

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMAL DIVISIÓN URGENCIAS HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ. 2005

Dres. Eduardo A. Valenti¹, Elsa Andina², Alberto Rey³, Guillermo Oría⁴,
Cecilia Estiú⁵, Evaristo Cruz Molina⁶, Jorge Beatti⁷, Rubén Almada⁸,
Mónica Ingilde⁹ y residentes de Tocoginecología

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.

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.

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.

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.

El personal a cargo de la atención de 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,

Colaboraron en la redacción de la presente guía:

1. Jefe de División Urgencias.
2. Jefe de División Obstetricia.
- 3-9. Jefes de Guardia.

parto y posparto diagnosticando y proporcionando el manejo adecuado del mismo.

- Reconocer las complicaciones y actuar rápidamente en consecuencia.
- Reconocer sus limitaciones a fin de acudir a un nivel superior de atención si se requirieran intervenciones fuera de su competencia.

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.

Trabajo de parto y parto normal

Definición

El trabajo de parto se divide en:

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

Fase 2 ó activa: Se compone de 3 períodos:

Primer período o periodo 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.

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

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.

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, evaluar el volumen de líquido amniótico y la 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, completándose los estudios una vez que pase a la sala de internación. Se realizará inmunización antitetánica 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.

Examen físico: Temperatura, pulso, presión sanguínea, examen clínico general, palpación abdominal, altura uterina, situación fetal, control de con-

tracciones (frecuencia, intensidad y duración de las contracciones y tono uterino entre las mismas) y FCF entre y después de las contracciones.

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.

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.

Higiene

Al ingreso la paciente deberá higienizarse adecuadamente (baño con agua caliente y jabón) y vestirse con ropa cómoda y limpia. (NE 3)

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, especialmente 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 1a)

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.

Rasurado

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

Hay insuficiente evidencia para recomendar rasurado perineal para mujeres admitidas en trabajo de parto. (NE 1a)

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 1a)

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. (NE1a)

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 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 posparto que pueda requerir una vía EV para la administración de medicamentos (trabajo de parto prolongado, multiparidad o sobredistensión uterina), (NE 2b), en cuyo caso sería recomendable colocarla cerca del momento del parto.

Primer período o período dilatante

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 hs. bajo estrictas condiciones de asepsia (lavado de manos, asepsia vulvoperineal) para identificar el progreso del mismo. (NE 3)

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

Partograma

Clásicamente se acepta que, una vez iniciado el trabajo de parto, éste se encuentra detenido cuando **luego de una hora en la múltipara y de tres horas en la nulípara** con contractilidad normal y sin desproporción céfalo-pélvica, la cabeza fetal no ha descendido, ni rotado y la dilatación cervical permanece estacionaria.

Una forma de evaluar desde el comienzo el pro-

greso de la dilatación cervical es por medio de la utilización del partograma con sus curvas de alerta. Estas fueron desarrolladas por el CLAP-OPS/OMS sobre 1.188 partos eutócicos, con feto único y presentación cefálica, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con la evolución normal de sus recién nacidos (Schwarcz R.L. et al., 1987).

Estas curvas consideran la evolución de la dilatación cervical en diferentes condiciones maternas: paridad (nulípara o múltipara), posición materna (vertical u horizontal) y estado de las membranas ovulares. De la combinación de estas variables se cuenta con cinco diferentes curvas de alerta que parten de los cuatro/cinco centímetros de dilatación.

El Partograma constituye un recurso práctico para evaluar el progreso del trabajo de parto de un caso individual. Marca un límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Permite alertar precozmente ante aquellos casos que insinúan un enlentecimiento del trabajo de parto. Evita el uso innecesario de maniobras y medicamentos ya que supone evaluación y eventual conducta activa cuando el registro efectuado traspasó la línea de alerta. Brinda tiempo suficiente para corregir la anomalía en el propio lugar o para referirla a un centro de mayor complejidad. Por todas estas razones debe realizarse en forma simultánea con lo que está sucediendo y no reconstruirlo al finalizar el parto.

Un estudio multicéntrico (Souverbielle B.E., O'Brien M.E. 1994) demostró que con el uso del Partograma disminuyen los siguientes parámetros: trabajo de parto prolongado (6,4% vs. 3,4%), número de intervenciones (20,7% vs. 9,1%), operación cesárea de urgencia (9,9% vs. 8,3%), cesárea en embarazos simples sin factores de riesgo (6,2% vs. 4,5%) y complicaciones intraparto (0,5% vs. 0,3%).

El partograma debe incluirse como tecnología apropiada en la historia clínica obstétrica constituyendo un resguardo legal.

El partograma ofrece una base objetiva para el manejo del segundo estadio del trabajo de parto. (NE 2a)

Si una mujer desarrolla fiebre intraparto (>38°), 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.

Control de la FCF

El método de elección para vigilar la salud fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente. Sólo cuando existe un mayor riesgo, el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales. En la mayoría de los partos sin riesgo elevado, el monitoreo electrónico produce un mayor número de intervenciones innecesarias, sin beneficios para el niño, con el adicional de ser poco favorable para la madre, impidiendo además la libre elección de la posición a adoptar durante el período de dilatación, aumentando, además, innecesariamente los costos de la atención.

Amniotomía

No se realizará amniotomía precoz de rutina. La amniotomía se reservará para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto. (NE 1a)

La amniotomía 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 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.

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 hs. 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 signi-

ficativo sobre el número de aceleraciones y la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal durante la fase activa del trabajo de parto normal.

No se realizará analgesia peridural de rutina. La analgesia peridural se realizará previa evaluación de cada paciente en particular (NE 1^a)

Segundo período o período expulsivo

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.

Dilatación completa

Al llegar a la dilatación cervical completa, la paciente será trasladada a la sala de partos.

Control de la FCF

El monitoreo electrónico fetal intraparto deberá reservarse para embarazos de riesgo o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto. (NE 1^a)

El control de la frecuencia cardíaca fetal se realizará cada 15 minutos, 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.

Son indicaciones del monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal intraparto las siguientes (SOGC, 1995):

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

Pujo

No se hará pujar a la parturienta si no lo desea.

En condiciones normales, se evitará el pujo involuntario durante el 2^{do} estadio del trabajo de parto. Evitar el pujo involuntario es beneficioso y resulta en una reducción en los partos instrumentales en mujeres nulíparas y en un incremento de partos espontáneos. (NE 1b)

Presión fúndica

No se realizará presión fúndica durante el 2^{do} estadio del trabajo de parto (NE 1b) por la posibilidad de producir serias lesiones fetales y maternas.

Episiotomía restrictiva

El desgarro de primer grado usualmente no necesita sutura, en cambio el desgarro de segundo grado necesita analgesia y sutura, generalmente sin mayores complicaciones.

El desgarro de tercer grado, poco frecuente, puede tener consecuencias más serias y requerir interconsulta con personal especializado, fundamentalmente para prevenir la incontinencia fecal y las fistulas rectales.

La episiotomía se realiza para prevenir desgarros perineales graves, pero su uso rutinario ha sido cuestionado.

Se estudió el uso restringido de la episiotomía comparado con el uso sistemático. El grupo restringido se asoció con un riesgo reducido de traumatismo perineal posterior (RR: 0,88 IC 95% 0,84-0,92); menor necesidad de sutura (RR: 0,74 IC 95% 0,71-0,77) y menores complicaciones de la cicatrización (RR: 0,69 IC 95% 0,56-0,85), sin embargo se asoció con un mayor riesgo de trauma en el periné anterior (RR: 1,79 IC 95% 1,55-2,07). No hubo diferencias en el trauma vaginal o perineal grave (RR: 1,11 IC 95% 0,83-1,50), dispareunia (RR: 1,02 IC 95% 0,90-1,16), ni incontinencia urinaria (RR: 0,98 IC 95% 0,79-1,20). No hubo diferencias en los resultados entre la episiotomía mediolateral y la de la línea media (Carrolli G. 2002).

Hay que tener en cuenta que en el mismo estudio, en el grupo rutinario la incidencia de episiotomía fue de 72,7%, mientras que en el grupo restringido fue de 27,6%, por lo que esta práctica no puede ni debe ser totalmente eliminada, sino que debe evaluarse cuidadosamente la necesidad de practicarla.

La práctica de la episiotomía en forma restringida tiene beneficios cuando se la compara con su uso en forma rutinaria.

No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.

En caso de realizar episiotomía la reparación debe ser realizada con sutura continua con material absorbible sintético, dado que se observó menos dolor que cuando se utiliza sutura con puntos separados y con material no sintético (OR 0,68 IC 95% 0,53-0,86) (Kettle, C 2002).

Protección manual del periné

La protección del periné durante el segundo período del trabajo de parto ha sido recomendada en diversos libros de obstetricia, con la siguiente maniobra: durante la expulsión de la cabeza fetal

colocar los dedos extendidos de una mano de manera que el espacio entre el pulgar abierto y el índice contacten con el ángulo perineal, mientras la segunda mano aplica una suave presión sobre la cabeza fetal para así controlar su expulsión. Otros piensan que no tocar la cabeza fetal ni presionar el periné (hand off) es mejor que protegerlo y presionar la cabeza fetal (hand on). Un estudio controlado multicéntrico comparando estas dos actitudes demostró un ligero incremento del dolor en el grupo no intervencionista (hand off), no habiendo diferencia entre los dos grupos respecto al riesgo de trauma perineal (Kettle, 2000).

Dado que esta técnica no ha sido evaluada profundamente, deberían realizarse más investigaciones clínicas aleatorizadas para recomendar su utilización (Renfrew MJ, 1998).

No hay evidencias suficientes para recomendar el uso de maniobras de protección del periné, por lo tanto la aplicación de las mismas queda a criterio del operador.

Ligadura del cordón umbilical

El clampeo tardío es una práctica fisiológica y el clampeo temprano es una intervención que necesita ser justificada.

El cordón umbilical puede ser clampeado inmediatamente luego del parto o más tardíamente y esto tiene efectos sobre la madre y el recién nacido. (Prendiville and Elbourne, 1989).

Los efectos sobre la madre han sido evaluados en algunos estudios (Dunn et al., 1966, Botha, 1968, Nelson et al., 1980) y no hay evidencias que el tiempo de clampeo del cordón tenga efectos indeseables sobre la incidencia de hemorragia posparto OR 1,22 IC 95% (0,42-3,53), ni sobre la transfusión feto-materna.

Los efectos sobre el recién nacido han sido evaluados en estudios observacionales y en estudios randomizados (Buckels and Usher, 1965, Spears et al., 1966, Yao et al., 1971, Nelson et al., 1980).

Si luego del nacimiento se coloca al recién nacido por debajo o a nivel de la vulva, durante tres minutos antes del clampeo del cordón, o hasta que éste deje de latir, esto permite el pasaje de 80 ml. de sangre desde la placenta al recién nacido (Yao et al., 1971, 1974, Dunn, 1985). Si bien los eritrocitos transfundidos en este volumen pueden ser destruidos por hemólisis, aportan 50 mg. de hierro para las reservas del recién nacido y reducen la frecuencia de anemia por déficit de hierro durante el primer año de vida, de muy elevada incidencia en nuestro país (UNICEF, 2001) (Michaelsen et al., 1995, Pisacane, 1996).

Teóricamente, esta transfusión de sangre desde la placenta al recién nacido podría causar hipervolemia, policitemia, hiperviscosidad y también hiperbilirrubinemia, pero estos efectos han sido estudiados, demostrando que son leves y transitorios (Prendiville and Elbourne, 1989).

Con respecto a los problemas respiratorios del recién nacido, no hubo diferencias significativas entre los grupos clampeo inmediato y tardío.

Los niveles de bilirrubina neonatal fueron menores en el grupo de clampeo inmediato de cordón, pero no hubo diferencias clínicamente relevantes ni de morbilidad neonatal entre las dos prácticas.

Por el contrario, los recién nacidos con un clampeo inmediato del cordón tienen menor valor de hemoglobina y de hematocrito.

La transfusión de sangre desde la placenta al neonato es fisiológica y los efectos adversos de esta transfusión son improbables en los casos normales.

El clampeo tardío, **no estaría indicado** en:

- Madres Rh negativas sensibilizadas.
- Circular de cordón ajustada al cuello.
- Sufrimiento fetal agudo con asfixia al nacer.
- Partos pretérminos (aún faltan evidencias).

En los casos de las madres Rh negativas sensibilizadas y para minimizar el pasaje de glóbulos fetales a la circulación materna con la consiguiente entrada de anticuerpos fetales anti Rh, la técnica es la siguiente: ligar inmediatamente el cordón sólo del lado del niño, dejando escurrir la sangre del lado materno. Con esta técnica se reduce la transfusión feto-materna en un 53% (OR 0,47, IC 95%, 0,29-0,79) (UNICEF, 2001).

El clampeo y ligadura del cordón umbilical debe realizarse cuando el mismo deje de latir, tiempo que varía entre uno a tres minutos y con el recién nacido colocado en un plano igual o levemente inferior al de la placenta (no más de 20 cm).

Tercer período o alumbramiento

La ocitocina debería usarse en forma profiláctica en el tercer período del trabajo de parto en todas las mujeres con alto riesgo de hemorragia.

La anemia produce consecuencias importantes sobre la salud de la madre y el cuidado de su hijo. Teniendo en cuenta la elevada incidencia de anemia en las mujeres de Argentina, se recomienda la administración rutinaria de ocitocina en los lugares donde la prevalencia de anemia supera al 30%. En estos casos, se administran 10UI de ocitocina en el momento de la salida del hombro anterior o luego del parto del recién nacido, por vía intramuscular (o vía

endovenosa si hay una venoclisis colocada).

Las dos drogas usualmente utilizadas en el tercer período del trabajo de parto (ocitocina y derivados de la ergotamina) han sido investigadas en muchos estudios (Daley, 1951, McGinty, 1956, Friedman, 1957, Newton et al., 1961, Howard, 1964, Hacker and Biggs, 1979, Rooney et al., 1985, Prendiville et al., 1988, Thornton et al., 1988, Begley, 1990, Prendiville, 2000). Ambas disminuyen la pérdida de sangre pos-parto.

Las complicaciones con el uso de estas drogas son náuseas, vómitos, cefalea e hipertensión posparto y ocurren más frecuentemente con los derivados de la ergotamina.

Además, el uso de ergotamina se asocia, muy raramente, con hemorragia intracerebral, infarto de miocardio, convulsiones y edema pulmonar (OMS 1995). La evidencia disponible sugiere que la ocitocina es mejor que los derivados de la ergotamina.

La administración de 10 UI de ocitocina, inmediatamente después de la expulsión del hombro anterior o luego del parto del recién nacido, previene la hemorragia posparto, sobre todo en las mujeres de riesgo (OR= 0,41 IC 95% 0,33-0,52).

Se realizará tracción controlada del cordón umbilical. Una vez eliminada la placenta se debe proceder al examen minucioso de la misma colocándola sobre una superficie plana a los efectos de reconocer su integridad. Se observa primero la cara fetal y luego se invierte para evaluar la cara materna. La superficie desgarrada de la placenta es índice de retención parcial de cotiledones. (NE 1^a)

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 NORMAL justifica la separación de la madre.

Amamantamiento

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

Puerperio inmediato

Después del parto y durante un período de 2 hs, 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 posparto a fin de detectar una atonía uterina o hemorragia posparto. 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 como una de las medidas para evitar la interferencia en el vínculo madre-hijo. 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 hs.

Podrá recibir alimentos y líquidos en cuanto lo solicite. Se informará sobre los cuidados e higiene de la zona perineal, especialmente los de la episiorrafia.

Los mismos serán realizados con agua limpia, de adelante hacia atrás. En caso de dolor o inflamación se utilizarán analgésicos orales (paracetamol 500 mg cada 8 hs. o similar). Puede asociarse con hielo perineal intermitente las primeras 24 hs. Se debe descartar la presencia de hematomas.

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 posparto, el útero podría no ser palpado abdominalmente.

Los primeros tres-cuatro días los loquios serán sanguinolentos y luego amarronados (serohemáticos), durante 10-12 días. Posteriormente tomarán un color blanco-amarillento (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 antisépticos cada 4 hs. durante las primeras 48 hs. posparto.

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 preparación de la maternidad del cuidado de las mamas, de la importancia de la alimentación a pecho.

Se deberá administrar la vacuna doble viral (antirubeólica y antisarampionosa) a todas las puerperas con excepción de las que tengan contraindicación específica (por ejemplo, HIV+).

En pacientes nulíparas con parto normal y sin

factores de riesgo para hemorragia posparto no se indicarán retractores uterinos dado que no se ha evidenciado que los mismos disminuyan el volumen de loquios, la necesidad de analgésicos, la incidencia de infección y de hemorragia posparto y el tiempo de permanencia en el hospital. (NE 1b)

Glosario

Enumeración de abreviaturas y simbología usada corrientemente en la redacción de las historias clínicas. Se aconseja no utilizar abreviaturas que no figuren en el siguiente listado.

A

AB: Ácidos biliares
Ab.: Aborto
ABDI: Abdomen blando, depresible e indoloro
ABDL: Abdomen blando, depresible, levemente doloroso
Abi: Aborto incompleto
AC: Actividad cardíaca
ACM: Arteria cerebral media
ACO: Anticonceptivos orales
AF: Antecedentes familiares
AHT: Anexohisterectomía total
AM: Amenorrea
AP: Antecedentes personales
APP: Amenaza de parto pretérmino
ATB: Antibióticos
AVF: Anteversoflexión
AU: Altura uterina
Au: Arteria umbilical

B

BEAB: Buena entrada de aire bilateral
BEG: Buen estado general
Bcos: Recuento de blancos
BR: Bolsa rota

C

CC: Circunferencia cefálica
Ces ant: Cesárea anterior
CIE: Cuadrante infero-externo
CID: Coagulación intravascular diseminada
CII: Cuadrante infero-interno
CIPBA: Cuello intermedia posición, blando y acortado
CIPBLA: Cuello intermedia posición blando y ligeramente acortado
CF: Cultivo de flujo
Colpo: Colposcopia
CRL: Cráneo raquíspinal
CSE: Cuadrante supero-externo

CSI: Cuadrante súpero-interno
CSVyP: Control de signos vitales y pérdidas
Cx: Cirugía

D

DAP: Diámetro antero posterior
DBP: Diámetro biparietal
DBT: Diabetes
Diag: Diagnóstico
DIU: Dispositivo intrauterino
DLD: Decúbito lateral derecho
DLI: Decúbito lateral izquierdo
DOF: Diámetro occipito-frontal
DPNI: Desprendimiento de placenta normo inserta
DT: Diámetro transversal
DU: Dinámica uterina
Dx: Dextrosa

E

EAP: Edema agudo de pulmón
ECP: Embarazo cronológicamente prolongado
Ed: Edemas
EG: Edad gestacional
ELA: Embolia de líquido amniótico
EPI: Enfermedad pelviana inflamatoria
ETG: Enfermedad trofoblástica gestacional
ETS: Enfermedades de transmisión sexual

F

FC: Frecuencia cardíaca
FCF: Frecuencia cardíaca fetal
FM: Feto muerto
FPyD: Falta de progresión y descenso
FPP: Fecha probable de parto
FR: Frecuencia respiratoria
FUM: Fecha de última menstruación

G

Genit.: Genitorragia
Gest.: Gestacional
GyF: Grupo y factor

H

HC: Hemocultivo
HG: Hiperemesis gravídica
HIE: Hipertensión inducida por el embarazo
HMyR: Huevo muerto y retenido
HT: Histerectomía
HTA: Hipertensión arterial
HVP: Higiene vulvo perineal

I

ILA: Índice de líquido amniótico
IOA: Incontinencia de orina de apremio
IOE: Incontinencia de orina de esfuerzo
IR: Índice de resistencia
IRS: Inicio de relaciones sexuales
ITS: Infecciones de transmisión sexual
ITU: Infección del tracto urinario
IU: Infección urinaria
IUA: Infección urinaria alta
IUB: Infección urinaria baja

L

LA: Líquido amniótico
LAM: Líquido amniótico meconial
LCC: Longitud cráneo-caudal
LEC: Legrado endocervical
LEM: Longitud embrionaria máxima
LF: Longitud femoral

M

MAC: Método anticonceptivo
MD: Mama derecha
MF: Movimientos fetales
MI: Mama izquierda
MMII: Miembros inferiores
MMSS: Miembros superiores
MOL: Medio oblicualateral
MPF: Maduración pulmonar fetal
MV: Murmullo vesicular
Mx: Mamografía

N

NST: Non stress test/Monitoreo fetal
NR: No reactivo

O

OD: Ovario derecho
OI: Ovario izquierdo
OIDA: Occipito ilíaca derecha anterior
OIDP: Occipito ilíaca derecha posterior
OIIA: Occipito ilíaca izquierda anterior
OIIP: Occipito ilíaca izquierda posterior
OP: Occipito púbica
OS: Occipito sacra

P

P. abd: Perímetro abdominal
P. cef: Perímetro cefálico
Ph: Phelan
PHP: Plan de hidratación parenteral
PLA: Punción de líquido amniótico
POC: Post-operatorio de cesárea
POL: Post-operatorio de legrado
PPF: Puérpera de parto forcipal
PPL: Placenta previa lateral
PPM: Placenta previa marginal
PPN: Puérpera de parto normal
PPOT: Placenta previa oclusiva total
PPRB: Puño percusión renal bilateral
PPRD: Puño percusión renal derecha
PPRI: Puño percusión renal izquierda
PPV: Puérpera de parto por vacuum
PRCIU: Probable retardo/restricción del crecimiento intrauterino

R

R: Reactivo
RAM: Rotura artificial de membranas
RBFyT: Raspado biopsico fraccionado y total
RCIU: Retardo/restricción del crecimiento intrauterino
REM: Rotura espontánea de membranas
RIU: Retraído infraumbilical
RM: Ritmo menstrual
ROT: Reflejos osteotendinosos
RPM: Rotura prematura de membranas
RUE: Raspado uterino evacuador
RVF: Retroversoflexión

S

SAF: Síndrome antifosfolipídico
SIP: Sistema informático perinatal
s/p: Sin particularidades

T

TA: Tensión arterial
Tº Ax: Temperatura axilar
TDL: Tratamiento destructivo local
T de P: Trabajo de parto
TEP: Tromboembolismo pulmonar
TIU: Transfusión intrauterina
Tto: Tratamiento
TU: Tono uterino
TV: Tacto vaginal
TVP: Trombosis venosa profunda
TVS: Trombosis venosa superficial

U

UC: Urocultivo

V

VLA: Valoración de líquido amniótico

Símbolos

↕: Elevado/aumentado
∅: Desminuido/descendido
+: Positivo/s
-: Negativo/s
θ: Diámetro/s
>: Mayor
<: Menor