es expulsado. Tercer período o alumbramiento: Comienza cuando se produce la expulsión fetal hasta la salida de la placenta.

11. Primer Periodo del Trabajo de Parto: Dilatación

11. A Fase Latente (Pre parto)

La fase latente del primer periodo del trabajo de parto se define como la situación en que se constatan contracciones dolorosas, con modificaciones cervicales, incluido algún grado de acortamiento, pero con dilatación menor a 5 centímetros, tanto en nulíparas como en multíparas⁶⁻⁸.

Es incumbencia de las/los Obstétricas/os encargarse del control prenatal, el trabajo de parto, parto y puerperio de bajo riesgo.^{1,8}

Se debe informar a la embarazada y familiares, durante el control prenatal y el curso de preparación para la maternidad, acerca de la importancia de no internarse en la fase latente, además de las pautas de alarma por las cuales concurrir a la guardia, esto ayuda a disminuir las internaciones precoces⁶.

La educación prenatal es fundamental; la embarazada y su acompañante, deben ser informados y asesorados en cuanto a los períodos, duración y demás características del TdP, así como de los métodos analgésicos y de las posibilidades físicas del lugar y manejos habituales del equipo de salud⁶.

El profesional que realice el control prenatal debe discutir sobre las distintas opciones de analgesia farmacológica brindándole información a la embarazada en relación a efectos adversos, beneficios y perjuicios, de las distintas drogas, en un idioma claro y comprensible⁶, complementando, en la medida de lo posible, con material impreso de recomendaciones para el cuidado de la salud en el embarazo, parto y puerperio.

La comunicación entre los integrantes del equipo de salud, la embarazada y los familiares debe ser clara y simple⁸.

Las embarazadas deben ser informadas sobre la variabilidad en la duración de la fase latente, que no puede ser calculada en casa caso⁸.

Los cuidados deben ser provistos manteniendo la dignidad, privacidad y confiabilidad de la embarazada, sin maltratar e informando permanentemente para que ella pueda elegir⁸.

Las embarazadas que se internan durante la fase latente (pre parto) presentan mayor cantidad de intervenciones y cesáreas, por lo cual se recomienda no internarlas con menos de 4 cms de dilatación⁶.

Algunas embarazadas en fase latente pueden tener motivos para internarse, pero en general se prefiere aguardar a la fase activa para internar a la paciente (5-6 cms)⁹.

Es importante considerar algunas circunstancias especiales para la internación en este período: severa fatiga, múltiples visitas, fase latente prolongada y circunstancias sociales que ameriten la internación con una dilatación menor a 5 cms.

11. B Fase Activa del primer periodo del Trabajo de Parto

11. B.1 Definición de fase activa del primer periodo del parto

La OMS define la fase activa del primer periodo del trabajo de parto como la situación en que se constatan contracciones dolorosas, con un acortamiento importante del cuello cervical, con dilatación igual o mayor a los 4 centímetros, tanto en nulíparas como en embarazos sucesivos⁸.

La progresión de la dilatación normal en nulíparas es = o > a 0,5 cm/h (II-2), medio centímetro por hora⁶.

La fase activa del primer periodo del trabajo de parto (de 4 a 10 cms.) generalmente no debería durar más de 12 horas en la nulípara ni más de 10 hs. en los partos subsecuentes⁸.

Se sugiere el ingreso de la embarazada al centro obstétrico a partir de los 5 cms.

La decisión de intervenir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto se debe tomar en función del progreso de la dilatación y otros factores obstétricos y no exclusivamente en base a la duración.¹¹

La curva de progresión del trabajo de parto descrita por Friedman en 1955 y en 1978, fue revisada y modificada por Zhang en el 2002, incluyendo nulíparas con fetos de término en cefálica, conducción con oxitocina y la mitad bajo analgesia peridural, por lo cual la diferencia entre la curva de Zhang y la curva de Friedman fue notable. El tiempo promedio para llegar de 4 a 10 centímetros fue de 5 horas y media⁶. Es por eso que consideramos que la velocidad de progresión de la dilatación normal en nulíparas, es de 0,5cm/h. Debiendo tomar en cuenta la edad materna y el IMC.

En embarazos en edad materna avanzada presentan mayores intervenciones y complicaciones. Por cada 5 años de edad se estima un enlentecimiento de media hora en el

TdP, probablemente por disminución de la fuerza de contractilidad uterina asociada a la edad.⁴

En las embarazadas con IMC menor a 25, la duración del dilatante es de 5 horas y media en nulíparas y de 4 horas y media en primíparas.

El índice de masa corporal al inicio del embarazo, es directamente proporcional a la duración del TdP (a mayor IMC, mayor duración del TdP), cuando el IMC es mayor a 30 la fase activa del primer periodo del TdP dura una hora más que cuando es menor a 25. Se debe ajustar la progresión del TdP para considerarlo anormal, según el IMC^{6,13}

La descripción del estado del cuello uterino en la historia clínica debe incluir posición, consistencia, longitud (cm) y dilatación OCI (cm)⁶.

Con un Monitoreo Fetal electrónico reactivo y embarazada habiéndose categorizado en bajo riesgo por evaluación materna y fetal, se recomienda esperar a los 4-6 cm y luego reevaluar en sector de dilatante⁸. Algunas embarazadas en la fase latente pueden tener motivos para internarse, pero en general se prefiere aguardar a la fase activa para internar (5-6 cm)^{6,9} (II-2A).

La primera evaluación de riesgo (triage) se realiza en el consultorio de guardia. En base al riesgo y al periodo del TdP, puede internarse en la sala (fase latente) o en el centro obstétrico (fase activa) y luego se reevalúa en el sector de dilatante (observaciones, 2do piso, centro obstétrico, partos).

Una vez internada, en centro obstétrico, se evalúan los exámenes complementarios necesarios con que cuenta:

- ✓ Hemograma (válido: menor de 1 mes)
- ✓ Glucemia
- ✓ Coagulograma (válido: menor de 1 mes)
- ✓ Grupo y Factor
- ✓ Serologías: HIV, VDRL, Hepatitis B (válido: menor de 1 mes)
- ✓ Ante la falta de HIV, se solicita test rápido por guardia
- ✓ Toxoplasmosis
- ✓ Cultivo de EGB
- ✓ Monitoreo fetal de ingreso
- ✓ ECG
- ✓ Ecografía obstétrica

Se llena la HC completando o actualizando lo que corresponda al momento del ingreso, se re interroga a la embarazada sobre los antecedentes familiares, personales y obstétricos, antecedentes del embarazo actual, se realiza la evaluación de riesgo y una descripción detallada del examen físico, estado materno y estado fetal.

Para algunas intervenciones específicas, como la inducción del parto o la cesárea intraparto o programada, es necesario, además, obtener el consentimiento firmado de la gestante en el momento de su internación.

11.B.2 Falta de progresión

Cuando se retrasa o detiene el progreso del TdP, independientemente de la causa. Se dice que se retrasa (falta de progresión) en la fase activa del primer periodo, cuando permanece más de 4 horas con una progresión menor a 0,5 cm/hora. Se dice que se detiene o parto obstruido, cuando no hay avance en la dilatación y/o descenso de la presentación por 2 horas con evidencias de buena contractilidad⁶.

La FPyD se asocia a cesárea, estrés y ansiedad maternas, infección materna y hemorragia post parto⁶.

La distocia por retraso o detención del TdP, se previene⁶:

Educando durante el Control Prenatal

Evitando inducciones no debidamente justificadas

Internando a las embarazadas con 4cm de dilatación o más

Con acompañante durante todo el TdP

Usando una analgesia apropiada

Interviniendo solo cuando es necesario

Cualquier intervención que se realice durante el TdP debe basarse en un problema real o potencial, identificado y definido⁶.

La mayoría de las embarazadas que tuvieron un parto vaginal progresaron a 1cm/h a partir de los 5 cms, con diferencias antes de esa dilatación. Hasta un tercio de las primerizas presentan retraso de la primera etapa del trabajo de parto. Por eso para diagnosticar una

falta de progresión se aconseja que la dilatación sea mayor de 6 cms. No se debería diagnosticar una distocia antes de los 4 cms de dilatación⁴ (II-2D), corroborando que la embarazada se encuentre en la fase activa del trabajo de parto con la dinámica uterina adecuada y suficiente⁶.

Frente a una falta de progresión, debe reevaluarse la situación (factores de riesgo, vitalidad fetal, proporción pélvico fetal, estado materno, etc) para evaluar la conducción con oxitocina u otra intervención.

El éxito del trabajo de parto y parto dependen de la relación entre el feto, la pelvis materna, la fuerza del útero más los pujos y el estado materno. Las "4 P" en inglés sería: Power (dinámica uterina más pujos), Passenger (posición, actitud y tamaño fetal), Passage (pelvis ósea y blanda) y Psyche (dolor y ansiedad)⁶.

Las distocias se generan en relación a alguna o varias de las variables intervinientes⁶:

Factores Maternos:

Contractilidad Uterina

Esfuerzos expulsivos maternos (pujos)

Pelvis Ósea

Partes blandas pelvianas

Dolor

Ansiedad

Otras:

Educación prenatal

Edad Materna

Obesidad

Cesárea anterior

Patología materna

Factores Fetales:

Posición

Actitud

Tamaño

Anormalidades

11.B.3 Alimentación durante el Trabajo de Parto

Las embarazadas que tengan poca posibilidad de necesitar anestesia general (bajo riesgo), pueden comer y tomar los alimentos y bebidas que deseen y puedan tolerar (I-A)^{6,7}.

Los sólidos deben adecuarse a cada caso. La necesidad de hidratación endovenosa debe manejarse en cada caso según la diuresis, cetosis y signos de deshidratación.

No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto⁷. (I-A).

En las embarazadas que pasen a ser de alto riesgo se le colocará vía con PHP debido a la necesidad del tratamiento correspondiente (conducción de una FPyD, analgesia epidural, deshidratación, etc.), lo mismo para las embarazadas que necesiten (o se prevea) analgesia farmacológica endovenosa o epidural.

Se recomienda no colocar venoclisis de rutina, para no restringir la movilidad, posición, comodidad, etc. En este sentido queda a criterio del equipo tratante evaluar la necesidad de colocación de Vía intermitente si solo se necesita pasar medicación endovenosa (por ejemplo cultivo de SGB+).

Se intentará colocar la vía con PHP solamente ante la necesidad de intervenciones con diagnósticos determinados.

11. B.4 Posición

Se le debe explicar a la embarazada y acompañante, los beneficios e inconvenientes de cada posición durante el dilatante, se debe dejar que ella elija las posiciones que le resulten más confortables (I-B).^{6,7}

Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo. Si bien la evidencia no sugiere que la movilidad y la posición erguida en el trabajo de parto reduzcan el uso de oxitocina, existen beneficios clínicos en términos de reducir las cesáreas. Se trata de ofrecerles a las mujeres la elección de una intervención que es beneficiosa, barata y fácil de implementar, siempre que no sea en perjuicio de la vitalidad fetal.⁷

Imposibilidad de moverse, de caminar, estar siempre en un lugar limitado o acostada puede generar estrés. La ansiedad aumenta la percepción del dolor, enlentece el trabajo de parto

por acción directa de las hormonas del estrés sobre el músculo liso uterino y conduce a una experiencia negativa del parto para la mujer⁶.

Para las embarazadas que no recibieron analgesia epidural, la posición vertical (caminando, de pie, en cuclillas, sentada, parada o arrodillada) podría reducir la duración del dilatante (82 minutos menos) y la prevalencia de cesáreas, comparadas con las que permanecen acostadas⁶.

La posición vertical u horizontal en las embarazadas que recibieron analgesia epidural, no varía los resultados en el dilatante ni en el expulsivo⁶.

(Ver Anexo 2)

11. B.5 Acompañante; Partograma; Enema y Rasurado

11. B.5.a Acompañante:

Cada mujer transcurrirá su trabajo de parto con un acompañante a su elección, si así lo desea, durante la fase activa (“acompañamiento continuo 1 a 1”)⁶. (I-A)

El acompañamiento permanente puede ser realizado por una obstétrica, familiar, pareja, amigo, que se encargue de brindar: presencia, apoyo emocional, cuidados, información y confort y el mismo será elegido por la embarazada en todos los casos. Disminuye las intervenciones como administración de analgésicos, parto instrumental, epidural y cesáreas.

Cada centro debe facilitar y promover la posibilidad del acompañamiento 1 a 1 durante todo el TdP, dentro de la política institucional⁶.

Las hormonas liberadas durante el estrés (beta endorfina, adrenocorticotrofina, cortisol y epinefrina) y el dolor pueden interferir el trabajo de parto. Las fuentes de estrés son distintas para cada mujer, pero el dolor y la ausencia de acompañante son dos factores comunes y manejables⁶.

11. B.5.b Partograma

Se debe utilizar el partograma en todos los TdP². (III-A) (Ver Anexo 3)

La palpación de la dinámica uterina o el tocómetro tienen limitaciones. La palpación es muy subjetiva y dificultosa en obesas.

El tocómetro puede no registrar adecuadamente. Ante la duda debería usarse un medidor de presión interna y constatar que las contracciones son de 50-60 mmHg por encima de la basal o mayores a 200 Unidades Montevideo⁶.

El adecuado manejo del trabajo de parto, logra disminuir la realización de cesáreas⁶.

Se debe examinar la prominencia de las espinas ciáticas o del sacro, el ángulo del pubis, la existencia de masas, etc⁶.

Se recomienda realizar un examen vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo⁷.

Los exámenes vaginales que se realicen antes de ese lapso deben estar justificados por alguna necesidad surgida de algún signo patológico puntual.

La sola necesidad de constatar la evolución, no justifica un tacto vaginal antes de las 4 horas del último⁷.

Los exámenes vaginales deberán ser: los menos posibles, con previo lavado de manos del operador, guantes estériles, lubricantes esterilizados y respetando el pudor y privacidad de la embarazada.

El intervalo de tiempo especificado refleja el periodo entre el alerta y las líneas de acción del partograma y refuerza aún más la necesidad de dejar un tiempo para confirmar el diagnóstico de retraso del trabajo de parto antes de instituir una intervención⁷.

Los beneficios de utilizar el partograma sólo se pueden maximizar cuando se acompañan de una adherencia a un protocolo estándar del manejo del trabajo de parto, con énfasis en reducir la probabilidad de intervenciones innecesarias es por ello que la línea de acción es de cuatro horas⁷.

11. B.5.c Enema

No se recomienda realizar enemas⁷ (1-A)

No se recomienda el lavado vaginal de rutina con clorhexidina durante el TdP para prevenir infecciones⁸⁻¹⁰.

11. B.5.d Rasurado

No se recomienda realizar rasurado perineal⁸⁻¹⁰. (1-A)

Ante una cesárea de urgencia, se sugiere recortar el vello del hemiabdomen inferior con

tijera o trimmer.

11. B.6 Analgesia

La gestante en proceso de parto puede requerir o desear medidas farmacológicas y/o no farmacológicas para aligerar el dolor producido por las contracciones del parto. Es importante utilizar diferentes técnicas en función de sus características individuales. Se deben proveer analgésicos farmacológicos y no farmacológicos⁶ (IIIB)

En todos los casos la colaboración activa de la mujer, de la pareja y/o de otras personas que participan en la parto, es fundamental para poder encontrar la manera de contribuir a la reducción de la sensación dolorosa. El aligeramiento del dolor tiene efectos beneficiosos a nivel fisiológico y a nivel emocional, que contribuyen a hacer que la mujer pueda tener menos complicaciones durante el parto, además de ayudar a que la experiencia del parto sea vivida de una manera más participativa y positiva.

Debido a que la reacción ante el dolor es muy personal, las embarazadas deben conocer diferentes estrategias para poder disminuir el dolor, la ansiedad y la aprehensión. La educación prenatal puede disminuir la necesidad de analgésicos. Las catecolaminas liberadas por el dolor inhiben la contractilidad uterina y aumentan las distocias⁶.

Según la Guía de recomendaciones de la OMS 2015, no se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto^{7,8} y según las Recomendaciones de la OMS del 2018, la epidural se administra según la preferencia de la embarazada, el criterio de la obstétrica y del médico, así como también las técnicas de relajación muscular, respiración, música, meditación, paños tibios y otras técnicas se utilizarán según preferencia de la embarazada y las posibilidades técnicas del momento y lugar⁸.

Las técnicas no farmacológicas que se aplicarán para calmar el dolor dependen de la preferencia de la embarazada y del criterio de la obstétrica a cargo, quien sugerirá el modo de calmar el dolor que a su criterio se adecua a la embarazada, al momento, al lugar y a las condiciones generales del servicio. Contemplando el costo beneficio en cada caso.

Los estudios sobre analgesia mediante autohipnosis, acupuntura, aromoterapia, acupresión, audioanalgesia, y masajes, todavía no son lo suficientemente concluyentes (en su mayoría por ser de poco tamaño muestral), por lo cual al día de hoy no se recomiendan como efectivos y se aguardan más investigaciones⁶.

La actitud cálida y comprensiva de los profesionales y el acompañamiento favorecen el bienestar de la embarazada y aumentan la autoestima.

No se han identificado estudios en relación a utilización de pelotas de parto como método de alivio del dolor, pero las mujeres que elijan usar las mismas deben ser animadas a hacerlo para buscar posturas más comfortable¹¹.

Con respecto a los masajes se recomienda junto al contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el trabajo de parto.¹¹

Se intentará realizar analgesia epidural en el caso que se considere necesario según criterio de la obstétrica y obstetra a cargo.

Se recomienda no realizar anestesia epidural antes de alcanzar 5 cm. de dilatación, en los casos en los cuales esté indicada.

El tipo de analgesia regional (peridural con catéter, mixta, raquídea, etc.) será consensuado con el anestesiólogo, personalizando cada caso, a quien se le debe avisar de la presencia de la embarazada al internarse.

Cada centro obstétrico debe tener una guía para la administración de opioides durante el TdP que incluya: acción, dosis máxima, forma de administración, efectos adversos maternos y fetales, precauciones y antagonistas (III)⁶.

Existen diferentes técnicas que se pueden aplicar durante el parto para disminuir la percepción dolorosa.

Se desaconseja el uso de meperidina endovenosa debido a los efectos neonatales tales como depresión neonatal, hipotonía y depresión respiratoria. De usar opioides se recomienda el fentanilo, remifentanilo o la morfina asociada a antieméticos. Se deben administrar en sectores con capacidad de tratamiento en casos de sobredosis (naloxona, oxígeno, etc)⁶. (II-2B)

11. B.7 Amniotomía

Se realizará la amniotomía solo cuando se diagnostique una distocia o se necesite conocer las características del líquido amniótico (meconial, serohemático, etc). Debe registrarse en la HC el motivo por el cual se indica la amniotomía⁶.

Los procedimientos de rutina, no justificados (amniotomía, oxitocina, pujos precoces, ayuno, vía e.v, etc) pueden generar mayores intervenciones, incluyendo la cesárea^{6,7}.

La rotura artificial de membranas (RAM) o amniotomía precoz de rutina en embarazadas con inicio de TdP espontáneo, no disminuye la posibilidad de cesárea ni mejora el resultado perinatal. La disminución del tiempo del TdP es poco y las desaceleraciones son más frecuentes. Por lo cual se desaconseja realizar RAM de rutina, sin una distocia que la justifique.^{6, 7,9}.

Antes de realizar la RAM se debe constatar que la presentación se encuentra bien apoyada, para disminuir la posibilidad de prolapso de cordón y para que la embarazada pueda deambular sin este riesgo, luego de realizada. Considerar en la evaluación la posibilidad de vasa previa para evitar accidentalmente su rotura.

Se debe tener en cuenta que la amniotomía facilita el apoyo de la presentación aumentando el dolor, por lo tanto se sugiere tener preparada la analgesia.

Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto⁷.

La amniotomía temprana puede aumentar el riesgo de transmisión perinatal del VIH⁷.

Las embarazadas con RPM y cultivo positivo para estreptococo, deben recibir antibioticoterapia cuanto antes⁹.

Las embarazadas con RPM que prefieran manejarse con conducta expectante deben ser informadas de las diferencias del manejo con respecto a la inducción dentro de las 12hs de bolsa rota⁹.

11. B.8. Auscultación y Registro de la Dinámica uterina

No se recomienda la cardiotocografía de rutina al ingreso en el bajo riesgo ni el uso de la tocodinamometría interna comparado con la tocodinamometría externa, con el fin de mejorar los resultados de una conducción del trabajo de parto^{7,8}.

Si bien no existe evidencia suficiente para recomendar la cardiotocografía de rutina al ingreso, la consideramos todavía útil como parte de control de vitalidad fetal inicial en nuestra población, cuando el profesional a cargo lo considera oportuno.

En bajo riesgo se sugiere la auscultación intermitente para mayor movilidad de la

embarazada (cuando se conduce con oxitocina, deja de ser bajo riesgo y se utiliza monitoreo electrónico). Se recomienda auscultar con estetoscopio de Pinard o con auscultador fetal Doppler⁸.

11. B.9 Oxitocina

No se recomienda en las siguientes situaciones⁷:

- Amniotomía temprana más conducción con oxitocina
- El uso de oxitocina de rutina debido a analgesia epidural.
- Amniotomía sola
- Antiespasmódicos endovenosos
- Alivio del dolor con la sola intención de mejorar la progresión.
- Uso de líquidos intravenosos para abreviar el trabajo de parto.

“Manejo activo del trabajo de parto”: es la conducción con oxitocina a altas dosis y amniotomía temprana de rutina.

No está recomendado el manejo activo del TdP (uso preventivo), debido a que, luego de muchos años de ser utilizado, finalmente los beneficios clínicos, no parecen justificarse en el bajo riesgo.

El cuidado continuo (“acompañamiento continuo 1 a 1”)⁶ es el único componente del manejo activo de rutina, que ha demostrado ser beneficioso y es probablemente el componente que explica los beneficios atribuidos al paquete de manejo activo en embarazadas que no lo necesitan^{7,8}. Hubo una reducción estadísticamente significativa de la duración del primer periodo del trabajo de parto para las mujeres en el grupo de manejo activo del trabajo de parto sin embargo, el tamaño de la reducción media varió considerablemente en diferentes ensayos desde unos pocos minutos hasta dos horas. La duración de la segunda etapa del trabajo de parto fue muy similar. No hubo diferencias significativas en las frecuencias de hemorragia post parto; para la cesárea, la diferencia observada entre los grupos no fue estadísticamente significativa, aunque hubo una tendencia hacia una modesta reducción de las cesáreas en el grupo de manejo activo. A pesar de que la frecuencia del trabajo de parto prolongado (definido como >12 hs.) se redujo considerablemente en el grupo de manejo activo⁷, no parecería ser lo suficientemente beneficioso en relación a su resultado como “preventivo de distocias”.

Se considera que el manejo activo tiene su beneficio ante casos de distocias y patologías, que no son objeto de la presente guía.

De todos modos, ante la necesidad de utilizar oxitocina, se recomienda el esquema de baja dosis de oxitocina⁶ (I-A).

Cada centro obstétrico debe tener su protocolo de infusión de oxitocina detallado y estandarizado⁶ (III-A).

La oxitocina se administra para lograr una dinámica uterina de 4 a 5 contracciones en 10 minutos⁶. Se requiere un mínimo de 4 horas para definir si hay respuesta⁶ (I-A).

Ante una distocia del TdP, debida a insuficiente dinámica uterina, se debe mejorar la analgesia, la hidratación, el descanso y comenzar con la oxitocina, con o sin amniotomía. Si se encuentra bajo epidural se debe realizar amniotomía y pasar esquema de a altas dosis de oxitocina⁶.

Una presentación deflexionada o ascinclítica de un feto con tamaño adecuado, puede corregirse con adecuada dinámica uterina. La hipodinamia hace persistir la mala posición. La desproporción cefalopélvica absoluta o verdadera se limita a la real desproporción (imposibilidad de una presentación bien flexionada de atravesar la pelvis a pesar de la buena dinámica uterina, luego de un tiempo adecuado y con la formación de caput). La desproporción cefalopélvica relativa por mala posición de la cabeza fetal, debe manejarse en base a las recomendaciones publicadas a tal fin⁶.

Se administrará oxitocina sólo cuando se diagnostique una distocia². Debe registrarse en la historia clínica (HC) el motivo por el cual se indica la medicación.

El exceso de oxitocina puede generar taquisistolia con alteración de la vitalidad fetal y rotura uterina, hipotensión por vasodilatación o intoxicación hídrica por efecto antidiurético (más de 40 U); por eso se recomiendan esquemas de bajas dosis, comenzando con 1 mU/min, aumentando a 2 mU/min, administrando con bomba de infusión. La dosis se aumenta hasta lograr 4-5 contracciones en 10 minutos⁶.

La sensibilidad del útero a la oxitocina varía de mujer a mujer y en muchos casos la misma mujer en distintos momentos puede responder diferente a la oxitocina⁶.

Cuando se utiliza oxitocina se debe realizar monitoreo electrónico fetal².

Los esquemas de altas dosis inician con dosis de 4 mU/min, generalmente se utilizan en las pacientes con epidural⁶.

Si bien las intervenciones dentro del contexto de conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto^{7, 8}.

La conducción del trabajo de parto solo se debe realizar cuando haya una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles daños⁷.

Es un aspecto central saber que el concepto de “manejo activo de la primera etapa del trabajo de parto” fue propuesto hace más de cuatro décadas como estrategia para hacer el trabajo de parto más expeditivo y reducir las tasas de cesáreas. La conducción con oxitocina sintética puede provocar una hiperestimulación uterina, con efectos adversos tales como la asfixia fetal y la ruptura uterina, aumentando así el riesgo de una cascada de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto. En la práctica actual existe una amplia disparidad de la conducción con oxitocina entre países y entre los hospitales de un mismo país⁷.

La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y solo se la debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aún más crucial en las múltiparas⁷.

La conducción del trabajo de parto se debe realizar en instalaciones en las que exista la capacidad de manejar sus posibles resultados, incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal⁷.

Hasta la realización de la guía específica se sugiere el siguiente esquema de infusión de oxitocina.

11. B.9.a Administración de oxitocina sin Bomba de Infusión:

Diluir 10 U (1ml) de oxitocina en 9ml de Sc Fisiol. (O 2ml de las ampollas de 5UI, en 8cm³ de Sc. Fisiol.) Al diluir 10 U en una jeringa de 10 ml obtenemos 1U por ml, luego colocamos 1 una Unidad, en 500 ml de dextrosa al 5% a 10 gotas por minuto así se infunde 1 mU/min e.v.

A los 20 minutos: subimos el goteo a 20 gotas por minuto pasando a 2 mU/min e.v., Dejamos el goteo en 20 macrogotas por minuto (no lo modificamos más) y duplicamos las unidades (que hay en la dextrosa) cada 20 minutos, por lo cual, de una unidad a 20 gotas, pasamos a 2U (le agregamos una más).

La infusión e.v. en mU es igual al doble de la cantidad de unidades que hay en la Sc. dextrosa (2U en dextrosa = 4 mU e.v)

Si se progresa (duplican las unidades) cada 20 minutos (en una hora y 40 minutos, llegamos a las 32mU)

Tiempo	Unidades en Baxter	Unidades de Infusion
00 min	1 U (a 10 gotas por min)	1 mU
20 min	1 U (a 20 gotas por min)	2 mU
40 min	2 U	4 mU
60 min	4 U	8 mU
80 min	8 U	16 mU
100 min	16 U	32 mU

11. B.9.b Administración de oxitocina con bomba de infusión:

Nos brinda mayor control, menores errores menores reacciones adversas.

Se colocan 60 unidades de oxitocina en 1000 ml SF. Esto se traduce en 60 miliunidades en 1 ml - 1 ml / hora o 60 miliunidades / hora o 1 miliunidad / minuto.

Régimen	Dosis de inicio (mUi / min)	Dosis incremental (mUi / min)	Tiempo de intervalo (min)
Baja dosis	0.5-1	1	30-40
Baja dosis alternativo	1 - 2	1 - 2	15-30
Alta dosis	6	6	15-40
Alta dosis alternativo	4	4	15

Si la paciente no hubiera necesitado ninguna medicación durante el trabajo de parto, una vez completada la dilatación, y debido a que debemos realizar el manejo activo del alumbramiento,

sumado a que el periodo activo del expulsivo puede requerir de medicaciones e.v., se sugiere colocar vía e.v. con abocath 18G y solución fisiológica antes del ingreso a sala de partos.

12. Segundo Periodo del Trabajo de Parto: Expulsivo

Se considera una duración del periodo expulsivo (segundo periodo, de completa hasta expulsión fetal; fase pasiva más activa) normal cuando no supera⁶:

Nulípara sin epidural, 3 horas

Nulípara con epidural, 4 horas

En la embarazada que ya tuvo un parto (o varios), sin epidural, 2 horas.

En la embarazada que ya tuvo un parto (o varios), con epidural, 3 horas.

Cuando sin epidural el expulsivo dura más de 3 horas en una nulípara o más de 2 horas en una múltipara, se debe realizar expeditivamente el parto operatorio debido a que se asocia a⁶:

- ✓ Trauma obstétrico
- ✓ Hemorragia post parto
- ✓ Fiebre puerperal
- ✓ Apgar bajo
- ✓ Admisión del recién nacido a Unidad de Terapia Intensiva

En general se sugiere, examinar cada una hora durante el expulsivo para corroborar el descenso de la presentación, si luego de dos horas de pujos activos no se produjo la expulsión fetal, se debe reevaluar y plantear la necesidad de una asistencia del parto⁶.

12. A Fase Pasiva (sin pujos)

El segundo periodo del TdP, es el que transcurre desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. Con una primera fase pasiva, sin pujos; seguida de una segunda fase activa, es decir, con pujos⁶.

Se debe intentar posponer los pujos, hasta que la embarazada tenga deseos espontáneos de pujar, más aún si: la presentación está alta y/o no es occipito anterior cuando el feto tiene un monitoreo normal y la embarazada se encuentra aceptablemente bien (I-A)⁶.

Se sugiere alentar un periodo pasivo del expulsivo (no pujar) durante 2 horas en las nulíparas, para fomentar el descenso pasivo de la presentación, tanto en las que recibieron como en las que no recibieron epidural^{6,8}.

Realizar tacto vaginal, cada una hora (no antes), para constatar que la presentación descendió adecuadamente y en ese caso se debe intentar post poner el pujo. Constatando (o manteniendo en los casos de conducción) una adecuada dinámica uterina⁶.

Si luego de una hora de dilatación completa no presenta reflejo de pujo espontáneo, se debe reevaluar la dinámica uterina, la posición fetal y el plano en que se encuentra la presentación; ante una hipodinamia se debe administrar oxitocina⁶.

Posponer los pujos hasta las 2 hs de comenzado el expulsivo en los casos que la presentación desciende adecuadamente, resultó en más partos espontáneos y con menos complicaciones, cuando se los comparó con los pujos precoces (tanto en embarazadas con epidural como sin epidural). Mayor fue la diferencia, en las embarazadas con la presentación

alta o en variedades posteriores. Por lo tanto se recomienda posponer los pujos en los casos que evolucionan normalmente⁶.

Al igual que otras intervenciones (tactos vaginales reiterados, ayuno, venoclisis, amniotomía precoz, esquemas de oxitocina en altas dosis, acortar el expulsivo por falta de epidural, enemas, rasurado, episiotomía, etc), cuando se realizan sin indicación; así como incentivar y dirigir los pujos anticipadamente, cuando no corresponde, generan mayor probabilidad de agotamiento materno, distocia, dolor, desaceleraciones y más intervenciones. Las causas por la cuales aún se mantienen estas prácticas, se desconocen.

Cuando los pujos comienzan tempranamente (sin dilatación completa o sin reflejo espontáneo), se asoció a mayor cantidad de procedimientos, cesáreas y desgarros de 3er y 4to grados⁶.

Mantener la analgesia epidural durante el expulsivo no aumenta el parto instrumental. Por lo cual se aconseja mantenerla hasta el tercer periodo del parto⁶.

La posición vertical durante el expulsivo, en embarazadas sin analgesia epidural, reduce el parto instrumental, las episiotomías y las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), aumentando los desgarros de segundo grado y el sangrado mayor a 500 ml².

En las embarazadas con epidural, la posición vertical durante el expulsivo, comparada con la horizontal, todavía no demostró reducir el parto instrumental ni las cesáreas ni la duración del periodo. De todos modos se necesitan estudios de mayor tamaño muestral⁶.

12. B Fase Activa (con pujos)

Se define como fase activa del segundo periodo a la situación en la cual, con dilatación completa, la mujer tiene una involuntaria urgencia por pujar^{6,8}.

En general el deterioro fetal y/o materno se relaciona más con la duración de la fase activa (tiempo pujando) que con la duración de la pasiva, por lo cual, cuando las condiciones lo permiten, posponer el inicio de los pujos, acorta la fase activa disminuyendo la posibilidad de agotamiento materno y fetal⁶.

Cuando el estado materno y fetal se mantienen dentro de los parámetros normales, se debe comenzar con la fase activa (pujos) cuando la sensación de pujo genera una inevitable necesidad refleja de pujar o luego de las 2 horas de descenso pasivo de la presentación⁶.

En las multíparas, se sugiere inducir el pujo luego de una hora de dilatación completa en las que no tienen epidural y luego de 2 horas en las que se encuentran bajo los efectos de la analgesia regional⁶.

En esta fase las embarazadas deben ser alentadas y ayudadas a seguir su sensación de pujo⁸.

Los pujos deben ser favorecidos solamente cuando la dilatación es completa y la embarazada tiene urgentes deseos de pujar⁶ (III-A).

Cuando hay sensación de pujo sumado a que no hay descenso pasivo de la presentación, se sugiere brindar asistencia a la parturienta para que logre dirigir la fuerza del pujo en forma eficiente, para lograr mejores resultados⁶.

Durante la expulsión de la cabeza es cuando dirigir los pujos es más beneficioso⁶ (II-2B).

La técnica para dirigir el pujo debe ser elegida por el/la profesional en base a las características de la embarazada y de la situación.

Al comparar el método de pujo, la técnica de Valsalva (contener la respiración luego de una inspiración forzada, al inicio de la contracción y sostener el pujo hasta el fin de la contracción) con el pujo espontáneo (la embarazada puja como le queda más cómodo, con la glotis abierta, intermitente, vocalizando, etc.) solo redujo el expulsivo en 9 minutos. Por lo cual la técnica de Valsalva no debería utilizarse de rutina, hasta que mejores estudios evidencien un mayor beneficio⁶.

La posición vertical u horizontal durante el periodo expulsivo no varía los resultados en las mujeres, independientemente si recibieron o no epidural⁶.

La evidencia científica que evalúa la inmersión en el agua durante el segundo periodo del TdP es todavía insuficiente⁶.

No debe dejarse de auscultar la frecuencia cardíaca fetal cada 5 minutos y/o luego de cada contracción durante el expulsivo para evitar que las desaceleraciones tardías y/o las bradicardias pasen desapercibidas en ningún momento del TdP.

12. B. 1 Distocias

Se define como distocia a la situación en la cual se retrasa o detiene el progreso del TdP, independientemente de la causa⁶.

Se considera parto obstruido, cuando no hay dilatación (en la fase dilatante) o descenso (en

el expulsivo) de la presentación, por 2 horas con evidencias de buena contractilidad (caput o modelaje)⁶.

En presencia de contracciones de intensidad adecuada se dice que hay una distocia del expulsivo cuando una nulípara continúa en el segundo periodo del TdP luego de 3 hs si tiene epidural o luego de 2hs sin epidural⁶.

En una No nulípara (primípara, secundípara, etc.) se considera distocia durante la fase activa del segundo periodo, cuando no hay descenso de la presentación luego de una hora pujando con efectividad sin epidural o dos horas con epidural⁶.

No se recomienda extender el expulsivo más allá de las 2 horas cuando no hay progresión del descenso de la cabeza fetal⁶ (II-2B).

Cuando el estado materno y fetal es satisfactorio, no se recomienda el parto instrumental antes de las 2 horas de pujos activos⁶ (III-D).

Se recomiendan los masajes suaves perineales, las compresas tibias y la protección manual del periné para disminuir el trauma perineal (desgarros)⁸.

No se recomienda realizar presión en el fondo uterino⁸.

No se debe realizar episiotomía de rutina⁶ (I-A).

La episiotomía de rutina no genera beneficios, por lo cual se recomienda su uso selectivo⁶.

En las embarazadas con riesgo de lesión del esfínter anal se recomienda la episiotomía mediolateral, especialmente en caso de utilizar fórceps⁶.

Para disminuir las lesiones del esfínter es más efectivo realizar la episiotomía formando un ángulo de 60 grados con la línea vertical (o de 30 de la horizontal) cuando la presentación está coronando⁶.

El desprendimiento controlado de la cabeza en forma lenta a partir de la coronación, junto con la episiotomía selectiva, parece disminuir las lesiones del esfínter de un 4 a un 2%⁶. De todos modos se debe continuar auscultando al feto durante este procedimiento.

13. Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Alumbramiento

El tercer periodo del TdP es el que transcurre desde que sale el feto, hasta que se expulsa la placenta⁶.

La gran mayoría de los recién nacidos no requieren de ninguna intervención para la transición de la vida intrauterina a la extrauterina.

En todos los nacimientos debe haber por lo menos una persona cuya principal responsabilidad sea el recién nacido; la cual debe estar capacitada para iniciar reanimación neonatal y esa u otra persona disponible rápidamente debe tener las habilidades necesarias para realizar reanimación avanzada, ya sea una enfermera especializada en neonatología, un pediatra en formación junto con el neonatólogo especialista o el neonatólogo interno de guardia.

En los primeros segundos después del nacimiento es importante definir si el RN requiere alguna maniobra de reanimación. Para ello se debe realizar una evaluación rápida de las siguientes características: ¿Gestación de término? ¿El RN llora o respira? ¿Tiene buen tono muscular? Si las respuestas a estas preguntas es SI, lo ideal es que el RN continúe con su madre, estableciendo el primer contacto piel a piel (COPAP).

El RN vigoroso (adecuado esfuerzo respiratorio, buen tono muscular y FC > 100 lpm) debe ser secado y cubierto con una compresa o toalla seca para mantener la temperatura.

Entregar el recién nacido a la madre (excepto que el neonatólogo no lo considere oportuno), para el inmediato contacto piel a piel, evitando la hipotermia y favoreciendo la lactancia cuanto antes sea posible⁸.

La temperatura postnatal en rango normal en RN no asfixiados es predictor de morbimortalidad en todas las edades gestacionales. Se recomienda mantener una temperatura corporal entre 36.5 °C y 37.5 °C. Evitar la hipotermia y la hipertermia iatrogénica. Es fundamental mantener la temperatura de sala de recepción entre 24 °C y 26°C, secar al RN y remover compresas húmedas y evitar las corrientes de aire.¹⁴

El COPAP inmediatamente posterior al parto proporciona estabilidad fisiológica a los RN y beneficios potenciales a las madres. Así mismo estabiliza la temperatura corporal del RN y ayuda a prevenir la hipotermia.^{15,16,17}

La permanencia continua del recién nacido con su madre favorece el vínculo temprano y el comienzo de la lactancia. Los profesionales que asisten a la mujer, deben favorecer las condiciones que favorezcan el buen amamantamiento. Fundamental es llegar al momento del parto informada sobre la importancia, beneficios, cuidados y posiciones para amamantar.¹⁷

En relación al clampeo del cordón en este grupo de RN se recomienda el “clampeo tardío”,

después de los 60 segundos, mientras el neonato se encuentra sobre el abdomen o pecho materno¹⁸ ya que esto favorece una transición más fisiológica y una transfusión placentaria que mejora los niveles de hemoglobina y los depósitos de hierro en el RN.^{17, 19,20}

Si el estado del recién nacido lo permite, no se debe clampearse el cordón antes de los 60 segundos² (I-A); tanto en término como en pretérmino^{6, 8}.

Si se ha firmado el consentimiento, se realizará la técnica de Colecta de Sangre del Cordón Umbilical siempre que las condiciones sean favorables y no existan criterios de exclusión y siguiendo los lineamientos del convenio firmado con el Hospital de Pediatría Juan Garrahan²¹.

Se recomienda el manejo activo del alumbramiento o tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia post parto^{6, 7, 8,9}, administrando oxitocina 10 U e.v. en bolo lento, luego del clampeo del cordón.

Si la embarazada no presenta vía e.v., se le debe colocar para realizar el manejo activo del alumbramiento. No se recomienda el tratamiento intramuscular, como primera opción.

Ante la falta de oxitocina, utilizar ergonovina, ergometrina o metilergometrina inyectable, teniendo en cuenta contraindicaciones y la precaución de conservar en frío (6-8 °C) por su gran labilidad a temperatura ambiente⁸.

Al constatar el desprendimiento placentario, realizar tracción controlada del cordón mientras se desplaza el útero con la mano en el abdomen, haciendo contratracción, hasta la salida de la placenta^{6, 8}.

Expulsada la placenta, se debe realizar masaje uterino suave para constatar y estimular la adecuada retracción uterina (globo de seguridad de Pinard)^{6,8}.

La reparación de los desgarros y/o realizar la episiorrafia se debe realizar bajo anestesia local (sola o reforzando la regional).

Los mejores resultados de la episiorrafia se ven cuando se realiza una sutura continua con material sintético de reabsorción rápida.

No se recomienda antibioticoterapia profiláctica en parto normal aún en la que requirió episiotomía⁸.

14. Cuarto Periodo del Trabajo de Parto: Post Alumbramiento

Se considera el periodo que va desde la salida de la placenta hasta una hora de expulsada la misma.

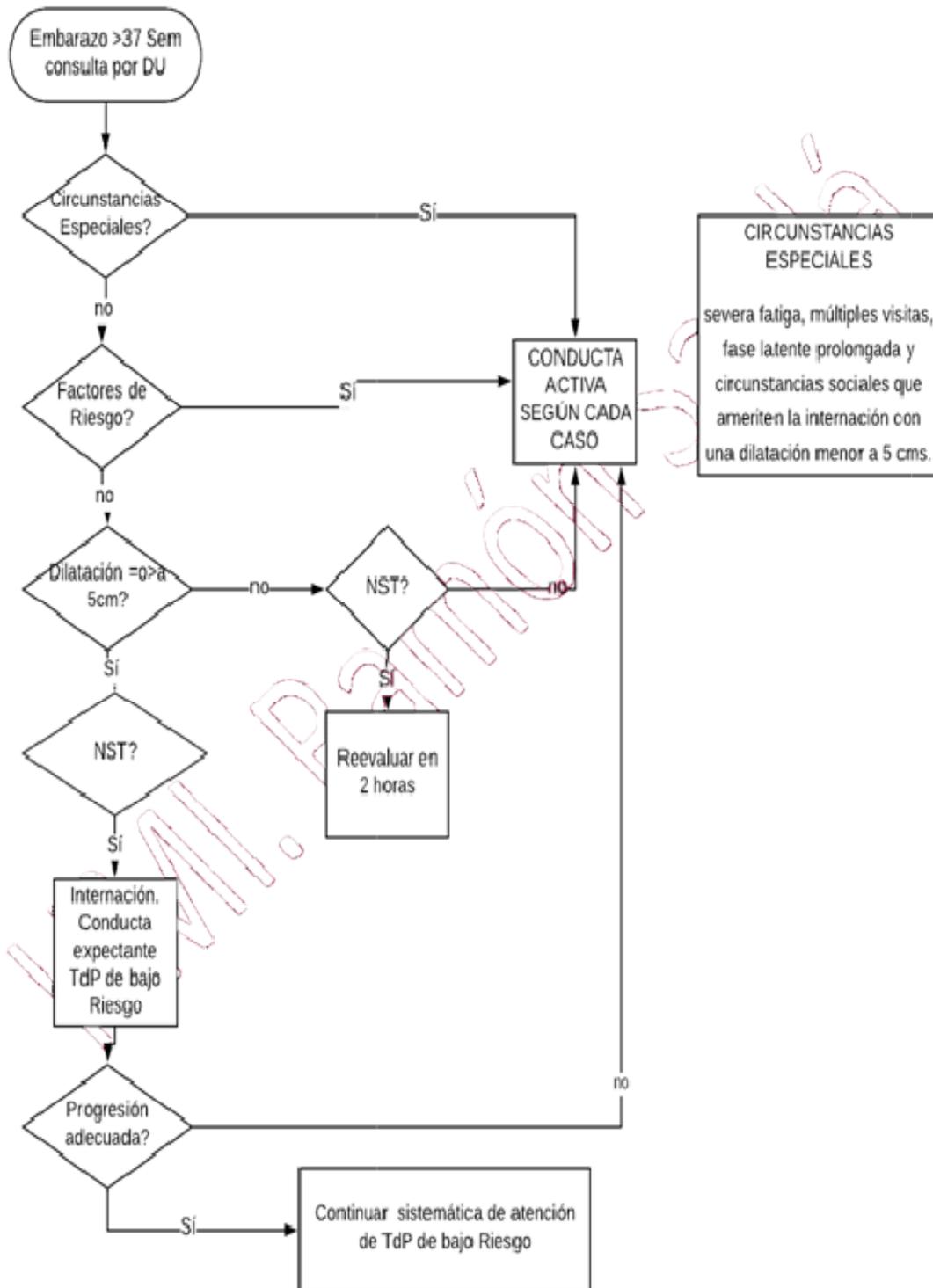
Se indican 20 UI de ocitocina a 21 gotas por minuto durante 2 hs y se retira la vía si la lactancia es efectiva y las condiciones maternas y neonatales son normales.

Se debe controlar el volumen de loquios, la retracción uterina, la altura uterina, diuresis (micción espontánea) la temperatura, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el estado general materno: cada 15 minutos durante la primer hora, luego cada media hora hasta la segunda hora de la expulsión placentaria y cada 6 horas hasta las 24 horas de producido el parto.

Ante la detección de alguna anormalidad, el personal de enfermería del sector de centro obstétrico, solicitará la interconsulta con el médico de guardia.

ANEXO I: ALGORITMO PARA EL MANEJO DEL TdP DE BAJO RIESGO

ALGORITMO TdP DE BAJO RIESGO HMI
RAMÓN SARDÁ



ANEXO II: POSICIONES⁹

Existen diferentes posturas que se pueden adoptar durante el trabajo de parto y parto, estas tienen su impacto en el cuerpo materno. Según la OMS la mejor posición para el parto es la que a la madre le resulte más adecuada y es normal que se tenga la necesidad de ir cambiando de posición a medida que progresa el parto.

- **De pie, de pie meciéndose o caminando.**

La posición vertical ayuda a aliviar el dolor de las contracciones, aprovecha la fuerza de la gravedad haciendo que la pelvis se “abra” y que el bebé se encaje en el canal del parto. Mayor eficacia de las contracciones uterinas. Mejor oxigenación fetal. Menor necesidad de analgesia y oxitocina. Menor tasa de episiotomías. Mecerse apoyando las manos en la pareja o en la pared cuando se presentan las contracciones puede ayudar a aliviar el dolor y facilitar que el bebé se encaje.

- **En cuclillas.**

Adecuada para dar a luz a la hora de pujar. Para mantener mejor esta postura puede agarrarse a la pareja, a una barra o cinchas que cuelgan del techo. Los diámetros pélvicos están aumentados, lo que proporciona más espacio al bebé para descender.

Apoyada o sentada en pelota suiza/fitball. Facilita la apertura de la pelvis y resulta más fácil que estar en cuclillas mucho rato.

- **Sentada.**

En la cama elevando el respaldo o apoyada sobre la pareja o en una silla de partos. Puede aliviar el dolor de las contracciones y aprovechar la fuerza de la gravedad para ayudar a descender al bebé. Facilita ver el nacimiento por parte de la madre. Mejora la eficacia y dirección de las contracciones uterinas.

- **Arrodillada.**

Cuando la cabeza del bebé presiona la columna de la madre (presentación posterior) ayuda la posición de rodillas y apoyarse sobre una silla o sobre la pareja. Al liberar la presión de la zona lumbar al empujar para el expulsivo parece disminuir el dolor más que la posición

sentada.

- **Cuatro patas.**

Permite realizar balanceos pélvicos para aliviar el dolor, facilita el acceso a la espalda materna para poder realizar masaje y contrapresión. Menos trauma perineal, ya que la gravedad aleja la presión del periné y al mismo tiempo favorece el descenso fetal. La elasticidad perineal es mayor en esta postura.

- **Acostada de lado.**

Preferiblemente del lado izquierdo por la no compresión de la vena cava inferior.

- **Posición de litotomía.**

La principal ventaja es el fácil acceso del obstetra al abdomen de la mujer para monitorizar la frecuencia cardíaca fetal. Pero es la posición menos fisiológica del parto y dificulta la movilidad del coxis y del sacro.

ANEXO III: PARTOGRAMA

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

NOMBRE: _____ GRAVIDEZ: _____ PARIDAD: _____ N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____

FECHA DE INGRESO: _____ HORA DE INGRESO: _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS: _____ HORAS

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

INTEGRAS: I
ROTAS: R
LIQ. CLARO: C
LIQ. MECONIAL: M
LIQ. SANGUINOLIENTO: S

LIQUIDO AMNÍOTICO moldesaminetos

CUELLO UTERINO (CM) BRAZO X

DESENGO CERVICO (BRAZO C)

N° DE HORAS

LEYENDA:
MENOR DE 20
ENTRE 20 Y 40
MAIOR DE 40

PULSO

RESION AEREA

TEMPERATURA

OBNA { PROTERNA, ACETONA, VOLUMEN

200	
190	
180	
170	
160	
150	
140	
130	
120	
110	
100	
90	
80	

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	

5	
4	
3	
2	
1	

130	
120	
110	
100	
90	
80	
70	
60	
50	
40	
30	
20	
10	
0	

ALERTA

ACCION

PARTO ATENDIDO POR: _____

FECHA: _____

HORA: _____

SEXO: _____

PESO: _____

TALLA: _____

A PAGAR: _____

TIEMPO DURACION PARTO

1° PERIODO: _____

2° PERIODO: _____

3° PERIODO: _____

OXITOCINA UL. OTRAS / MIN. _____

AGIEMENTOS ADMINISTRADOS Y LIQUIDOS IV _____

TEMPERATURA _____

OBNA { PROTERNA, ACETONA, VOLUMEN _____

Bibliografía

1. WHO. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. 2018. Disponible en:
<http://who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
2. OMS. Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1999,18 (2) 78-80
3. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013.
4. Servicio de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Asistencia al parto de Bajo Riesgo de la Gestante en sala de Partos. 2011. Obtenido de <http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/Parto-Natural.pdf>.
5. Valenti, E Guías de Práctica Clínica, Trabajo de Parto y Parto Normal. División urgencias. Htal. Materno Infantil Ramón Sarda. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006;25(3):130-139
6. Andina, E. Guía de Practicas y Procedimientos, Trabajo de Parto y Parto Normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda. 2002; 21(2):63-74.
7. Largaia, M. Proyecto Maternidades Centradas en la Familia. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda. 2008; 19(4):177-189.
8. Lily Lee, RN. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. J Obstet Gynaecol Can. 2016; 38(9):843e865.
9. WHO. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. 2015. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth:apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179906/9789243507361_spa.pdf;jsessionid
10. Valenti, E. Almada R. Manual de Obstetricia Asistencial. Asoc. De Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. 2012;(1):25
11. ACOG. Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinión No 687. 2017. Disponible en: <http://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Approaches-to-Limit-Intervention-During-Labor-and-Birth>
12. Valenti E; Laterra C; Campos Flores J; Swistak; Di Marco I. Recomendaciones para el manejo de Embarazos con edad materna avanzada. [documento en línea] Bs. As.

- Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2014. Disponible en:
<http://www.sarda.org.ar/index.php/profesionales/guias-de-practica-clinica> Consultado en 2018.
13. Di Marco I; Flores L; Secondi M; Ramirez Almanza S;Naddeo S; Bustamante P; et al. Obesidad en el Embarazo [documento en línea] Bs. As. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2011. Disponible en:
http://www.sarda.org.ar/images/Guia_Obesidad_y_Embarazo-Sarda_2011.pdf Consultado en 2018.
 14. Ministerio de Salud de La Nación. Maternidad Segura y Centrada en la familia con Enfoque Intercultural. 2012. Obtenido de
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>
 15. Ministerio de Salud País Vasco. GPC Sobre la Atención del Parto Normal. 2011. Obtenido de: <http://publicaciones.administraciones.es>
 16. Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN). Manual de Reanimación cardiopulmonar neonatal. Área de trabajo en Reanimación Neonatal. 2016
 17. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, AAP Committee on Fetus and Newborn, AAP task force on Sudden Infant Death Syndrome. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. Pediatrics 2016
 18. Satyan Lakshminrusimha, Krisa Van Meurs, Better timing for cord clamping is after onset of lung aeration, Pediatr Res. 2015.
 19. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005
 20. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud Argentina. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. 4ta. 2010.
 21. Colecta de sangre de cordón umbilical. Banco público de referencia Nacional de Sangre de Cordón Umbilical. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Disponible en: www.garrahan.gov.ar/sangredecordon