



ASISTENCIA AL PARTO NORMAL

(2003)

3

INICIO Y FASES DEL PARTO

El parto es un proceso biológico y como tal no es fácil saber cuándo comienza realmente. Desde un punto de vista clínico se considera que el parto ha comenzado cuando se instaura una actividad uterina regular (2-3 contracciones de intensidad moderada-fuerte cada 10 minutos), la dilatación del cuello uterino es de 2-3 cms y existen modificaciones del resto de las características del cervix (al menos está semiborrado y centrado).

Los periodos del parto son tres (tabla 1):

- Dilatación: desde el inicio del parto hasta la dilatación completa. Según los criterios de Friedman, en este período pueden distinguirse dos fases:
 - Fase latente: desde el comienzo del parto hasta que se inicia la fase activa, aproximadamente con 3-4 cms. El límite entre ambas fases muchas veces sólo se puede determinar a posteriori.
 - Fase activa: hasta la dilatación completa.
- Expulsivo: comienza cuando la dilatación es completa y termina cuando se produce el parto del feto,
- Alumbramiento: desde el nacimiento del feto hasta la salida de la placenta y de las membranas.

Tabla 1. Duración de las distintas fases del parto normal

	Nulípara	Múltipara
Fase latente	< 20 horas	< 14 horas
Fase activa	1.2-5 cms/hora	1.5-10 cms/hora
Expulsivo	ver texto	ver texto
Descenso de la presentación	1-5 cms/hora	2-10 cms/hora
Alumbramiento	< 30 minutos	< 30 minutos

Es probable que durante los próximos años se deban modificar estos criterios (sobre todo en la dilatación de las pacientes nulíparas) dado el uso cada vez más frecuente de la epidural y de la oxitocina en la conducción del parto.

Los días previos al inicio del parto constituyen la denominada fase prodrómica del parto. En ella tienen lugar una serie de síntomas tales como aumento de las contracciones (que suelen ser irregulares y poco intensas y que carecen de las características descritas para las contracciones del parto), descenso del fondo

del útero y expulsión del tapón mucoso. Todo ello se suele acompañar de la maduración cervical: el cervix se reblandece, borra y centra en el canal del parto.

ATENCIÓN AL INICIO DEL PARTO

Según la Cartera de Servicios de la SEGO, el parto se debe atender en un centro asistencial con acreditación por parte de la Administración Sanitaria y será responsabilidad de un especialista en Obstetricia y Ginecología con presencia física en el centro hospitalario. El parto podrá ser atendido por él, por un médico residente bajo su tutela o por una matrona.

En la **evaluación inicial** de la mujer de parto se recomienda:

- Completar la historia clínica.
- Determinar la tensión arterial, pulso, temperatura, peso y talla.
- Exploración abdominal, que incluya:
 - Estimación de la altura uterina
 - Estimación de la situación, presentación y posición fetal
 - Auscultación del latido cardíaco fetal
 - Valoración clínica de las contracciones uterinas
 - Estimación clínica del tamaño fetal
- Exploración vaginal que valore:
 - Las condiciones cervicales (dilatación, posición, consistencia y borramiento)
 - El estado de la bolsa amniótica y, en caso de rotura, del color del líquido amniótico. La utilidad clínica de la amnioscopia se discute en la actualidad.
 - La presencia de hemorragia genital.
 - La actitud, posición y altura de la presentación.
 - Estimación clínica de la capacidad y configuración pélvica.
- Estudio analítico en función de:
 - La información disponible a partir de los análisis realizados en el tercer trimestre de la gestación durante la consulta prenatal. Si no se dispone de una analítica reciente, se solicitará un hemograma y pruebas de coagulación.
 - Conviene disponer antes del parto del grupo sanguíneo y Rh, serologías de VIH y hepatitis B así como del cultivo vagino-rectal del estreptococo grupo B.
- Evaluación inicial del estado fetal. En gran parte, la evolución posterior del parto y la conducta a seguir va a depender de los datos biofísicos recogidos al ingreso. En la medida de lo posible este control deberá incluir

registro externo de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y dinámica uterina durante 30 minutos.

Con todos estos datos, ya podremos emitir un diagnóstico del estado del parto y decidir si la gestante debe ser ingresada o no. En ocasiones puede ser preciso un tiempo de observación para poder ver la evolución y si la mujer realmente está o no de parto. En el caso que se compruebe que la gestante “no está de parto” podrá ser dada de alta.

Desde el momento en que se considere que la mujer está de parto y si se queda ingresada, se recomienda emplear un partograma para registrar los datos obtenidos durante la evolución del parto así como todas las incidencias, indicaciones y tratamientos realizados. Hay autores que consideran que el partograma se debe abrir cuando comience la fase activa.

PERIODO DE DILATACIÓN

En el momento actual no se recomienda el rasurado de los genitales externos de forma rutinaria.

Se recomienda enema de limpieza en los casos en que se aprecie la ampolla rectal llena de heces.

Una vez instaurado el parto se debe canalizar una vena, manteniendo el ritmo de perfusión que asegure una hidratación adecuada y evite la administración excesiva de líquidos.

Se transmitirá a la gestante y familiares más cercanos, de forma comprensible, completa y concisa, la información disponible sobre el estado actual del parto, dándoles el apoyo humano que este momento requiere, para que conociendo la realidad de los hechos puedan tranquilizarse. La participación familiar en el apoyo a la mujer, durante la dilatación y el expulsivo, puede ser muy útil siempre que las condiciones del parto y del centro lo permitan. La idoneidad del acompañamiento familiar debe ser considerado en cada caso.

Monitorización biofísica fetal

La monitorización biofísica del feto durante el parto puede realizarse con métodos “clínicos” (auscultación con estetoscopio o detector ultrasónico) o con métodos electrónicos (cardiotocografía). Aunque varios estudios randomizados no han demostrado diferencias entre ambos métodos en la tasa de mortalidad fetal intraparto, lo cierto es que los casos asignados al control clínico tenían una matrona que sólo controlaba a una parturienta. Parece por tanto lógico, que para poder recomendar este tipo de control clínico sea preciso disponer de una matrona por cada parto. Si ello no es posible, la monitorización electrónica del feto deberá ser la norma para el control intraparto.

En el parto normal, la monitorización externa de la FCF y de la dinámica uterina es habitualmente suficiente siempre que la obtención de ambas señales sea

satisfactoria. Si se producen dificultades técnicas para lograr ambas señales, se recomienda recurrir a la monitorización interna.

En situaciones de estricta normalidad puede considerarse suficiente, un registro de 30 minutos, cada 1-2 horas, durante el período de dilatación. Cuando en el control electrónico mediante "ventanas" se detecten anomalías de la FCF o de la actividad uterina o la situación clínica así lo aconseje (analgesia epidural, estimulación con oxitocina, expulsivo), la cardiotocografía será continua.

Ante variaciones de la FCF que se alejen de los patrones considerados normales, se recomienda, si las condiciones lo permiten, un estudio del equilibrio ácido-base del feto. Otras técnicas empleadas para el control del bienestar fetal durante el parto (pulsioximetría, estimulación vibroacústica o del scalp fetal, control del segmento ST) están aún pendientes de validación.

Control de la evolución del parto

La evolución del progreso del periodo de dilatación se realiza mediante la exploración vaginal y el control de la actividad uterina. El intervalo entre cada exploración vaginal depende de la paridad, dinámica uterina y evolución del parto. Mientras que en la fase latente, el intervalo puede ser cada 4-8 horas, en la fase activa se puede practicar un tacto vaginal cada 1-2 horas o incluso antes si la evolución del parto así lo aconseja.

En cada tacto se tratará de determinar y se anotarán: progreso de la dilatación, modificaciones en el borramiento, altura de la presentación y consistencia del cuello, variedad de posición y características del líquido amniótico.

Durante la fase de dilatación se considera normal la presencia de 3-5 contracciones uterinas cada 10 minutos. La intensidad de la misma varía con las diferentes fases del parto. Una actividad uterina eficaz es aquella que permite el progreso satisfactorio de la dilatación cervical sin repercusiones adversas para la madre o el feto. En ocasiones pueden existir una actividad uterina "adecuada" sin que exista progresión del parto.

Con respecto a la duración de la fase activa del parto, se han señalado tiempos muy diversos. No obstante, estas cifras no tienen una importancia clínica de gran relevancia, siendo de mayor trascendencia la valoración de intervalos. Según los criterios clásicos de Friedman se considera que existe un retardo de la dilatación si su progresión es <1.2 cm/hora en las nulíparas o <1.5 cm/hora en las múltiparas. Se considera que existe una detención de la dilatación si la misma no progresa durante 2 horas en las nulíparas o 1 hora en las múltiparas.

De forma periódica se controlarán las constantes maternas: pulso, tensión arterial, temperatura. Es importante evitar la formación del globo vesical, siendo preferible la micción espontánea al sondaje vesical.

La amniorrexis y/o la estimulación con oxitocina se pueden utilizar cuando la evolución del parto lo aconseje. Si el progreso del parto es adecuado, no se consideran necesarias.

Amniotomía

Se realizará durante el periodo intercontráctil, siguiendo las normas de asepsia adecuadas, revisando cuidadosamente tras su práctica el canal del parto para diagnosticar con prontitud prociencias o prolapsos de cordón y procediendo a la valoración de la FCF y el aspecto del líquido amniótico.

Está justificada en los siguientes casos: sospecha de líquido amniótico meconial, si se desea “dirigir el parto”, antes de administrar oxitocina por una hipodinamia y cuando precisemos tener acceso directo al feto (monitorización interna, microtoma de sangre fetal etc...).

Administración de oxitocina

Cuando, de acuerdo con el buen juicio clínico, se considere necesaria la utilización de oxitocina, se recomienda:

- Administrarla con bomba de perfusión y con monitorización continua de la FCF y de la dinámica uterina.
- La solución debe tener una concentración de 10 mU/ml.
- Existen diversas pautas aceptadas de inicio e incremento de la dosis. Una de ellas puede ser el empleo de dosis iniciales de 0.5-2 mU/min que se duplican cada 20-40 min hasta alcanzar las 16 mU/min. A partir de esta dosis, se puede proseguir con los incrementos sin duplicar la dosis, hasta un máximo de 40 mU/min.
- En cualquier caso la dosificación irá ligada directamente a la obtención de la dinámica uterina adecuada al momento del parto.

Debe tenerse en cuenta que a medida que progresa el parto, para una misma dinámica, las dosis de oxitocina necesarias van disminuyendo, fenómeno a tener presente para evitar hiperdosificaciones.

En cualquier caso la administración de oxitocina será siempre controlada por una persona experta.

Analgesia y anestesia

En la actualidad se considera que la analgesia epidural es el procedimiento de elección por ser el método más efectivo y seguro para aliviar el dolor del trabajo de parto. Se usará según las posibilidades del centro y siguiendo un protocolo específico (ver protocolo).

PERIODO EXPULSIVO

La paciente debe permanecer en el paritorio durante los periodos del expulsivo, alumbramiento y postparto inmediato, entendiendo por tal el tiempo requerido para el control de las constantes y de posibles complicaciones, especialmente trastornos hemorrágicos ligados a estas fases del parto.

El área de partos debe disponer del equipamiento necesario para la asistencia al parto de forma operatoria, con los medios adecuados para la anestesia general o locorregional y para la reanimación neonatal.

La posición de parto más habitual en nuestro medio es con la parturienta en posición de litotomía o semi-Fowler, en una cama que permita el pujo y la visión y protección del periné, la expulsión fetal o su extracción si fuera necesaria y la sutura de la episiotomía si se hubiera realizado.

Se procurará el vaciado vesical con sonda desechable y se mantendrá el control de las constantes maternas y la canalización de una adecuada vía venosa periférica.

En todo momento se respetarán las normas de asepsia y antisepsia, procediendo al lavado vaginal y a la desinfección de la zona vulvo-perineal (se deben evitar las soluciones yodadas por el riesgo de frenación del tiroides fetal). Finalmente se debe crear un campo quirúrgico adecuado mediante la colocación de paños estériles.

Durante el periodo expulsivo es aconsejable el control continuo de la FCF y de la dinámica uterina.

Aunque las variaciones individuales son muy grandes, la duración del expulsivo alcanza un promedio de 50' en nulíparas y 20' en multíparas. En el 60% de las nulíparas y en el 92% de las multíparas, el periodo expulsivo ha concluido antes de una hora. Actualmente se considera que el clínico debe valorar no sólo su duración, sino también su progreso. En ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada, la colaboración de la madre es buena y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta 2 horas en nulíparas y hasta una en multíparas, siempre que exista un progreso continuo en el descenso de la presentación. En caso de anestesia regional, los límites se establecen en tres y dos horas para las nulíparas y multíparas respectivamente.

La falta de progreso y detención del descenso implican mal pronóstico, por lo que en estos casos deberemos extremar la vigilancia fetal y replantearnos la actuación obstétrica.

La maniobra de Kristeller, podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación.

Actualmente no se propugna la episiotomía sistemática y se cuestiona la episiotomía profiláctica, tendiéndose cada vez más a una indicación restringida en función de las condiciones individuales.

Tras el desprendimiento de la cabeza y comprobada la ausencia de circulares de cordón, resolviendo la situación mediante deslizamiento o pinzamiento del mismo en caso contrario, se limpian las secreciones nasofaríngeas del feto, se

facilita el desprendimiento del hombro anterior y a continuación el posterior, ayudando a la extracción del tronco y caderas fetales mediante tracción suave y evitando pujos intensos en estos momentos. La protección del periné se debe realizar durante todo el expulsivo fetal. Acto seguido se secciona el cordón umbilical entre dos pinzas procurando dejar un asa de cordón para la valoración del equilibrio ácido-base en sangre del cordón de acuerdo con los protocolos específicos de cada centro. Igualmente se procederá a la evaluación del estado del recién nacido con el índice de Apgar.

A continuación se procederá, si la madre está despierta y el recién nacido en buenas condiciones, a ponerlo sobre el abdomen materno incitando a la madre a que lo mire y acaricie para facilitar el contacto físico piel a piel entre madre e hijo. Incluso se puede recomendar la succión del pezón materno por el recién nacido.

Si el recién nacido requiere cuidados especiales será entregado al personal especializado en la atención neonatal para su atención inmediata.

A continuación y en la misma sala de partos se procederá a poner en marcha el protocolo de identificación fetal que tenga establecido cada centro. Se debe emplear un método seguro y aceptado.

PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

El intervalo entre el nacimiento del niño y la expulsión de la placenta suele ser menor de 15 minutos en el 95% de los partos.

El alumbramiento podrá ocurrir de forma espontánea o farmacológica. En este último caso, se procederá a incrementar ostensiblemente el ritmo de perfusión de oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior.

El desprendimiento placentario lo sospecharemos por la maniobra de Küstner, el signo de Ahlfeld o por la salida de sangre oscura por vagina procedente del hematoma retroplacentario.

Desprendida la placenta, se puede traccionar ligeramente del cordón umbilical y favorecer su expulsión invitando a la parturienta a realizar pujos similares a los que hizo durante el periodo expulsivo o bien realizar un suave masaje uterino que facilite una contracción al tiempo que se ejerce una ligera compresión uterina. No se debe realizar ninguna maniobra (tracción del cordón, expresión o masaje uterino) hasta que los signos de desprendimiento placentario sean evidentes.

Cuando se consigue que la placenta vaya abandonando el canal vaginal, comenzaremos a imprimirle un movimiento de rotación sobre su eje, a la par que dejamos se vaya desprendiendo por su peso hasta completar su total expulsión. Si durante este proceder se rompieran las membranas, se procederá, tras su localización, a sujetarlas con una pinza de presión, efectuando sobre ésta la rotación antes descrita y una ligera tracción.

Extraída la placenta, se procede a su revisión junto a la de las membranas, para comprobar su integridad. El peso de la misma, su descripción macroscópica, así como la del cordón y la variedad de inserción del mismo, junto a cualquier otra anomalía (hematomas, calcificaciones, etc.), debe de anotarse en el partograma.

Tras la expulsión de la placenta y membranas ovulares se debe comprobar la formación del “globo de seguridad” (útero bien contraído) y evaluar el estado materno.

Si la placenta no se ha desprendido en 30 minutos, consideraremos que este período del parto se prolonga anormalmente. Ante una retención de placenta los pasos a dar incluyen sucesivamente: masaje suave sobre el útero y sondaje vesical, administración de oxitocina, maniobra de Credé sin/con anestesia. Si estas maniobras fracasan, se recurrirá a la extracción manual de la placenta (siempre con anestesia adecuada para evitar fenómenos vagales). En estos casos puede estar indicada la profilaxis antibiótica de la infección puerperal mediante la administración de antibióticos en dosis única.

Se procede seguidamente a la revisión del canal del parto y a la sutura de la episiotomía, para lo que se pondrá un taponamiento vaginal que facilite la visión del campo operatorio. Se tendrá especial cuidado en alcanzar el ángulo de la misma, así como en practicar una correcta hemostasia y no dejar espacios muertos.

Tras la episiorrafia, se puede sondar a la paciente, con lo que se comprueba la integridad vesical además de evitar la distensión uterina y se practica un tacto rectal, para comprobar la integridad del esfínter externo del ano y la de la mucosa rectal descartando al tiempo el que algún punto haya alcanzado dicha zona.

El control del estado materno durante las dos horas siguientes al nacimiento es importante para la prevención y diagnóstico de complicaciones. En este periodo debe comprobarse que el útero permanece contraído, que no hay sangrado de la episiotomía ni de la cavidad, que no se ha producido retención urinaria y que las constantes maternas se mantienen dentro de los límites normales.

La profilaxis farmacológica de la hemorragia del alumbramiento se puede realizar mediante la perfusión continua de 10 UI de oxitocina en 500 ml de suero fisiológico.

Pasadas las dos primeras horas sin complicaciones y con el estado general de la mujer estable, procede instaurar las normas generales que deben regir durante la hospitalización de la puerpera (ver protocolo).

BIBLIOGRAFÍA

1. Creasy R, Resnik R. Editores. Medicina Materno-Fetal: Principios y práctica. Buenos Aires: Panamericana; 1987.
2. Kilpatrick S, Russell L. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol* 1989; 74:85-7.
3. Manual de Anestesia Obstétrica. Datta S. (ed). S. Mosby Ed. Madrid. 1993.
4. Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Fabre E. (ed). Zaragoza, 1996.
5. Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Patológicos. Fabre E. (ed). Zaragoza. 1999.
6. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. (ed). *Obstetricia*. Ed. Marban, Madrid. 2000.
7. Intrapartum fetal heart rate management. Institute for Clinical Systems Improvement. 2002. www.icsi.org

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.