



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog)**

**Guía de manejo de trabajo de parto,
parto y sus complicaciones**

**Herson Luis León González, MD., hospital El Tunal.
Alejandro Rodríguez Donado, MD., hospital Kennedy**

Contenido

1.	Justificación	5
2.	Definición	5
3.	Objetivos	5
3.1.	General	5
3.2.	Específicos	5
4.	Población objeto	5
5.	Trabajo de parto normal	5
5.1.	Medidas generales pre hospitalización y hospitalización	6
5.2.	Diagnóstico	7
5.2.1.	Diagnóstico y confirmación trabajo de parto	7
5.2.2.	Diagnóstico del periodo y fase del trabajo de parto	8
5.2.3.	Evaluación de encajamiento y descenso	8
5.2.4.	Identificación presentación y posición del feto	8
5.3.	Evaluación del progreso del trabajo de parto	9
5.3.1.	Exámenes vaginales	9
5.3.2.	Uso de partograma	9
5.3.3.	Progreso del primer periodo del trabajo de parto	10
5.3.4.	Progreso del segundo periodo del trabajo de parto	11
5.3.5.	Progreso del estado del feto	11
5.3.6.	Progreso del estado de la madre	11
6.	Parto normal	12
6.1.	Expulsión de la cabeza	12
6.2.	Finalización del parto	12
7.	Manejo activo del tercer periodo	13
7.1.	Oxitocina	13
7.2.	Tracción controlada del cordón umbilical	13
7.3.	Masaje uterino	14
7.4.	Examen para detectar desgarros	14
8.	Atención inicial del recién nacido	14
9.	Anexo 1. Progreso insatisfactorio del trabajo de parto	16
10.	Anexo 2. Episiotomía-episiorrafia	19
11.	Anexo 3. Distocias de hombros	20
12.	Anexo 4. Retención de restos placentarios	21
13.	Anexo 5. Corrección inversión uterina	22
14.	Anexo 6. Reparación de desgarros vaginales	24
15.	Anexo 7. Trabajo de parto con cicatriz uterina previa	27
16.	Anexo 8. Versión cefálica externa para convertir a cefálica la presentación podálica a término	28

1. Justificación

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, es necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de responder a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

2. Definición

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

3. Objetivos

3.1 General

Disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la gestante y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos mediante la atención intra hospitalaria del parto, oportuna y adecuada.

3.2 Específicos

- ❖ Disminuir las tasas de morbilidad maternas y perinatales.
- ❖ Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipóxica perinatal y sus secuelas.
- ❖ Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto.
- ❖ Prevenir la hemorragia posparto.

4. Población objeto

Las beneficiarias de esta norma son todas las mujeres gestantes que se encuentran en trabajo de parto que ingresan a nuestra institución.

5. Trabajo de parto normal

- ❖ Realice una evaluación rápida del estado general de la gestante, incluyendo los signos vitales (pulso, presión arterial, respiración, temperatura).
- ❖ Evaluación del estado del feto:
 - Ausculte la frecuencia cardíaca fetal antes y después de una contracción:
 - Tome la frecuencia cardíaca fetal por un minuto completo, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa y cada 5 minutos durante el segundo periodo; si hay irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), sospeche sufrimiento fetal.

- Si hay rotura de membranas, observe el color del líquido amniótico que se escurre: la presencia de meconio espeso indica la necesidad de monitoreo continuo y posible intervención para el manejo del sufrimiento fetal; la ausencia de salida de líquido después de la rotura de membranas es una indicación de reducción del volumen del líquido amniótico que podría estar asociado a sufrimiento fetal.
- Solicite el carné materno. Diligencie historia clínica completa, hoja de CLAP e inicie partograma si la paciente amerita hospitalización.

5.1 Medidas generales en pre hospitalización y hospitalización.

Apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto

- ❖ Aliente a la gestante para que cuente con el apoyo personal de una persona de su elección durante el trabajo de parto y el parto:
 - Aliente al acompañante elegido para el parto para que brinde su apoyo.
 - Proporcione al acompañante un asiento al lado de la gestante
 - Aliente al acompañante para que brinde apoyo a la gestante durante el trabajo de parto y el parto (frotarle la espalda, limpiarle la frente con un paño húmedo, ayudarla a moverse).
- ❖ Si la gestante ha asistido a cursos de parto sin dolor o psicoprofiláctico, aliéntela a aplicar las técnicas aprendidas.
- ❖ Asegúrese de que exista comunicación y apoyo satisfactorio por parte del personal:
 - Explique a la gestante todos los procedimientos, solicite la autorización correspondiente y converse con ella sobre los hallazgos.
 - Cree una atmósfera de apoyo y aliento para el parto, con respeto hacia los deseos de la gestante.
 - Asegure la privacidad y la confidencialidad.
- ❖ Mantenga el aseo de la gestante y el ambiente que la rodea:
 - Aliente a la gestante para que se lave, se bañe o se duche al inicio del trabajo de parto.
 - Lave las áreas vulvar y perineal antes de cada examen.
 - Lave las manos con jabón antes y después de cada examen.
 - Asegúrese de la limpieza de las áreas destinadas al trabajo de parto y el parto.
 - Limpie de inmediato todos los derrames que ocurran.
- ❖ Asegure la movilidad:
 - Aliente a la gestante para que se mueva libremente.
 - Manifieste su apoyo por la posición que la gestante elija para el trabajo de parto y el parto, por ejemplo, de ambulación, sentada, en cuclillas, etc.
- ❖ Aliente a la gestante para que vacíe su vejiga con regularidad.

Nota: no administre un enema de rutina en las gestantes en trabajo de parto.

- ❖ Aliente a la gestante para que coma y beba lo que desee. Si la gestante está visiblemente desnutrida o se cansa durante el trabajo de parto, asegúrese de que se la alimente. Las bebidas nutritivas son importantes, aun en las etapas finales del trabajo de parto.

- ❖ Enséñele a la gestante las técnicas respiratorias para el trabajo de parto y el parto. Aliéntela a que exhale con mayor lentitud de la habitual y a que se relaje con cada expiración.
- ❖ Asista a la gestante que está ansiosa, atemorizada o con dolor durante el trabajo de parto:
 - Elógiela, aliéntela y tranquilícela.
 - Infórmele sobre el proceso y el progreso del trabajo de parto.
 - Escúchela y sea sensible a sus sentimientos.
- ❖ Si la gestante está muy afectada por el dolor:
 - Sugiera cambios de posición.
 - Aliéntela a que se mueva.
 - Aliente al acompañante para que le masajee la espalda o le sostenga la mano y le pase una esponja por la cara entre una contracción y otra.
 - Fomente el uso de las técnicas respiratorias.
 - Aliéntela para que tome un baño o una ducha tibia.
 - Si fuera necesario, y máximo 2 horas antes del parto, administre alguno de los siguientes medicamentos para el manejo del dolor:
 - Meperidina: 1 mg por kg de peso corporal (pero no más de 100 mg) IM o IV lentamente.
 - Morfina 0.1 mg por kg de peso corporal IM; el esquema puede repetirse cada 4 horas según la necesidad.
 - Clorhidrato de tramadol 50 mg IM.
 - Prometacina 50 mg IM.
- **Analgesia peridural en donde se encuentre disponible.**

5.2 Diagnóstico

El diagnóstico del trabajo de parto incluye:

- ❖ El diagnóstico y la confirmación del trabajo de parto
- ❖ El diagnóstico del periodo y la fase del trabajo de parto
- ❖ La evaluación del encajamiento y descenso del feto
- ❖ La identificación de la presentación y de la posición del feto.

5.2.1 Diagnóstico y confirmación del trabajo de parto

- ❖ Sospeche o anticipe el trabajo de parto si la gestante tiene:
 - Dolor abdominal intermitente después de las 22 semanas de gestación.
 - Dolor a menudo asociado con secreción mucosa con manchas de sangre (expulsión del tapón mucoso).
 - Secreción vaginal acuosa o un chorro súbito de agua.
- ❖ Confirme el inicio del trabajo de parto si hay:
 - Borramiento del cuello uterino, es decir, acortamiento y adelgazamiento progresivos del cuello uterino durante el trabajo de parto.
 - Dilatación de cuello uterino, es decir, aumento del diámetro de la abertura cervical medida en centímetros.

5.2.2 Diagnóstico del periodo y la fase del trabajo de parto

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PERIODO	FASE
Cuello uterino no dilatado	Trabajo de parto falso	
Cuello uterino dilatado menos de 4 cm	Primer	Latente
Cuello uterino dilatado de 4-9 cm Tasa de dilatación característica de 1 cm por hora o más. Comienza el descenso fetal	Primer	Activa
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm) Continúa el descenso fetal. No hay deseos de pujar	Segundo	Temprana no expulsiva
Cuello uterino totalmente dilatado 10 cm La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis La gestante tiene deseos de pujar	Segundo	Avanzada expulsiva

El tercer periodo del trabajo de parto comienza con el parto del bebé y termina con la expulsión de la placenta.

5.2.3 Evaluación de encajamiento y descenso

PALPACIÓN ABDOMINAL

- ❖ Mediante palpación abdominal evalúe el descenso en términos de quintos de cabeza fetal palpables por encima de la sínfisis del pubis:
 - Una cabeza que esté enteramente por encima de la sínfisis del pubis es cinco quintos (5/5) palpable.
 - Una cabeza que esté enteramente por debajo de la sínfisis del pubis el cero quintos (0/5) palpable.

EXAMEN VAGINAL

- ❖ Si fuera necesario, puede efectuarse un examen vaginal para evaluar el descenso, relacionando el nivel de la parte fetal que se presenta con las espinas ciáticas de la pelvis de la madre, en término de cm o planos de Hodge.

Nota: cuando hay un grado significativo de caput o moldeamiento, la evaluación mediante palpación abdominal usando los quintos de cabeza palpable es más útil que la evaluación mediante el examen vaginal.

5.2.4 Identificación posición y presentación feto

DETERMINE LA PARTE QUE SE PRESENTA

- ❖ El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Si el vértice no es la parte que se presenta, maneje igual que si se tratara de una anomalía de presentación.
- ❖ Si el vértice es la parte que se presenta, use los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre.

DETERMINE LA POSICIÓN DE LA CABEZA FETAL

- ❖ La cabeza fetal se encaja normalmente en la pelvis materna en una posición occipito-transversa, es decir, con el occipucio del feto transversal a la pelvis materna.
- ❖ Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda hacia la parte anterior de la pelvis materna (posiciones occipito-anteriores). La ausencia de rotación de una posición occipito-transversa a una posición occipito-anterior debe manejarse como si se tratara de una posición occipito-posterior.
- ❖ Otra característica de una posición normal es un vértice bien flexionado, con el occipucio más bajo en la vagina que el sincipucio.

5.3 Evaluación del progreso del trabajo de parto

Una vez diagnosticado el trabajo de parto, su evolución se evalúa mediante:

- ❖ La medición de los cambios en el borramiento y la dilatación del cuello uterino durante la fase latente.
- ❖ La medición de la tasa de dilatación del cuello uterino y del descenso fetal durante la fase activa.
- ❖ La evaluación del descenso fetal adicional durante el segundo periodo.
El progreso del primer periodo del trabajo de parto debe registrarse gráficamente en un partograma una vez que la gestante entra en la fase activa del trabajo de parto.

5.3.1 Exámenes vaginales

Los exámenes vaginales deben efectuarse por lo menos una vez cada 4 horas durante el primer periodo del trabajo de parto y después de la rotura de membranas. Registre gráficamente los hallazgos en un partograma.

- ❖ En cada examen vaginal, registre lo siguiente:
 - El color del líquido amniótico.
 - La dilatación del cuello uterino.
 - El descenso.
- ❖ Si en el primer examen del cuello uterino no está dilatado, puede que no sea posible diagnosticar el trabajo de parto.
 - Si persisten las contracciones, examine nuevamente a la gestante cada 4 horas para detectar cambios en el cuello uterino. En esta etapa, si hay borramiento y dilatación, la gestante está en trabajo de parto; si no hay ningún cambio, el diagnóstico es trabajo de parto falso.
 - En el segundo periodo del trabajo de parto, realice exámenes vaginales una vez cada hora.

5.3.2 Uso del partograma

En la actualidad, el partograma se está usando en muchas unidades de maternidad para manejar el trabajo de parto (por ejemplo, el partograma del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP). Independientemente del cuál se elija, debe utilizarse un partograma que sirva de ayuda para tomar las decisiones relacionadas con el manejo del trabajo de parto.

El partograma utilizado por la OMS se ha modificado para hacerlo más sencillo y más fácil de usar. Se ha eliminado la fase latente y el registro gráfico en el mismo comienza a hacerse en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación. Registre lo siguiente en el partograma:

Información sobre la paciente: nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso, y la hora o el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas.

Frecuencia cardiaca fetal: registre cada media hora.

Líquido amniótico: registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal:

- ❖ I : Membranas intactas.
- ❖ R: Momento de la rotura de membranas.
- ❖ C: Membranas rotas, líquido claro.
- ❖ M: Líquido con manchas de meconio.
- ❖ S: Líquido con manchas de sangre.

Moldeamiento

- ❖ 1: Sutura lado a lado.
- ❖ 2: Suturas superpuestas, pero reducible.
- ❖ 3: Suturas superpuestas y no reducibles.

Dilatación del cuello uterino: evalúe en cada examen vaginal y marque con una equis (X). A los 4 cm de dilatación, comience el registro en el partograma.

Línea de alerta: se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.

Línea de acción: es paralela a la línea de alerta y cuatro horas a la derecha de la misma.

Evaluación del descenso mediante palpación abdominal: se refiere a la parte de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable por encima de las sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen vaginal.

Número de horas: se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

Hora: registre el tiempo real.

Contracciones: Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones por 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.

Oxitocina: cuando se utiliza, registre la cantidad de Oxitocina por volumen de líquido I.V. en gotas por minuto, cada 30 minutos.

Medicamentos administrados: registre cualquier medicamento adicional que se administre.

Pulso: registre cada 30 minutos y marque con un punto.

Presión arterial: registre cada 4 horas y marque con flechas.

Temperatura: registre cada 2 horas.

Proteínas, acetonas y volumen: registre cada vez que se produce orina.

5.3.3 Progreso del primer periodo del trabajo de parto

- ❖ Los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el primer periodo del trabajo de parto son:

- Las contracciones regulares, de frecuencia y duración que aumentan progresivamente.
 - Una tasa de dilatación del cuello uterino de al menos 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino sobre la línea de alerta o a la izquierda de la misma).
 - El cuello uterino bien adosado a la parte fetal que se presenta.
- ❖ Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en el primer periodo del trabajo de parto son:
- Las contracciones irregulares e infrecuentes después de la fase latente.
 - O una tasa de dilatación del cuello uterino más lenta que 1 cm por hora durante la fase activa del trabajo de parto (dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta).
 - O el cuello uterino mal adosado a la parte fetal que se presenta.

El progreso insatisfactorio del trabajo de parto puede conducir a un trabajo de parto prolongado (Anexo 1).

5.3.4 Progreso del segundo periodo del trabajo de parto

- ❖ Los hallazgos que sugieren un progreso satisfactorio en el segundo periodo del trabajo de parto son:
- El descenso constante del feto por el canal del parto.
 - El inicio de la fase expulsiva (de pujar).
- ❖ Los hallazgos que sugieren un progreso insatisfactorio en el segundo periodo del trabajo de parto son:
- La ausencia de descenso del feto por el canal del parto.
 - La falta de expulsión durante la fase avanzada (expulsiva).

5.3.5 Progreso del estado del feto

- ❖ Si hay irregularidades en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 100 o más de 180 latidos por minutos), sospeche sufrimiento fetal.
- ❖ En el trabajo de parto, cualquier posición o presentación que no sea la occipito-anterior con un vértice bien flexionado, se considera una anomalía de posición o presentación.
- ❖ Si se sospecha progreso insatisfactorio del trabajo de parto, o trabajo de parto prolongado, maneje la causa del progreso lento.

5.3.6 Progreso del estado de la madre

Evalúe a la gestante para detectar signos de sufrimiento, por ejemplo:

- ❖ Si el pulso de la gestante está acelerando, puede estar deshidratada o con dolor. Asegúrese de que reciba una hidratación adecuada vía oral o IV y administre la analgesia adecuada.
- ❖ Si la presión arterial de la gestante desciende, sospeche hemorragia.
- ❖ Si hay acetona en la orina de la gestante, sospeche una nutrición deficiente y administre dextrosa IV.

6. Parto normal

Los métodos generales de apoyo durante el trabajo de parto son sumamente útiles para ayudar a la gestante a que tolere mejor los dolores del trabajo de parto.

- ❖ Una vez que el cuello uterino está totalmente dilatado y la gestante está en la fase expulsiva del segundo periodo, aliente a la gestante para que adopte la posición que prefiera y para que puje.

La episiotomía debe considerarse sólo en los siguientes casos:

- ❖ Parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombros, parto con fórceps, extracción por vacío o ventosa obstétrica).
- ❖ Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.
- ❖ Sufrimiento fetal.

6.1 Expulsión de la cabeza

- ❖ Pídale a la gestante que jadee o que dé solo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que se expulsa la cabeza del bebé.
- ❖ Para controlar la expulsión de la cabeza, coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé para mantenerla flexionada.
- ❖ Continúe sosteniendo con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé se expulsa.
- ❖ Una vez que se ha expulsado la cabeza del bebé, pídale a la gestante que deje de pujar.
- ❖ Aspire la boca y la nariz del bebé.
- ❖ Tantee con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar si encuentra el cordón umbilical:
 - Si el cordón umbilical está alrededor del cuello pero está flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé.
 - Si el cordón umbilical está ajustado alrededor del cuello, píncele dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.

6.2 Finalización del parto

- ❖ Permita que la cabeza del bebé gire espontáneamente.
- ❖ Después de que la cabeza haya girado, coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé, dígale a la gestante que puje suavemente con la próxima contracción.
- ❖ Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Mueva hacia atrás la cabeza del bebé para extraer el hombro anterior.

Nota: si hay dificultad en la extracción de los hombros, sospeche una distocia de hombro (Anexo 3).

- ❖ Levante la cabeza del bebé hacia delante para extraer el hombro posterior.
- ❖ Sostenga el resto del cuerpo del bebé con una mano mientras éste se desliza hacia fuera.
- ❖ Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre. Seque al bebé por completo, límpiele los ojos y evalúe su respiración:

Nota: la mayoría de los bebés comienza a llorar o respira espontáneamente dentro de los primeros 30 segundos después del nacimiento.

- Si el bebé llora o respira, deje al bebé con la madre
- Si el bebé no llora o no respira dentro de los 30 segundos, pida ayuda y adopte los pasos necesarios para reanimarlo.
Prevea la necesidad de reanimación y prepare un plan para conseguir ayuda para todos los bebés, pero especialmente si la madre tiene antecedentes de eclampsia, sangrado, partos pretérminos, trabajo de parto prolongado u obstruido o infección.
- ❖ Pince y corte el cordón en el lapso de 1-3 minutos siguientes.
- ❖ Asegúrese de que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con el pecho de la madre. Envuelva al bebé con un paño suave y seco, cúbralo con una manta y asegúrese de que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor.
- ❖ Si la madre no está bien, pida que un asistente atienda al bebé.
- ❖ Palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y proceda con el manejo activo del tercer periodo.

7. Manejo activo del tercer periodo

El manejo activo del tercer periodo (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia posparto. En el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto se incluyen:

- ❖ La administración inmediata de Oxitocina.
- ❖ La tracción controlada del cordón umbilical, y
- ❖ Masaje uterino.

7.1 Oxitocina

- ❖ Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y administre Oxitocina 10 unidades IM.
- ❖ La Oxitocina se prefiere porque produce efecto 2-3 minutos después de la administración, tiene efectos colaterales mínimos y puede administrarse en todas las gestantes. Si no se dispone de Oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg IM o prosaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista otro bebé.
No administre ergometrina a mujeres con preeclampsia o eclampsia o con presión arterial elevada, porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

7.2 Tracción controlada del cordón umbilical

- ❖ Pince el cordón umbilical cerca del perineo, usando una pinza de esponjas. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano.
- ❖ Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la mujer, estabilice el útero aplicando contracción durante la tracción controlada del cordón. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
- ❖ Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero (2-3 minutos).
- ❖ Cuando el útero se redondee o el cordón se alargue, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. No espere que salga un chorro de sangre antes de aplicar tracción al cordón. Con la otra mano, continúe ejerciendo contracción sobre el útero.
- ❖ Si la placenta no desciende después de 30 a 40 minutos de tracción controlada del cordón umbilical, no continúe halando sino:

- Sostenga con delicadeza el cordón umbilical y espere hasta que el útero está bien contraído nuevamente. Si es necesario, utilice una pinza de esponjas para pinzar el cordón más cerca del perineo a medida que se alargue.
- Con la contracción siguiente, repita la tracción controlada del cordón umbilical, manteniendo la contracción.
Nunca aplique tracción al cordón umbilical (halón) sin aplicar la contracción (pujo) por encima del pubis con la otra mano.
- ❖ Al ser expulsada la placenta, las membranas delgadas pueden desgarrarse. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas.
- ❖ Hale lentamente para completar la extracción.
- ❖ Si las membranas se desgarran, examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y utilice una pinza de esponjas para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
- ❖ Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. Si falta una porción de la superficie materna o hay desgarros de membranas vascularizadas, sospeche retención de fragmentos placentarios (Anexo 4).
- ❖ Si se produce una inversión uterina, coloque el útero nuevamente en su posición (Anexo 5).
- ❖ Si se ha arrancado el cordón umbilical, puede ser necesaria la remoción manual de la placenta.

7.3 Masaje uterino

- ❖ Masajee de inmediato el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.
- ❖ Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.
- ❖ Asegúrese de que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.

7.4 Examen para detectar desgarros

- ❖ Examine a la mujer cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino o la vagina (Anexo 6) o repare la episiotomía.

8. Atención inicial del recién nacido

- ❖ Verifique la respiración y el color del bebé cada 5 minutos.
- ❖ Si el bebé se torna cianótico (azulado) o tiene dificultad respiratoria (menos de 30 o más de 60 por minuto) administre oxígeno por cánula nasal o “bigoteras”.
- ❖ Verifique la temperatura del bebé tocándole los pies cada 15 minutos:
 - Si los pies del bebé están fríos, verifique la temperatura axilar.
 - Si la temperatura del bebé es menos de 36.5°C, vuelva a hacer entrar en calor al bebé.
- ❖ Verifique el cordón umbilical para detectar sangrado cada 15 minutos. Si el cordón sangra, átelo nuevamente con mayor firmeza.
- ❖ Aplique a los ojos del bebé gotas antimicrobianas (solución de nitrato de plata al 1%) o ungüento oftálmico (tetraciclina).
- ❖ Limpie todo el meconio y la sangre de la piel.

- ❖ Aliente el amamantamiento cuando el bebé parezca estar preparado, no hay que forzar al bebé acercándolo al pecho.
Evite separar a la madre del bebé siempre que sea posible. No deje a la madre y al bebé desatendidos en ningún momento.

Manejo de complicaciones

Idealmente todas las complicaciones de parto deberían ser manejada en un nivel superior. Pero al presentarse en un primer nivel requiere manejo inicial (y de urgencia) para así evitar mayores complicaciones.

9. Anexo 1

Progreso insatisfactorio del trabajo de parto

Problemas

- ❖ La fase latente es prolongada.
- ❖ En el partograma, la dilatación del cuello uterino está a la derecha de la línea de alerta.
- ❖ La gestante ha sufrido dolores de trabajo de parto durante 12 horas o más, sin que se produjera el parto (trabajo de parto prolongado).

Manejo general

- ❖ Realice una evaluación rápida del estado general de la gestante y del feto y proporcione apoyo continuo.
- ❖ Determine la presencia de cetonas en la orina y, si las hay, trate con líquidos IV.
- ❖ Revise el partograma.

Diagnóstico

Diagnóstico del progreso insatisfactorio del trabajo de parto

HALLAZGOS	DIAGNÓSTICO
Cuello uterino no dilatado Contracciones no palpables/poco frecuentes	Trabajo de parto falso
Cuello uterino no dilatado más allá de 4 cm después de 8 horas de contracciones regulares	Fase latente prolongada
Dilatación del cuello uterino a la derecha de la línea de alerta en el partograma <ul style="list-style-type: none"> • Detención secundaria de la dilatación del cuello uterino y descenso de la parte que se presenta en presencia de buenas contracciones. • Detención secundaria de la dilatación del cuello uterino y descenso de la parte que se presenta con caput succedaneum grande, moldeamiento de tercer grado, cuello uterino mal adosado a la parte que se presenta, cuello uterino edematoso, hinchazón del segmento uterino inferior, formación de banda de retracción, sufrimiento materno y fetal • Dos o menos contracciones en 10 minutos, cada una de menos de 40 segundos de duración. • Presentación que no es de vértice, con occipucio anterior. 	Fase activa prolongada <ul style="list-style-type: none"> • Desproporción cefalo-pélvica • Obstrucción. • Actividad uterina inadecuada • Anomalía de posición o de presentación
Cuello uterino totalmente dilatado y la gestante tiene deseos de pujar, pero no hay descenso.	

Manejo

❖ Trabajo de parto falso

Examine para detectar si hay infección urinaria u otra infección, o rotura de las membranas y trate de acuerdo a ello. Si ninguno de estos estados está presente, dé de alta a la paciente y aliéntela para que regrese si se repiten los signos de trabajo de parto.

❖ Fase latente prolongada

El diagnóstico de la fase latente prolongada se hace retrospectivamente. Cuando cesan las contracciones, se dice que la gestante ha estado en trabajo de parto falso. Cuando las contracciones se tornan regulares y la dilatación progresa más allá de 4 cm, se dice que la gestante ha estado en la fase latente.

Un diagnóstico erróneo del trabajo de parto falso o de la fase latente prolongada conduce a una inducción o una conducción de parto innecesarias, las cuales pueden fracasar. Esto, a su vez, puede llevar a una cesárea y a una amnionitis innecesarias.

Si una gestante ha estado en fase latente durante más de 8 horas y hay pocos signos de progreso, reevalúe la situación mediante una evaluación del cuello uterino:

- Si no ha habido ningún cambio en el borramiento o la dilatación del cuello uterino y no hay sufrimiento fetal, revise el diagnóstico. Puede que la gestante no esté en trabajo de parto.
- Si ha habido un cambio en el borramiento o la dilatación del cuello uterino, remitir a nivel superior según criterio médico para que se realice las siguientes actividades: rompa las membranas con un amniótomo o con una pinza Kocher e induzca el trabajo de parto usando Oxitocina:
 1. Vuelva a evaluar cada 4 horas.
 2. Si la gestante no ha entrado en fase activa, después de 8 horas de infusión de Oxitocina, realice una cesárea.
- Si hay signos de infección (fiebre, secreción vaginal de mal olor) inicie proceso de remisión a nivel superior para que:
 1. Conduzca de inmediato el trabajo de parto utilizando Oxitocina.
 2. Administre una combinación de antibióticos hasta el momento del parto:
 - Ampicilina 2 gramos IV cada 6 horas.
 - Mas Gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas.

Si la gestante da a luz por vía vaginal, interrumpa los antibióticos durante el posparto.

Si la gestante es sometida a una cesárea, continúe con los antibióticos y además administre metronidazol 500 mg IV cada 8 horas hasta que la gestante esté sin fiebre por 48 horas.

❖ Fase activa prolongada

- Si no hay signos de desproporción céfalo-pélvica ni obstrucción y las membranas están intactas, rompa las membranas con un amniótomo o con una pinza de Kocher.
- Evalúe las contracciones uterinas:
 - Si las contracciones son ineficaces (dos o menos en 10 minutos y menor de 40 segundos de duración), sospeche actividad uterina inadecuada.
 - Si las contracciones son eficaces (tres o más en 10 minutos y de más de 40 segundos de duración), sospeche desproporción céfalo-pélvica, obstrucción, anomalía de posición o de presentación.
 - Los métodos generales de apoyo del trabajo de parto pueden mejorar las contracciones y acelerar el progreso.

❖ Desproporción céfalo-pélvica

La desproporción céfalo pélvica se produce porque el feto es demasiado grande o la pelvis materna demasiado pequeña. Si el trabajo de parto persiste existiendo desproporción céfalo-pélvica, puede convertirse en trabajo de parto detenido u obstruido. La mejor

prueba para determinar si una pelvis es adecuada es el mismo trabajo de parto. La pelvimetría clínica es de valor limitado.

- Si se confirma una desproporción céfalo-pélvica, remita para que se realice una cesárea.

❖ **Obstrucción**

Nota: la rotura de un útero sin cicatrices se debe generalmente a un trabajo de parto obstruido.

- Si el cuello uterino está totalmente dilatado y la cabeza fetal está en la estación 0/tercer plano de Hodge, o por debajo, remita para que se realice una extracción por vacío o ventosa obstétrica.
- Si el cuello uterino no está totalmente dilatado, o si la cabeza fetal está demasiado alta para la extracción por vacío o ventosa obstétrica, o si el feto está muerto remita para que se realice una cesárea.

❖ **Actividad uterina inadecuada**

Si las contracciones son ineficaces y se han excluido una desproporción céfalo-pélvica y una obstrucción, la causa más probable del trabajo de parto prolongado es la actividad uterina inadecuada.

Las contracciones uterinas ineficaces son menos comunes en una múltipara que en una primípara. En consecuencia, no debe escatimarse ningún esfuerzo para descartar una desproporción en una múltipara antes de conducir el trabajo de parto utilizando Oxitocina. En caso de diagnosticarse esta patología, remita a nivel superior para que:

Rompa las membranas con un amniótomo o con una pinza de Kocher y conduzca el trabajo de parto utilizando Oxitocina.

Reevalúe el progreso mediante un examen vaginal, 2 horas después que se haya establecido un buen patrón de contracciones, con contracciones fuertes:

1. Si no hay ningún progreso entre los exámenes, realice una cesárea.
2. Si el progreso continúa, continúe la infusión de Oxitocina y examine nuevamente después de 2 horas. Continúe observando el progreso cuidadosamente.

❖ **Fase expulsiva prolongada**

Remitir a nivel superior

Los esfuerzos maternos de expulsión aumentan el riesgo para el feto, al reducir la provisión de oxígeno a la placenta. Permita pujar a la madre espontáneamente, pero no aliente el esfuerzo prolongado ni la contención del aliento.

- Si se han excluido una anomalía de presentación y una obstrucción obvia, conduzca el trabajo de parto utilizando Oxitocina.
- Si no hay ningún descenso después de la conducción:
 - Si la cabeza fetal no está más de 1/5 por encima de la sínfisis del pubis o el borde óseo de la cabeza que se presenta está en la estación 0/tercer plano de Hodge, realice una extracción por vacío o ventosa obstétrica, o con fórceps.
 - Si la cabeza fetal está más de 1/5 por encima de la sínfisis del pubis o el borde óseo de la cabeza que se presenta está por encima de la estación 0/tercer plano de Hodge, realice una cesárea.

10. Anexo 2 Episiotomía

La episiotomía no debe realizarse como procedimiento de rutina.

Indicaciones:

1. Parto vaginal complicado (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío o con ventosa obstétrica).
2. Cicatrizaciones de mutilación de genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.
3. Sufrimiento fetal.

Procedimiento

- ❖ Revise los principios generales de atención y aplique una solución antiséptica al área perineal.
- ❖ Brinde apoyo emocional y aliento. Use infiltración local con lidocaína o bloqueo pudendo.
- ❖ Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.
- ❖ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal, utilizando alrededor de 10 ml de lidocaína al 0.5%.
Nota: aspire para asegurarse de que no ha penetrado en un vaso. Si sale sangre con la aspiración, extraiga la aguja. Vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre. La gestante puede sufrir convulsiones y morir si se produce inyección IV de lidocaína.
- ❖ Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque la incisión con una pinza. Si la gestante siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.
- ❖ Espere para realizar la episiotomía hasta que:
 - Se haya adelgazado el perineo y
 - Se vean 3-4 cm de la cabeza del bebé durante una contracción. Provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, coloque dos dedos entre la cabeza del bebé y el perineo.
- ❖ Use tijeras para cortar el perineo cerca de 2-3 cm en el medio de la parte posterior de la vagina.
- ❖ Controle la cabeza y los hombros del bebé a medida que se expulsan, asegurándose de que los hombros hayan girado hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía.
- ❖ Examine con cuidado para detectar extensiones y otros desgarros, y repárelos.

Reparación de la episiotomía

Es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles al catgut cromado por su fuerza de tensión.

- Aplique una solución antiséptica al área alrededor de la episiotomía.
- Si la episiotomía se extiende a través del esfínter anal o la mucosa rectal, maneje de igual manera que los desgarros de tercer o cuarto grado respectivamente.
- ❖ Cierre la mucosa vaginal con una sutura continua 2-0:
 - Comience la reparación cerca de 1 cm por encima del ápice (parte superior de la episiotomía), continúe la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal.
 - En la abertura de la vagina, junte los borde cortados de la abertura vaginal.

- Lave la aguja por debajo de la abertura vaginal y hágala pasar a través de la incisión y anude.
- ❖ Cierre el músculo perineal utilizando suturas interrumpidas 2-0.
- ❖ Cierre la piel utilizando suturas interrumpidas 2-0.

Complicaciones

- ❖ Si se produce un hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la episiotomía.
- ❖ Si hay signos de infección, abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y desbride la herida:
 1. Si la infección es leve, no se requieren antibióticos.
 2. Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos: Ampicilina 500 mg VO cada 6 horas por 5 días; más metronidazol 500 mg VO cada 8 horas por 5 días.
 3. Si la infección es profunda e involucra los músculos y está causando necrosis, administre una combinación de antibióticos hasta que el tejido necrótico se haya extraído y la gestante esté sin fiebre por 48 horas: penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas; más Gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas; más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas; una vez que la gestante esté sin fiebre por 48 horas, administre: Ampicilina 500 mg cada 6 horas, vía oral por 5 días; más Metronidazol 500 mg vía oral, cada 8 horas por 5 días.

11. Anexo 3 Distocia de hombros (hombros atorados)

Problema

- ❖ La cabeza del feto ha sido expulsada pero los hombros están atorados y no se pueden extraer.

Manejo general

- ❖ Esté preparado para la distocia de hombro en todos los partos, especialmente si se prevé un bebé grande.
- ❖ Tenga a disposición varias personas listas para prestar ayuda.
La distocia de hombro no puede predecirse.

Diagnóstico

- ❖ La cabeza fetal se ha expulsado, pero sigue adosada a la vulva con firmeza.
- ❖ El mentón se retrae y oprime el perineo.
- ❖ Ejerciendo tracción sobre la cabeza no se logra hacer salir el hombro, que está atorado detrás de la sínfisis del pubis.

Manejo

- ❖ Realice una episiotomía adecuada para reducir la obstrucción que causen los tejidos blandos y dejar espacio para la manipulación.

- ❖ Pídale a la gestante que, acostada de espaldas, flexione ambos muslos y lleve las rodillas hacia el pecho lo más cerca que pueda. Pida a dos asistentes que empujen las rodillas flexionadas firmemente hacia el pecho.
- ❖ Provisto de guantes estériles o de desinfección de alto nivel:
 1. Aplique una tracción firme y continua hacia abajo sobre la cabeza fetal para mover el hombro que está en situación anterior debajo de la sínfisis del pubis.
Nota: evite ejercer tracción excesiva sobre la cabeza, ya que puede producir una lesión en los plexos braquiales.
- ❖ Pida a un asistente que aplique simultáneamente presión suprapúbica hacia abajo para ayudar a que el hombro sea expulsado.
Nota: no aplique presión sobre el fondo uterino. Esto encajará aún más el hombro y puede ocasionar una rotura uterina.
- ❖ Si el hombro todavía no se ha expulsado:
 1. Provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, introduzca una mano en la vagina.
 2. Aplique presión al hombro que está en situación anterior, en dirección al esternón del bebé para hacer girar el hombro y disminuir el diámetro de los hombros.
 3. Si es necesario, aplique presión al hombro que está posterior, en dirección al esternón del bebé.
- ❖ Si el hombro todavía no se ha expulsado a pesar de las medidas anteriores:
 1. Introduzca una mano en la vagina.
 2. Sujete el húmero del brazo que está en situación posterior y, manteniendo el brazo flexionado en el codo, deslícelo transversalmente sobre el pecho. Esto permitirá que haya espacio para que el hombro que está en situación anterior pueda moverse debajo de la sínfisis del pubis.
- ❖ Si con todas las medidas anteriores no se logra expulsar el hombro habría, entre otras, las opciones siguientes:
 1. Fracturar la clavícula para reducir el ancho de los hombros y liberar el hombro que está en situación anterior.
 2. Aplicar tracción en la axila con un gancho, para extraer el brazo que está en situación posterior.

12. Anexo 4 Retención de restos placentarios

Puede no haber ningún sangrado aun en caso de retención de fragmentos placentarios.

Cuando parte de la placenta (uno o más lóbulos) quedan retenidos, ello impide que el útero se contraiga eficazmente. Al diagnosticarse esta patología, si no hay sangrado severo, se debe remitir a nivel superior, donde se cuente con GO y anestesiólogo para:

- ❖ Palpe dentro del útero para detectar fragmentos placentarios. La exploración manual del útero es similar a la técnica descrita para la remoción de la placenta retenida
- ❖ Extraiga los fragmentos placentarios con la mano, con fórceps oval o una cureta gruesa.
Nota: un tejido muy adherente puede ser una placenta acreta. Los esfuerzos para extraer una placenta que no se separa fácilmente pueden producir un sangrado profuso o una perforación uterina, que usualmente requieren histerectomía

- ❖ Si el sangrado continúa, evalúe el estado de la coagulación utilizando la prueba de coagulación junto a la cama. La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.

13. Anexo 5

Corrección de la inversión uterina

Manejo en nivel superior. Es una urgencia que requiere manejo inicial en nuestra institución.

- ❖ Revise las indicaciones.
- ❖ Revise los principios generales de atención e inicie una infusión IV.
- ❖ Administre petidina y diazepam IV, lentamente. Si fuera necesario, anestesia general.
- ❖ Limpie minuciosamente el útero invertido con una solución antiséptica.
- ❖ Aplique compresión al útero invertido con una toalla estéril húmeda y caliente, hasta que esté preparado para realizar el procedimiento.

Corrección manual

- ❖ Provisto de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal, colocando la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero. Si la placenta está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.
Nota: es importante que la parte del útero que salió al final sea la que entre primero.
- ❖ Si no se logra la corrección, proceda a la corrección hidrostática.

Los siguientes manejos requieren un nivel superior.

Corrección hidrostática

- ❖ Coloque a la gestante en una posición de Trendelenburg acentuada (ubique la cabeza 0.5 cm por debajo del perineo).
- ❖ Prepare un sistema de ducha sometido a desinfección de alto nivel con una boquilla grande y tubería larga (2 metros) y un depósito de agua tibia (3-5 litros); puede hacerse también utilizando solución salina normal y un equipo de infusión.
- ❖ Identifique el fondo de saco posterior. Esto se realiza fácilmente en la inversión parcial, cuando el útero invertido estaba todavía en la vagina. En otros casos, el fondo de saco posterior se reconoce por el lugar donde la vagina rugosa se convierte en vagina lisa.
- ❖ Coloque la boquilla de la ducha en el fondo de saco posterior.
- ❖ Al mismo tiempo, con la otra mano cierre estrechamente los labios sobre la boquilla y utilice el antebrazo para sostener la boquilla.
- ❖ Pida a un asistente que comience la ducha a toda presión. El agua distenderá poco a poco el fondo de saco posterior de la vagina, con lo cual se estirará y, como consecuencia, aumentará la circunferencia del orificio, se aliviará la constricción del cuello uterino y se corregirá la inversión.

Corrección manual bajo anestesia general

- ❖ Si la corrección hidrostática no da resultado, intente volver el útero a su posición, manualmente, bajo anestesia general usando halotano. El halotano se recomienda porque relaja el útero.

- ❖ Sujete el útero invertido y empújelo a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal. Si la placenta aún está adherida, extráigala manualmente después de la corrección.

Corrección combinada abdominovaginal

Si a pesar de las medidas anteriores no se logra el resultado esperado, puede ser necesaria la corrección abdominovaginal bajo anestesia general. Revise las indicaciones

- ❖ Revise los principios generales de atención y los principios de la atención quirúrgica.
- ❖ Abra el abdomen:
 1. Realice una incisión vertical en la línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis.
 2. Realice una incisión vertical de 2-3 cm en la aponeurosis.
 3. Sujete los bordes de la aponeurosis con una pinza y prolongue la incisión hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras.
 4. Utilice los dedos para abrir los músculos rectos abdominales.
 5. Utilice las tijeras o los dedos para realizar una abertura del peritoneo cerca del ombligo. Utilice las tijeras para prolongar la incisión hacia arriba y hacia abajo. Use cuidadosamente las tijeras para evitar lesionar la vejiga al separar los planos y abrir la parte inferior del peritoneo.
 6. Coloque un separador vesical sobre el pubis y coloque separadores abdominales autoestáticos.
- ❖ Dilate con los dedos el anillo de constricción del cuello uterino.
- ❖ Coloque un tenáculo a través del anillo del cuello uterino y sujete el fondo invertido.
- ❖ Aplique una tracción continua ligera al fondo uterino, mientras un asistente intenta la corrección manual por vagina.
- ❖ Si la tracción fracasa, realice una incisión en el anillo de constricción del cuello uterino en la parte posterior y repita los pasos de la dilatación digital, tenáculo y tracción.
- ❖ Si la corrección da resultado, cierre el abdomen:
 1. Asegúrese de que no halla sangrado. Utilice una compresa para extraer cualquier coágulo de dentro del abdomen;
 2. Cierre la aponeurosis con una sutura continua de catgut cromado 0 o poliglicol.
 3. Si hay signos de infección, tapone el tejido celular subcutáneo con gasa y coloque suturas sueltas de catgut 0. Cierre la piel con una sutura retardada después de que haya pasado la infección.
 4. Si no hay signos de infección, cierre la piel con suturas verticales de nailon o seda 3-0 y coloque un apósito estéril.

Atención después del procedimiento

- Una vez corregida la inversión, infunda Oxitocina 20 unidades en 500 ml de líquidos IV a 10 gotas por minuto:
 1. Si se sospecha hemorragia, aumente la velocidad de infusión a 60 gotas por minuto.
 2. Si el útero no se contrae después de la infusión de Oxitocina, administre ergometrina 0.2 mg o prostaglandinas.
- ❖ Administre una dosis única de antibióticos profilácticos después de corregir la inversión uterina: Ampicilina 2 g IV más Metronidazol 500 mg IV o Cefazolina 1 g IV más Metronidazol 500 mg IV.

- ❖ Si se utilizó la corrección combinada abdominovaginal, vea los principios de la atención postoperatoria.
- ❖ Si hay signos de infección o la gestante tiene fiebre en ese momento, administre una combinación de antibióticos hasta que la gestante esté sin fiebre por 48 horas: Ampicilina 2 g IV cada 6 horas; más Gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas, más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
- ❖ Administre analgésicos en forma apropiada.

14. Anexo 6

Reparación de desgarros vaginales

- ❖ Hay cuatro grados de desgarros que pueden ocurrir durante el parto:
 1. Los desgarros de primer grado, que involucran la mucosa vaginal y el tejido conectivo.
 2. Los desgarros de segundo grado, que involucran la mucosa vaginal, el tejido conectivo y los músculos subyacentes.
 3. Los desgarros de tercer grado, que involucran la sección longitudinal completa del esfínter anal.
 4. Los desgarros de cuarto grado involucran la mucosa rectal.

Nota: es importante que se usen suturas absorbibles para el cierre. Las suturas de poliglicol son preferibles a las de catgut debido a su fuerza tensil, sus propiedades no alergénicas y su baja probabilidad de complicaciones infecciosas. El catgut cromado es una alternativa aceptable, pero no la ideal.

Reparación de los desgarros de primer y segundo grado

- ❖ La mayoría de los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.
- ❖ Revise los principios generales de atención.
- ❖ Brinde apoyo emocional y aliento. Use infiltración local con lidocaína. Si fuera necesario use bloqueo pudendo.
- ❖ Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- ❖ Examine cuidadosamente la vagina, el perineo y el cuello uterino.
- ❖ Si el desgarro es largo y profundo a través del perineo, inspeccione para asegurarse de que no haya ningún desgarro de tercer o cuarto grado:
 1. Coloque un dedo enguantado en el ano.
 2. Levante con delicadez el dedo e identifique el esfínter.
 3. Palpe la tonicidad o la estrechez del esfínter.
- ❖ Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- ❖ Si el esfínter está lesionado, vea la sección sobre reparación de desgarros de tercer y cuarto grado.
- ❖ Si el esfínter no está lesionado proceda con la reparación.
- ❖ Aplique una solución antiséptica al área alrededor del desgarro.
- ❖ Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.
- ❖ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de lidocaína al 0.5%.

- ❖ Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la gestante siente pellizco, espere 2 minutos y vuelva a probar.
- ❖ Repare la mucosa vaginal con una sutura continua 2-0:
 1. Comience la reparación cerca de 1 cm por encima del ápice (parte superior) del desgarro vaginal. Continúe la sutura hasta el nivel de la apertura vaginal.;
 2. En la abertura de la vagina, junte los bordes cortados de la apertura vaginal;
 3. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal, hágala pasar a través del desgarro perineal y anude.
- ❖ Repare los músculos perineales utilizando suturas interrumpidas 2-0. Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
- ❖ Repare la piel utilizando suturas interrumpidas 2-0, comenzando en la abertura vaginal.
- ❖ Si el desgarro fue profundo, realice un examen rectal. Asegúrese de que no haya suturas en el recto.

Reparación de los desgarros de tercer y cuarto grado

Nota: si un desgarro del esfínter anal no se repara correctamente, la mujer puede sufrir pérdida de control de las evacuaciones y gases intestinales. Si no se repara un desgarro en el recto, la mujer puede sufrir una infección y una fístula recto vaginal.

Repare el desgarro en la sala de operaciones.

- ❖ Revise los principios generales de atención.
- ❖ Brinde apoyo emocional y aliento. Use bloqueo pudendo, raquianestesia o ketamina. Excepcionalmente, si se pueden visualizar todos los bordes del desgarro, la reparación puede hacerse usando infiltración local con lidocaína y petidina y diazepam IV, lentamente.
- ❖ Pida a un asistente que masajee el útero y aplique presión al fondo uterino.
- ❖ Examine cuidadosamente la vagina, cuello uterino, perineo y el recto.
 - Coloque un dedo enguantado en el ano y levante ligeramente.
 - Identifique el esfínter o la ausencia del mismo.
 - Palpe la superficie del recto y busque con cuidado para detectar si hay algún desgarro.
- ❖ Cámbiese los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
- ❖ Aplique una solución antiséptica al desgarro y elimine cualquier materia fecal, si la hubiere.
- ❖ Asegúrese de que no haya alergia conocida a la lidocaína o a medicamentos relacionados.
- ❖ Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de lidocaína al 0.5%.
- ❖ Al concluir esta serie de inyecciones, espere 2 minutos y luego pellizque el área con una pinza. Si la mujer siente el pellizco, espere 2 minutos más y vuelva a probar.
- ❖ Repare el recto utilizando suturas interrumpidas 3-0 ó 4-0 con una separación de 0.5 cm entre ellas para juntar la mucosa.

Recuerde: suture a través del músculo (no a través de la mucosa).

- Cubra la capa muscular juntando la capa de la aponeurosis con suturas interrumpidas.
 - Aplique una solución antiséptica al área.
- ❖ Si el esfínter está desgarrado:
 1. Sujete cada extremo del esfínter con una pinza de Allis (el esfínter se retrae cuando está desgarrado). El esfínter es resistente y no se va a desgarrar al hacer tracción con la pinza.

2. Repare el esfínter con dos o tres suturas interrumpida.
- ❖ Aplique nuevamente una solución antiséptica al área.
 - ❖ Examine el ano con un dedo enguantado para asegurar que la reparación del recto y del esfínter sea correcta. Luego cámbiense los guantes por otros limpios, sometidos a desinfección de alto nivel o estériles.
 - ❖ Repare la mucosa vaginal, los músculos perineales y la piel.

Atención después del procedimiento

- ❖ Si hay un desgarro de cuarto grado, administre una dosis única de antibióticos profilácticos:
 - Ampicilina 500 mg vía oral; más Metronidazol 500 mg vía oral.
- ❖ Haga seguimiento estrecho para detectar signos de infección de la herida.
- ❖ Evite la administración de enemas y los exámenes rectales durante 2 semanas.
- ❖ Administre un ablandador de heces vía oral durante 1 semana, si fuera posible.

Tratamiento de los casos descuidados

Un desgarro perineal siempre está contaminado con materia fecal. Si el cierre se retrasa más de 12 horas, la infección es inevitable. En estos casos se indica un cierre primario retardado.

- ❖ En el caso de desgarro de primer y segundo grado, deje la herida abierta.
- ❖ En el caso de desgarro de tercer y cuarto grado, cierre la mucosa rectal junto con algún tejido de sostén y aproxime la aponeurosis del esfínter anal con 2 ó 3 suturas. Cierre el músculo vaginal y la piel perineal 6 días más tarde.

Complicaciones

- ❖ Si observa un hematoma, abra y drene. Si no hay signos de infección y se ha detenido el sangrado, vuelva a cerrar la herida.
- ❖ Si hay signos de infección abra y drene la herida. Retire las suturas infectadas y desbride la herida:
 1. Si la infección es leve, no se requieren antibióticos.
 2. Si la infección es severa pero no involucra los tejidos profundos, administre una combinación de antibióticos:
 - Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días.
 - Más Metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.
 3. Si la infección es profunda, involucra los músculos y está causando necrosis, administre una combinación de antibióticos hasta que el tejido necrótico se halla extraído y la mujer esté sin fiebre por 48 horas:
 - Penicilina G 2 millones de unidades IV cada 6 horas.
 - Más Gentamicina 5 mg/kg de peso corporal IV cada 24 horas.
 - Más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.
 4. Una vez que la mujer esté sin fiebre por 48 horas, administre:
 - Ampicilina 500 mg vía oral cuatro veces al día por 5 días.
 - Más Metronidazol 500 mg vía oral tres veces al día por 5 días.
- ❖ La incontinencia fecal puede ser el resultado de la sección longitudinal completa del esfínter. Muchas mujeres pueden mantener el control de la defecación mediante el uso de otros músculos perineales. Cuando la incontinencia persiste, debe realizarse la cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.
- ❖ La fístula rectovaginal requiere cirugía reconstructiva 3 meses o más después del parto.

15. Anexo 7 Trabajo de parto con cicatriz uterina previa

Problema

- ❖ Una mujer en trabajo de parto tiene el útero con cicatrices debido a una previa intervención quirúrgica uterina.

Manejo general

Remitir a un nivel superior

- ❖ Si es posible, identifique el motivo de la cicatriz uterina. La cesárea y otras intervenciones quirúrgicas dejan una cicatriz en la pared uterina. Esta cicatriz puede debilitar el útero y llevar a la rotura durante el trabajo de parto.

Rotura de cicatrices uterinas

Las cicatrices verticales pueden romperse antes del trabajo de parto o durante la fase latente. Las cicatrices transversas se rompe típicamente durante el trabajo de parto activo o durante la fase de expulsión. Puede ocurrir que la rotura se extienda sólo un pequeño trecho dentro del miometrio, con poco dolor o sangrado. El feto y la placenta pueden permanecer en el útero y el feto puede sobrevivir durante unas horas o minutos.

Manejo específico

Remitir a un nivel superior

Estudios realizados demuestran que en cerca de 50% de los casos con cicatrices de cesáreas transversas bajas es posible el parto vaginal. Se ha informado que la frecuencia con que se rompen las cicatrices transversas bajas durante un intento cuidadoso de trabajo de parto es inferior a 1%.

Intento de trabajo de parto:

- ❖ Asegúrese de que existan las condiciones favorables para intentar el trabajo de parto, es decir:
 - La operación anterior fue una incisión de cesárea transversa baja.
 - El feto está en una presentación de vértice normal.
 - Si se requiere, la cesárea de emergencia puede llevarse a cabo de inmediato.
- ❖ Si no se reúnen estas condiciones, o si la mujer tiene antecedentes de dos cesáreas del segmento uterino inferior o de rotura uterina, realice una cesárea.
- ❖ Monitoree progreso del trabajo de parto utilizando un partograma.
- ❖ Si el trabajo de parto cruza la línea de alerta del partograma, diagnostique la causa del progreso lento y tome las medidas apropiadas:
 - Si el progreso lento del trabajo de parto se debe a contracciones uterinas ineficaces, rompa las membranas con un amniótomo o con una pinza Kocher y conduzca el trabajo de parto con Oxitocina.
 - Si hay signos de desproporción cefalopélvica u obstrucción, realice de inmediato una cesárea.

- ❖ Si hay signos de rotura uterina inminente (pulso uterino rápido, dolor abdominal persistente y sensibilidad suprapúbica, sufrimiento fetal), realice de inmediato una cesárea.
- ❖ Si se sospecha una rotura uterina, realice de inmediato una cesárea y repare el útero o realice una histerectomía.

16. Anexo 8

Versión cefálica externa para convertir a cefálica la presentación podálica a término

Fecha de la actualización más reciente: 26 de febrero de 1999

Fecha de la actualización significativa más reciente: 6 de julio de 1995

Hofmeyr GJ, Kulier R. Versión cefálica externa para convertir a cefálica la presentación podálica a término (Translated Cochrane Review).

The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

Antecedentes

Hay muchos desacuerdos acerca del manejo en la presentación de nalgas, tanto respecto del lugar que le cabe a la versión cefálica externa (VCE) como sobre la vía del parto. La interpretación de los estudios clínicos no aleatorizados se confunde por el hecho de que la presentación de nalgas per se parece ser un marcador de un mal resultado perinatal. Por ejemplo, se ha hallado una alta incidencia de discapacidades infantiles (19,4%) subsiguientes a la presentación de nalgas, tanto para los niños nacidos por vía vaginal como por cesárea ([Danielian 1996](#)).

La presentación de nalgas puede deberse a una anomalía subyacente fetal o materna, o puede ser aparentemente un hecho casual o relacionado con una variante benigna como la inserción en el cuerno uterino de la placenta. En los últimos casos, la presentación de nalgas sitúa a un feto y a una madre sanos ante un riesgo aumentado de parto vaginal complicado o posibilidad de cesárea. No es por ello sorprendente que, a lo largo de los años, la posibilidad de manipular el feto desde una presentación de nalgas a la presentación cefálica haya constituido un reto para los obstetras.

La versión cefálica externa antes del término llegó a la práctica obstétrica corriente debido a la evidente efectividad inmediata del procedimiento y a los resultados confirmatorios de varios ensayos no aleatorizados, y muy a pesar de los resultados negativos del único ensayo aleatorizado publicado antes de 1980 ([Brosset 1956](#)). La popularidad de la VCE antes del término decayó a mediados de los años 1970, debido a los informes de la mortalidad perinatal asociada con el procedimiento ([Bradley-Watson 1975](#)) y a una creciente percepción de la cesárea como método más seguro que la VCE o el parto de nalgas.

Antes de mediados de la década de 1970, la VCE se aplicaba antes del término porque se creía que al término el procedimiento rara vez sería exitoso. Estudios posteriores demostraron que con el uso de la tocólisis, la VCE podría llevarse a cabo a término en un número significativo de embarazadas cuyo feto se presentaba de nalgas. La VCE al término difiere en muchos aspectos de la realizada antes del término. Ello incluye el hecho de que el feto

está maduro y que puede provocarse el parto más rápidamente en caso de complicaciones; además, la versión espontánea sin intento de VCE o la reversión después de una VCE exitosa son menos frecuentes. Por ello, el procedimiento a término se evalúa como una práctica aparte (ver ‘Versión cefálica externa antes de término’).

En dos ensayos no controlados, con pocos casos, en mujeres con cesárea previa ([Flamm 1991](#); [Schachter 1994](#)), y en dos embarazadas en trabajo de parto ([Ferguson 1985](#); [Fortunato 1988](#)) se mostró que la versión cefálica externa a término es adecuada. Todavía no se conoce la existencia de ensayos aleatorizados.

Varios autores han investigado cuáles son los factores asociados a un aumento de la posibilidad de resultados positivos de la versión cefálica externa ([Fortunato 1988](#); [Lau 1997](#)).

Se recomienda a los lectores las revisiones previas sobre el tema ([Hofmeyr 1989](#); [Hofmeyr 1991](#); [Hofmeyr 1992](#); [Hofmeyr 1993](#); [Zhang 1993](#)). Véase también otras revisiones sistemáticas de Cochrane relacionadas con el tema: “Versión cefálica por manejo postural”, “Versión cefálica externa antes de término”, “Versión cefálica externa facilitada a término”.

Objetivos

Evaluar, mediante la mejor evidencia disponible, los efectos de la versión cefálica externa a término en la presentación de nalgas, sobre la presentación al parto, el método de parto, y la morbimortalidad perinatal.

Criterios para la valoración de los estudios de esta revisión

Tipos de estudios

Todos los ensayos que analizaran los efectos de la VCE a término, con tocólisis o sin ella, en comparación con un grupo control (sin intento de VCE), sobre los resultados clínicamente relevantes; la asignación era aleatoria para cada uno de los grupos, con un ocultamiento adecuado de las asignaciones; las infracciones a las asignaciones y las exclusiones posteriores no debían afectar de manera sustancial los resultados.

Tipos de participantes

Mujeres embarazadas con presentación fetal de nalgas a término y sin contraindicaciones para la versión cefálica externa.

Tipos de intervención

Intento de versión cefálica externa a término, con empleo de tocólisis o sin ella, comparado con la ausencia de intento de VCE.

Tipos de medidas de resultado

Resultados perinatales que incluyen la presentación fetal en el parto, método de parto y morbimortalidad

Los resultados se incluyeron cuando tenían relevancia clínica; se habían tomado medidas razonables para minimizar el sesgo del observador; los datos que faltaban no llegaban a

afectar de manera sustancial las conclusiones; los disponibles se presentaron de acuerdo con la asignación originaria, más allá de las infracciones al protocolo, además de estar en formato adecuado para su análisis.

Estrategia de búsqueda para la identificación de los estudios

Ver: Grupo Cochrane de embarazo y parto estrategia de búsqueda

Para esta revisión se adoptó la estrategia de búsqueda desarrollada por el Grupo de embarazo y parto en su totalidad.

Se identificaron los estudios clínicos relevantes en el Registro especializado de estudios clínicos controlados del grupo (Group's Specialised Register of Controlled Trials). Para más información, ver detalles del Grupo de revisión.

Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane de ensayos clínicos controlados con los siguientes términos; para presentación de nalgas: Fecha de la última búsqueda: octubre de 2001.

Métodos de la revisión

Los estudios clínicos considerados se evaluaron por su calidad metodológica y por la conveniencia de su inclusión según los criterios de selección enunciados, independientemente de sus resultados. Los datos de los resultados individuales se incluyeron en el análisis si satisfacían los criterios preestablecidos en Tipos de medidas de resultado. Los datos de los estudios clínicos incluidos se procesaron de la manera que se describe en [Clarke 1999](#).

Los datos fueron extraídos de sus fuentes e incorporados al Review manager (RevMan) computer software (Update software, Oxford UK), se controló su precisión y se analizaron mediante el software RevMan. Para los datos dicotómicos, se calcularon los riesgos relativos y los intervalos de confianza del 95% y, al no registrarse heterogeneidad, se combinaron los resultados mediante un modelo de efectos fijos. Los datos continuos se agruparon utilizando diferencias ponderadas de los promedios e intervalos de confianza del 95%.

Descripción de los estudios

Ver: Características de los estudios incluidos

[Van Veelen 1989](#) reclutó mujeres embarazadas de diferentes edades gestacionales, desde la semana 33 de gestación. El estudio se incluye con el análisis de la VCE a término dado que esta se repitió de manera sistemática cada vez que fue necesario hasta llegar al término. De todos modos, la mayor posibilidad de que se diera una versión espontánea en el grupo control subestimó el beneficio de la VCE sólo llevada a cabo a término.

Calidad metodológica

Ver. "Características de los estudios incluidos", en particular las secciones de "Métodos" y "Notas".

En cuatro ensayos se utilizó la asignación mediante sobres sellados, aleatorizados, mientras que [Van Dorsten \(1981\)](#) y [Brocks \(1984\)](#) utilizaron la asignación aleatoria sin especificar el mecanismo. Por ello, si bien el ocultamiento de las asignaciones fue razonable, no fue óptima. Es poco probable que la exclusión de tres mujeres después del reclutamiento en el estudio [Van Dorsten \(1981\)](#) y la pérdida al seguimiento de una mujer en el de [Van Veelen \(1989\)](#) haya afectado sustancialmente los resultados.

Brocks (1984) estudió a 65 mujeres que aceptaron la aleatorización y a otras 65 que pidieron o rechazaron específicamente la VCE. Dada la existencia de factores relacionados con el resultado del embarazo que pueden influir en la decisión de aceptar la práctica del procedimiento, hemos limitado el análisis a los 65 casos aleatorizados.

Van de Pavert (1990) probó la VCE sin tocólisis en 21 de 25 mujeres en el grupo de estudio, y con tocólisis en 16 de 20 en que hubo fallos iniciales. De este modo, 8 de 25 mujeres (32%) no se trataron con el protocolo completo. Se intentó la VCE en 5 de las 27 mujeres del grupo control, con tocólisis en tres de ellas obteniéndose resultados exitosos. Si bien el análisis según la intención de tratamiento fue apropiado, la tasa de incumplimiento del tratamiento asignado reduce la potencia del estudio para detectar las diferencias resultantes del intento de VCE.

Resultados

Los datos agrupados de estos estudios muestran una reducción estadísticamente significativa y clínicamente relevante de los nacimientos no cefálicos así como de las tasas de cesárea cuando se intentó la VCE. No se registraron diferencias significativas en la incidencia de las puntuaciones de Apgar < 7 a 1 minuto o a los 5 minutos, niveles bajos de pH arterial umbilical o muerte perinatal.

Discusión

Los números absolutos de nacimientos en posición cefálica y de cesáreas varían considerablemente entre los ensayos. Esto probablemente refleja diferencias en las poblaciones de los estudios y las políticas para la cesárea. Las proporciones de estos resultados en los grupos de estudio y control son consistentes, con la excepción de la incidencia de cesárea en el estudio de Van de Pavert (1990). El considerable solapamiento entre los grupos redujo la potencia del estudio para mostrar las diferencias relacionadas con la VCE. Los autores sugieren que frente a una baja tasa previa de cesáreas para la presentación de nalgas, la experiencia negativa que significa el fracaso de la VCE podría hacer que tanto los médicos como las madres optaran por la cesárea.

Conclusiones de los revisores

Implicaciones para la práctica

Los estudios de esta revisión aportan evidencias convincentes de que la posibilidad de parto con presentación de nalgas y la práctica de cesárea se pueden reducir de manera sustancial si se intenta la VCE a término. Los casos estudiados son pocos para hacer una evaluación rigurosa de los riesgos que conlleva esta práctica. Existen razones de peso para el uso clínico de la VCE a término, con las debidas precauciones, en cualquier mujer embarazada en la que el valor de la probabilidad de un nacimiento vaginal cefálico supere el riesgo del procedimiento. Los factores predictores de un fracaso son el grado de descenso de la presentación en la pelvis materna, la dificultad para palpar la cabeza fetal, y un útero tenso a la palpación (Lau 1997).

Implicaciones para la investigación

Las investigaciones futuras deberían dirigirse hacia un mayor refinamiento en la selección de embarazadas adecuadas para intentar una VCE a término. Por ejemplo, el antecedente de cesárea se considera una contraindicación para la aplicación de la VCE. Sin embargo,

en una serie no controlada se encontró que la maniobra fue exitosa en un 82% de 56 mujeres a quienes se les había practicado una o incluso dos cesáreas previas (Flamm 1991).

La práctica de la VCE durante el trabajo de parto requiere más estudios. La versión cefálica externa otorgó resultados positivos en 11 (73%) de 15 mujeres en trabajo de parto a las que se consideró no aptas para un parto vaginal con presentación de nalgas. Se evitó la cesárea en 10 (67%) de ellas (Ferguson 1985).

Deben llevarse a cabo más estudios para definir de un modo más riguroso el efecto de la VCE sobre el resultado perinatal, y el lugar que tiene la maniobra en posiciones no longitudinales del feto.

Agradecimientos

Ninguno.

Potencial conflicto de interés

El revisor por contactar es uno de los autores de los trabajos revisados.

Nota

1. Para consultar las características de los estudios incluidos, puede consultarse en la Biblioteca de salud sexual y reproductiva No 5 de la OPS-OMS.
2. El video explicativo puede ser consultado en la Biblioteca de salud sexual y reproductiva No 5 de la OPS-OMS.

