

TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL. GUIAS DE PRACTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Dra. Elsa Andina

División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

I. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres y sus familias esperan con ansiedad el momento del parto. En una mujer el nacimiento de su bebé conlleva una cantidad de emociones y sentimientos que tienen su origen en su propia historia.

Cada madre vive el nacimiento de cada uno de sus hijos de manera distinta, según sus experiencias previas y presentes, y el recuerdo de ese acontecimiento la acompañará por el resto de su vida.

En este momento tan particular y trascendente, la participación del equipo de salud debe aportar no sólo solidez profesional sino también calidez humana.

Tener la capacidad de estar permanentemente atentos y listos para actuar ante la menor alteración del desarrollo normal del trabajo de parto o del nacimiento, comprendiendo que la prioridad es acompañar serenamente el desarrollo de un proceso natural es, probablemente el aprendizaje más difícil.

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 mujer.

Niveles de evidencia (NE)

(RCOG) Royal College Obstetric and Gynecologic

- I.a. Meta-análisis de estudios clínicos controlados aleatorizados.
- Ib. Al menos un estudio clínico controlado aleatorizado.
- II.a. Al menos un buen estudio controlado no aleatorizado.
- IIb. Al menos un buen estudio casi experimental.
- III. Estudios descriptivos no experimentales.
- IV. Reportes de comisiones de expertos o informes clínicos de autoridades con experiencia.

Grados de recomendación

(RCOG)

- a. Nivel de evidencia Ia o Ib.
(Hay evidencia para respaldar la recomendación).
- b. Nivel de evidencia IIa o IIb o III.
(Hay pobre evidencia para respaldar la recomendación).
- c. Nivel de evidencia IV.
(Hay evidencia insuficiente para respaldar la recomendación).

II. ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

1. Postura institucional

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.

2. Objetivos de la guía

- *Recomendar* la utilización de prácticas que han demostrado ser beneficiosas.
- *Sugerir* la utilización de prácticas que podrían ser beneficiosas.
- *Advertir* sobre prácticas cuyos resultados son dudosos o potencialmente dañinos.
- *Alertar* sobre prácticas que han demostrado ser perjudiciales.

3. Objetivos de la atención materno-fetal durante el trabajo de parto y parto

- Proteger la vida de la madre y el recién nacido.
- Detectar y tratar las complicaciones y actuar en forma oportuna y eficaz.
- Apoyar y acompañar a la madre, su pareja y su familia en el proceso del nacimiento del niño.

4. Atención durante el trabajo de parto y parto

El personal a cargo de la atención de

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

la parturienta debe:

- Respetar y cumplir con la postura institucional en cuanto a su compromiso con la madre y el niño en todos los aspectos mencionados.
 - Contar con los conocimientos y habilidades necesarios para:
 - Atender a la mujer durante el trabajo de parto, parto y postparto diagnosticando y proporcionando el manejo adecuado del mismo.
 - Reconocer las complicaciones y actuar rápidamente en consecuencia.
- Reconocer sus limitaciones a fin de*

Actividades prioritarias en el cuidado perinatal

1. La atención del embarazo normal y el nacimiento debería ser desmedicalizado.

1. La atención debería estar basada en el uso de tecnología apropiada .

2. El cuidado esencial debiera ser provisto con el mínimo de intervenciones y el menor uso de tecnología necesarios.

2. Definido como un grupo de acciones que incluyen procedimientos, técnicas, equipamientos y otras herramientas aplicadas para resolver un problema específico. Evitar el sobreuso de tecnología cuando procedimientos simples pueden ser de mayor costo-efectividad.

3. El cuidado debería estar basado en la evidencia.

3. Apoyado en las mejores investigaciones disponibles.

4. La asistencia debería ser regionalizada.

4. Basado en un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia desde centros de atención primaria a niveles terciarios de atención.

5. El cuidado debería ser multidisciplinario.

5. Obstetras, neonatólogos, enfermeras, psicólogos y asistentes sociales.

6. La asistencia debería ser holística.

6. Debiera considerar los aspectos intelectuales, emocionales, culturales y las necesidades de la mujer y sus niños y no sólo los aspectos biológicos.

7. El cuidado debería estar centrado en la familia.

7. Debieran integrarse las necesidades de la mujer y su hijo con las de su pareja y su familia.

Prioridades en el cuidado perinatal. Chalmers. Birth 2001; 28(2);79-83.

acudir a un nivel superior de atención si se requirieran intervenciones fuera de su competencia.

III. CONTROL PRENATAL

En las consultas prenatales, es importante consultar a la embarazada acerca de quién es la persona que quisiera que la acompañe durante el trabajo de parto y parto. La persona elegida (pareja, familiar, amiga, etc.) concurrirá con ella al curso de preparación para la maternidad y actuará como sostén afectivo y emocional durante el proceso del trabajo de parto y nacimiento.

Del mismo modo, se evitará el trato asimétrico por parte del personal de la Institución con el tuteo o denominaciones que no corresponden o que puedan ser interpretadas como irrespetuosas.

Se informará a las pacientes durante el control prenatal de aquellas circunstancias anormales que ameritan una consulta con el médico: a) pérdida de líquido o sangre por genitales; b) contracciones uterinas regulares; c) dolor abdominal o pelviano diferente al de las contracciones preparatorias de trabajo de parto (punzante, que no cede, intenso, etc.); d) Disminución de los movimientos fetales; e) sensación de malestar general; f) fiebre, etc.

IV. TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL

1. Definición

El trabajo de parto se divide en:

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

Fase 2 o activa: Se compone de 3 períodos:

Primer período: 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: Se inicia cuando el cuello uterino alcanzó la dilatación completa y fina-

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

liza cuando el feto es expulsado.

Tercer período: Comienza cuando se produce la expulsión fetal hasta la salida de la placenta (alumbramiento).

2. Reconocimiento del verdadero trabajo de parto

Enseñar a la embarazada a reconocer los signos de un verdadero trabajo de parto reduce el número de consultas a guardia por falsos trabajos de parto (NE I).¹

.....
• La educación específica antenatal reduce el número de visitas por falso trabajo de parto.

• Lauzon L, Hodnett. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002.

• Diferencia de medias: -0,29 (IC 95%= 0,47-0,11).
.....

3. Condiciones de admisión en área de trabajo de parto y parto

Contracciones 2-4 en 10 minutos con dolor abdominal y en hipogastrio (muchas veces precedida por la pérdida de tapón mucoso) acompañada por cambios cervicales (acortamiento, reblandecimiento (70%-80% y dilatación 3-4 cm).

Es recomendable que las mujeres con embarazo normal que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean admitidas en el área de control de trabajo de parto para evitar intervenciones innecesarias. Sin embargo, cuando hay dudas respecto a si la paciente está iniciando o no su trabajo de parto, es conveniente que no sea enviada a su casa sino que permanezca en un área donde su evolución y el bienestar fetal puedan ser controlados. En este caso, la paciente debe ser reevaluada (en lo posible por el mismo profesional) a las dos horas, para establecer si hubo modificaciones en el borramiento y dilatación del cuello uterino. En tanto, es conveniente que deambule e ingiera líquidos y alimentos en forma moderada.

Al ingreso se debe consignar cuidadosamente en la hoja de internación los antecedentes personales, obstétricos prenatales y datos de estudios ecográficos y de laboratorio realizados, con la fecha de su realización, así como el estado *integral* de la paciente en el momento de la internación. Si no tuviere

control prenatal se realizará un monitoreo fetal y una ecografía obstétrica para detectar una eventual discordancia con la edad gestacional por fecha de última menstruación referida por la paciente, volumen de líquido amniótico y presencia o no de movimientos fetales. Se realizará un laboratorio mínimo de grupo y factor RH, Hcto, Hb, glucemia, proteinuria por tira y HIV rápido, y un electrocardiograma, completándose los estudios una vez que pase a la sala de internación. Se realizará inmunización anti-tetánica si no la hubiera recibido. Se dejará constancia de la presencia o no de rotura de membranas, pérdida de líquido (y sus características) o sangre, actividad fetal, antecedentes de alergia, uso de medicamentos y tiempo desde la última ingesta.

3.1. Examen físico

Temperatura, pulso, presión sanguínea, examen clínico general, palpación abdominal, altura uterina, situación fetal, control de contracciones (frecuencia, intensidad y duración de las contracciones y tono uterino entre las mismas) y FCF entre y después de las contracciones.

3.2. Examen genital

Observar la presencia o no de lesiones herpéticas, diagnosticar rotura de membranas, tacto vaginal para determinar las características de posición, reblandecimiento, acortamiento y dilatación del cuello uterino y altura y variedad de la presentación fetal.

4. Sala de dilatante

La sala de control de trabajo de parto deberá ser confortable, ordenada y limpia, sin ruidos altisonantes y con los elementos a utilizar accesibles al profesional que lo asiste, cada uno de ellos colocados en el lugar que le corresponde.

4.1. Higiene

Al ingreso la paciente deberá higienizarse adecuadamente (baño con agua caliente y jabón) y vestirse con ropa cómoda y limpia (NE III).

4.2. Acompañante

No sólo no se dificultará sino que por el contrario se estimulará (a menos que existan razones en contrario) la presencia de un/una acompañante durante el trabajo de parto y parto.

La presencia continua del acompañante, es-

pecialmente adiestrado (doula) durante el trabajo de parto y parto, reduce la utilización de medicación para calmar el dolor, los nacimientos operatorios vaginales, el nacimiento por cesárea y el score de Apgar menor de 7 a los 5 minutos. El soporte continuo también se asocia con una clara reducción en la duración del trabajo de parto (NE Ia).² En nuestro medio, contamos con **obstétricas** preparadas para dar apoyo emocional y físico, ofrecer información de manera continua y favorecer el inmediato contacto entre la madre y su hijo recién nacido. La presencia de un familiar es recomendable para dar apoyo emocional a la madre, aun cuando hay que considerar que las características de la estructura edilicia actual del área dificultan la privacidad e intimidad de la mujer. La presencia de la pareja o del familiar que la futura madre elija, preferentemente debe estar preparada para enfrentar las circunstancias del trabajo de parto y parto, conocer las características de la institución en cuanto a su estructura edilicia y a su condición de hospital docente, para lo cual es importante su asistencia junto a la embarazada a los cursos de preparación para la maternidad dentro del cual está previsto una visita guiada a los sectores de control de trabajo de parto, salas de parto y cirugía y salas de internación. Los profesionales evaluarán en el caso particular de acompañantes no preparados previamente, si existen razones valederas para no permitir su presencia en sala de control de trabajo de parto y sala de partos.

Es importante que el número de personas que asisten a la embarazada sea el mínimo indispensable y preferentemente que sea **el mismo obstetra** quien la asista a lo largo del trabajo de parto y parto.

.....
Acompañante

- Hodnett: The Cochrane Library, Volume (Issue 1) 2.002 (Review).
- n= 5.000.
- Intervención: Acompañante durante el trabajo de parto.
- Resultados:
 - Disminución de medicación analgésica.
 - Disminución de nacimientos vaginales operatorios.

- Disminución de nacimientos por cesárea.
- Score de Apgar <7 a los 5 minutos.
- Menor duración del trabajo de parto.
- Mayor satisfacción materna.

4.3. Rasurado

No se realizará rasurado perineal a las mujeres en trabajo de parto. La enfermera realizará un corte al ras del pelo pubiano con tijera limpia, no esterilizada.

Hay insuficiente evidencia para recomendar rasurado perineal para mujeres admitidas en trabajo de parto (NE Ia).³

Rasurado

- Basevi: The Cochrane Library, Vol (Issue)1. 2002.
- n= 539.
- Intervención: recorte de pelo vulvar solamente.
- Control: rasurado perineal.
- Resultados:
 - Morbilidad febril materna.
 - OR 1,26 (IC 95%,75-2,12).
- Conclusiones: Hay insuficiente evidencia para recomendar rasurado perineal en mujeres admitidas en trabajo de parto.

4.4. Enema

No se realizará enema de rutina. No hay suficiente evidencia para evaluar el uso de enemas de rutina durante el primer estadio del trabajo de parto, en relación a la duración del mismo, morbilidad materna y neonatal (NE Ia).⁴

Enema

- Cuervo: The Cochrane Library, Volume (Issue 2) 2.002.
- n= 665.
- Intervención: enema durante el primer estadio del trabajo de parto.
- Resultados principales:
 - Tasa de infección materna.

Hay que tener la capacidad de estar permanentemente atentos y listos para actuar ante la menor alteración del desarrollo normal del trabajo de parto o del nacimiento, comprendiendo que la prioridad es acompañar serenamente el desarrollo de un proceso natural que es, probablemente, el aprendizaje más difícil.

- OR 0,61 (IC 95%, 36-1,04).
- Conclusiones: No hay suficiente evidencia para evaluar el uso de enemas en forma rutinaria durante el primer estadio del trabajo de parto.

4.5. Posición materna

Las mujeres deben ser animadas a adoptar la posición que encuentren más confortable durante el trabajo de parto y parto, preferentemente vertical (sentada o deambulando) o en decúbito lateral izquierdo (NE Ia).^{5,6}

Posición materna

durante el trabajo de parto

- Bloom SL, McIntire DD, et al. Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery. The New England Journal of Medicine 1998; 339(2):76-79.
- n= 1.067.
- Intervención: Caminar durante el primer estadio del trabajo de parto.
- Resultados:
 - Duración del trabajo de parto (p= 0,83).
 - Necesidad de ocitócicos (p= 0,25).
 - Necesidad de analgésicos (p= 0,59).

- Fórceps (p= 0,25).
- Cesáreas (p= 0,35).

- Conclusiones: No hay diferencias significativas.

Posición materna durante el nacimiento

- Gupta: The Cochrane Library, Volume (Issue 1) 2002.
- n= 1.089.
- Intervención: posición vertical durante el nacimiento.
- Control: posición acostada.
- Resultados:
 - Nacimientos asistidos OR 0,82 (IC 95% 0,69-0,98).
 - Episiotomía OR 0,73 (IC 95% 0,64-0,84).
 - Pérdidas sanguíneas >500 ml OR 1,76 (IC 95% 1,34-3,32).
 - Dolor durante el 2º estadio: 0,59 (IC 95% 0,41-0,83).

4.6. Hidratación parenteral

La hidratación intravenosa no es necesaria para todas las mujeres en trabajo de parto normal, con el agravante de que limita su comodidad y movimientos.

Las pacientes en trabajo de parto deben ingerir líquidos claros azucarados y alimentos livianos en forma moderada.

El riesgo de aspiración se asocia con el riesgo de anestesia general. El riesgo de aspiración del contenido gástrico durante la anestesia, si bien de es un accidente de muy baja frecuencia, es real y serio (Síndrome de Mendelson), por lo que es importante evaluar la probabilidad de que en algún momento se deba efectuar anestesia general. El trabajo de parto produce un enorme gasto de energía. La restricción severa de alimentos puede producir deshidratación y cetosis. Esto puede ser prevenido ofreciendo líquidos a la madre durante el trabajo de parto y alimentos livianos, fácilmente digeribles, en forma moderada. A causa de que las infusiones intravenosas de rutina interfieren con el proceso natural y el libre movimiento de la mujer, la colocación precoz de una vía endovenosa cuando no existe una indicación precisa debe ser evitada, ya que constituye una indicación innecesaria.

La hidratación parenteral se reservará para aquellas pacientes deshidratadas, con vómitos, con conducción anestésica (para evitar la hipotensión) o con riesgo de hemorragia postparto que pueda requerir una vía EV para la administración de medicamentos (trabajo de parto prolongado, multiparidad o sobredistensión uterina, etc.) (NE IIa),⁷ en cuyo caso sería recomendable colocarla cerca del momento del parto.

Hidratación oral/EV

- Sleutel M, Golden S, Sherrod RN. Fasting in labor: Relic or Requirement. JOGNN 1999; 28(5):507-512.
- Diseño: review.
- Los estudios no avalan la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto para prevenir aspiración gástrica.
- Morbimortalidad materna por aspiración: 7/10.000.000.

4.7. Evolución del trabajo de parto

Contracciones uterinas: Se realizará el control de las contracciones uterinas por palpación abdominal registrando tono, intensidad, duración y tiempo entre contracciones. El tono normal permite la depresión con facilidad del útero y el reconocimiento de las partes fetales. La frecuencia de las contracciones es de 2 a 5 desde el inicio hacia el final del trabajo de parto en 10 minutos, con una duración palpatoria que varía entre 20 y 50 segundos. Se registrará cada hora en el partograma hasta el período expulsivo. El examen vaginal en la fase latente del trabajo de parto no proporciona mayores datos e incrementa el riesgo de morbilidad infecciosa. Por lo tanto, cuando la mujer entra en la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de asepsia (lavado de manos, asepsia vulvoperineal) para identificar el progreso del mismo (NE III).^{8,9} *Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo con ocitócicos (ver Guía).*

4.8. Partograma

Se registrará la evolución del trabajo de parto (contracciones, frecuencia cardíaca fetal, dilatación y altura de la presentación fetal, en la forma y tiempo que corresponda según la presente guía consignando el horario de los controles y las eventuales indicaciones.

El partograma del trabajo de parto ofrece una base objetiva para el manejo del segundo estadio del trabajo de parto (NE IIa).¹⁰

Partograma durante el segundo estadio del trabajo de parto

- Sizer Ar, Evans J, Bailey SM, Wiener J. A second-stage partogram. Obstet Gynecol 2000; 96(5) 678-83.
- Diseño: de cohorte observacional analítico.
- n= 1413 multíparas y nulíparas.
- Objetivo: Determinar la utilidad de score diagnóstico del segundo estadio del trabajo de parto para predecir modo de nacimiento y duración del trabajo en base al normograma.
- Resultados:
 - Nacimiento vaginal espontáneo.

- Resultados: OR 1,68 para nulíparas, OR 1,59 para múltiparas.
- Chance de nacimiento vaginal instrumental: OR 0,67 para nulíparas y OR 0,64 para múltiparas.
- Cesárea de emergencia: OR 0,39 para nulíparas.
- Conclusiones: El partograma ofrece una base objetiva para el manejo del 2° estadio del trabajo de parto.

Si una mujer desarrolla fiebre intra parto (>38° C), se debe evaluar la presencia de corioamnionitis y se debe tratar. Se debe indicar tratamiento antibiótico ante el riesgo de sepsis a estreptococo B en el neonato (Penicilina G, 5.000.000 de unidades, seguidas de 2.500.000 de unidades cada 4 horas). La fiebre intraparto es un importante predictor de morbilidad y de mortalidad relacionada con infección.¹¹

4.9. Amniotomía precoz

*No se realizará amniotomía precoz de rutina. La amniotomía precoz se reservará para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto (NE Ia).*¹²

La amniotomía precoz de rutina se asocia con riesgos y beneficios. Los beneficios incluyen una reducción en la duración del trabajo de parto y una posible reducción en el score de Apgar anormal a los 5 minutos. No hay evidencia de que la amniotomía temprana de rutina reduzca el número de cesáreas; por el contrario pareciera haber una tendencia a aumentar el riesgo de intervención cesárea a causa de un aumento del distress fetal cuando se realiza la amniotomía precoz. Hay un aumento de la compresión de la cabeza fetal, un aumento de las desaceleraciones variables y mayor riesgo de prociencia de cordón.

Amniotomía precoz

- Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2002.
- n= 4.000.
- Intervención: amniotomía precoz.
- Resultados:
 - Duración del T.de P (reducción 60-120 minutos).
 - Operación cesárea OR 1,26 (IC 95% 0,96-1,66).

- PH cordón y admisión del RN en UCIN: No diferencia.
- Uso de ocitocina OR 0,79 (IC 95% 0,67-0,92).

4.10. Monitoreo fetal intraparto vs. auscultación fetal intermitente

*El monitoreo electrónico fetal intraparto deberá reservarse para embarazos de riesgo o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto.*¹²

El control de la frecuencia cardíaca fetal se realizará cada 15', durante 1 minuto: antes, durante y después de las contracciones. Se evaluará y registrará FCF basal, existencia de aceleraciones y existencia de desaceleraciones asociadas o no con las contracciones uterinas.

Monitoreo electrónico fetal intraparto

- Centres for reviews and dissemination reviewers. Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update (screening). Database of Abstracts of reviews of effectiveness. Issue 1, December 2002.
- Apgar al minuto, admisión a UCIN, muerte perinatal o parálisis cerebral: no se observaron diferencias.
- Tasa de operación cesárea: RR 1,41 (IC 95% 1,23-1,61).
El riesgo de operación cesárea fue mayor en embarazadas de bajo riesgo.
- Nacimientos operatorios vaginales RR 1,20 (IC 95% 1,11-1,30).

5. Indicaciones del monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal intraparto (SOGC, 1995)

- Trabajo de parto prolongado.
- Uso de ocitocina.
- Auscultación no confiable.
- Riesgo de acidosis.

5.1. Analgesia

Como se ha dicho, la presencia del acompañante y la posición materna durante el trabajo de parto disminuyen la necesidad de analgésicos.

Los analgésicos sistémicos más utilizados

son los narcóticos, que pueden ser altamente efectivos pero cuyos efectos secundarios prohíben el uso de grandes dosis. Los efectos colaterales maternos son depresión respiratoria, náuseas, vómitos, hipotensión y disminución de la motilidad gastrointestinal. La meperidina tiene menor efecto emético que la morfina y tiene menor efecto sobre el cerebro fetal. La transferencia placentaria de meperidina es rápida y el grado de depresión neonatal se relaciona con la cantidad de droga transferida al feto. La depresión máxima ocurre cuando el nacimiento se produce entre 2-4 horas después de la administración de la droga, no observándose depresión en el RN cuando el niño nace dentro de la hora de la administración. La administración de meperidina con prometazina tiene un efecto significativo sobre el número de aceleraciones y la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal durante la fase activa del trabajo de parto normal.¹³

5.2. Analgesia epidural

No se realizará analgesia epidural de rutina. La analgesia epidural se realizará previa evaluación de cada paciente en particular (NE Ia).¹⁴

Analgesia epidural

- Howell CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
- n= 3.157
- Intervención: Anestesia epidural.
- Resultados:
 - Dolor en el 1^{er} estadio del trabajo de parto: OR 0,20 (IC 95% 0,09-0,45).
 - Dolor en el 2^o estadio del trabajo de parto: OR 0,92 (IC 95% 0,45-2,05).
 - Hipotensión materna: OR 4,78 (95%CI 1,04-22,04).
 - Necesidad de aumento de ocitocina: OR 1,99 (IC 95% 1,52-2,60).
 - Fiebre >38° C OR 4,07 (IC 95% 2,49-6,67).
 - Malposición fetal OR 2,29 (IC 95% 1,10-4,75).
- Nacimientos vaginales operatorios: OR 1,93 (IC 95% 1,46-2,54).
- Tasa de cesáreas: OR (IC 95% 1,30 0,83-1,83).
- Ingreso a UCIN OR 0,71 (IC 95% 0,12-4,14).
- Hipoglucemia neonatal 3,31 (IC 95% 1,04-10,47).

5.3. Masaje perineal

Se evitará realizar masaje perineal durante el trabajo de parto.

No hay evidencia de que el masaje perineal durante el trabajo de parto prevenga lesiones perineales, disminuya el dolor, la dispareunia o los problemas urinarios o fecales (NE Ia).¹⁴

Masaje perineal

- Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. BMJ 2001; 322 :1277-80.
- n= 1.340.
- Resultados:
 - Tasas de perine intacto, desgarros de 1^o y 2^o grado y episiotomías: no diferencia.
 - Desgarros 3^{er} grado RR 0,45 (IC 95% 0,23-0,93).

5.4. Dilatación completa

Inicio del 2^o estadio del trabajo de parto.

Si el trabajo de parto se ha desarrollado normalmente, *llegada a la dilatación cervical completa, la paciente será trasladada a la Sala de Partos.*

En ese momento se colocará un catéter endovenoso a fin de tener una vía que permita actuar rápidamente en caso de necesidad de drogas, fluidos, etc.

5.5. Pujo

Si el trabajo de parto se desenvuelve normalmente, no se hará pujar a la parturienta si no lo desea.

En condiciones normales, se evitará el pujo involuntario durante el 2^o estadio del trabajo de parto. Evitar el pujo involuntario es beneficioso y resulta en una reducción en los nacimientos difíciles en mujeres nulíparas, y en un incremento de nacimientos espontáneos (NE Ia).¹⁵⁻¹⁷

Pujo involuntario

- Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing early or pushing late with epidural) Study Group. Am J Obstet

Gynecol 2000; 182:1165-72.

Sugiere que retrasar el inicio del pujo es beneficioso y resulta en una reducción de los nacimientos dificultosos en nulíparas y en un aumento de los partos normales.

- Roodt: Pushing leaving down methods used during the second stage of labor. Protocol. The Cochrane Library, Volume (Issue 1) 2002.

5.6. *Presión fúndica*

No se realizará presión fúndica durante el 2º estadio del trabajo de parto (NE 1a)¹⁸ por la posibilidad de producir serias lesiones fetales y maternas.

Presión fúndica durante el 2º estadio del trabajo de parto

- Simpson K, Knox G. Fundal pressure during the second stage of labor. MCN AJ Matern Child Nurs 2001; 26:64-70. (Review).
- Implicancias médico-legales de las injurias feto-neonatales relacionadas con el uso de la presión fúndica durante el 2º estadio del trabajo de parto.

5.7. *Episiotomía restrictiva*

No se realizará episiotomía de rutina. Se realizará episiotomía previa evaluación de cada caso en particular (NE Ia).¹⁹

Episiotomía restrictiva

- Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2002.
- n= 4.850.
Trauma perineal posterior, RR 0,88 (IC 95% 0,84-0,92).
Suturas RR 0,74 (IC 95% 0,71-0,77).
Complicaciones en la cicatrización RR 0,69 (IC 95% 0,56-0,85).
Trauma perineal anterior RR 1,79 (IC 95% 1,55-2,07).
Trauma perineal o vaginal severo RR 1,11 (IC 95% 0,83-1,50).
Dispareunia RR 1,02 (IC 95% 0,90-1,16).
Incontinencia urinaria RR 0,98 (IC 95% 0,79-1,20).

5.8. *Protección manual del periné*

Se pondrá especial énfasis en la protección manual del periné durante la expulsión fetal (NE IV).²⁰

Protección manual del periné durante el nacimiento

- Renfrew MJ, Alberts L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. Birth 1998; 143-60.
Sugiere estudiar el rol de la protección manual del periné en la atención del nacimiento frente a fuertes opiniones existentes en los trabajos ingresados a esta revisión.

5.9. *Ligadura del cordón umbilical*

Se realizará el clampeo y ligadura del cordón umbilical cuando el mismo deje de pulsar (a excepción de que el RN esté deprimido) tiempo durante el cual el RN estará al nivel de la placenta. (NE Ia).²¹ Ver guía incompatibilidad RH.

Clampeo de cordón

- Grajeda R. Clampeo tardío del cordón umbilical mejora el estado hematológico de los niños de Guatemala a los 2 meses de edad. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) Am J CI Feb Nutr 1997.
- Grupo 1: Clampeo inmediato al nacimiento n= 21
- Grupo 2: Clampeo cuando el cordón cesa de pulsar con el niño ubicado a nivel de la placenta (n= 26).
- Grupo 3: Clampeo cuando el cordón cesa de pulsar con el niño ubicado por debajo del nivel de la placenta (n= 22).
- Resultados:

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Hcto <0,33	88%	42%	55%

5.10. *Manejo del 3º estadio del trabajo de parto*

Previa a la expulsión placentaria se administrarán ocitócicos.

Se realizará tracción controlada del cordón umbilical (NE 1a).²²

.....
Ocitócicos

- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
 - Intervención: ocitócicos y tracción controlada del cordón umbilical.
 - Resultados:
 - Pérdida sanguínea: Dif de medias -79,33 ml (IC 95% -94,29/-64,37)
 - Hemorragia postparto demás de 500 ml: RR 0,38 (95%CI 0, 32-0,46) Duración del 3^{er} estadio: Dif de medias -9,77 minutos (IC 95% -10,00/-9).
 - Náusea materna: RR 1,83 (IC 95% 1,51-2-23).
 - No se observaron ventajas o desventajas para el niño.
-

5.11. Reparación perineal

Se realizará con sutura continua con material sintético absorbible (NE Ia).^{23,24}

.....

Técnica de sutura

- Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
 - n= 1.864.
 - Intervención: sutura continua.
 - Control: sutura puntos separados.
 - Resultados: Dolor OR 0,68 (IC 95% 0,53-0,86).
-

Material de sutura

- Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2002.
- n= 530.
- Intervención: sutura con material sintético absorbible (poliglicólico).
- Control: sutura con catgut.
- Dolor en los primeros 3 días: OR 0,62 (IC 95% 0,54-0,71).
- Dolor entre 4-10 días: OR 0,71 (IC 95% 0,58-0,87).
- Necesidad de analgésicos OR 0,63 (IC 95% 0,52-0,77).

- Dehiscencia de sutura OR 0,45 (IC 95% 0,29-0,70).
 - Resutura: OR 0,26 (IC 95% 0,10-0,66).
-

5.12. Permanencia del neonato sano con su madre
El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.

5.13. Amamantamiento

Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.

5.14. Control puerperio inmediato

Después del parto y durante un período de 2 horas, la paciente será controlada cada 15 minutos en el área de centro obstétrico por personal de enfermería en sus signos vitales (TA, pulso), retracción uterina, pérdidas postparto a fin de detectar una atonía uterina o hemorragia postparto. Se debe inspeccionar el perineo a fin de descartar formación de hematomas perineales. Es conveniente que la paciente orine espontáneamente a fin de evitar que la distensión vesical impida la normal retracción uterina. Transcurrida la hora desde el parto, si los controles fueran normales, se retirará la vía endovenosa para favorecer el inicio de la lactancia específica. Luego de la evaluación inicial por el neonatólogo, el recién nacido normal será colocado para ser amamantado por su madre lo más precozmente posible. Transcurridas las primeras dos horas en forma satisfactoria, la paciente pasará a sala de internación donde se controlará cada 4 horas. Podrá recibir alimentos y líquidos en cuanto lo solicite.

El fondo uterino inicialmente se palpará por debajo del ombligo y a medida que pasan las horas y la madre amamante a su hijo, irá descendiendo progresivamente. A la semana, se palpará a mitad de camino entre la sínfisis pubiana y el ombligo. A las dos semanas postparto, el útero podría no ser palpado abdominalmente.

Los primeros tres-cuatro días los loquios serán sanguinolentos y luego amarrados (serosohemáticos), durante 10-12 días. Pos-

teriormente tomarán un color blanco-amari-
lento (loquios alba) persistiendo algunas
semanas. El volumen de los loquios es de
aproximadamente 250 cc, sin mal olor y para
absorberlos es conveniente que la puerpera
utilice toallas higiénicas y no tampones para
evitar el riesgo de infección.

Se realizará higiene perineal con antisépti-
cos cada 4 horas. Las primeras 48 horas
post-parto.

Durante la internación se informará a la
paciente de las características normales de
los loquios, de la recuperación gradual a las
actividades previas al embarazo, se reforzará
la información dada en el curso de prepara-
ción de la maternidad del cuidado de las
mamas, de la importancia de la alimenta-
ción a pecho.

En pacientes nulíparas con parto normal y
sin factores de riesgo para hemorragia post-
parto no se indicarán retractores uterinos
dado que no se ha evidenciado que los mis-
mos disminuyan el volumen de loquios, la
necesidad de analgésicos, la incidencia de
infección y de hemorragia postparto y el
tiempo de permanencia en el hospital (NE
1b)²⁵ (ver *Guía de puerperio normal*).

.....
Ocitócicos durante el puerperio

- Methylergometrine during the early puerperium; a prospective randomized double blind study. Andersen B, Andersen LL, Sorensen T. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77:54-7.
 - Diseño: Ensayo clínico randomizado doble ciego
 - n= 217 pacientes.
 - Objetivo: Determinar la eficacia de metilergometrina oral profiláctica.
 - Intervención: metilergometrina 0,125 mg o placebo 3 veces por día durante 3 días.
 - Resultados: Hemorragia postparto, endometritis durante el puerperio temprano, efecto sobre los loquios y respuesta a analgésicos.
 - No se observaron diferencias significativas.
-

Bibliografía

1. Lauzon L, Hodnett E. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
2. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
3. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
4. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas during labor. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
5. Bloom Steven L, McIntire Donald D, Kelly MA, Beimer HL, Burpo Rebecca H, Garcia MA, Leveno Kenneth J. Lack of effect of walking on labor and delivery. The New England Journal of Medicine 1998; 339 9:76-79.
6. Gupta JK, Nikodem VC. Postion for women during second stage of labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
7. Sleutel M, Golden S, Sherrod RN. Fasting in Labor: Relic or Requirement. JOGNN 1999; 28:507-512.
8. Rehu M, Nilsson CG. Risk factors for febrile morbidity associated with cesarean section. Obstet Gynecol 1980; 55:319-23.
9. D'Angelo LJ, Sokol RJ. Time-related peripartum determinants of postpartum morbidity. Obstet Gynecol 1980; 55:319-23.
10. Sizer AR, Evans J, Bailey SM, Wiener J. A second-stage partogram. Obstet Gynecol 2000; 96:678-83.
11. Petrova A, Demissie K, Rhoads GG, Smulian JC, Marcella S, Ananth CV. Association of maternal fever during labor with neonatal and infant morbidity and mortality. Obstet Gynecol 2001; 98:20-7.
12. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
13. Center for Reviews and Dissemination Reviewers. Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update. [Screening] Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. Issue 1, December 2002.
14. Solt I, Ganadry S, Weiner Z. The effect of meperidine and promethazine on fetal heart indices during the active phase of labor. Isr Med Assoc J 2002; 4:178-80.

15. Howell, CJ. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
16. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322:1277-80.
17. Roodt: Pushing leaving down methods used during the second stage of labor protocol. The Cochrane Library, Volume (Issue 1) 2002.
18. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing early or pushing late with epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1165-72.
19. Parnell JC, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P. Pushing method in the expulsive phase of labor. A randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:31.
20. Simpson K, Knox G. Fundal pressure during the second stage of labor. *Am J Matern Child Nurs* 2001; 26:64-70.
21. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
22. Renfrew MJ, H. WW, Alberts L, Floyd E. Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature. *Birth* 1998; 143-60.
23. Grajeda R. Clampeo tardío del cordón umbilical mejora el estado hematológico de los niños de Guatemala a los 2 meses de edad. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). *Am J Cl Feb Nutr* 1997.
24. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
25. Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
26. Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. [Systematic Review] Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue Issue 1, 2002.
27. Andersen B, Andersen LL, Sorensen T. Methylestergometrine during the early puerperium; a prospective randomized double blind study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77:54-7.