

Manejo del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo

Guía de Práctica Clínica

División Urgencias

Enero 2019

Autores:

*Lic. Obst. Cáceres Dalma

*Lic. Obst. Giménez María Alejandra

**Lic. Obst. Veiga María Angélica

***Dr. López Damato Fernando

****Dra. Toffolón Natalia

*****Dra. Campos Flores Jessica.

*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.



Abreviaturas:

TdP: Trabajo de Parto

HC: Historia Clínica

IMC: Índice de Masa Corporal

OCI: Orificio Cervical Interno

FPyD: Falta de Progresión y Descenso

NST: Monitoreo fetal anteparto.

PHP: plan de hidratación parenteral

REM: rotura espontánea de membranas

RAM: rotura artificial de membranas

SGB: estreptococo grupo B

RPM: rotura prematura de membranas

RN: recién nacido

COPAP: contacto piel a piel

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.

Índice:

1.	Introducción:	1
2.	Objetivos:	1
3.	Alcance:	2
4.	Responsables de su aplicación:	3
5.	Postura institucional: ^{1,2,5}	3
6.	Registros:	3
7.	Grados de recomendación y niveles de evidencia:	4
8.	Evaluación de aplicabilidad. Variables de medición: ²³	4
9.	Definiciones: ¹	5
10.	Primer Periodo del Trabajo de Parto: Dilatación	7
10.1.	Fase Latente (Pre parto):	7
10.2.	Fase Activa del primer periodo del Trabajo de Parto:	8
10.2.1.	Definición de fase activa del primer periodo del parto:	8
10.2.2.	Falta de progresión:	10
10.2.3.	Alimentación durante el Trabajo de Parto:	12
10.2.4.	Posición:	13
10.2.5.	Acompañante:	13
10.2.6.	Partograma:	14
10.2.7.	Enema:	15
10.2.8.	Rasurado:	15
10.2.9.	Analgesia:	15
10.2.10.	Amniotomía:	16
10.2.11.	Auscultación y Registro de la Dinámica uterina:	17
10.2.12.	Oxitocina:	17
11.	Segundo Periodo del Trabajo de Parto: Expulsivo	21
11.1.	Fase Pasiva (sin pujos):	21
11.2.	Fase Activa (con pujos):	22
12.	Distocias:	23
13.	Tercer Periodo del Trabajo de Parto: Alumbramiento	26

14.	Cuarto Periodo del Trabajo de Parto: Post Alumbramiento.....	27
15.	ANEXO I: ALGORITMO PARA EL MANEJO DEL TDP DE BAJO RIESGO	29
16.	ANEXO II: POSICIONES ⁹	30
17.	ANEXO III: PARTOGRAMA	32
18.	Bibliografía:.....	33

HMI. Ramón Sardá

1. 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.

2. 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).^{1,4}

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

3. 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 (descripta para el bajo riesgo de término) deja de ser aplicable en la mayoría de sus recomendaciones.

Quedan fuera del alcance de esta guía:

Cualquier patología o situación que el equipo tratante considere de riesgo.

Cualquier situación que contraindique la vía vaginal.

Cualquier indicación absoluta de cesárea.

Cesárea anterior.

Pretérmino.

Trombofilia. Abortadora habitual.

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).

4. 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 todas las áreas.

5. Postura institucional:^{1,2,5}

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.

6. 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)

7. 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.

8. Evaluación de aplicabilidad. Variables de medición:²³

Vía de nacimiento

Desgarros perineales

Hemorragias post parto

Score de Apgar del RN

Ingreso a UTI de la madre

Ingreso a UTI del RN

9. Definiciones:¹

-Parto: es el acto por el cual el feto viable y sus anexos, son expulsados o extraídos de la cavidad uterina por las vías naturales (León 1956).

-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 compone de:

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.

Cuarto periodo o post alumbramiento: hasta 2 horas luego de expulsada la placenta⁸

-Bajo riesgo en trabajo de parto: cuando una embarazada normal con feto normal, se mantiene en trabajo de parto de inicio espontáneo, sin factores de riesgo ni patologías. En general se entiende como una embarazada de término con feto en cefálica sin factores de riesgo y con inicio de trabajo de parto espontáneo.

-Nulípara: mujer sin antecedentes de parto vaginal

-Múltipara: mujer con antecedentes de uno o más partos vaginales

-Falta de progresión y descenso: situaciones en las cuales la duración total y/o la velocidad en que evoluciona el trabajo de parto es menor a la normal, con evidencias de buena contractilidad (caput o modelaje)⁶. Puede ser a expensas del dilatante o del expulsivo.

-Falta de progresión de la dilatación: cuando la velocidad de evolución (en cm/horas) de la fase activa del periodo dilatante, es menor a la considerada normal. Puede también definirse en relación a la duración total de la fase activa del periodo dilatante, cuando excede la duración normal esperada (según edad e IMC). También se encuentra en la bibliografía como: prolongación, retraso, enlentecimiento, progreso insatisfactorio, progresión inadecuada, dilatante prolongado, etc.

Se considera que tanto nulíparas como multíparas con o sin peridural deben progresar la dilatación a por lo menos 0.5cm/hora o sea, medio cm por hora (a partir de los 5 cm), lo cual se constata por tacto vaginal a 2 centímetros cada 4 horas (corregida por edad e IMC). Se dejaría de utilizar el concepto clásico (Friedman) de 1.2 cms/h en nulípara y 1.5 cms/h en multípara¹. Ante una falta de progresión de la dilatación se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, ocitocina)

-Detención de la dilatación: cuando en la fase activa del periodo dilatante no hay ninguna modificación de la dilatación por un periodo igual o mayor a 2 horas. La dilatación continúa igual, en los mismos centímetros por 120 minutos. También se encuentra en la bibliografía como: ausencia de dilatación, detención de la progresión, parto obstruido, parto detenido, parto estacionado o parto estacionario. Ante una detención de la dilatación se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, ocitocina)

-Falta de descenso de la presentación: cuando la velocidad de evolución del expulsivo es menor a la considerada normal (en cm y horas y/o por planos de Hodge). Puede también definirse en relación a la duración total del periodo expulsivo, cuando excede la duración normal esperada para cada caso (según sea nulípara, multípara, con o sin peridural, edad, obesidad). También se encuentra en la bibliografía como: distocia de expulsión, retraso de descenso, expulsión inadecuada, etc. Ante una falta de descenso de la presentación se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, ocitocina) y/o evaluar parto instrumental

-Detención del descenso en el expulsivo: cuando durante el periodo expulsivo no hay ninguna modificación en el descenso de la presentación (se mantiene en el mismo plano) por un periodo mayor al esperado para el caso (según sea nulípara, multípara, con o sin peridural, edad, obesidad). También se encuentra en la bibliografía como: distocia de expulsión, ausencia de descenso, falta de expulsión, parto obstruido, etc. Ante una falta de descenso en el expulsivo se recomienda pasar a manejo activo del trabajo de parto (amniotomía, ocitocina) y/o evaluar parto instrumental

-Inducir el pujo: se refiere a la situación en la cual, ante la falta de sensación espontánea de pujo, se le solicita a la paciente que pueje (debido a que el tiempo previsto para la espera espontánea del mismo, se considera excesivo para el caso). Cuando se agotó el tiempo

considerado normal para el expulsivo pasivo, se debe inducir el pujo dando comienzo al expulsivo activo artificialmente. En nulíparas se indica a las 2 horas de dilatación completa (con o sin peridural) y en las multípara luego de una hora de completada la dilatación.

-Fase activa del periodo dilatante: de los 5 cm a dilatación completa. Se recomienda no internar antes de los 5-6 cm y evaluar la progresión a partir de los 5 cm.

-Expulsivo pasivo: etapa del periodo expulsivo durante el cual la paciente no presenta sensación de pujo o es una sensación leve con pujo fácilmente evitable.

-Expulsivo activo: etapa del periodo expulsivo durante el cual la paciente presenta pujo inevitable (no solamente sensación) y puja por reflejo, con gran dificultad para postergarlo.

10. Primer Periodo del Trabajo de Parto: Dilatación

10.1. 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 multíparas¹. Es importante aclarar que tradicional y académicamente se consideran 4cm, pero para el manejo práctico actualmente adoptaremos en criterio de la OMS de 5 cm¹.

Es incumbencia de las/los Obstétricas/os encargarse del control prenatal, el trabajo de parto, parto y puerperio de bajo riesgo.^{1,8,22,24}

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 salud.

El profesional que realice el control prenatal debe conversar 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 sobre las 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, la cual no puede ser previamente 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 5-6 cm de dilatación⁶.

La primera evaluación de riesgo (triage) se realiza en el consultorio de guardia. En base al riesgo y al periodo del TdP, puede manejarse ambulatoriamente, 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). Con un monitoreo fetal electrónico reactivo y embarazada habiéndose categorizado en bajo riesgo por evaluación materna y fetal, se recomienda esperar a los 6 cm y luego reevaluar en sector de dilatante⁸. Algunas embarazadas en fase latente pueden presentar 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 cm ^{6,9} (II-2A).

10.2. Fase Activa del primer periodo del Trabajo de Parto:

10.2.1. Definición de fase activa del primer periodo del parto:

La OMS en 2018¹ define la fase activa del primer periodo del trabajo de parto como la situación en que se constatan contracciones dolorosas y regulares, con un acortamiento importante del cuello cervical, con dilatación igual o mayor a los 5 centímetros, tanto en nulíparas como en embarazos sucesivos¹. Es importante aclarar que tradicional y académicamente se consideran 4cms, pero para el manejo práctico actualmente se adopta el criterio de la OMS de 5 cm.

La progresión de la dilatación normal, a partir de los 5 cm, es = o > a 0,5 cm/h;
(medio centímetro por hora ; 2 cm cada 4 horas) (II-2)

La fase activa del primer periodo del trabajo de parto (de 5 a 10 cm.) generalmente no debería durar más de 12 horas en la nulípara ni más de 10 hs. en los partos subsecuentes^{1,8}. De todos modos, 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, es de 0,5cm/h, debiendo tomar en cuenta la edad materna y el IMC.

Los embarazos con edad materna avanzada presentan mayores 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.^{4,12}

En las embarazadas con IMC menor a 25, la duración promedio 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}

Generalmente la primera evaluación del TdP 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). (Ver Anexo I). Si el monitoreo electrónico fetal es reactivo, la embarazada es de bajo riesgo y no presenta circunstancias especiales, se recomienda esperar a los 5cm (nulip) o 6cm (multip) para internarla¹, auscultándola y controlándola cada media hora, en forma ambulatoria con un acompañante⁸. 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 descripción del estado del cuello uterino en la historia clínica debe incluir posición, consistencia, longitud (cm) y dilatación OCI (cm)⁶. En general la intención es que cuando una embarazada de bajo riesgo (cefálica de término sin factores de riesgo ni patologías) consulta a guardia externa por dinámica uterina regular, si presenta dilatación, pero menor de 5 centímetros con monitoreo fetal reactivo, se considere la posibilidad de reevaluarla (tactarla nuevamente) en dos horas, auscultándola cada media hora en forma ambulatoria con acompañante e internarla en sala de dilatante (observaciones) cuando llega a 5 o 6 centímetros. Si presenta situaciones especiales, se la interna en sala general o dilatante, según motivo de internación y criterio del profesional a cargo. En sala de dilatante (observaciones) se realizan los controles y manejos descritos más adelante (ver partograma), que incluye el tacto vaginal cada 4 horas. En términos generales, el cuadro puede continuar en bajo riesgo, puede

pasar a alto riesgo o puede presentar una falta de progresión (menos de 0.5cm/h) o detención, pasando a manejo activo. (Ver Anexo I). En los casos en que se llega con bajo riesgo al expulsivo, se tacta cada hora y se ausculta cada 5 min y/o post contracción, pasando a sala de partos (con tiempo) para colocar la vía e.v e inducir el pujo cuando corresponda, detectar y manejar anomalías y/o indicar manejo activo con parto instrumental si se presenta una falta de descenso o detención del expulsivo.

Una vez internada, en el centro obstétrico, se evalúan los exámenes complementarios necesarios:

- ✓ 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) Toxoplasmosis
- ✓ Cultivo de EGB
- ✓ Monitoreo fetal de ingreso
- ✓ ECG
- ✓ Ecografía obstétrica

Se completa la HC 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. Se solicitan otros exámenes complementarios según criterio.

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.

10.2.2. 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 la dilatación, cuando no hay avance por 2 horas con evidencias de buena contractilidad, tanto en nulíparas como en

múltiparas. La falta de descenso o su detención presentan distinta duración en nulíparas y en múltiparas.

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 CPN
- ✓ Evitando inducciones Injustificadas
- ✓ Internando con 6cms de dilatación
- ✓ Con acompañante en TdP
- ✓ Analgesia apropiada
- ✓ Interviniendo mínimamente

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 cm, con grandes diferencias antes de esa dilatación. Hasta un tercio de las primerizas presentan un valor menor, por eso la definición de falta de progresión llega al doble de esa velocidad y para diagnosticar una falta de progresión se aconseja que la dilatación sea mayor de 5 cm. No se debería diagnosticar una distocia antes de los 5 cm de dilatación^{1,4} (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 (amniotomía).

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

10.2.3. 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)^{1,6,7}.

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 peridural, deshidratación, etc.), lo mismo para las embarazadas que necesiten (o se prevea) analgesia farmacológica endovenosa o peridural.

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.

10.2.4. 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

La 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 peridural, 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 peridural, no varía los resultados en el dilatante ni en el expulsivo⁶. (Ver Anexo 2)

10.2.5. 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. El mismo será elegido por la embarazada, en todos los casos. El acompañamiento disminuye las intervenciones como administración de analgésicos, parto instrumental, peridural y cesáreas.

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

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.

10.2.6. Partograma:

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

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

Entre otras cosas se registran periódicamente la FCF, dinámica uterina, estado de las membranas, características del líquido amniótico, progresión de la dilatación y descenso, medicaciones, alimentación, TA, pulso, posición, dolor y temperatura.

El registro de la dinámica uterina se recomienda durante 10 minutos cada media hora en el dilatante, mediante palpación directa, ya que el tocómetro puede limitar la movilidad. La palpación es muy subjetiva y dificultosa en obesas. La FCF se ausculta durante un minuto cada media hora, preferentemente durante y luego de una contracción.

El tacto vaginal se debe realizar cada 4 horas durante el dilatante y cada 1 hora en el expulsivo; se realiza antes de las 4 horas cuando se justifica por un objetivo y situación específica, como ser: rotura espontánea de membranas, sensación de pujo, previo a la analgesia peridural, comienzo de alto riesgo (por aparición de cualquier factor de riesgo que la saca del bajo riesgo), metrorragia, alteración de la vitalidad fetal, patología materna o cualquier otra posibilidad que el equipo a cargo considere suficiente como para justificar el tacto.

La sola necesidad de constatar la evolución, no justifica un tacto vaginal antes de las 4 horas del último⁷. Los exámenes vaginales que se realicen antes de ese lapso deben estar justificados por alguna necesidad surgida de algún signo patológico puntual.

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.

10.2.7. 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.

10.2.8. 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.

10.2.9. 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 farmacológicos^{1,6} (IIIB)

En todos los casos, la colaboración activa de la mujer, de la pareja y/o de otras personas que participan en el 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 disminuirlo, junto con 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 2018¹, la peridural 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 peridural en el caso que se considere necesario según criterio de la obstétrica y obstetra a cargo. Se recomienda no realizar anestesia peridural antes de alcanzar 5 cm. de dilatación. El tipo de analgesia regional (peridural con catéter, mixta, raquídea, combinada, etc.) será consensuado con el anestesiólogo, personalizando cada caso.

Cada centro obstétrico debería 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.

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)

10.2.10. Amniotomía:

Se realizará la amniotomía cuando se diagnostique una distocia y/o se necesite conocer las características del líquido amniótico (meconial, serohemático, etc) y/o el equipo interviniente lo considere beneficioso. 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 situación que la justifique.^{6, 7,9}.

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

Antes de realizar la RAM se debe constatar que la presentación se encuentra bien apoyada (y sin procúbitos), 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.

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 inducción⁹.

10.2.11. Auscultación y Registro de la Dinámica uterina:

En general 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^{1,7,8}.

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 durante un minuto, cada media hora en el dilatante y luego de cada contracción y/o cada 5 minutos en el expulsivo.

10.2.12. Oxitocina:

No se recomiendan las siguientes conductas o situaciones^{1,7}:

- Amniotomía temprana más conducción con oxitocina (manejo activo) de rutina
- El uso de oxitocina de rutina debido a analgesia peridural.
- Amniotomía de rutina
- Antiespasmódicos endovenosos para prevención del retraso del TdP
- 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 rutinariamente, como preventivo de la falta de progresión, debido a que sus 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 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 peridural se sugiere realizar amniotomía y pasar esquema de a altas dosis de oxitocina⁶.

Una presentación deflexionada o ascíntica de un feto con tamaño adecuado, puede corregirse con buena 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 peridural⁶.

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 multíparas⁷.

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.

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

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.

11. 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 supera en nulípara las 3 horas y en múltiparas las 2 horas ⁶.

Cuando sin peridural 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 una hora de pujos activos no se produjo la expulsión fetal, se debe reevaluar y plantear la necesidad de una asistencia del parto⁶.

11.1. 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.

Cuando el feto tiene un monitoreo normal y la embarazada se encuentra aceptablemente bien se debe intentar posponer los pujos, hasta que la gestante tenga deseos espontáneos de pujar, más aún si la presentación está alta y/o no es occipito anterior (I-A)^{1,6,8,,22,24}.

Se sugiere alentar un periodo pasivo del expulsivo (no pujar) durante 2 horas en las nulíparas (una en multíparas), para fomentar el descenso pasivo de la presentación, tanto en las que recibieron como en las que no recibieron peridural^{6, 8}. Posponer los pujos hasta las 2 horas 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 peridural como sin peridural). 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 normalmente^{1,6,8,22,24}. Al igual que otras intervenciones (tactos vaginales reiterados, ayuno, venoclisis, amniotomía precoz, esquemas de oxitocina en altas dosis, 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, es decir, sin dilatación completa y/o sin reflejo espontáneo, se asocian a mayor cantidad de procedimientos, cesáreas y desgarros de 3er o 4to grados⁶.

Se recomienda realizar tacto vaginal, cada una hora (no antes) durante el expulsivo, para constatar que la presentación descendió adecuadamente⁶. Si luego de finalizado el expulsivo pasivo, con adecuada dinámica uterina, no presenta reflejo de pujo espontáneo, se debe reevaluar la pelvis, la posición fetal y el plano en que se encuentra la presentación, para inducir artificialmente el expulsivo activo, inducir el pujo. Ante una hipodinamia se debe administrar oxitocina⁶.

Mantener la analgesia peridural 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 peridural, 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 peridural, 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.

11.2. 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 nulíparas. En las multíparas, se sugiere inducir el pujo luego de una hora de dilatación completa⁶.

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 activo no varía los resultados en las mujeres, independientemente si recibieron o no peridural⁶.

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 o pujo, durante todo el expulsivo para evitar que las desaceleraciones tardías y/o las bradicardias pasen desapercibidas en algún momento del TdP.

12. Distocias:

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

Se consideran trabajos de parto distócicos¹:



-Falta de progresión de la dilatación (entre los 5 cms y completa):

- a) cuando la duración total del periodo dilatante es mayor o igual a 12 horas en nulíparas o 10 horas en multíparas y/o
- b) cuando la velocidad de dilatación es igual o menor a 2 centímetros en 4 horas (0,5 cm/h), tanto en nulíparas como en multíparas.

-Detención de la dilatación: cuando en la fase activa del periodo dilatante no hay ninguna modificación de la dilatación por un periodo igual o mayor a 2 horas (se diagnostica antes de las 4hs en los casos que se realiza tacto vaginal por algún motivo justificado), tanto en nulíparas como en multíparas.

-Falta de descenso de la presentación:

- a) cuando la duración total del periodo expulsivo es mayor o igual a 3 horas en nulíparas o 2 horas en multíparas y/o el expulsivo pasivo es mayor de 2 horas en nulíparas o 1 hora en multíparas, y/o el expulsivo activo es mayor o igual a 1 hora, tanto en nulíparas como en multíparas. y/o
- b) cuando la velocidad de descenso de la presentación es igual o $<$ a 1 centímetro por hora, tanto en nulíparas como en multíparas.

-Detención del descenso en el expulsivo: no hay ninguna modificación en el descenso por 2 horas en nulíparas o 1 hora en multíparas

-Inducir el pujo: a las 2 horas de dilatación completa en nulíparas o 1 hora en multíparas, con o sin peridural

Expulsivo pasivo: se considera normal hasta 2 horas en nulíparas o 1 hora en multíparas

Expulsivo activo: se considera normal durante 1 hora, tanto en nulíparas como en multíparas. (Con peridural se considera normal el expulsivo activo en nulíparas, hasta 2 horas)

Se consideran trabajos de parto distócicos en **Nulíparas:**

-Falta de progresión de la dilatación:

- a) cuando la duración **total** del periodo **dilatante** es mayor o igual a **12 horas** y/o
- b) cuando la velocidad de dilatación es igual o menor a 2 centímetros en 4 horas (0,5 cm/h)

-Detención de la dilatación: cuando en la fase activa del periodo dilatante no hay ninguna modificación de la dilatación por un periodo igual o mayor a 2 horas (se diagnostica antes de las 4hs en los casos que se realiza tacto vaginal por algún motivo justificado).

-Falta de descenso de la presentación:

- a) cuando la duración **total** del periodo **expulsivo** es mayor o igual a **3 horas** y/o el expulsivo **pasivo** es mayor de **2 horas** (con o sin peridural) y/o el expulsivo **activo** es mayor o igual a **1 hora (2 horas si es con peridural)** y/o
- b) cuando la velocidad de descenso de la presentación es igual o $<$ a 1 centímetro por hora

-**Detención del descenso** en el expulsivo: no hay ninguna modificación en el descenso por **2 horas**

-**Inducir el pujo: a las 2 horas** de dilatación completa (con o sin peridural)

Se consideran trabajos de parto distócicos en **Múltiparas**:

-Falta de progresión de la dilatación:

- a) cuando la duración **total** del periodo **dilatante** es mayor o igual a **10 horas** y/o
- b) cuando la velocidad de dilatación es igual o menor a 2 centímetros en 4 horas (0,5 cm/h)

-Detención de la dilatación: cuando en la fase activa del periodo dilatante no hay ninguna modificación de la dilatación por un periodo igual o mayor a 2 horas (se diagnostica antes de las 4hs en los casos que se realiza tacto vaginal por algún motivo justificado).

-Falta de descenso de la presentación:

- a) cuando la duración **total** del periodo **expulsivo** es mayor o igual a **2 horas** y/o
el expulsivo **pasivo** es mayor de **1 hora** y/o
el expulsivo **activo** es mayor o igual a **1 hora (con o sin peridural)** y/o
- b) cuando la velocidad de descenso de la presentación es igual o < a 1 centímetro por hora

-**Detención del descenso** en el expulsivo: no hay ninguna modificación en el descenso por **1 hora**
No se recomienda extender el expulsivo más allá de las 2 horas cuando no hay progresión del
-**Inducir el pujo: luego de 1 hora** de dilatación completa (con o sin peridural)
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).

Por otro lado, 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. Se debe continuar auscultando al feto durante este procedimiento (desprendimiento lento y controlado de la cabeza fetal).

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 son 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 morbilidad 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 (2-8 °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 constatar la adecuada retracción uterina (globo de seguridad de Pinard)^{6,8}.

La reparación de los desgarros y/o la episiorrafia se deben 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, para el manejo práctico según guías actuales (Canadá 2016)⁸, el periodo que va desde la salida de la placenta hasta dos horas de expulsada la misma.

Se indican 20 UI de oxitocina a 21 gotas por minuto durante esas 2 horas 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 primera hora,

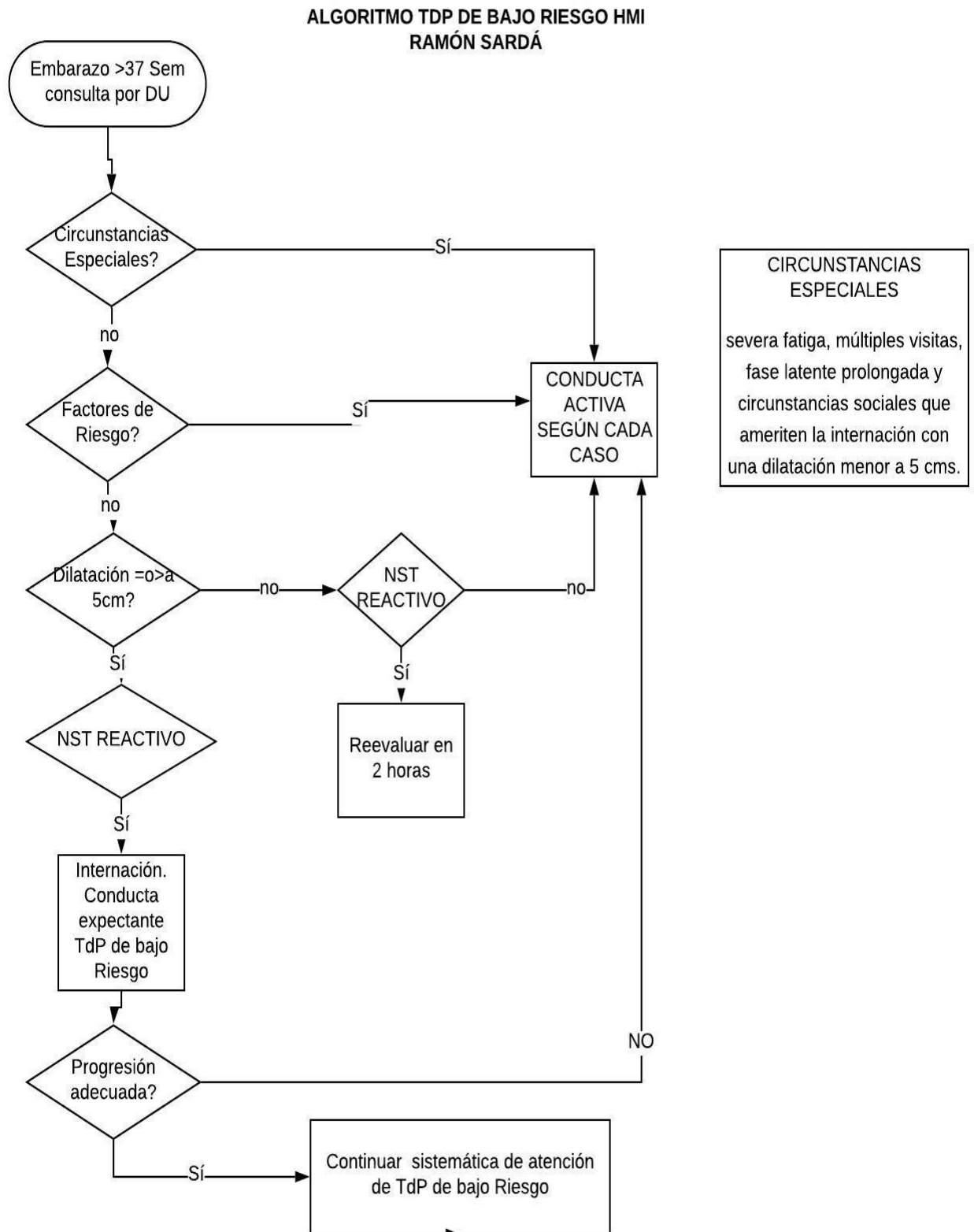
cada media hora hasta la segunda hora de la expulsión placentaria

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.

HMI. Ramón Sardá

15. ANEXO I: ALGORITMO PARA EL MANEJO DEL TDP DE BAJO RIESGO



16. 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 (sin perjudicar a su hijo) 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 cava inferior.

izquierdo por la no compresión de la vena



- **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.



17. 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 CARDIACA FETAL

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

Líquido amniótico
moldeaminutos

CUELLO UTERINO (CM)
TRAZO X

DESCENSO CERVICAL
(TRAZO O)

N° DE HORAS

ALERTA

ACCION

PARTO ATENDIDO POR: _____

FECHA: _____
HORA: _____
SEXO: _____
PESO: _____
TALLA: _____
A PAGAR: _____

TIEMPO DURACION PARTO

1° PERIODO: _____
2° PERIODO: _____
3° PERIODO: _____

MEJOR DE 20
ENTRE 20 Y 40
MAYOR DE 40

CRITICIDAD UL
OCOSAS / MIN.

ALIMENTOS
ADMINISTRADOS Y
LIQUIDOS IV

PULSO

POSICION
ALTERAL

TEMPERATURA

ORINA { PROTEINA
ACETONA
VOLUMEN

18. 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. Larguia, 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. Clinical Practice Guideline. 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](http://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/sangredeecordon

22. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. NICE 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg190

23. Intrapartum care. Quality standard. NICE 2015. www.nice.org.uk/guidance/qs105.

24. Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies. Guideline. NICE 2019. www.nice.org.uk/guidance/ng121