

MANEJO DEL *TRABAJO DE PARTO* DE ALTO RIESGO

Editado por

GOWRI DORAIRAJAN

Profesora, JIMPER, Puducherry, India

AMOLCA

2024



MANEJO DEL
TRABAJO DE PARTO
DE ALTO RIESGO



Contenido

Prefacio	XI
Agradecimientos	XIII
Acerca de la editora	XIV
Colaboradores	XV
CAPÍTULO 1 ANATOMÍA DE LA PELVIS <i>Vandana Mehta</i>	
Cambios en la pelvis durante la evolución	1
Cambios en la pelvis desde la infancia hasta la adultez	4
Pelvis verdadera: articulaciones y ligamentos	4
Pelvis mayor o falsa	5
Pelvis menor	5
Piso pélvico	6
Articulaciones y ligamentos pélvicos	7
Tipos de pelvis	11
Diferencias sexuales en pelvis	11
Diferencias en la forma de la pelvis femenina y masculina	12
Mecanismo de la pelvis	13
Referencias	13
CAPÍTULO 2 ENTENDER EL PASAJE MATERNO <i>Gowri Dorairajan</i>	
Introducción	15
Aplicación clínica y diámetro de la pelvis	15
Tipos básicos de pelvis	19
Pelvimetría clínica	22
Lectura sugerida	25

CAPÍTULO 3	ENTENDER AL PASAJERO	
<i>Gowri Dorairajan</i>		
Enfoque en la bóveda		27
Referencias importantes		28
Diámetros del cráneo fetal		29
Resumen de los diámetros de acoplamiento del feto		29
CAPÍTULO 4	FASES DEL TRABAJO DE PARTO	
<i>Gowri Dorairajan</i>		
Primera etapa del parto		31
CAPÍTULO 5	ENTENDER EL PODER: LAS CONTRACCIONES UTERINAS	
<i>Gowri Dorairajan</i>		
Contracciones uterinas normales		39
Formación de los segmentos uterinos		41
Referencias		42
CAPÍTULO 6	ENTENDER EL DESCENSO FETAL	
<i>Gowri Dorairajan</i>		
Definiciones y terminologías importantes		43
Entender la posición fetal por examen abdominal		46
Mecanismo del trabajo de parto		48
Referencias		52
CAPÍTULO 7	MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO (I)	
<i>Gowri Dorairajan</i>		
Evaluación de una mujer en trabajo de parto		54
El manejo de la primera etapa del parto		56
Seguimiento de la primera etapa del parto		57
Cambio de conceptos en la definición de activo laboral		61
Segunda fase del parto		62
Manejo de la tercera fase del parto		64
Manejo activo de la tercera etapa del parto		66
Episiotomía		66
Referencias		69
CAPÍTULO 8	ANALGESIA OBSTÉTRICA	
<i>Chitra Chatterji y Atish Pal</i>		
Introducción		71
Historia		71
Dolor de parto y vía del dolor		72

Técnicas de analgesia del parto	73
Técnicas neuraxiales (epidural y epidural espinal combinada)	75
Conclusión	78

CAPÍTULO 9 VIGILANCIA INTRAPARTO DEL FETO

Anish Keepanasseril

Fisiología fetal en la interpretación de los hallazgos de cardiotocografía	81
Factores de riesgo del aumento del compromiso fetal intraparto	82
Métodos de vigilancia intraparto	82
Reanimación intrauterina	88
Tecnologías complementarias para el monitoreo intraparto	89
Referencias	90

CAPÍTULO 10 ENTENDER LAS SEÑALES DE ALARMA DEL ÚTERO Y EL FETO

Gowri Dorairajan

Factores predisponentes	91
Características clínicas e identificación del trabajo de parto anormal	93
Moldeado	94
Caput succedaneum	95
Sinclitismo y asinclitismo	95
Referencias	97

CAPÍTULO 11 CONTRACCIONES UTERINAS ANORMALES

Gowri Dorairajan

Clasificación de las contracciones uterinas anormales	99
Polaridad normal	102
Oxitocina	103
Definiciones de la línea de tiempo para el trabajo de parto anormal	104
Manejo de los objetivos en el trabajo de parto anormal	105
Complicaciones del parto anormal	107
Referencias	107

CAPÍTULO 12 DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA Y PELVIS CONTRAÍDA

Gowri Dorairajan

Pruebas de identificación clínica	109
Pelvimetría externa	110
Pelvimetría de Rayos X	111
Papel de la tomografía computarizada y la resonancia magnética	111
Causas de la pelvis contraída	112
Anomalías de la pelvis y las articulaciones	113
Prueba de trabajo de parto	115
Manejo de la prueba del trabajo de parto	115
Referencias	118

CAPÍTULO 13 ANORMALIDADES DE LA SEGUNDA ETAPA*Gowri Dorairajan*

Detención en la segunda etapa del trabajo de parto	119
Parto obstruido y anillo de Bandl	125
Distocia de hombros	127
Parto de embarazos múltiples	130
Referencias	131

CAPÍTULO 14 PARTO CON FÓRCEPS*Gowri Dorairajan*

Partes de las pinzas	133
Prerrequisitos para la aplicación de fórceps	135
Tipos de aplicación	136
El procedimiento	137
Fórceps de rotación y extracción	139
Referencias	139

CAPÍTULO 15 PARTO CON VENTOSA*Gowri Dorairajan*

El dispositivo para parto con ventosa	141
Mecanismo de asistencia por vacío	142
Aplicación y tracción	144
Complicaciones	145
Diferencia en partos asistidos por ventosa con vacío y fórceps	146

CAPÍTULO 16 CESÁREA*Gowri Dorairajan*

Indicaciones	147
Preparaciones preoperatorias	148
Incisión de la piel y pasos	149
Cesárea difícil: cómo salvarse	151
Situaciones problema	156
Elitrotomía	157
Cuidado posoperatorio	158
Referencias	159

CAPÍTULO 17 HEMORRAGIA POSPARTO*Gowri Dorairajan*

Definición	161
Identificación clínica	161

Clasificación	162
Factores predisponentes	162
Prevención de la HPP	163
Referencias	164

CAPÍTULO 18 **TRATAMIENTO CLÍNICO A UN CASO DE HPP**

Gowri Dorairajan

Reanimación efectiva	165
Seguimiento posterior al manejo inicial	167
Manejo definitivo	168
Referencias	171

CAPÍTULO 19 **MANEJO ESPECÍFICO DE HEMORRAGIA POSPARTO**

Gowri Dorairajan

Manejo de la hemorragia posparto atónica	173
Manejo de la HPP traumática	177
Manejo de productos retenidos	179
Hemorragia posparto secundaria	180
Transfusión sanguínea masiva	181
Coagulopatía y su manejo	181
Referencias	183
Lecturas recomendadas	183

ÍNDICE	185
---------------	-----

AMOLCA

Manejo del trabajo de parto

Gowri Dorairajan

El inicio de las contracciones uterinas es el punto de partida para el trabajo de parto. Son percibidos como dolor por la mujer. Los dolores de parto pueden ser dolores verdaderos o falsos.

Antes del trabajo de parto, desde unos días hasta 1 o 2 sem antes del trabajo de parto, la mujer puede sentirse más relajada. Esta es una sensación de ligereza o alivio en la parte superior del abdomen a medida que la cabeza desciende para fijarse o encajar en la pelvis. Esto se siente más en una primigesta. También puede experimentar dolor de espalda con frecuencia, junto con un ligero aumento del flujo vaginal. Lo anterior se debe a las contracciones de Braxton Hicks ligeramente aumentadas y al ablandamiento antes del trabajo de parto, al borramiento del cuello uterino (maduración del cuello uterino) y al llenado del segmento inferior por parte de la presentación.

FALSO DOLOR DE PARTO

Estas son contracciones uterinas mal sostenidas que se perciben con mayor frecuencia en la parte anterior del abdomen inferior. No son regulares y son ineficientes para causar una dilatación y un borramiento cervical progresivos. Los dolores de parto falsos pueden ser exagerados en unos pocos casos, y merecen ser admitidos unos días antes del inicio del trabajo de parto verdadero.

IDENTIFICACIÓN DEL VERDADERO TRABAJO

Síntomas

Dolores de parto verdaderos: La mujer experimentaría un dolor que comienza en la parte inferior de la espalda, se extiende hacia la parte frontal del abdomen y se irradia hacia el muslo. Esto puede describirse como algo parecido a los calambres que solían sentir durante la menstruación. Los verdaderos dolores de parto aumentan en duración, frecuencia e intensidad, y ocurren a intervalos regulares comenzando una vez cada media hora y progresivamente se vuelven lo suficientemente frecuentes como una vez cada 2 o 3 min. La mujer puede percibirlo como un endurecimiento doloroso. Se siente más como dolor de espalda, para empezar, ya que el cuello uterino es más resistente. Pero luego, el componente abdominal se vuelve más prominente. La posición posterior del feto puede aumentar enormemente el componente de dolor de espalda. Por tanto, el dolor de espalda predominante persistente en el trabajo de parto establecido advierte sobre la posición posterior del feto.

Mostrar: La expulsión del tapón mucoso del cuello uterino junto con la mancha de sangre es un síntoma importante que acompaña el dolor de parto y significa la apertura del cuello uterino. A veces, puede ser excesivo, y las mujeres pueden enfatizar este síntoma como sangrado y menos en el componente de dolor. Este espectáculo exagerado a veces puede confundirse con una hemorragia anteparto.

SIGNOS DE PARTO

Cuando una mujer se queja de dolor, se debe confirmar el inicio del trabajo de parto mediante la palpación de las contracciones uterinas.

Contracciones uterinas: Se sienten como endurecimiento del útero en el examen abdominal. Se debe anotar la frecuencia, duración e intensidad de cada contracción. La intensidad se describe subjetivamente como la capacidad de indentación del útero durante una contracción. En contracciones uterinas moderadas o buenas, no ocurre. Con la experiencia, la percepción de la intensidad se vuelve más fácil al sentir la dureza del útero durante una contracción sin necesidad de indentación. La intensidad no debe evaluarse en función de los gemidos y suspiros de dolor de la mujer, ya que varía según el umbral del dolor de la mujer.

Dilatación progresiva y borramiento del cuello uterino: El objetivo del trabajo de parto es llevar el feto al mundo exterior. Esto requiere que el cuello uterino se dilate por completo y se forme el canal del parto y las contracciones uterinas provoquen el descenso progresivo del feto. Un aumento progresivo en el borramiento y la dilatación del cuello uterino observado en el examen vaginal posterior confirma que está en trabajo de parto.

Formación de la bolsa de membranas: Se siente como una bolsa llena de agua (líquido) distal a la presentación en el examen digital interno. Es característico que se vuelva tenso durante las contracciones uterinas y menos pronunciado cuando el útero se relaja. Este es un signo confirmatorio de trabajo de parto en presencia de contracciones uterinas.

EVALUACIÓN DE UNA MUJER EN TRABAJO DE PARTO

Evaluación de riesgos: Cada vez que una mujer ingresa en la sala de partos, primero es importante revisar y documentar su historial de duración, intensidad, frecuencia de los dolores, cualquier paso de líquido amniótico (LA) o sangre, percepción de los movimientos fetales y cualquier problema inmediato, como sangrado, fiebre y secreción verdosa.

En segundo lugar, debemos establecer la fecha exacta para confirmar el periodo de gestación. Se establece con la fecha de la última menstruación y con la primera exploración.

El tercer paso es revisar sus registros prenatales para cualquier condición de riesgo, sus informes de análisis de sangre, incluido el grupo sanguíneo, cualquier problema observado durante el embarazo actual y cualquier morbilidad médica coexistente.

EVALUACIÓN DE LA MUJER

Exploración física general: Se debe realizar una exploración minuciosa pero rápida para descartar problemas de riesgo, como anemia, hipertensión, obesidad y pirexia. También llevar a cabo un examen sistémico de los sistemas cardiovascular y de otro tipo guiado por cualquier queja específica o cualquier trastorno preexistente.

Debe anotarse el pulso basal.

El examen abdominal se lleva a cabo con los siguientes objetivos:

A. **Descartar trastorno del crecimiento:** Deben descartarse tanto la restricción del crecimiento como la macrosomía. Se anota la altura del fondo. Cualquier discrepancia con el periodo de amenorrea o de gestación corregido calculado a partir de la fecha de exploración plantea la sospecha de un trastorno del crecimiento.

B. **Conocer la presentación (detallada en el Capítulo 5):** Se deben realizar las maniobras de Leopold para conocer la presentación (primera palpación pélvica y palpación del fondo uterino). La posición de la espalda se determina mediante la palpación lateral. Es importante tomar nota de la espalda y la posición al comienzo del trabajo de parto. En una presentación cefálica, la parte de presentación debe estar delineada en la segunda palpación pélvica. La palpación del occipucio en un lado y del sincipucio en el opuesto confirma que se trata de una presentación de vértice. La relación entre el occipucio y el sincipucio ayuda a identificar la flexión o desflexión de la cabeza. Deben anotarse las quintas por encima del borde (refleja la extensión del descenso de la cabeza hacia la pelvis).

Se debe recordar que el primer examen es el más valioso porque, a medida que avanza el trabajo de parto y se drena el líquido, se vuelve difícil establecer la información anterior en el examen abdominal.

Al final del trabajo de parto, las contracciones oscurecerán estos hallazgos y es posible que se vuelva menos colaboradora en la posición supina, y si el *caput* oscurece las suturas en el examen interno, puede resultar extremadamente difícil conocer la posición. Por tanto, vuelvo a enfatizar que el primer examen debe especificar estos hallazgos en el examen abdominal.

- C. **El peso del bebé:** La estimación clínica basada en las maniobras de Leopold es un método sencillo y fácilmente disponible. Se debe anotar el peso si se dispone de una estimación ecográfica reciente. La estimación basada en las mediciones de la altura del fondo uterino y la circunferencia abdominal (métodos de Johnson, Dare y Dawn) a veces puede inducir a error y subestimar o sobreestimar el peso. Es posible que la estimación ecográfica no sea práctica para todas las pacientes ingresadas en salas de trabajo de parto muy concurridas y con mucha rotación. La estimación por palpación clínica es una habilidad que se puede desarrollar estimando en todas las parturientas y corroborándolo con el peso real al nacer. La precisión de la estimación por palpación clínica se puede mejorar con experiencia y retroalimentación con el peso real al nacer.
- D. **Líquido:** Debe anotarse la evaluación clínica de la cantidad de líquido. Esta se basa en la facilidad con la que se palpan las partes del feto, especialmente las extremidades. A veces, se puede ver al feto moviendo las extremidades (refleja un líquido adecuado). Si existen las instalaciones, se debe realizar una estimación ecográfica, y es una buena manera de corroborar la evaluación clínica con la evaluación ecográfica del índice de líquido amniótico (LA) y mejorar la precisión de la predicción clínica.
- E. **Ruidos cardíacos fetales:** Es importante anotar la ubicación de los ruidos cardíacos en el examen abdominal. Esto da una buena confirmación de la posición probable del feto. La ubicación de los sonidos cardíacos fetales en el abdomen cambia de lateral a la línea media y luego a la región suprapúbica, con trabajo de parto progresivo. Esto refleja la dinámica de los movimientos cardinales del feto en trabajo de parto. Además de la ubicación, también es importante anotar cuidadosamente la frecuencia y el ritmo. Se debe palpar el pulso materno con la mano no dominante para confirmar que los dos son diferentes y lo que se ausculta en el abdomen son efectivamente sonidos fetales. Este se convierte en un buen punto de la lista de verificación cuando hay taquicardia materna, a veces, debido a la pirexia. Ha habido casos en los que los residentes han confundido el *soufflé* materno con el corazón fetal debido a la taquicardia y la frecuencia que suena en el rango del corazón fetal. Otro punto importante es continuar auscultando el corazón fetal antes y después de una contracción para detectar cualquier patrón anormal relacionado con las contracciones uterinas. La auscultación continua durante la contracción puede ser un desafío, ya que la mujer se mueve con dolor y puede preferir una posición diferente. Las auscultaciones continuas durante la contracción pueden revelar un patrón anormal en relación con el momento de la contracción y ayudar a aprovechar la competencia para detectar el tipo de desaceleraciones incluso mediante auscultación. La técnica para la auscultación intermitente se detalla en el Capítulo 9.

Examen interno: Este es un examen particularmente importante durante el trabajo de parto. Deben tomarse estrictas precauciones asépticas. Se debe explicar a la mujer sobre el procedimiento para obtener su cooperación, y anotar todos los hallazgos con cuidado y atención para evitar exámenes repetidos innecesarios. El examen interno nos ayuda no solo a confirmar el trabajo de parto, sino también a conocer su etapa. También a detectar señales de advertencia de parto anormal. Asimismo, es una oportunidad para confirmar la posición, observar el color del líquido, hacer la evaluación pélvica y revela un recto lleno que necesita una evacuación adecuada con un enema. Los componentes a anotar se enumeran a continuación.

- La dilatación cervical debe expresarse preferentemente en centímetros y no en dedos, incluso en trabajos de parto tempranos.
- El borramiento cervical es una aproximación de la longitud del cuello uterino tomada y la longitud restante expresada en centímetros o porcentaje.
- La estación de la cabeza es el nivel de las espinas isquiáticas que se toma como estación cero. La estación se expresa mejor como -1 a -3 para la columna isquiática por encima y de +1 a +3 por debajo del nivel

inicial de la columna. Cuando se expresa en centímetros, es de -1 a -5 y de $+1$ a $+5$ cm, respectivamente, por encima y por debajo del nivel de las espinas isquiáticas.

- d. El estado de las membranas se siente como un revestimiento suave sobre la cabeza. La formación de una bolsa tensa no solo confirma el parto, sino también una membrana intacta. En ausencia de membranas, la aspereza del cabello se sentirá cuando los dedos se muevan en sentido contrario.

La posición de las suturas. La sutura sagital se palpará en presentación de vértice a lo largo del medio del campo. Cuando seguimos la sutura hasta el final, dará lugar a bregma o lambda. Bregma se siente como una depresión membranosa en forma de diamante. Lambda se siente como una depresión ósea en forma de Y. Entonces, al ubicar lambda y la dirección de la sutura sagital, se vuelve fácil derivar la posición del feto. En una presentación de vértice bien flexionado, el bregma no debe palparse en el examen vaginal.

- e. Se debe considerar el color del líquido. A veces, cuando la posición de la cabeza es baja, uno puede tener que levantarla ligeramente moviendo los dedos más allá para permitir que escape un poco de líquido. Esto puede ser necesario para determinar su color en ciertas situaciones.
- f. A partir de entonces, se debe realizar una evaluación pélvica completa para anotar todos los puntos en detalle (consúltese el Capítulo 2).

Debemos documentar todos los hallazgos anteriores al ingreso de una mujer en trabajo de parto.

EL MANEJO DE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO

La primera etapa del trabajo de parto puede durar hasta 11 a 12 h. Este podría ser un momento exigente para la mujer y el cuidador. Además de la atención obstétrica, varios aspectos necesitan atención.

- a. **Admisión:** Se recomienda a la mayoría de las mujeres que ingresen en el hospital una vez que se haya diagnosticado el trabajo de parto. Según la proximidad al hospital, el sistema de atención médica y la política del hospital, algunos hospitales pueden admitir mujeres de bajo riesgo solo en la fase activa del trabajo de parto.
- b. **Preparación de las partes y cambio a batas de hospital:** Esto está impulsado por la política del hospital y la logística. La preparación de las partes mediante rasurado o recorte ayuda en un mejor campo de trabajo al realizar y reparar la episiotomía. El recorte de vello también puede servir para el mismo propósito. El cambio a bata hospitalaria (la idea es brindar bata limpia y uniformidad de vestimenta en una sala de parto común de un establecimiento público) nuevamente depende de la logística y de las instalaciones hospitalarias y de las costumbres de la población.
- c. **Enema:** Es necesario un enema bajo para activar el recto si está lleno. Evita que se ensucie el campo en el momento del parto y ayuda a su buena marcha. Un recto y una vejiga urinaria vacíos se vuelven imprescindibles en una segunda etapa, ya que ella tenderá a evacuar estos órganos sobre la mesa antes de que el feto pueda ser expulsado.
- d. **Deambulaci3n y posici3n:** Se debe permitir que la mujer deambule y adopte la posici3n de su elecci3n y comodidad durante la primera etapa del trabajo de parto. Las mujeres restringidas a la cama encuentran m3s dif3cil soportar el dolor. La posici3n en cuclillas, rodilla-pecho y lateral son m3s c3modas para la mujer y tambi3n ayudan en el progreso del trabajo de parto al mejorar la alineaci3n de la cabeza con la cavidad p3lvica.
- e. **Dieta y nutrici3n:** El trabajo de parto es un ejercicio muy extenuante. Es particularmente importante proporcionar l3quidos y calor3as adecuados a la mujer. Adem3s, algunas tienden a vomitar cuando el cuello uterino comienza a dilatarse, lo que aumenta a3n m3s los requerimientos. Las preocupaciones de un est3mago lleno si se requiere anestesia para una ces3rea de emergencia pueden obligar a restringir la ingesta a una dieta l3quida. Se debe alentar a la mujer a que tome muchos l3quidos, jugos, sopa, una dieta semis3lida como papilla, etc. En mi observaci3n, las mujeres que han sido ingresadas desde la fase latente o que est3n siendo inducidas con una puntuaci3n de Bishop baja o tienen estado en trabajo de parto temprano durante mucho tiempo les va maravillosamente bien cuando se les permite comer comidas ligeras,

- bañarse y moverse libremente. Es importante prevenir la deshidratación y el agotamiento.
- f. **Alivio del dolor:** Es fundamental proporcionar algún tipo de alivio del dolor. La mujer que ha asistido a clases de preparación para el parto, yoga y ejercicios de respiración en el periodo prenatal tiene una mejor tolerancia al dolor. Es posible que se requieran métodos farmacológicos y otros métodos no farmacológicos para aliviarlo. Se ha demostrado que el yoga, los ejercicios de respiración y la musicoterapia lo reducen. Más de esto se trata en el Capítulo 8.
- g. **Acompañante en el trabajo de parto:** Con las pautas de LaQshya vigentes en la India, se permite un acompañante del trabajo de parto incluso en los establecimientos gubernamentales con una gran rotación de mujeres trabajadoras. Se debe fomentar el compañero de trabajo de parto elegido por la mujer. Este debe ser orientado sobre lo que se debe hacer o no, y realizar un examen de detección de enfermedades transmisibles comunes y antecedentes de su salud antes de que se le permita.
- h. **Apoyo emocional:** El trabajo de parto es un periodo exigente. La mujer no solo siente dolor, sino que también está preocupada por el bienestar de su feto. Puede estar extremadamente ansiosa, tensa y a veces el dolor las vuelve irritables e incluso violentas. Las clases de preparación prenatal para el parto ayudan a aliviar la ansiedad durante el parto. Es importante el apoyo continuo del acompañante del parto, así como de la partera y el obstetra. La comunicación frecuente, la tranquilidad sobre el progreso del trabajo de parto y el bienestar fetal contribuyen en gran medida a ganarse la cooperación y la confianza de las mujeres. Debe sentirse segura y protegida. Debe haber “atención respetuosa, digna, consentida, confidencial, no discriminatoria y sin prejuicios” (directrices de LaQshya) [1]. “Una mente tensa es un cuello uterino tenso”. Aliviar la ansiedad y el miedo asegura un progreso más rápido del trabajo de parto. Esto también desalentará la pujanza prematura. Una mentalidad positiva para el parto vaginal, escuchar música o mirar televisión, etc., ayuda a que el trabajo de parto avance más rápido y sin problemas. El obstetra a cargo siempre debe tratar el plan de trabajo de parto, su progreso y la condición fetal con la mujer y los familiares. Esto los hace sentir mejor y bajo control. También deberíamos involucrarlos en la toma de decisiones. También es importante una buena documentación del asesoramiento.
1. Antibióticos: No es necesaria la administración rutinaria de antibióticos a todos. Se debe tomar una decisión individualizada para estos. Se ha de seguir la política de antibióticos del hospital.

SEGUIMIENTO DE LA PRIMERA ETAPA DEL PARTO

Monitoreo: El monitoreo diligente de la condición materna y fetal y el progreso del trabajo de parto es la parte cardinal de su gestión. Un partograma ofrece una descripción general rápida de estos tres aspectos. Los signos de trabajo de parto anormal se analizan en el Capítulo 10.

El monitoreo durante la primera etapa incluye monitorear el bienestar de la mujer, el progreso del trabajo de parto y el bienestar del feto. La representación gráfica de los tres anteriores en una sola hoja, un partograma, se ha utilizado durante muchos años. Hace que la documentación y la comprensión del cambio temporal en los hallazgos durante el trabajo de parto sean extremadamente fáciles de consultar de un vistazo. Un partograma es una buena herramienta objetiva para monitorear a una mujer en trabajo de parto.

El partograma:

- Este es un cuadro gráfico de una página. La parte superior del gráfico contiene información de identificación del paciente. También incluye información sobre su paridad y tiempo de ruptura de membranas (Figura 7.1ayb).
- La parte superior del gráfico incluye el trazado de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) en el eje Y, donde el eje X representa el tiempo (cada cuadro pequeño representa media hora). La FCF se representa como un punto oscuro y se une para formar una línea. A continuación, se muestra la información sobre el color del líquido representado como C (Claro), M (meconio), S (sangre) para meconio claro y teñido de sangre, respectivamente. Si las membranas están intactas, se escribe I en el recuadro. Lo siguiente es información sobre el moldeado (se detalla más clasificación en el Capítulo 10).
- El siguiente aspecto es representar el progreso del trabajo. El partograma ha sufrido muchos cambios.

Manejo del trabajo de parto de alto riesgo

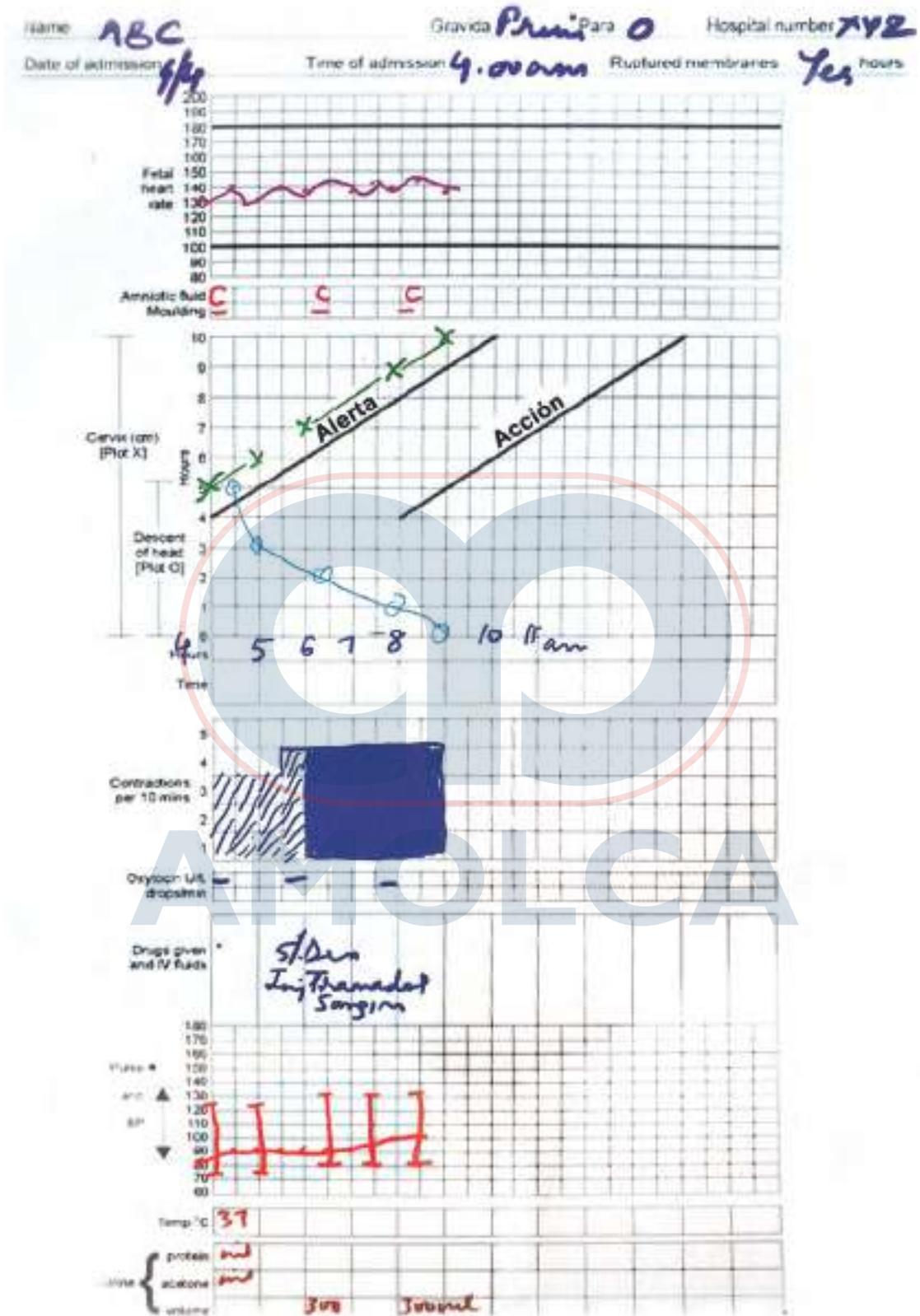


Figura 7.1B Ejemplo de partograma de un caso.

El partograma original defendido por la OMS en 1994 [2] incluía la fase latente de hasta 8 h y la fase activa a partir de 3 cm de dilatación. Sin embargo, la OMS revisó el partograma en 2008 [3]. La fase latente se eliminó y la dilatación de 4 cm se consideró el comienzo de una fase activa del trabajo de parto. Hay dos líneas dibujadas y etiquetadas como líneas de alerta y acción. La línea de alerta se traza a partir de 4 cm de dilatación. Es una línea que representa la dilatación cervical en centímetros y dibujada a razón de 1 cm/h hasta 10 cm para obtener una línea recta. El eje X denota el tiempo. Cada cuadro representa 1 h y el eje Y 1 cm, cada uno de 0 a 10 cm. Entonces, la línea de alerta se extiende de 4 a 10 cm a razón de 1 cm/h. La línea de acción se traza 4 cm a la derecha de la línea de alerta y paralela a ella. El descenso de la cabeza está marcado en el eje Y, como se muestra en el partograma. Alternativamente, se puede marcar en el lado derecho del gráfico en el eje Y de -5 a +5 cm (nuevamente 10 cm en total).

Una vez que la mujer está en trabajo de parto activo, la dilatación del cuello uterino al ingreso se marca en la línea de alerta con una X. El cambio de dilatación cervical contra el tiempo también está marcado con una X. La X se une para obtener el partograma de la paciente en trabajo de parto. El gráfico de dilatación cervical de la mujer así obtenido se lee con las líneas de alerta y acción. El descenso de la cabeza se marca con una O correspondiente a la estación de admisión en la hoja de partograma. Las O se unen para obtener la línea que representa el descenso de la cabeza. Este descenso será una curva inversa que procederá de las estaciones más altas (menos) a las más bajas (más) (centímetros).

- d. El siguiente aspecto del partograma es la representación de las contracciones uterinas. Tanto la intensidad como la frecuencia se pueden registrar en las casillas proporcionadas. Las contracciones leves y las de menos de 20 s se representan como la línea punteada. Aquellas entre 20 y 40 s como líneas estriadas, y las buenas contracciones de más de 40 s de duración como un cuadro completamente oscurecido. Hay cinco cajas colocadas verticalmente. El número de casillas sombreadas representa el número de contracciones en una ventana de 10 min. Los recuadros sombreados con puntos o líneas estriadas o completamente oscurecidos representan la intensidad y duración de la contracción.
- e. El siguiente componente del partograma está designado para la dosis de infusión de oxitocina. Los otros medicamentos y líquidos intravenosos, incluidos los antibióticos y la sedación, deben estar marcados y la hora en que se administraron está en las columnas debajo de las contracciones.
- f. La parte inferior del partograma muestra las condiciones maternas como el pulso (marcado como puntos oscuros) y la presión arterial (PA) trazadas como líneas verticales con el límite superior de la línea en la presión arterial sistólica (PAS) y el límite inferior de la línea en la presión arterial diastólica (PAD), como se muestra en el partograma. La temperatura materna, el volumen de orina obtenida y la presencia de proteínas o cetonas en la orina deben marcarse en la parte inferior del partograma. Esto completa la representación gráfica integral de una página del progreso del trabajo de parto y las condiciones fetales y maternas.

En la figura, se muestra el partograma de muestra de una primigesta llamada ABC, que tuvo ruptura de membranas a las 2:00 a. m. y fue admitida a las 4:00 a. m. del 4 de abril de 2019 en trabajo de parto activo. Como se ve, el corazón fetal se mantuvo normal, el líquido era claro y no había amoldamiento. El progreso gráfico del trabajo de parto se mantuvo a la izquierda de la línea de alerta. La cabeza, que estaba en la estación -3, descendió progresivamente y parió sin incidentes.

INTERPRETACIÓN DEL GRÁFICO DE PROGRESO DEL PARTO

El gráfico de dilatación de la parturienta debe interpretarse con las líneas de alerta y acción marcadas. Si el gráfico del trabajo de parto de la mujer está a la izquierda de la línea de alerta, es una característica tranquilizadora que el trabajo de parto está progresando normalmente. Por otro lado, si el gráfico de la mujer cruza a la derecha de la línea de alerta, sugiere un progreso lento o anormal del trabajo de parto y advierte al personal médico y de atención.

Se cruza la línea de alerta de precaución.

Si el gráfico de dilatación cervical de la paciente avanza hacia la derecha de la línea de alerta, es una señal de advertencia. El gráfico del progreso del trabajo de parto por dilatación cervical y descenso de la cabeza debe interpretarse junto con otras características, como el moldeado, el color del líquido, el patrón de FCF y las contracciones uterinas. Como su nombre lo indica, la línea de alerta alerta a la matrona y al obstetra. Si el partograma de la mujer cruza a la derecha de la línea de alerta, entonces se debe reevaluar con cuidado. Uno necesita volver a mirar el peso, la posición y la estación estimados del feto. Se debe evaluar el moldeado y la cabeza, el color del líquido y el patrón de FCF. Si las contracciones son subóptimas y no hay evidencia de desproporción pélvica, entonces puede ser necesario aumentar con oxitocina. Las características que sugieren desproporción y contracciones uterinas disfuncionales se detallan en los capítulos 10 y 11. La oxitocina, la mejoría del estado de hidratación con líquidos intravenosos, la sedación, el alivio del dolor y la ruptura artificial de membranas son algunas de las medidas que se pueden instituir. Incluso después de tomar estas medidas y observar el progreso, si la gráfica del trabajo de parto no procede favorablemente y se mantiene a la derecha y cruza la línea de acción, es un tema de gran preocupación y necesita la terminación por cesárea o una segunda opinión de un médico obstetra con experiencia. Cuando el gráfico cruza la línea de acción, hay prolongación o detención del trabajo de parto. Esto se asocia con un mayor riesgo de parto operatorio, hipoxia fetal y sus secuelas, y problemas maternos, como hemorragia posparto y sepsis.

CAMBIO DE CONCEPTOS EN LA DEFINICIÓN DE ACTIVO LABORAL

El sello distintivo del trabajo de parto activo es que la dilatación del cuello uterino procede a 1 cm/h a partir de entonces. La definición de la fase activa del trabajo de parto ha sufrido muchos cambios desde la introducción del partograma en 1994. Inicialmente, la dilatación de 3 cm se tomó como el comienzo del trabajo de parto activo. Pero se observó que el trabajo de parto no se acelera 1 cm/h en muchas mujeres incluso después de lograr una dilatación de 3 cm. Por tanto, la definición cambió a 4 cm en 2008. Zang observó el progreso del trabajo de parto y estableció sus pautas [4]. Con el aumento de las cesáreas en el mundo y la falta de progreso del trabajo de parto como una indicación frecuentemente reconocida para la cesárea, el Consortium of Labour [5,6] ha redefinido 6 cm como el inicio de la fase activa del trabajo de parto. Por tanto, es obligatorio lograr una dilatación de 6 cm antes de que se pueda terminar con una cesárea por falta de progreso. Esta iniciativa reduce las tasas de cesárea por falta de progresión del trabajo de parto cuando la condición fetal es tranquilizadora y no hay características de desproporción cefalopélvica.

El partograma es una herramienta de referencia esencial para todas las configuraciones de atención primaria de salud. También es una herramienta de decisión para las unidades de referencia. Las limitaciones del partograma son que el punto final se toma como dilatación completa. Además, la interpretación de la evaluación y el plan de acción adicional no están documentados en el partograma. Recientemente (2019), la OMS [7] ha presentado una guía de partograma y atención del parto de nueva generación. La definición de la fase activa del trabajo de parto se ha revisado a 5 cm. Este partograma de próxima generación también detalla el momento y la duración de la segunda etapa del trabajo de parto y los eventos que ocurren en ella. Este partograma tiene siete secciones. La primera identifica al paciente y describe las características del parto. La segunda detalla la atención de apoyo brindada a la mujer en forma de acompañante en el parto, estrategia de alivio del dolor o cualquier líquido oral o dieta que se le administre a la mujer. La tercera es para registrar el patrón cardíaco fetal y otras características, como el moldeado de la cabeza y el color del líquido. La cuarta proporciona detalles del estado de la mujer e información sobre su pulso, PA, producción de orina, etc. La quinta detalla el progreso del trabajo de parto. Menciona el número de horas pasadas en una dilatación o estación en particular. La sexta detalla la administración de drogas intravenosas, medicamentos y oxitocina. La séptima y última sección detalla la interpretación de valoración del caso y prevé la disposición para el plan de la mujer en el trabajo de parto. Recientemente se ha probado el e-partograma. Es una aplicación basada en tabletas Android. Proporciona recordatorios auditivos y alertas sobre los hallazgos. Ha sido probado en Kenia, Tanzania y Zanzíbar [89].

La interpretación del partograma debe hacerse con cautela en una gran múltipara o mujeres con alto riesgo, como cesárea previa y parto inducido.

FRECUENCIA DE MONITOREO

Es esencial documentar todos los hallazgos en una mujer en trabajo de parto al ingreso como se describe en el partograma. La frecuencia del seguimiento depende de la etapa del trabajo de parto.

La condición materna: Debe monitorearse al menos una vez cada 4 h en la fase latente y el trabajo de parto temprano si los hallazgos iniciales fueron tranquilizadores. El control debe incluir el pulso, la PA, la frecuencia respiratoria, la temperatura, el estado de hidratación y el número de veces y el volumen de orina evacuada. La frecuencia del pulso puede requerir un control cada hora en la fase activa del trabajo de parto.

Progreso del trabajo de parto: Su seguimiento se puede realizar mediante un examen abdominal e interno. El descenso de la cabeza se controla como la quinta parte de la cabeza por encima del borde o el número de polos palpables por encima del borde. La distancia desde la base del cráneo hasta el punto más alto del vértice en una cabeza bien flexionada es de unos 9 cm. Por tanto, cada quinto representa aproximadamente 2 cm en esta distancia base-vertical. La ubicación del corazón fetal se desplaza más hacia abajo y hacia la línea media más cerca de la sínfisis púbica. Es particularmente necesario controlar las contracciones. Estas deben observarse por su frecuencia, duración e intensidad, y expresarse como duración, intensidad, frecuencia o trazarse en el partograma. Esto se puede lograr fácilmente mediante palpación clínica para la mayoría de las mujeres. El cuidador debe ser paciente y esperar la contracción. La expresión de dolor de la mujer en forma de gemidos o gritos no debe tomarse como criterio para monitorear la contracción. Bastantes médicos jóvenes tienden a hacer eso. Las contracciones necesitan ser monitoreadas cada 2 h en trabajo de parto temprano y cada hora en trabajo de parto tardío. En las mujeres que se someten a inducción o aumento, se deben controlar las contracciones cada media hora para ayudar a titular el goteo de oxitocina y lograr las contracciones objetivo. Un tocodinamómetro externo puede inducir a error según qué tan apretado o flojo esté el contacto de la sonda con el fondo del útero.

El examen vaginal debe documentarse en detalle al ingreso. En mujeres de bajo riesgo, es posible que no sea necesario repetir el examen vaginal con más frecuencia que una vez cada 4 h. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que deba hacerlo dentro de las 2 h para anotar el progreso, especialmente después de alcanzar la fase activa del trabajo de parto. En trabajo de parto temprano y trabajo de parto latente, se debe evitar el examen vaginal frecuente para prevenir infecciones intraparto. Se deben anotar todos los hallazgos, como se mencionó, durante cada examen vaginal. Es importante comentar el *caput*, la posición y la estación en cada revisión vaginal digital subsiguientes. **Estos son hallazgos dinámicos** como la dilatación del cuello uterino y están sujetos a cambios a medida que avanza el trabajo de parto. Cada examen vaginal también debe comentar sobre el color del líquido y cualquier hallazgo anormal, como asinclitismo y coning (detallado en la Sección 7.2). Después de la evaluación pélvica en el examen inicial, se debe marcar una alerta si la pelvis aparece en el límite en cualquier nivel y requiere un nuevo examen. Se necesita nuevamente una evaluación más completa de la pelvis durante el examen vaginal posterior si el progreso es anormal después de alcanzar la fase activa (detallado en la Sección 7.2).

El monitoreo fetal, la frecuencia y los métodos y detalles del monitoreo se analizan en el Capítulo 9.

SEGUNDA FASE DEL PARTO

La segunda fase del trabajo de parto se define como la etapa desde la dilatación completa del cuello uterino hasta el nacimiento del feto. Es un periodo crucial para el descenso fetal.

IDENTIFICACIÓN

La segunda fase tiene una etapa activa en la que las mujeres sienten la necesidad de pujar y una etapa pasiva o fase de descenso en la que el cuello uterino está completamente dilatado, pero no hay necesidad de pujar. Esto sucederá si la estación está más alta que el nivel del piso pélvico. La fase pasiva solo puede diagnosticarse mediante un examen interno digital. El cuello uterino está completamente dilatado y ya no se siente en el examen vaginal digital. La estación de la cabeza debe anotarse. La fase expulsiva o la fase de empuje de la segunda etapa se identifica cuando se ve a una mujer empujando hacia abajo, con la cara enrojecida,

expresando el esfuerzo de empujar. El cuello mostrará las venas que aparecen prominentes. El perineo se ve abultado, la cabeza se ve en el introito y el orificio anal parece abierto y estirado. Incluso en la segunda etapa del trabajo de parto, es importante realizar un examen abdominal para asegurarse de que no se palpe ningún polo del feto porque a veces lo que se ve en la salida o se siente en la revisión digital puede ser solo un *caput* grande. Por tanto, uno debe anotar la formación de *caput* y evaluar el estrecho inferior de la pelvis para ver si es adecuado. Esto nos ayudará a determinar en buena medida qué mujer es probable que dé a luz sin mucha ayuda y qué mujer necesitaría un parto vaginal instrumental.

Monitoreo materno y fetal: La segunda etapa es muy crucial para los resultados maternos y fetales. El corazón fetal necesita ser monitoreado cada 5 min. Es posible que sea necesario controlar el pulso materno cada media hora o cada 15 min según el pulso de referencia, la afección médica subyacente, la inducción o estimulación del trabajo de parto y cualquier otra condición de riesgo.

Conducta del parto: Una vez que se confirma la segunda etapa y el parto es inminente en la fase activa, se lleva a la mujer al borde de la mesa. En el momento del parto del feto, la posición que asume la madre puede ser de dorsolitotomía, lateral o en cuclillas, según la preferencia de la mujer. Los obstetras prefieren la posición de litotomía o dorsolitotomía de la mujer, ya que la mayor parte del entrenamiento se imparte en esta posición, y es fácil observar los eventos y ayudar en esta posición.

Es esencial enseñarle a la mujer cómo pujar activamente y respirar durante la segunda etapa. Si se contempla la intervención en forma de parto vaginal asistido por cirugía, se debe obtener el consentimiento (verbal) después de consejería y discusión sobre los beneficios y riesgos probables.

Las cinco L [10]: Sala limpia, superficie y mesa limpias, manos limpias, corte limpio del cordón y ataduras limpias del cordón son pasos importantes que se deben seguir para reducir la sepsis. La vulva y el perineo y el abdomen debajo del ombligo se limpian con una solución antiséptica. Esto es fundamental para reducir la infección.

La vagina se limpia con una solución antiséptica. No es necesario cateterizar a las mujeres durante la segunda etapa de forma rutinaria. Todavía se le puede animar a orinar en un orinal.

Dos metanálisis recientes [11,12] han sugerido que las compresas calientes y el masaje del perineo podrían reducir los desgarros de tercer y cuarto grado. Además, la técnica de no intervención tuvo menos episiotomías, pero los datos sobre otros traumatismos perineales fueron insuficientes.

Una técnica práctica incluye flexionar la cabeza, sostener el perineo y ayudar a que la cabeza se deslice lentamente. Posteriormente, se realiza una flexión lateral para liberar el hombro y proteger el perineo.

Se decide realizar una episiotomía en el pico de una contracción en la coronación cuando el estiramiento del perineo amenaza con desgarrar la horquilla. El uso de la episiotomía debe ser restrictivo [13]. Si está indicado, esta se realiza cuando se ha producido la coronación. Esta se refiere a ver la cabeza en el introito sin retraer los labios, incluso en la fase uterina relajada. El ángulo de la episiotomía en la coronación debe ser de 60° desde la línea media, y la episiotomía preferida es la mediolateral.

Maniobra de Ritgen modificada: Una vez que el occipucio nace por flexión de la cabeza, la mano del obstetra debe ejercer presión hacia adelante sobre el mentón a través del perineo frente al cóccix. La otra mano debe ejercer presión superiormente sobre el occipucio (Figura 7.2). A continuación, se desliza lentamente el perineo del mentón para asegurar una salida lenta de la cabeza por extensión. Esto ayuda en la protección manual del perineo y es probable que elimine la necesidad de una episiotomía. El occipucio nace debajo de la sínfisis púbica por flexión. A esto le sigue el nacimiento del vértice, el sincipucio, la frente y la cara por extensión.

Una vez que nace la cabeza, se debe permitir que ocurra la restitución espontánea. Limpie y limpie la cara mientras espera la rotación externa de la cabeza. Entonces, la cara que miraba el perineo ahora lo hace hacia el muslo opuesto. Las manos sostienen el aspecto temporal. Los dedos descansan sobre el mentón y el occipucio a ambos lados del cuello. Una tracción suave hacia abajo (flexión lateral) liberará el hombro anterior. Luego se entrega el hombro posterior levantando la cabeza hacia arriba (Figura 7.2b). El tronco, por tanto, se entrega por flexión lateral en la columna vertebral. Las manos del obstetra deben ser reposicionadas con la mano derecha sujetando firmemente el tórax por debajo de la axila posterior y la otra sosteniendo el tronco y la cadera anterior con los dedos hasta el muslo. Esto asegura un agarre firme al recién nacido que puede estar resbaladizo debido al vórnix y al líquido. Nunca se debe sostener bocabajo. Las nuevas directrices [14] desalientan el ordeño de la sangre del cordón umbilical al feto. No recomiendan sostener al bebé por debajo del nivel de la placenta.

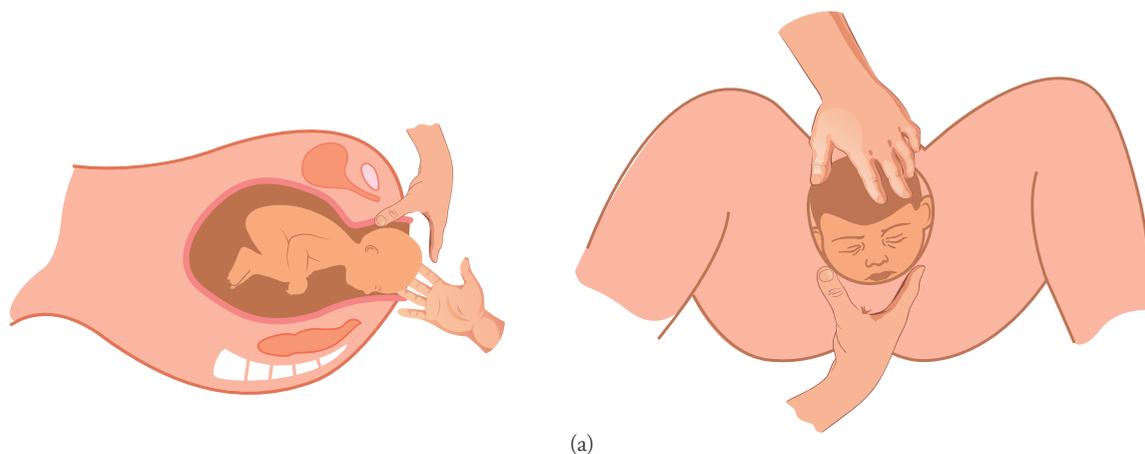


Figura 7.2A Figura 7.1B. Maniobra de Ritgen y protección manual del perineo en una proyección lateral y caudal.

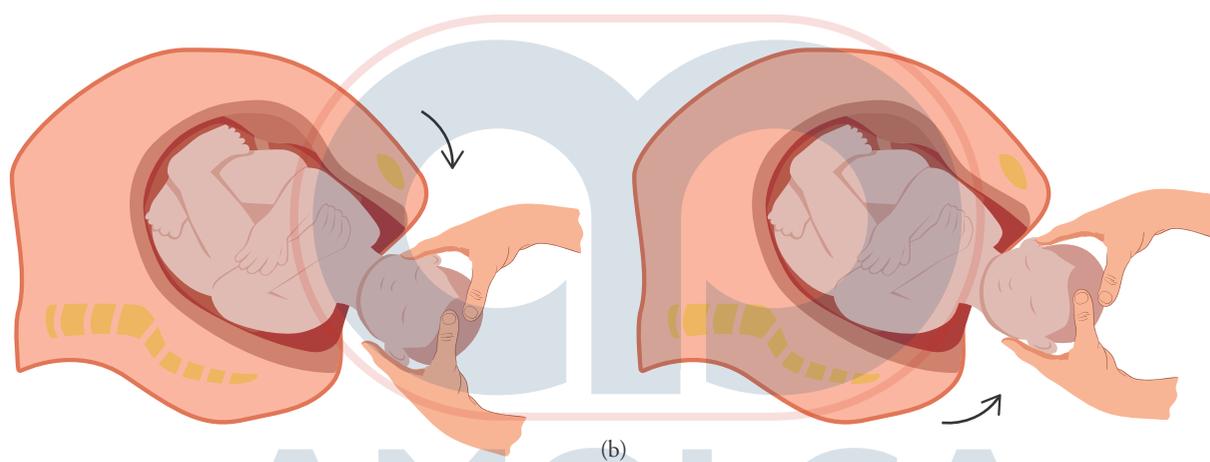


Figura 7.2B Salida de los hombros.

Se limpia la cara del recién nacido. La orofaringe se limpia de secreciones. No hay necesidad de aspiración de rutina de la nasofaringe. Se recomienda retrasar el pinzamiento del cordón (después de 3 min). El cordón se corta entre las pinzas después de que cesan las pulsaciones, a menos que sea necesario sujetarlo antes. El recién nacido se puede colocar sobre el abdomen de la madre y se debe alentar y recomendar el alojamiento conjunto inmediato. Esto no solo mejora el vínculo, sino que también reduce la hipotermia y fomenta la alimentación temprana. La oxitocina liberada al succionar asegura, además, una buena contractilidad uterina. Sin embargo, hay que considerar la logística. La madre debe estar completamente despierta y en control, y un asistente debe asegurarse de que el bebé no se caiga del abdomen o del pecho de la madre.

MANEJO DE LA TERCERA FASE DEL PARTO

Los signos de separación de la placenta se han detallado en el Capítulo 4. Se debe esperar a que aparezcan los signos de separación de la placenta antes de expulsarla. El útero corre el riesgo de invertirse si se tira del cordón con la placenta todavía unida a él. Por tanto, la tracción del cordón para expulsarla debe intentarse solo después de estar seguro de que se ha separado.

Conducta del parto placentario: No se prefiere el manejo fisiológico en el que la placenta se expulsa automáticamente sin ninguna ayuda de tracción del cordón o uterotónicos. Se prefiere la gestión activa. Una vez que se han confirmado los signos de separación de la placenta, esta está lista para ser expulsada. El método utilizado es la tracción **controlada del cordón** (Figura 7.3). El cordón umbilical se sujeta con la mano derecha (dominante) (si es largo, se puede enroscar alrededor de la palma de la mano para proporcionar una longitud de trabajo cómoda desde la vagina y una estabilidad firme al tirar). La tracción constante se realiza primero hacia abajo, luego paralela al suelo y después hacia adelante en la última parte (en línea con la curva de Carus). La tracción del cordón debe aplicarse solo con contracción de la mano opuesta. El opuesto se coloca en la parte suprapúbica del abdomen por encima del bulto de la placenta. Esta mano debe empujar el segmento superior hacia arriba y hacia atrás (contracción) a medida que se tira hacia abajo de la placenta (tracción). Las membranas siguen a la placenta. Para evitar el desgarro de estas y garantizar su extracción completa, se puede rotar lentamente la placenta liberada alrededor de las membranas posteriores o sujetar las membranas con un anillo o pinzas arteriales y expulsarlas por completo. Las membranas cubren completamente los cotiledones a medida que se liberan. Después del parto, se debe examinar la placenta. Las membranas se evierten a su posición anatómica y la superficie del cotiledón queda expuesta. Compruebe que todos los cotiledones estén intactos y que las membranas se hayan eliminado por completo. El útero no debe explorarse de forma rutinaria en busca de cotiledones retenidos o fragmentos de membrana.

Se debe desaconsejar encarecidamente la presión del fondo (método de Crédé) para expulsar la placenta.



Figura 7.3 Diagrama lineal que muestra el método de tracción controlada del cordón para expulsar la placenta.

MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO

El manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) es recomendado por la mayoría de las sociedades, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), para cada mujer que está dando a luz a fin de prevenir la hemorragia posparto. Puede evitar la hemorragia posparto atónica en un 60 %.

Los **componentes del MATEP** incluyen la administración de un agente uterotónico en el parto del feto o después (evitar después del nacimiento del primer hijo en embarazos múltiples), pinzamiento tardío del cordón umbilical y parto placentario mediante tracción controlada del cordón umbilical. Además, es necesario evaluar el tono del fondo del ojo, pero no se recomienda el masaje rutinario del fondo.

Agentes uterotónicos utilizados para el manejo activo de la tercera etapa del parto

Oxitocina: Se deben administrar 10 unidades de oxitocina por vía intramuscular, tan pronto como o dentro de 1 min del nacimiento del feto. Si la mujer tiene acceso intravenoso, entonces la oxitocina se puede administrar como una infusión (10 unidades en una botella de lactato de Ringer) a razón de 1 a 2 ml/min. Se debe evitar el bolo intravenoso, ya que puede causar hipotensión. La dosis intravenosa en bolo preferiblemente no debe exceder las 5 unidades y debe administrarse lentamente durante 1 a 2 min. El bolo intravenoso se usa con mayor frecuencia en los entornos controlados del parto por cesárea. En los países de bajos recursos, los partos se realizan en el centro o subcentro primario de salud. Supongamos que no hay personal capacitado para administrar medicamentos por vía parenteral, entonces se puede usar **uniject** (un *softule* de plástico estéril precargado que contiene 10 unidades de oxitocina en una solución de 1 ml con una aguja estéril cubierta por una cubierta de plástico giratoria y rota). La ventaja es que puede ser administrado con facilidad incluso por personal no capacitado.

Misoprostol: Se recomienda como alternativa. La ventaja es que es de fácil acceso, asequible y puede administrarse por cualquier vía, como la vía oral, sublingual o rectal, incluso por los trabajadores de salud comunitarios o paramédicos. El misoprostol se puede almacenar a temperatura ambiente. Se recomienda administrar misoprostol de 600 a 800 µg después del parto. Puede causar fiebre y escalofríos.

Carbetocina: Se puede usar un análogo de oxitocina como uterotónico alternativo. Se administra una dosis de 100 µg por vía intramuscular, lentamente durante 1 min. Desafortunadamente, es caro y no está disponible en todos los países. Tiene la ventaja de no requerir cadena de frío y una mayor duración de acción.

Ergometrina: La ergometrina intravenosa de 0,25 mg debe programarse junto con el parto del hombro anterior y seguir con el parto lento del feto. Si el momento no es exacto y se retrasa, puede causar la retención de la placenta debido a la constricción del útero en forma de reloj de arena. Además, tiene más efectos secundarios como el aumento repentino de la presión arterial (PA) y espasmos de las arteriolas. Debe evitarse en hipertensión, mujer con antecedentes de migraña y fenómeno de Raynaud. La ventaja es una contracción tónica sostenida del útero. También puede administrarse por vía intramuscular. En algunos países, se utiliza como alternativa una combinación de 0,25 mg de ergometrina y 5 unidades de oxitocina.

Prostaglandina F_{2α} (PGF_{2μ}): 150 µg administrados por vía intramuscular no es una alternativa preferida. Puede causar diarrea y ya no se utiliza para la prevención de la hemorragia posparto.

Se recomienda la administración de cualquiera de los uterotónicos en cada parto para prevenir la hemorragia posparto. Después de completar el parto, se debe palpar el fondo del ojo para evaluar el tono.

EPISIOTOMÍA

Se refiere a una incisión realizada en el perineo, incluida la vagina, para ampliar el espacio disponible. Facilita el parto del feto.

Los tejidos cortados son la pared vaginal, los músculos del perineo y la piel suprayacente.

Clasificación de las episiotomías (Figura 7.4b): Aunque se describen siete tipos de episiotomía [15], solo cuatro de ellas (enumeradas a continuación) se practican comúnmente en obstetricia.

Línea media o mediana: Esta es una incisión en la línea media. La incisión comienza en la línea media o +3 mm de la línea media. Está entre 0 y 25° de la línea media. Esto corre el riesgo de extensión para involucrar el esfínter anal y la mucosa anal. Cuando surge la necesidad de extenderlo deliberadamente (p. ej., por

una distocia de hombros no prevista), existe una grave amenaza de lesión. Por tanto, se desaconseja la episiotomía de línea media. La extensión del extremo inferior transversalmente sobre el perineo puede aumentar de 2 a 5 cm y se denomina episiotomía mediana modificada.

Lateral: La incisión comienza lateralmente a una distancia mínima de 10 mm (o hasta 2 cm) de la línea media y se dirige hacia la tuberosidad isquiática. Está limitado por el pliegue de la ingle y da como resultado lograr solo un espacio adicional mínimo y no se puede extender si surge la necesidad. Esto tampoco se practica. Cuando una incisión similar recorre todo el recto, se denomina incisión de Schuchardt y se usa con mayor frecuencia en cirugías ginecológicas.

En forma de J: Comienza verticalmente hacia abajo en la línea media o dentro de los 3 mm durante aproximadamente 1-2 cm. Después, se inclina hacia la tuberosidad isquiática alejándose del ano en la línea media. Esto tampoco se practica ampliamente.

Mediolateral: Comienza desde la línea media o dentro de los 3 mm y se dirige bastante lejos de la línea media a 60° hacia la tuberosidad isquiática.

El ángulo ideal para la episiotomía mediolateral es de 60° desde la línea media. Esto asegura un riesgo mínimo de desgarro perineal completo. Este ángulo se puede asegurar utilizando Episcissors-60 o utilizando un episómetro.

La ventaja de esta episiotomía es el riesgo mínimo de lesión del esfínter y la oportunidad de profundizarlo o extenderlo de manera segura cuando surja la necesidad. La amenaza es que el músculo elevador del ano puede involucrarse cuando es muy profundo. Las extensiones verticales pueden afectar el fórnix lateral y amenazar la seguridad del uréter durante la reparación. Además, la aparición de hematoma supraelevador en casos de extensión de episiotomías es difícil de manejar en la sala de partos.

La episiotomía anterior se usa en mujeres con cicatrices debido a la mutilación genital en la infancia.

El lado de la episiotomía: La mayoría de los obstetras están capacitados para pararse en el extremo de los pies de la mesa. Parece conveniente realizar episiotomías del lado derecho. La mayoría de las enfermeras y parteras están capacitadas para permanecer al lado derecho de la mujer durante el parto y les resulta conveniente realizar episiotomías mediolaterales izquierdas. El lado no importa y es una cuestión de entrenamiento y conveniencia y elección del personal encargado del parto.

El autor tiene una preferencia personal por la episiotomía mediolateral derecha.

Las tijeras de episiotomía: Hay muchas tijeras de episiotomía como Schumacher, Lawson Tait y Waldmann. El Braun Stadler (Figura 7.4a) es el más utilizado. Están disponibles en diferentes tamaños.

Las tijeras tienen hojas anchas en ángulo o curvas con un vástago largo. Los vástagos son planos para facilitar su sujeción por los extremos anillados del mango. Tiene una hoja ancha y roma (a veces con nudos en la punta). Podemos minimizar la lesión accidental de la mucosa anal o rectal debajo de la vagina por el extremo afilado de la hoja interna manteniendo la hoja interna más corta fuera de la piel del perineo (Figura 7.4c). Los bordes están biselados para cortar de manera eficiente. Una hoja es más larga que la otra. Las cuchillas están colocadas en ángulo con respecto al vástago articulado.

Reparación de la episiotomía (Figura 7.4d y e): La reparación se realiza después de completar el alumbramiento de la placenta y explorar el tracto genital para descartar cualquier traumatismo o extensión y mayores grados de desgarro perineal mediante tacto rectal. La episiotomía se repara en tres capas. La reparación comienza con la mucosa vaginal. La primera sutura debe realizarse muy por encima del ápice visible (1 cm por encima) para evitar hematomas en el ápice. Los vasos corren verticalmente hacia abajo y el borde cortado del vaso tiende a retraerse más allá del vértice. La mucosa vaginal se sutura de forma continua o con bloqueo en caso de sangrado de los bordes. La pared vaginal donde se realizó la incisión se sutura desde el vértice hasta la unión mucocutánea. La sutura preferida son las suturas absorbibles como cántgut crómico 0. La segunda capa se aproxima a los músculos perineales (superficial y profundo, músculos perineales transversos y el músculo bulboesponjoso). Esta capa se sutura de un lado a otro con suturas discontinuas con cántgut crómico que aseguran la aproximación, la obliteración de cualquier espacio muerto y la hemostasia. La piel se puede suturar con puntos continuos subcuticulares para reducir el número de nudos que sobresalen. Alternativamente, se puede aproximar con sutura de colchonero vertical u horizontal (con suturas absorbibles como cántgut crómico) con nudos hacia la cara

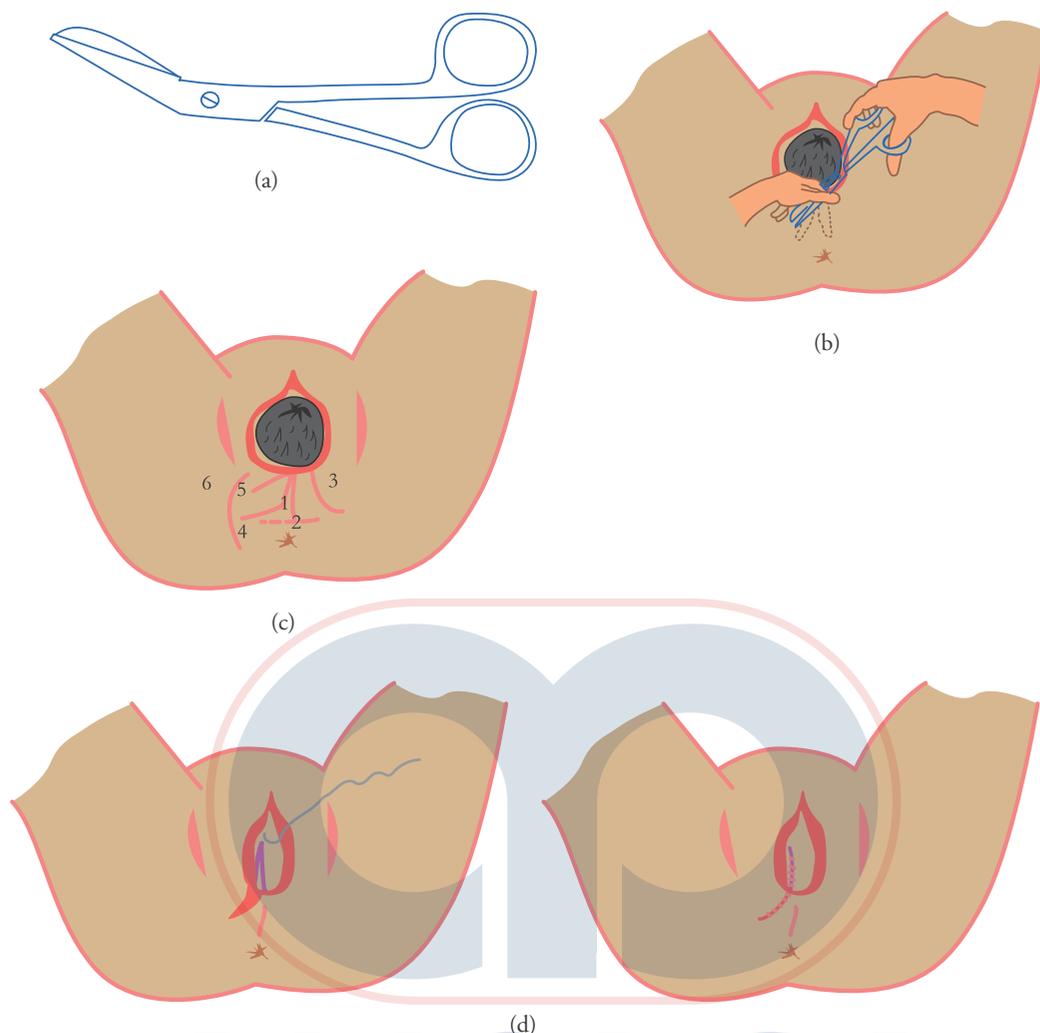


Figura 7.4 (a) Tijeras de episiotomía Braun Stadler. (b) Diagrama lineal que proyecta cómo hacer la episiotomía. (c) Tipos de episiotomía: 1 mediana, 2 mediana modificada, 3 lateral, 4 en forma de J, 5 mediolateral y 6 incisión de Schuchardt. (d) Sutura de la mucosa. (e) Herida de episiotomía reparada (Redibujado de Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. BJOG 2012;119:522-526.).

lateral para evitar la contaminación fecal. Aunque el ángulo de incisión en el momento de la coronación es de 60° después de suturar, el ángulo disminuye y el ángulo de sutura se acerca a la línea media. Si los nudos son mediales, pueden acercarse a la línea media y tender a alojar las bacterias de la contaminación fecal si no se mantiene una higiene escrupulosa.

Papel del tacto rectal: Debe realizarse en todos los casos después del parto vaginal para descartar cualquier desgarro del esfínter aunque la piel perineal pueda parecer intacta. Confirma el desgarro y ayuda a delinear la extensión de la afectación de la mucosa anorrectal y descartar desgarros en ojal con un perineo intacto. Manteniendo el dedo índice en el recto y el pulgar afuera, un movimiento de balanceo de píldoras ayuda a delinear la interrupción del esfínter externo o interno. La deficiencia del esfínter se reconoce por la falta de tono del esfínter externo y la falta de enrollamiento del tejido entre la vagina y la mucosa rectal, lo que indica una lesión del esfínter interno. Una lesión de este último no detectada sería la causa de la incontinencia de flatos más adelante.

Una lesión del digital rectal después de la sutura de la episiotomía puede ser necesaria en algunos casos de extensión superior o profunda para excluir la inclusión de la mucosa rectal en las mordeduras de la sutura.

Advertencia: Al reparar episiotomías que se extendieron hacia arriba o hacia planos más profundos o para incluir los músculos elevadores, es importante ocluir todo el espacio muerto. El truco en tales situaciones es asegurar el vértice de la mucosa vaginal primero con una sutura, luego con otra, y se debe reparar el músculo elevador del ano desgarrado en ese lado. El espacio muerto creado lateralmente a la vagina debe aproximarse desde el vértice hacia abajo antes de continuar con la mucosa vaginal. Supongamos que intentamos la capa lateral más profunda después de completar la mucosa. En ese caso, se convierte en un desafío obliterar la profundidad del túnel lateral profundo formado por el costado a lo largo de la vagina suturada y las fibras superiores del elevador del ano escapan a la reparación. Esto puede resultar en la formación de hematomas en la parte superior del espacio muerto y también en el debilitamiento del músculo elevador no reparado y predispone al prolapso de órganos pélvicos en el futuro.

Una limpieza minuciosa de la vagina y la zona de la piel suturada con una solución antiséptica como la povidona yodada es una práctica excelente para minimizar aún más la infección.

Una palabra de precaución: A veces, se mantiene un tampón en la vagina para presionar el cuello uterino y reducir la sangre que ensucia el campo para una mejor visualización y sutura del vértice. Es importante etiquetar el tampón con cinta de gasa saliendo bien afuera de la vagina. Este será un recordatorio para quitarlo después de que termine la sutura. Hay muchos casos de tampones olvidados como causa de sepsis puerperal, especialmente en instituciones de alta rotación. El autor desaconseja el uso de gasas pequeñas para este fin, ya que tienden a deslizarse en el fórnix posterior. Es posible que esto nunca aparezca en el examen posterior con espéculo, ya que están ocultos en el fórnix posterior, y el examinador se asegura falsamente de la ausencia de gasa o tampón porque el cuello uterino está bien visualizado. Incluso en el examen vaginal, puede pasar desapercibido porque es posible que los dedos no se inserten lo suficientemente profundos como para alcanzar el fórnix posterior debido a la incomodidad de la herida de la episiotomía.

El uso rutinario de antibióticos después de un parto normal no es necesario y puede juzgarse según el caso individual o la política del hospital.

REFERENCIAS

1. LaQshya- Labour room quality improvement initiative, 2014 <http://nhsrcindia.org/sites/default/files/LaQshya-%20Labour%20Room%20Quality%20Improvement%20Initiative%20Guideline.pdf>. Accessed on 15th March 2020.
2. WHO. Preventing prolonged labour: A practical guide. Geneva: WHO Division of Family Health, Maternal Health, and Safe Motherhood Programme. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet*. 1994c; 343:1399–1404
3. WHO. Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery. In Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Education Material for Teachers of Midwifery: Midwifery Education Modules, 2nd ed. World Health Organization. 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44145>.
4. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010; 115:705–710.
5. Bernitz S, Dalbye R, Zhang J, et al. The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): A multicentre, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2019;393(10169):340–348. doi:10.1016/S0140-6736(18)31991-3.
6. Safe Prevention of Primary Caesarean Delivery. *Obstetric Care Consensus*. November 1, 2014. ACOG Clinical Guideline.
7. WHO. WHO Labour Care Guide: User's Manual. World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Downloaded on 14th December 2020.
8. Litwin LE, Maly C, Khamis AR, et al. Use of an electronic partograph: Feasibility and acceptability study in Zanzibar, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):147. doi: 10.1186/s12884-018-1760-y.
9. Sanghvi H, Mohan D, Litwin L, Bazant E, Gomez P, MacDowell T, Onsase L, Wabwile V, Waka C, Qureshi Z, Oman-ga E, Gichangi A, Muia R. Effectiveness of an electronic partogram: A mixed-method, quasi-experimental study among

- skilled birth attendants in Kenya. *Glob Health Sci Pract.* 2019;7 (4):521–539. doi: 10.9745/GHSP-D-19-00195. PMID: 31874937; PMCID: PMC6927834.
10. BirthModule. 5C Effective Perinatal Care (EPC) training package, 2nd Edition. WHO Regional Office for Europe. 2015.
 11. Aasheim V, Nilsen A, Reinart L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6. Art. No.: CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
 12. Aquino CI, Guida M, Saccone G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, Berghella V. Perineal massage during labor: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020;33(6):1051–1063. doi: 10.1080/14767058.2018.1512574. Epub 2018 19th September. PMID: 30107756.
 13. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2:CD000081.
 14. Aziz K, Lee HC, Escobedo MB, Hoover AV, Kamath-Rayne BD, Kapadia VS, Magid DJ, Niermeyer S, Schmölzer GM, Szyld E, Weiner GM, Wyckoff MH, Yamada NK, Zaichkin J. Neonatal resuscitation: 2020 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2020; 142(16_suppl_2):S524–S550 (ISSN: 1524–4539).
 15. Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail K, Tincello D. Classification of episiotomy: Towards a standardisation of terminology. *BJOG.* 2012; 119:522–526.





MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DE ALTO RIESGO

Gowri Dorairajan

Este libro trata de la gestión del trabajo de parto, y guía a los lectores para que reconozcan los problemas mediante una monitorización aguda, basada en la comprensión anatómica y fisiológica del trabajo de parto. En esta era de la tecnología, este libro revive el arte en desuso de la identificación de signos y síntomas clínicos. Los capítulos están bien estructurados y abarcan diferentes aspectos, desde la sospecha hasta la identificación de los problemas mediante el reconocimiento de sutiles señales de advertencia por parte del feto y el útero. También se tratan los partos quirúrgicos y las urgencias obstétricas más comunes con su tratamiento adecuado. Proporciona puntos prácticos para prevenir, anticipar, reconocer y manejar los problemas durante el parto.

Características principales

- Ayuda a identificar los signos y síntomas clínicos que infunde al lector confianza para identificar y manejar situaciones anormales durante el trabajo de parto a través del tacto de sus dedos y una comprensión despierta.
- Un libro imprescindible para todos los estudiantes de posgrado y profesionales de la obstetricia, deseosos de aprender los fundamentos del manejo del parto.
- Presenta casos ilustrados útiles para aprender el manejo del trabajo de parto normal y elegir el trabajo de parto anormal, en la primera desviación posible de la normalidad.



Biblioteca digital

Con la compra de este libro, usted tendrá acceso a contenidos complementarios en línea (e-Book) y podrá disponer de su propia biblioteca digital, usando el código de acceso que está en el interior.

WWW.AMOLCA.COM

ISBN: 978-628-7528-71-0



9 786287 528710