

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2014

VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA
CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-052-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD
GENERAL



DIF
Nacional



ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DEL TRABAJO DE PARTO	4
3. HISTORIA NATURAL DEL TRABAJO DE PARTO VIGILANCIA Y ATENCIÓN.....	4
4. ESCALA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA	17
5. DIAGRAMAS DE FLUJO.....	20

1. CLASIFICACIÓN

CIE-10: 080 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO
SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

GPC: VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN
EMBARAZO DE BAJO RIESGO

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos:

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer período) (NOM_007-1993,-Manual de Atención embarazo saludable, 2001, GPC Española, 2010)

3. HISTORIA NATURAL DEL TRABAJO DE PARTO

ATENCIÓN DE LA PACIENTE EN FASE LATENTE

Es recomendable que las mujeres con embarazo normal, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (Cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento.

Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica.

Informar a las pacientes y a su familiar, las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como:

- Sangrado transvaginal.
- Dolor.
- Contracciones uterinas
- Cefalea, acufenos y fosfenos.
- Edema de cara y manos.
- Secreción de líquido transvaginal.
- Disminución de movimientos fetales.

MOMENTO PARA HOSPITALIZACIÓN A LA PACIENTE EMBARAZADA RN TRABAJO DE PARTO CON FASE ACTIVA (CUADRO 1)

Deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presente:

- Contracciones uterinas de 2-4 en 10 minutos
- Dolor abdominal en hipogastrio
- Cambios cervicales (borramiento cervical de > 50% a 80% y dilatación \geq de 4 cm).

Cuando la paciente se ingresa durante la primera etapa del trabajo de parto el obstetra o personal de salud calificado deberán realizar y documentar en el expediente médico para tender pacientes en trabajo de parto, lo siguiente:

- Diagnóstico a su ingreso, con plan de manejo, hojas de consentimiento informado en su hospitalización, incluir en su expediente partograma, vigilancia estrecha de actividad uterina, foco fetal, evaluación de dilatación cervical, pérdidas de líquido corporales vaginales, información de métodos para control del dolor, así como información a la paciente de condiciones clínicas en las que se encuentran y su plan de atención, y cuando la paciente esté en condiciones de pasarla a la sala de expulsión.
- Es recomendable que las mujeres con embarazo normal que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas en fase latente para evitar intervenciones innecesarias (cesáreas innecesarias, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento.

Informar a las pacientes y a su familiar las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como:

- Sangrado transvaginal
- Dolor
- Contracciones uterinas
- Cefalea, acufenos y fosfenos.
- Edema de cara y manos
- Salida de líquido transvaginal
- Disminución de movimientos fetales

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando:

- Estado clínico de la paciente (inquieta o gran ansiedad)
- Accesibilidad de unidades de atención obstétrica(domicilio distante de la unidad de atención)

ATENCIÓN A LA MUJER EN FASE ACTIVA DE DEL TRABAJO DE PARTO(CALIDEZ, ACOMPAÑAMIENTO Y LÍQUIDOS ORALES Y PARENTERALES)

Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias.

Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente

apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto.

Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:

- Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos
- Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada
- Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente
- Asegúrese de preguntarle sus expectativas acerca del desarrollo del nacimiento de su bebé
- Ofrezca información a la paciente y a sus acompañantes de manera comprensible y pertinente
- Informe a la paciente los procedimientos que está realizando
- Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales
- Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer
- Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido
- Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo
- Disipe ideas erróneas y muestre, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto
- Obtenga el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen
- Si propone una exploración con fines docentes o si esta será repetida por profesionales en formación, explique a la paciente y solicite su permiso

Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.

Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos, pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto.

No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso; se debe evitar además el uso de soluciones glucosadas ya que pueden poner en riesgo a la madre y el recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

INDICACIONES PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO(TP) TABLA 2

Se entiende como trabajo de parto o dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas.

Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía, oxitócicos.

La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto.

La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 miliunidades por 1 ml; se recomienda iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades).

La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto.

USO DE ENEMA

No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.

El enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente.

Ante la evidencia de ámpula rectal llena detectada en la exploración clínica está justificada la realización de enema evacuante, ya que es incómoda y con altas probabilidades de que durante el pujo interfiera en la atención del periodo expulsivo.

TRICOTOMÍA

No existen pruebas suficientes en relación con la efectividad de la tricotomía en la atención del parto, reportando menor colonización bacteriana por gram negativos en las mujeres en las que la tricotomía no fue realizada.

Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva.

La tricotomía durante el trabajo de parto solo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente.

VACIAMIENTO VESICAL

Favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria.

Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto. No existen estudios relevantes para el cuidado de la vejiga en la atención del trabajo de parto, sin embargo, ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.

UTILIDAD DEL PARTOGRAMA

A pesar de la falta de evidencias suficientes sobre la utilidad del partograma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas importantes para el monitoreo en

la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto.

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma.

DILATACIÓN DEL CÉRVIX Y AMPLIACIÓN MANUAL DEL PERINÉ

No existen evidencias que den sustento a las maniobras manuales para ampliar el periné y pueden ocasionar edema vulvar.

No está sustentado de manera suficiente recomendar la utilidad de la dilatación manual del cérvix.

MONITORIZACIÓN TRANSPARTO

Algunos estudios no han mostrado la utilidad de la monitorización transparto cuando se realiza de manera generalizada en todas las embarazadas con trabajo de parto.

No se aconseja el uso generalizado de la cardiotocografía externa en embarazos de bajo riesgo: deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto.

Se sugiere monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) intraparto en las siguientes situaciones:

- Trabajo de parto prolongado
- Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina)
- Dificultad de auscultación de foco fetal
- El monitoreo fetal siempre debe hacerse en decúbito lateral izquierdo, en posición sentada o en media posición vertical

En los hospitales que atienden pacientes en trabajo de parto, se requiere la existencia de criterios técnico médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.

El uso de la CTG continua en lugares de escasos recursos no se recomienda; en su lugar puede utilizarse una combinación de CTG intermitente o auscultación intermitente con un estetoscopio de Pinard.

La auscultación del foco fetal puede hacerse por estetoscopio de Pinard, o Doptone.

No se recomienda el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados. En su lugar se recomienda la auscultación intermitente (con Pinard, monitor o doptone) de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, posterior a la contracción uterina, cada 30 minutos.

En los hospitales que atienden pacientes en trabajo de parto, se requiere la existencia de criterios técnico médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.

PERIODICIDAD DE LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FETAL Y MATERNO EN TRABAJO DE PARTO

En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo.

Por lo menos cada media hora se registrará en el partograma la frecuencia cardiaca fetal y la evolución del trabajo de parto hasta el período expulsivo.

El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales.

En la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo.

Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad de la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.

El profesional de la salud que atienda partos no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención.

UTILIDAD DE LA MOVILIZACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Deambular en la primera etapa (fase activa) del parto reduce la duración del trabajo de parto y no parece estar asociado con efectos adversos en la madre y en el recién nacido.

Durante el período dilatante del trabajo de parto se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación.

La posición cómoda se debe permitir siempre y cuando no exista contraindicación y se cuente con la infraestructura hospitalaria que garantice la seguridad de la paciente (camas y camillas con barandales, mesas de expulsión con áreas de sostén).

El personal de salud debe brindar un trato respetuoso, profesional y apegado a aspectos éticos y derechos humanos a las pacientes que soliciten atención durante el embarazo y parto.

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN TRABAJO DE PARTO

La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir de manera digna. El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y ya se cuenta con diversas estrategias no medicalizadas que ofrecen mejora y control del dolor obstétrico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto.
- Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, cambiar de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura, y otros.

En el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como de las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se verán reflejadas en el momento del parto.

Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.

La analgesia epidural es efectiva para controlar el dolor durante el parto, en comparación con el placebo y otros métodos, sin embargo, estas intervenciones no están exentas de efectos adversos, incluyendo un mayor riesgo de parto vaginal instrumental y cesárea cuando hay estado fetal inestable.

Se recomienda informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto, pudiendo incrementar el número de partos instrumentados o asistidos (fórceps). Por lo anterior, el uso de la analgesia obstétrica debe ser acompañado del consentimiento informado.

Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto, contando con las condiciones para ofrecer analgesia obstétrica,

como otras estrategias desmedicalizadas como lo son los métodos psicoprofilácticos, a través de las posiciones, la respiración y la relajación.

La analgesia obstétrica no se realizará de modo rutinario debiéndose recomendar previa evaluación de cada paciente y de preferencia cuando lo soliciten y se encuentren en condiciones obstétricas que no la contraindiquen.

El equipo médico debe explicar a la paciente los procedimientos quirúrgicos y anestésicos que se tengan previstos y obtener una carta de consentimiento informado para cada intervención.

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, consideran que para la aplicación del Bloqueo peridural no es necesario contar con 5 cm por lo que se debe individualizar cada caso para la aplicación de la analgesia obstétrica en la fase activa del trabajo de parto (4 cm o más) de acuerdo al estado clínico de la paciente, y tomando en cuenta el umbral del dolor individual, siempre y cuando se cuente con personal calificado para su administración y vigilancia.

El masaje corporal en pacientes en trabajo de parto puede llevarse a cabo cuando la paciente lo solicite y puede ser útil para el control del dolor obstétrico.

AMNIOTOMÍA EN EL TRABAJO DE PARTO

Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto.

En el uso de oxitocina más amniotomía, se debe monitorizar estrechamente la presencia de sangrado.

Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona con normalidad (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía y oxitocina.

El uso de prostaglandinas durante el trabajo de parto no puede controlar sus efectos adversos ya establecidos, debiéndose ser indicado por personal calificado y bajo vigilancia estrecha.

POSICIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO

Se considera inicio del segundo periodo del trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación, o dilatación completa.

Pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto.

Se recomienda que durante el parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre, cuando no exista contraindicación y que el personal que brinda

atención esté capacitado en la atención en esta posición al igual que la unidad de atención cuente con la infraestructura.

Se recomienda tomar en cuenta las actividades del personal de salud que atiende a la paciente en trabajo de parto, para no afectar los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto.

La posición vertical podrá ser recomendada cuando la paciente lo solicite y que la unidad hospitalaria cuente con la infraestructura, que el profesional de la salud esté capacitado o familiarizado con la técnica siempre y cuando no este contraindicada.

La Secretaría de Salud contempla la atención del parto en diferentes posiciones, para lo cual, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud (CENETEC) se diseñaron mesas y bancos ergonómicos para ese fin. Por lo que de contar con el recurso, se podrá ofrecer a la embarazada la opción en caso de que lo solicite.

Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical, de manera gradual.

ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERINÉ EM EL PERÍODO EXPULSIVO

Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarres de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.

USO DE EPISIOTOMÍA

La episiotomía individualizada frente a la rutinaria favorece el número de pacientes con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso.

La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente.

La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.

Antes de llevar a cabo una episiotomía deberá realizarse una analgesia adecuada.

La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho, el ángulo respecto del eje vertical

deberá estar entre 45 y 60 grados. (Consultar GPC *Uso racional de la episiotomía. Catálogo Maestro de Guías: SSA-206-09; GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada IMSS-608-13*).

MANIOBRA DE KRISTELLER

Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarres perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.

MOMENTO PARA EL PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL

Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer período de TP (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical.

El pinzamiento tardío (1-3 minutos en casos de asfixia fetal al nacimiento) está contra indicado..

ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL TERCER PERÍODO DE TRABAJO DE PARTO(ALUMBRAMIENTO)

Existen evidencias de que el manejo activo de la tercera fase del parto disminuye el riesgo de hemorragia postparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto.

Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto con fines de reducir la hemorragia posparto.

Lo anterior consiste en:

- Administrar agentes uterotónicos (oxitocina/y o ergonovina, y/o misoprostol)
- Aplicar tracción controlada o suave en el cordón umbilical
- Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado
- El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto

Las mujeres deben ser informadas (preferentemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

La oxitocina es el uterotónico de primera elección para el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, la dosis es de 10 UI inmediatamente después del nacimiento del recién nacido vía IM o IV si hay venoclisis colocada.

Se recomienda en pacientes con factores de riesgo para hemorragia obstétrica; la dosis de ergonovina es de 0.2 mg intramuscular (IM).

En caso de administración intravenosa, la oxitocina debe diluirse en 250 o 500 cc de solución fisiológica al pasar 30 minutos.

Puede aplicarse ergonovina en caso de no contar con oxitocina a dosis terapéutica si el médico lo considera necesario y que no esté contraindicada.

Con el uso de ergonovina, sola o con oxitocina, se debe monitorear en forma estrecha la presión arterial, manifestaciones de infartos al miocardio o accidentes vasculares cerebrales.

**La ergonovina o metilergonovina debe de indicarse con precaución pudiendo generar efectos graves en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía o arritmias.
La ergonovina o metilergonovina no debe administrarse en pacientes con:**

- **Hipertensión arterial sistémica**
- **Preclampsia**
- **Enfermedad cardíaca.**

La carbetocina siempre es una opción farmacológica de segunda línea para la prevención de la hemorragia.

La dosis intravenosa utilizada es de 100 µg en bolo, lentamente durante un minuto.

Cuando no se pueda administrar oxitocina o ergonovina la carbetocina puede ser indicada en forma preventiva en pacientes con altas probabilidades de sangrado posparto o de forma terapéutica ante falta de respuesta a otros uterotónicos en hemorragia obstétrica, siempre y cuando se cuente con el recurso.

Cuando es necesario utilizar prostaglandinas como segunda o tercera opción y se cuente con el recurso debe ser utilizado por profesionales de la salud capacitados o con experiencia en su uso. En caso de contar con misoprostol la vía oral en dosis de oral 400 mcg, 600 u 800 mcg está indicado.

Cuando la hemorragia posparto no responde al uso de oxitócicos, o ergovínicos se deben considerar el tratamiento quirúrgico, ya sea conservador o radical, de acuerdo a cada caso al criterio médico.

La tracción del cordón sostenida debe ser solo en unidades con personal calificado en la atención obstétrica.

En la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso.

La revisión del tono uterino posterior al nacimiento debe realizarse en toda paciente.

La OMS no menciona la recomendación o utilidad del factor VII para el control de la hemorragia obstétrica.

El uso del factor VII para el control de hemorragia en ginec obstetricia solo estaría justificado como protocolo de investigación o en pacientes con deficiencia del mismo. Evaluado en los comités de investigación y ética.

Si se opta por una tracción sostenida del cordón umbilical, esta deberá realizarse con el útero contraído y de preferencia al palpar una contracción para evitar eversión uterina.

Evitar la tracción forzada o insistente del cordón umbilical posterior al nacimiento si no hay desprendimiento completo de la placenta,

El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita, bajo consentimiento informado.

REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO Y ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO

Un estudio clínico, con fines de evaluar si existían diferencias en las complicaciones postparto en pacientes con o sin revisión de cavidad, no encontró diferencias significativas, considerando que no debe realizarse en forma rutinaria.

Está reconocido que la revisión de cavidad puede realizarse cuando:

1. Existe sospecha de retención de fragmentos placentarios o membranas.
2. Alumbramiento manual previo.
3. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anterior.
4. Presencia de hemorragia uterina postparto.
5. Parto pretérmino.
6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
7. Parto fortuito.
8. Óbito.

La revisión de la cavidad está recomendada solo en casos selectivos ante sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina post-nacimiento por sospecha de atonía uterina o para masaje uterino, bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infección.

En los casos en que no se cuente con personal capacitado para ofrecer analgesia o anestesia obstétrica adecuada y se requiera realizar revisión de cavidad o de canal de parto, el bloqueo local de pudendos puede considerarse.

En caso de no contar con personal de anestesia, la sedación puede ser administrada por personal médico previa información y autorización de la paciente, por escrito, para tratar que la revisión uterina sea menos molesta o incómoda.

En instalaciones o unidades con mínimos recursos de seguridad en la atención médica, la administración de algún anestésico debe practicarse solamente por médicos con formación en anestesia, o por alumnos bajo la supervisión de personal con experiencia y calificados.

Todo procedimiento de tipo invasivo debe ser registrado en el expediente clínico.

Se deben revisar el conducto vaginal, así como la presión arterial y frecuencia cardiaca.

En un estudio de cohortes que compara la revisión manual de la cavidad uterina vs revisión instrumentada cuidadosa (procedimiento que se realiza utilizando una pinza Forester con una gasa montada o con legras) demostró que existe una mayor incidencia de hemorragia postnacimiento en aquellos casos en los que se practica una revisión manual.

La revisión de la cavidad uterina instrumentada cuidadosa debe realizarse bajo indicaciones precisas, no en forma rutinaria.

Se recomienda realizar la revisión de cavidad uterina instrumentada cuidadosa en aquellas unidades médicas en donde se cuente con personal adiestrado y con experiencia.

En las Unidades de atención obstétrica se debe contar con capacitación para el personal de salud asignado a la atención obstétrica.

La revisión de la placenta se realiza colocándola sobre una superficie plana con fines de evaluar su integridad. Se observa primero la cara fetal y luego se invierte para evaluar la cara materna. La superficie desgarrada de la placenta indica retención parcial de cotiledones.

El alta hospitalaria temprana después del parto debe valorarse según las condiciones clínicas de la paciente.

BENEFICIOS DEL APEGO IMEDIATO Y LACTANCIA MATERNA INMEDIATA

Un estudio reporta que los niños amamantados exclusivamente al seno materno mostraron mayores beneficios ante problemas de salud como: sobrepeso, obesidad, infecciones respiratorias o gastrointestinales, comparados con aquellos sin lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el período postparto inmediato apoyando el contacto piel a piel.

Se recomienda el contacto temprano piel-piel de madres y recién nacidos sanos post-nacimiento, pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos (RN). Y que permanezca junto a su madre en todo momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del RN lo permitan.

Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con el RN.

Iniciar la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan.

El papel del apoyo doula puede ofrecerse a través del personal capacitado (internos, residentes, enfermeras).

4. ESCALAS DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

TABLA 1. ACCIONES A REALIZAR EN EL PRIMER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO A SU INGRESO A SALA DE LABOR

Nota de ingreso e indica el plan de manejo (Médico)
Nota médica, hoja de consentimiento informado, partograma en el servicio de admisión (Médico)
Signos vitales (Enfermera)
Vigilancia de las contracciones al inicio y cada 30 minutos (Sala de Labor)
Palpación abdominal: altura del fondo uterino, situación y presentación del producto
Presencia de secreciones vaginales: líquido, sangre o tapón mucosanguinolento (Médico/Enfermera)
Registro de percepción del dolor por la embarazada y su deseo de recibir opciones para aliviarlo (Médico/Enfermera)
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), mínimo un minuto inmediatamente después de la contracción, con palpación simultánea del pulso materno para diferenciarlos. Posteriormente, en forma intermitente cada 15 a 30 minutos con estetoscopio de Pinard o Doppler (Medico/Enfermería Perinatal).
Tacto vaginal en caso de que haya datos de establecimiento de la fase de labor (con privacidad, dignidad y confort para la mujer), posteriormente cada 2 horas o antes en caso necesario (Médico o Enfermera Perinatal)
Explicación de los hallazgos del tacto vaginal a la mujer (Medico o Enfermera Perinatal)*
Notificar a la enfermera cuando la paciente debe ser trasladada a sala de expulsión

Fuente: Procedimiento para otorgar Atención materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primer y Segundo nivel de atención 2650003001 IMSS, 2013.

TABLA 2 SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE BISHOP PARA LA EVALUACIÓN DE LA INDUCIBILIDAD

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

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

TABLA 3.- PARTOGRAMA EN LA VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO

PARTOGRAMA

Fecha

Hora

150																					
140																					
130																					
120																					

E.C.F. (X)

10																					
9																					
8																					
7																					
6																					
5																					
4																					
3																					
2																					
1																					
0																					

D I L A T A C I Ó N

IV																					
III																					
II																					
I																					

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Nombre

Edad

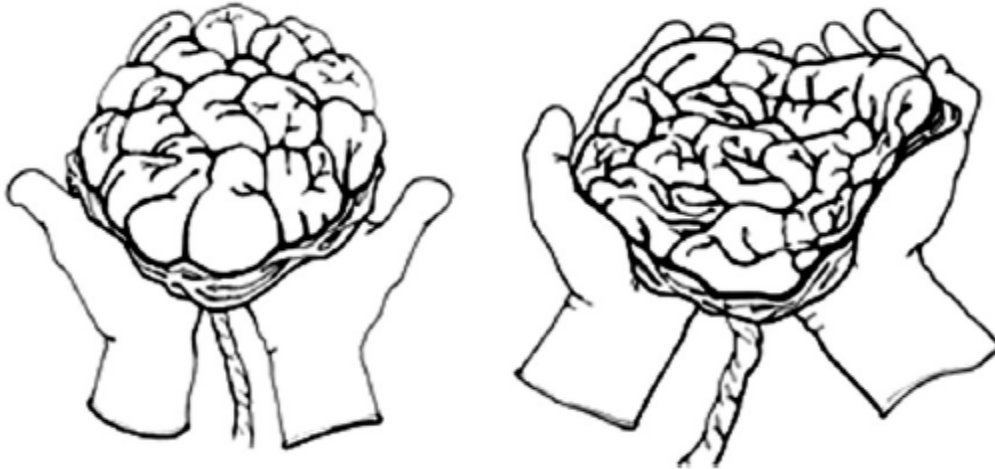
ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

MÉDICO

OBSERVACIONES

Fuente: NOM-007-SSA2-1993. Apéndice el Normativo

FIGURAS 1 EXPLORACIÓN DE LA PLACENTA POSTERIOR A SU EXPULSIÓN
EXPLORACIÓN DE PLACENTA EN CARA MATERNA



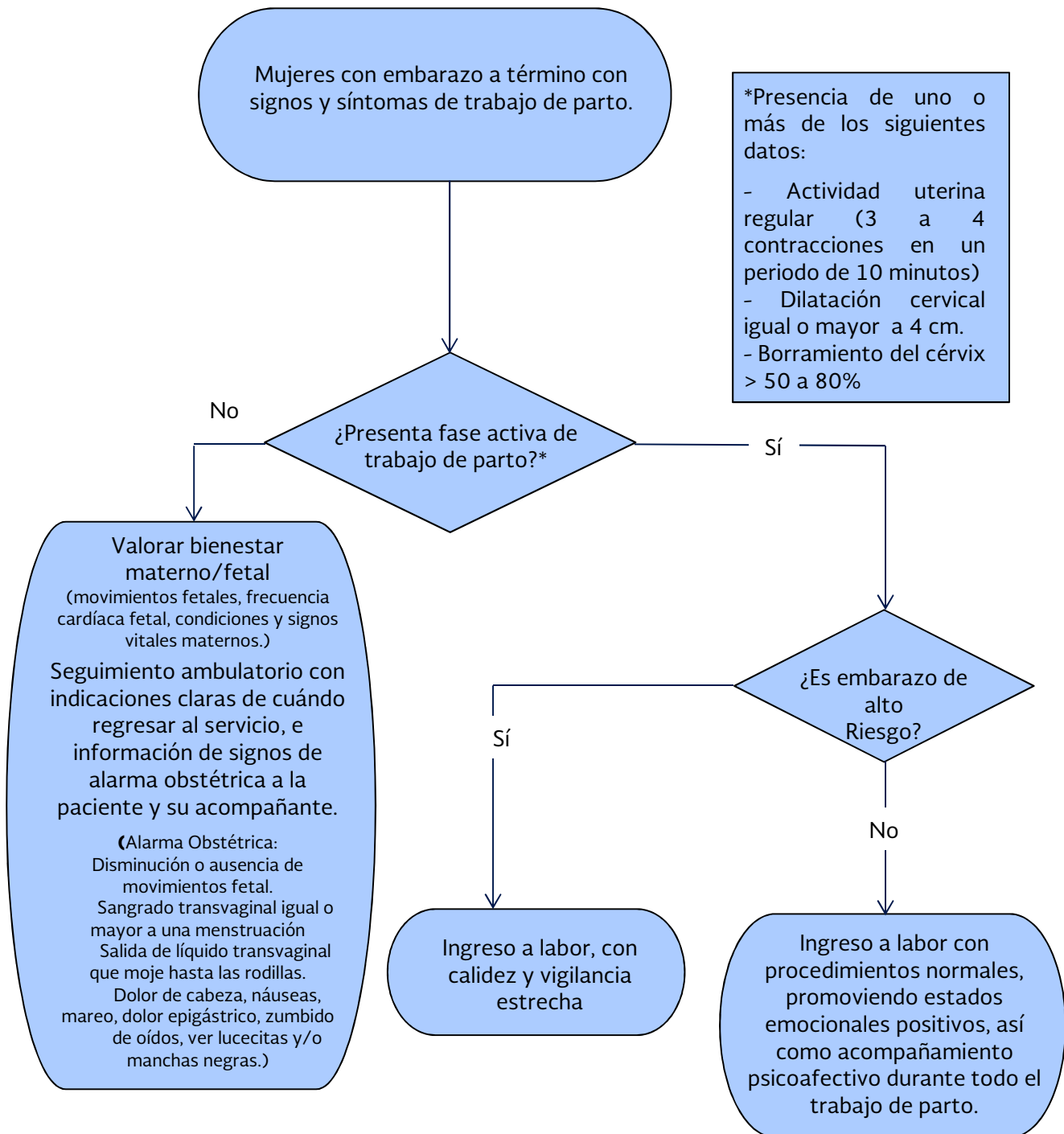
EXPLORACIÓN DE PLACENTA EN CARA MATERNA



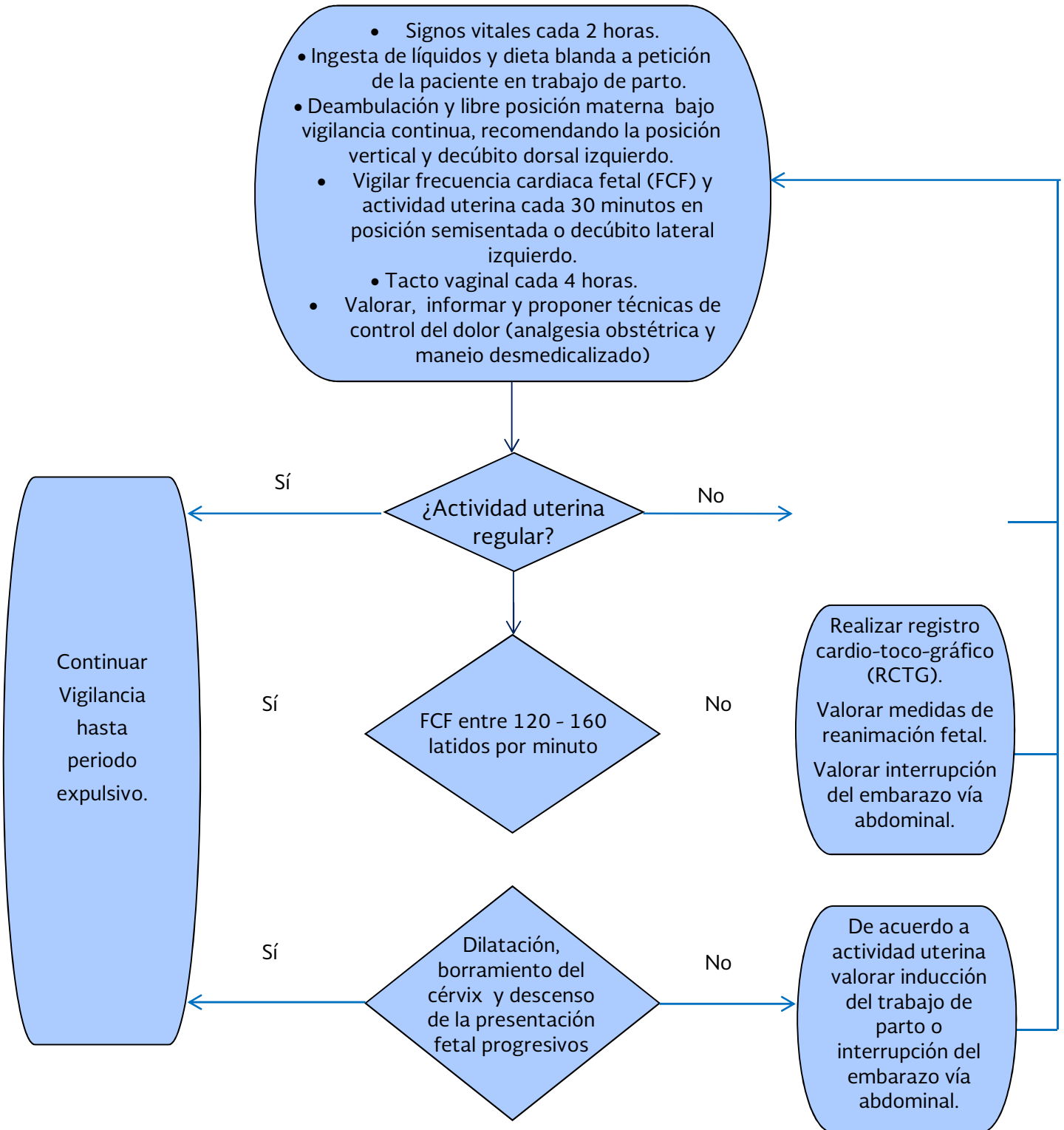
Tomado de: FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Intern J of Gyn Obst.2012;117:108-118

5. DIAGRAMAS DE FLUJO

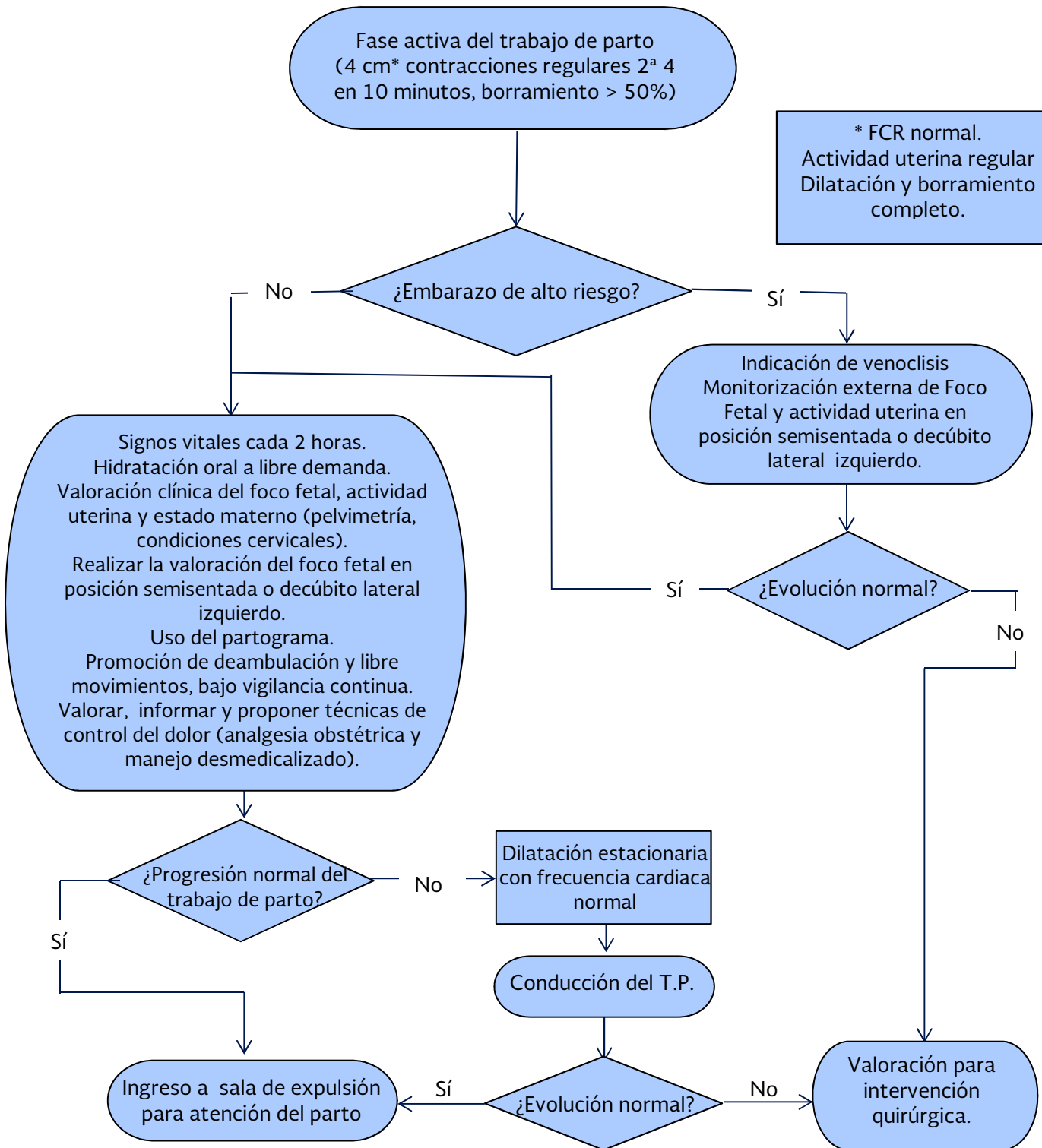
ALGORITMO 1. VALORACIÓN INICIAL EN ADMISIÓN HOSPITALARIA



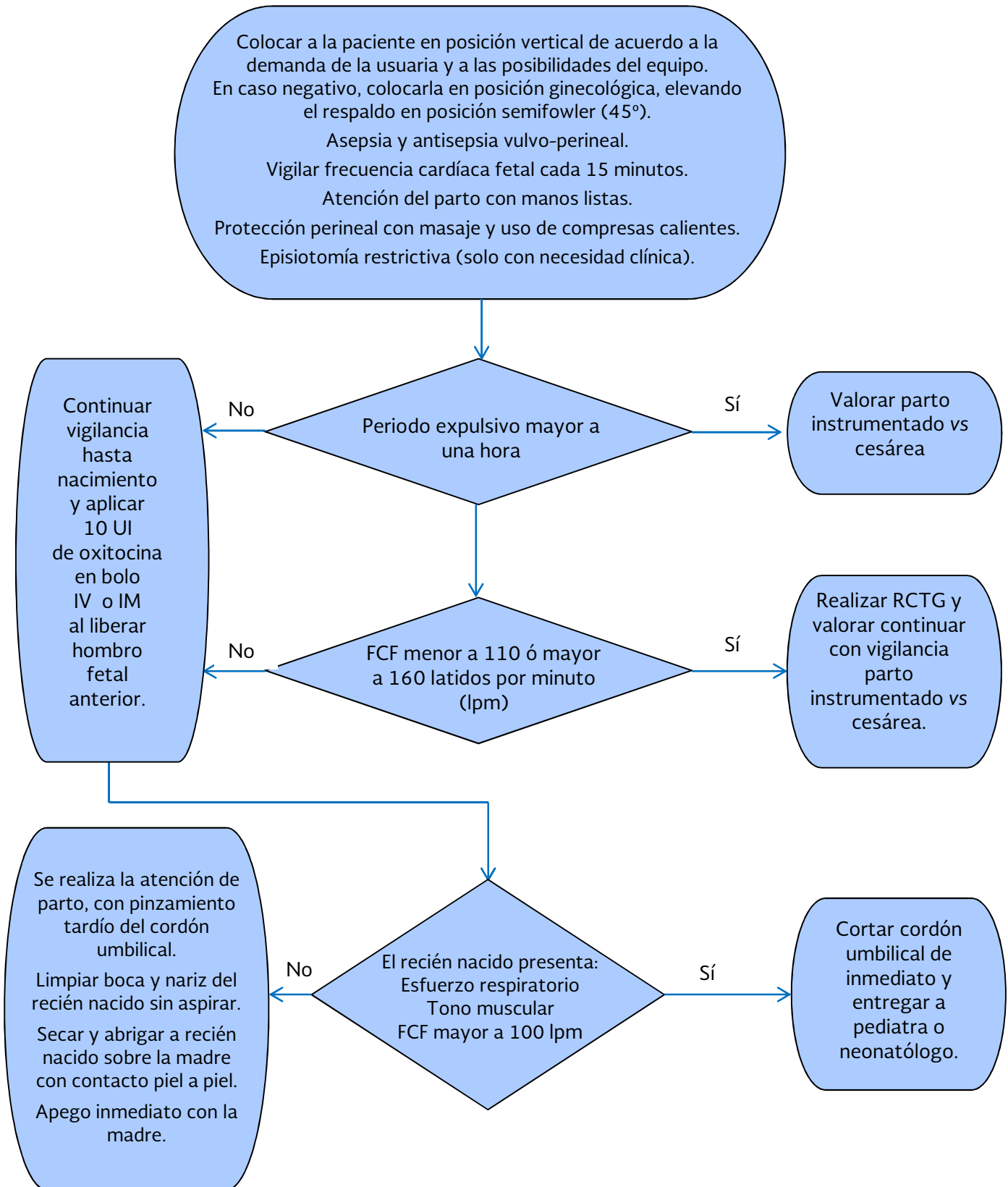
ALGORITMO 2. VIGILANCIA Y MANEJO DE LA PACIENTE EN FASE ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO (PRIMER PERÍODO DE TP)



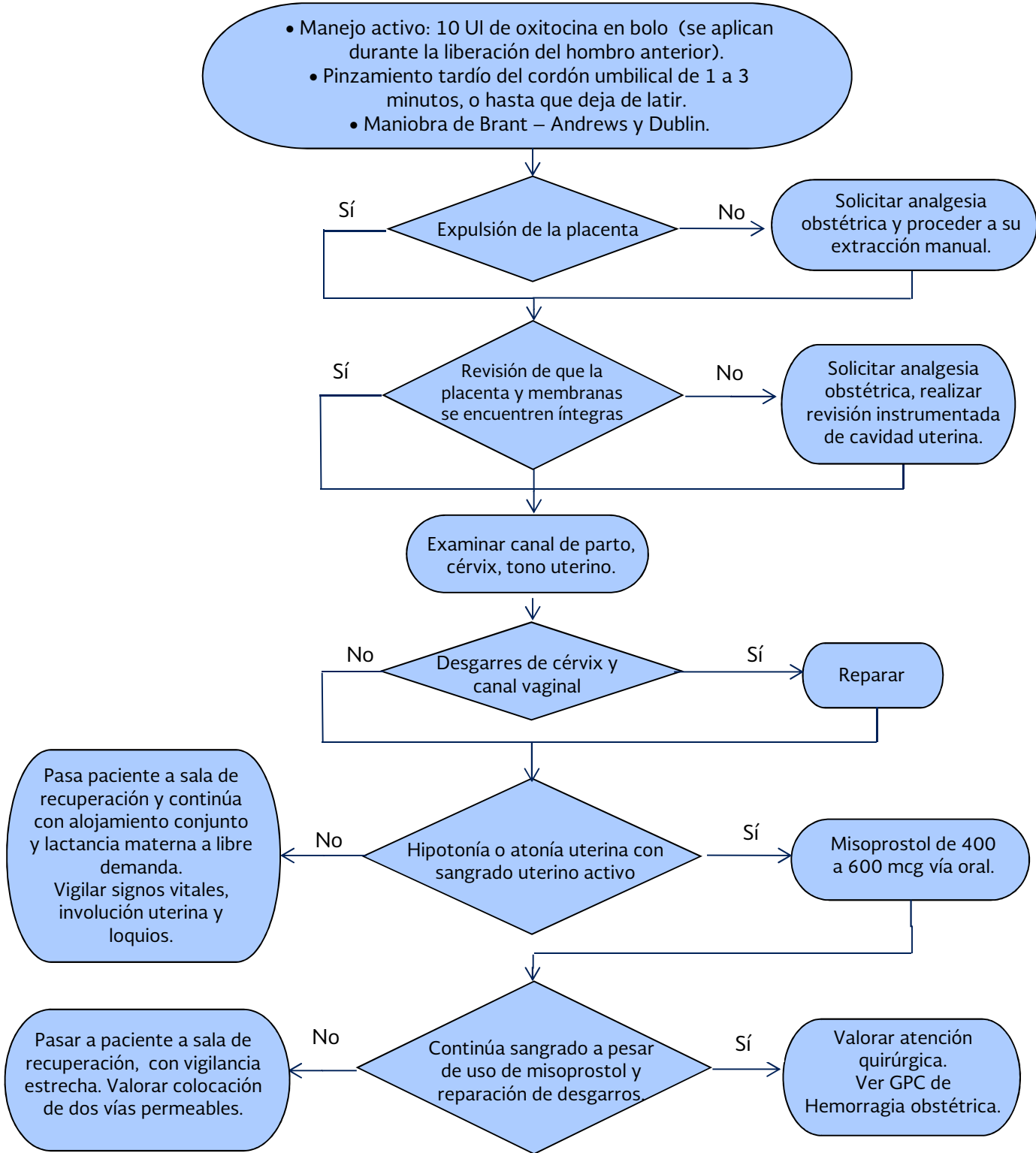
ALGORITMO 3. VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SERVICIO DE LABOR



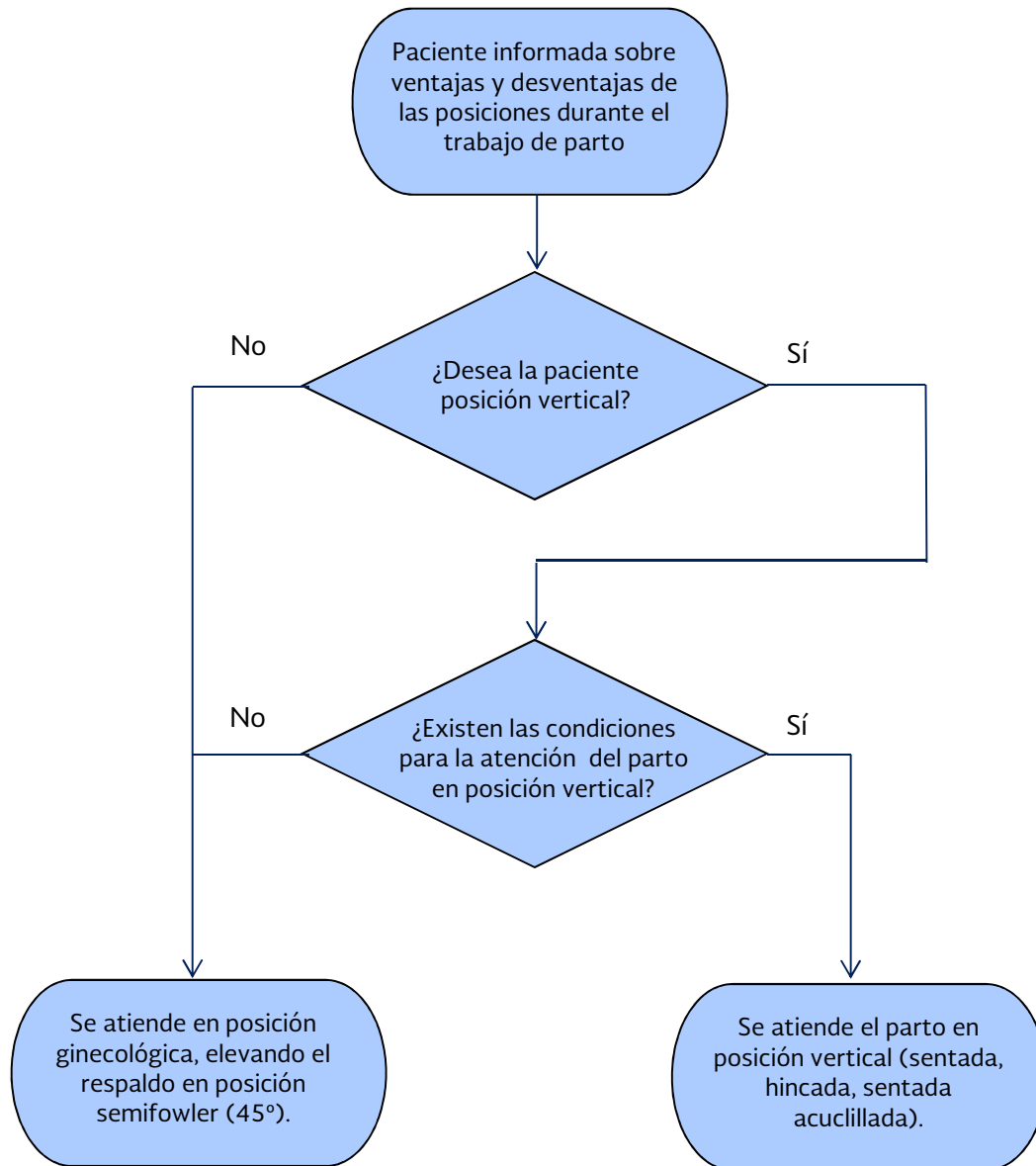
ALGORITMO 4. POSICIÓN EN PERIODO EXPULSIVO



ALGORITMO 5 ATENCIÓN DEL TERCER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO (ALUMBRAMIENTO)



ALGORITMO 6 POSICIÓN EN EL PERÍODO EXPULSIVO



6. DIAGRAMAS DE FLUJO

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en la atención del Parto de Bajo riesgo incluidos en el **Cuadro Básico de IMSS:**

Cuadro Básico de Medicamentos							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.1541.00	Carbetocina	100 µg intravenoso en un minuto dosis única	Solución inyectable Ámpula de carbetocina 100 µg en un mililitro	Solo administrar una dosis	Náuseas, dolor abdominal, prurito, vómito, bochornos, hipotensión, cefalea.	Potencializa su acción con oxitocina.	
040.000.1544.00	Ergometrina(ergonovina)	Una ampula de 0.2 mg Intramuscular(IM) en dosis única y se repetirá en a juicio del especialista	Ampolleta de 1 ml con 0.2 mg de maleato de ergometrina Envase con 50 ampolletas	Dosis de respuesta a juicio del especialista	Náuseas, vómito, astenia, convulsiones	Con anestésicos regionales, dopamina y oxitocina intravenosas, presenta vasoconstricción excesiva.	Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, hepática o renal, hipersensibilidad al fármaco, inducción de trabajo de parto y aborto espontáneo.
040.000.0262.00	Lidocaína 2 %	10 ml	Frasco ampula 50 ml	Dosis única	Reacciones hipersensibilidad, nerviosismo, somnolencia, parestesias, convulsiones, prurito, edema local, eritema.	Aumenta efectos adversos del sistema nervioso. Produce hipotensión y bradicardia con opioides y antihipertensivos, aumenta o disminuye efectos en el corazón de los	Hipersensibilidad a la lidocaína, hipotensión, infección en el sitio de aplicación, insuficiencia cardíaca.

040.000.1542.00	Oxitocina	Iniciar con 2 a 5 mU/min, con incrementos de 2 mU cada 15 minutos, con dosis máxima de 40 mU/min	Ámpula 5UI/ml	Variable	Ruptura uterina, colapso vascular, taquicardia, trastornos electrolíticos, contracción uterina tetánica, náusea, vómito, pulso rápido e irregular, convulsiones, muerte materna por hemorragia subaracnoidea.	antiarrítmicos. Otros oxitócicos y vasoconstrictores aumentan su efecto.	Polisistolia, hipertensión uterina, sufrimiento fetal, desproporción céfalo - pélvica, situación anormal del feto, placenta previa, cesárea corporal, cicatrices uterinas por metroplastias, cesárea iterativa, presentación pélvica.
040.000..0104.00	Paracetamol	1 gr VO	Caja de 10 tabletas de 500 mg	Cada 6 horas	6 Erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis tubulorenal e hipoglucemia	Aumento de riesgo de hepatotoxicidad en pacientes alcohólicos o con uso de fenobarbital, e fenitoína y carbamazepina. Aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al paracetamol, enfermedad hepática o insuficiencia renal grave.

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2014

ISBN: **978-607-7790-94-5**