

Trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo



*Presentación hecha por:
Rodrigo Moreno Morán*

A profile of Emanuel A. Friedman, MD, DMedSci



Roberto Romero, MD, DMedSci, Editor-in-Chief for Obstetrics

Dr Emanuel A. Friedman, Professor Emeritus of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology at Harvard Medical School, is world-renowned for his contributions to obstetrics, which include the visual description of the labor curve, often called the “Friedman Curve.”

Born in Brooklyn, NY, Dr Friedman describes himself as “coming from humble origins.” His father was educated and a rabbi; his mother was a homemaker. Always introverted, he considers that he had a modest family life. He became intellectually “alive” through reading; he was fascinated with Charles Dickens and read all of his novels, which he now says transported him from the “slums of Brooklyn to the dredges of London.”

A key part of his intellectual awak-



Emanuel A. Friedman, MD, DMedSci

into the US Navy fetal station time

pain relief during labor and asked him how she could determine whether the administration of a caudal block would alter the progress of labor. Dr Friedman quickly realized that there was very little objectively determined information available about the progress of labor. He recognized the importance of the question and sought an opportunity to assess such a fundamental biologic process.

One night while Dr Friedman was on call at Columbia, his wife went into labor at another hospital, and he asked whether he could be excused to attend the birth of his first child. When his request was denied, Dr Friedman sublimated his disappointment and frustration by taking pencil to paper to record serial examinations in graphic form, including frequency of contractions, cervical dilation and effacement, and other factors that described the

OBJETIVOS

- *Identificar las acciones más efectivas para mejorar la calidad de la atención médica durante el trabajo de parto, parto y puerperio en mujeres con embarazo no complicado.*
- *Conocer las intervenciones más efectivas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.*
- *Identificar las acciones más efectivas para mejorar y fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva.*

PREGUNTAS A RESPONDER

1. *En mujeres con embarazo no complicado, ¿cuáles son las acciones más efectivas para mejorar la **calidad de la atención** del trabajo de parto, parto y puerperio.*
2. *En mujeres con embarazo no complicado, ¿cuáles son las intervenciones más efectivas para **aliviar el dolor** durante el trabajo de parto?*
3. *En madres durante el puerperio, ¿cuáles son las acciones más efectivas para **mejorar y fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva?***

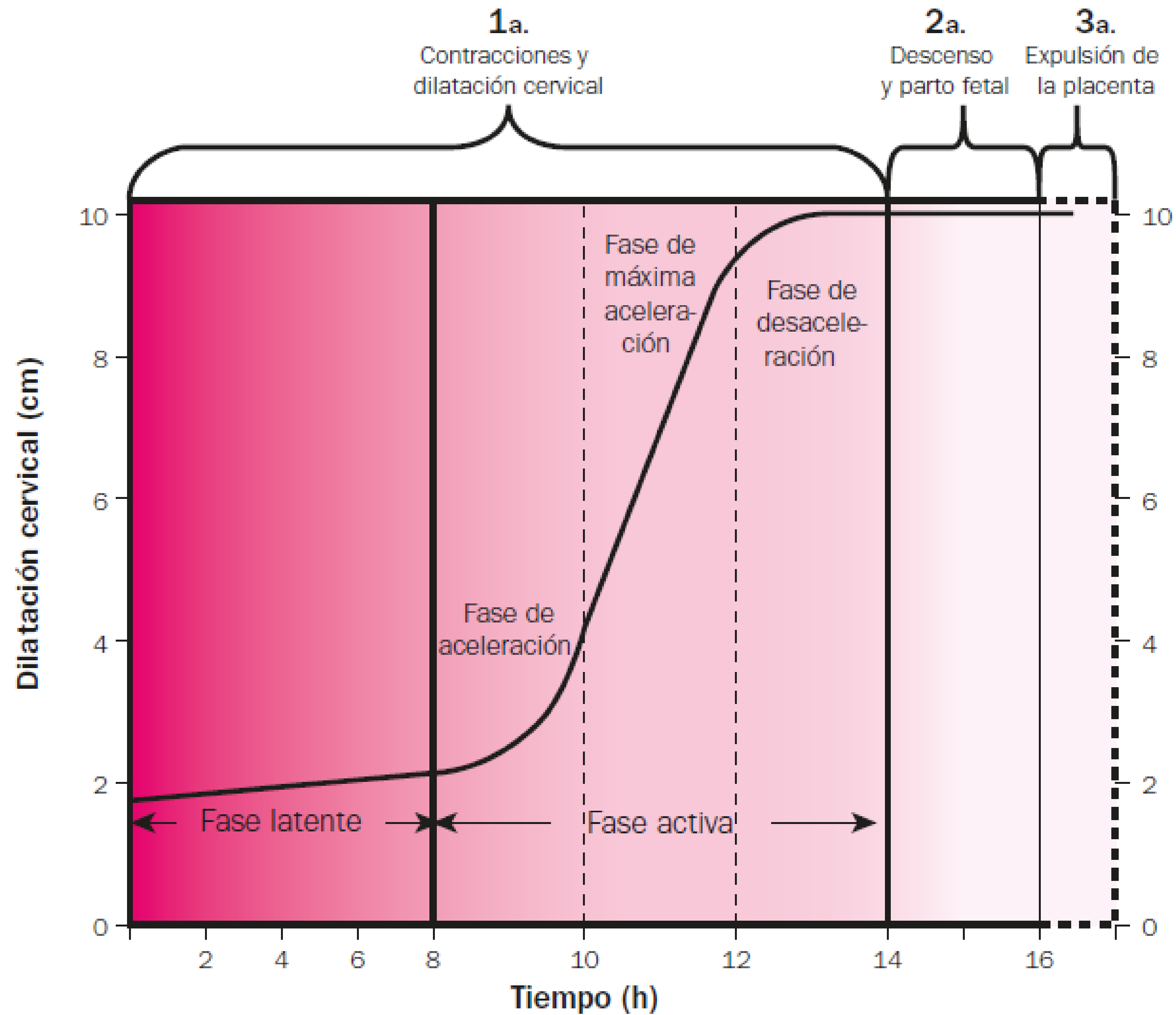
INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DE PARTO

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos:

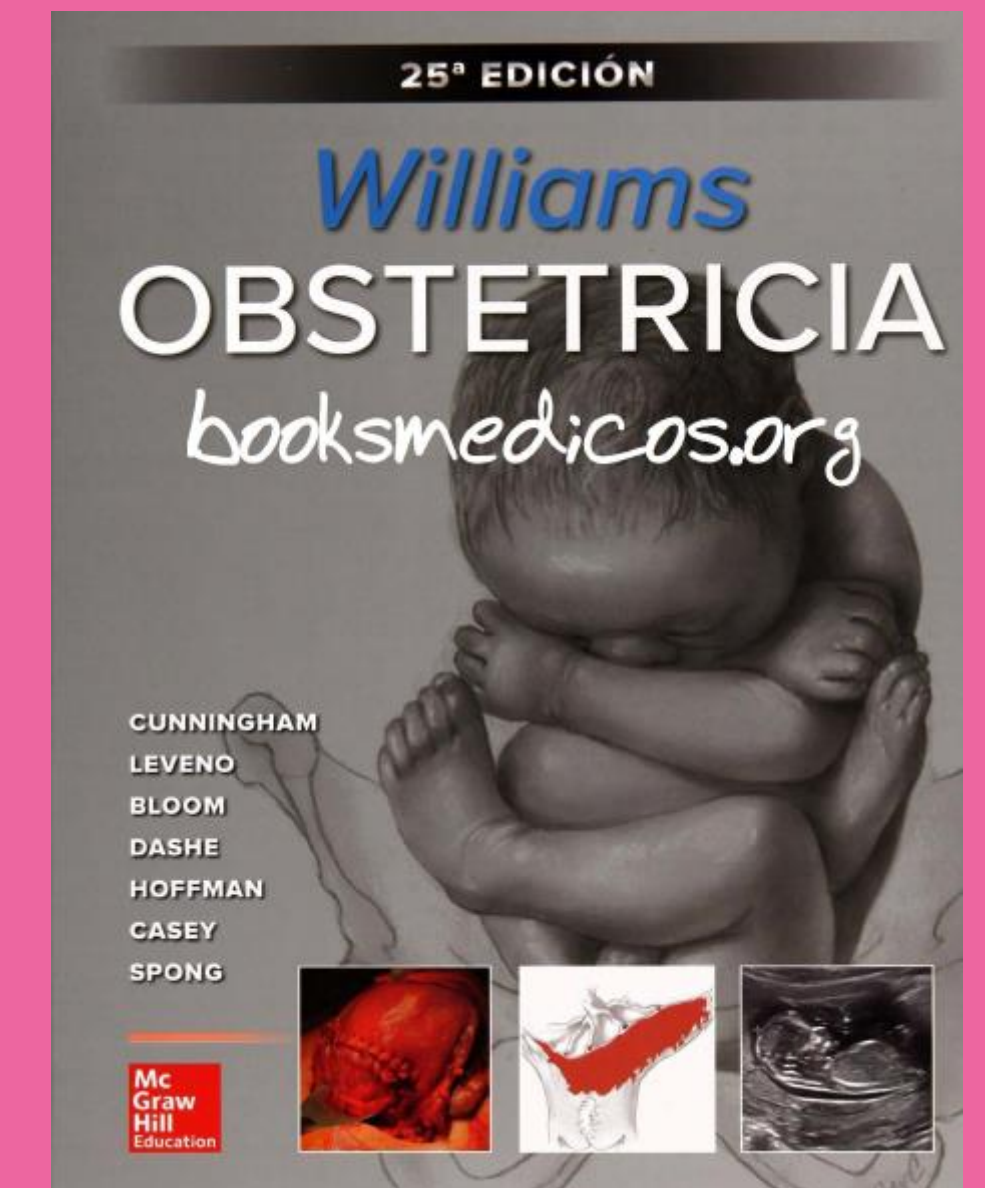
- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer período (NOM-007-1993,- Manual de atención para el embarazo saludable, 2001, GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Etapas del trabajo de parto



TRABAJO DE PARTO

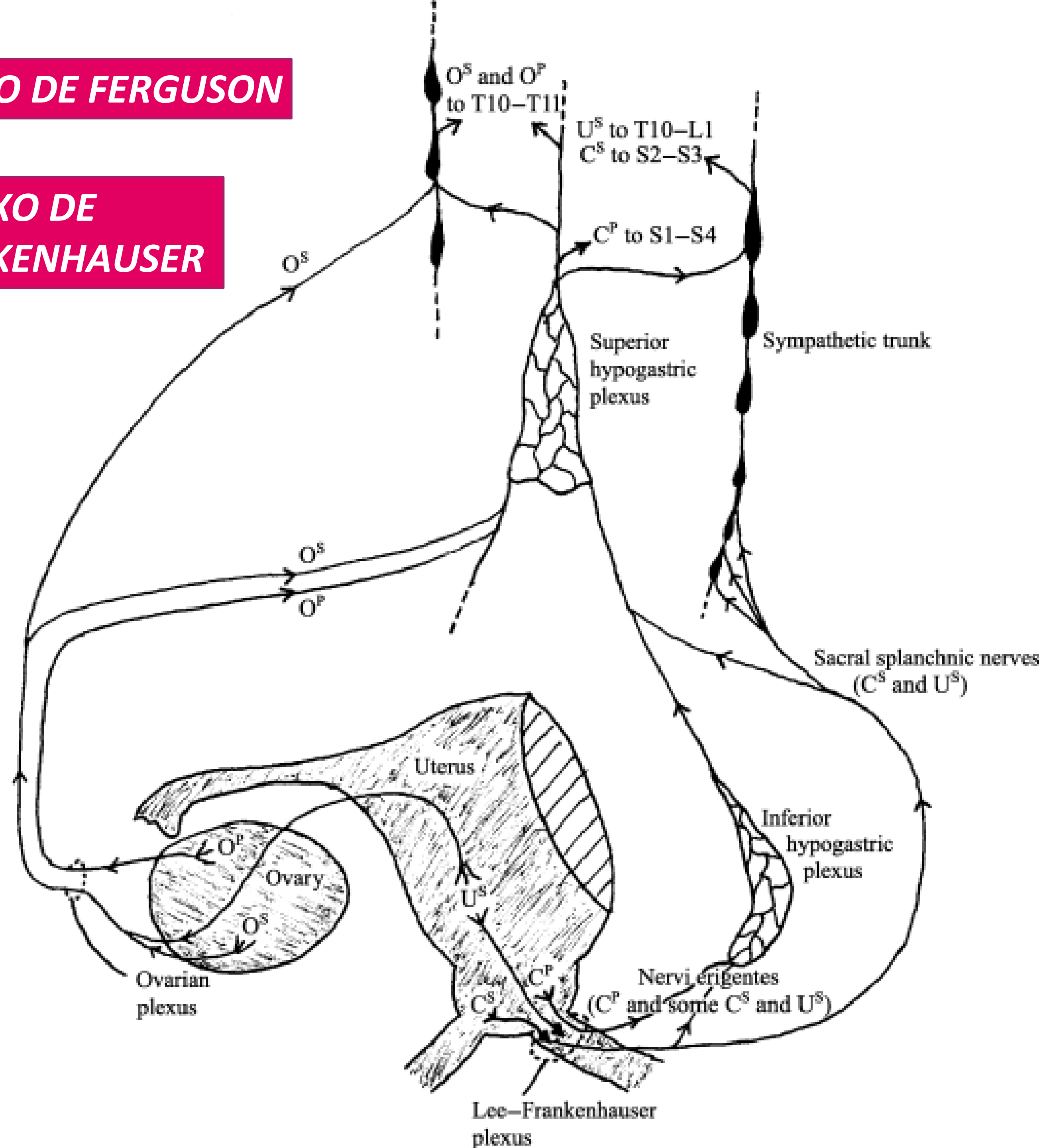
INTRODUCCIÓN



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

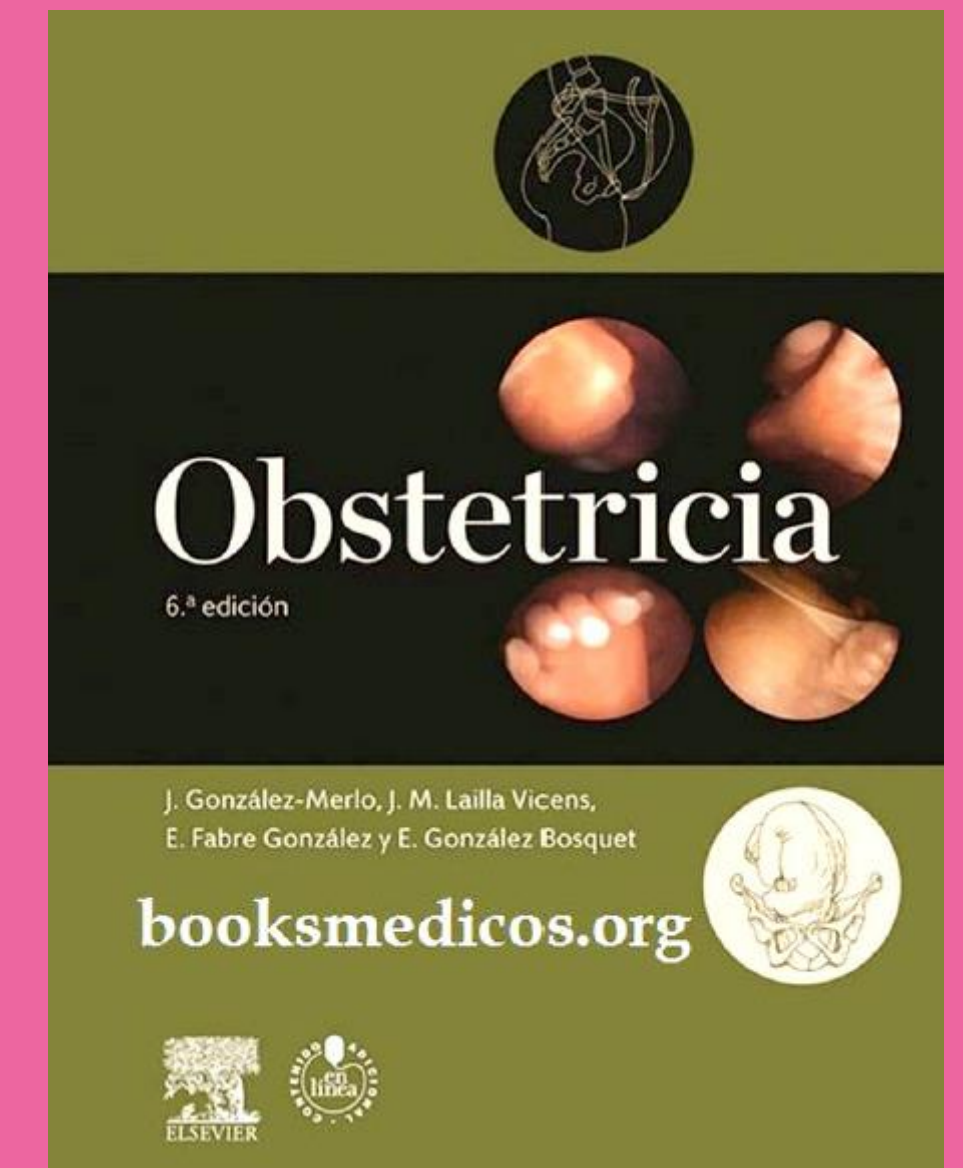
REFLEJO DE FERGUSON

PLEXO DE LEE-FRANKENHAUSER



TRABAJO DE PARTO

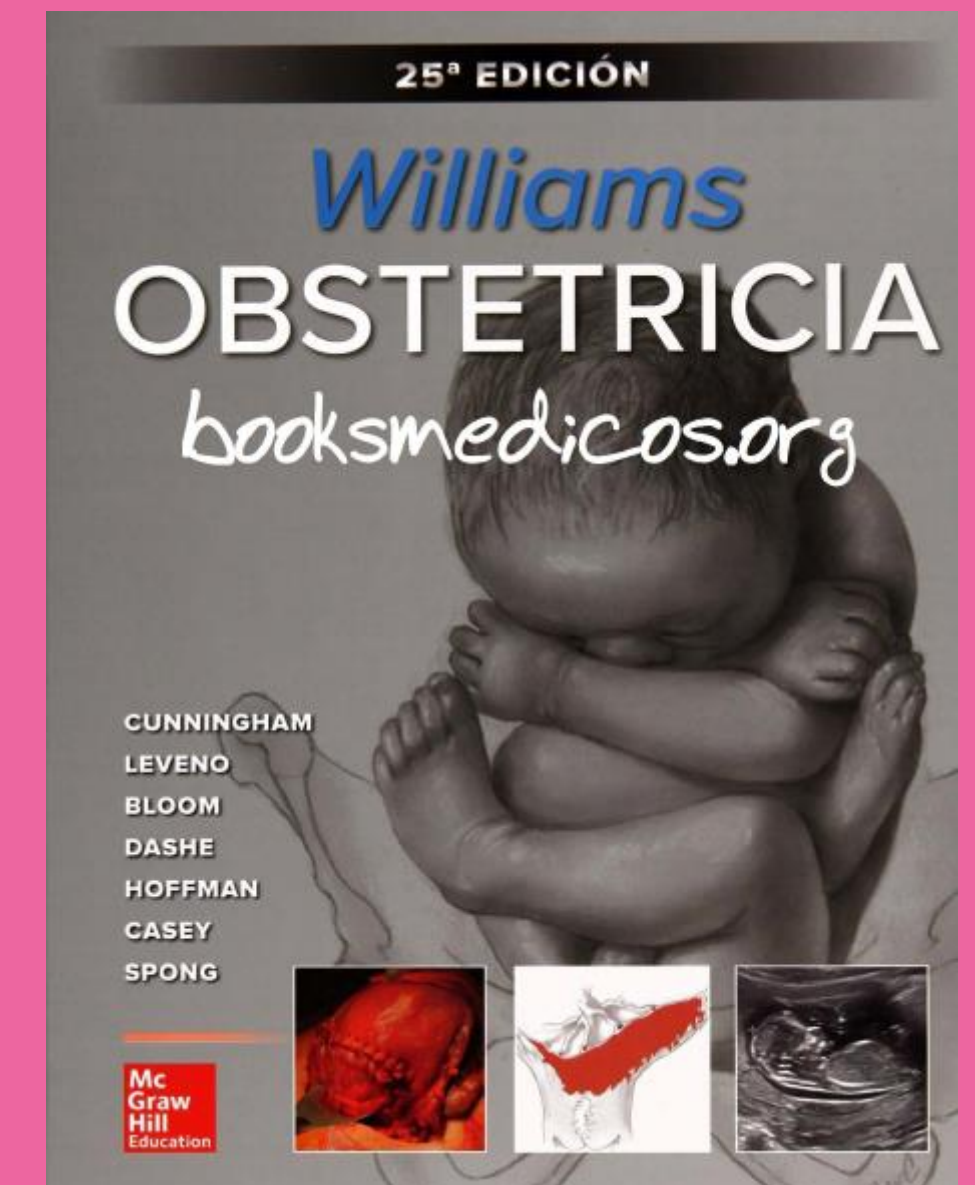
INTRODUCCIÓN



González, M. (2013). Obstetricia. 6a edición. Elsevier: España.

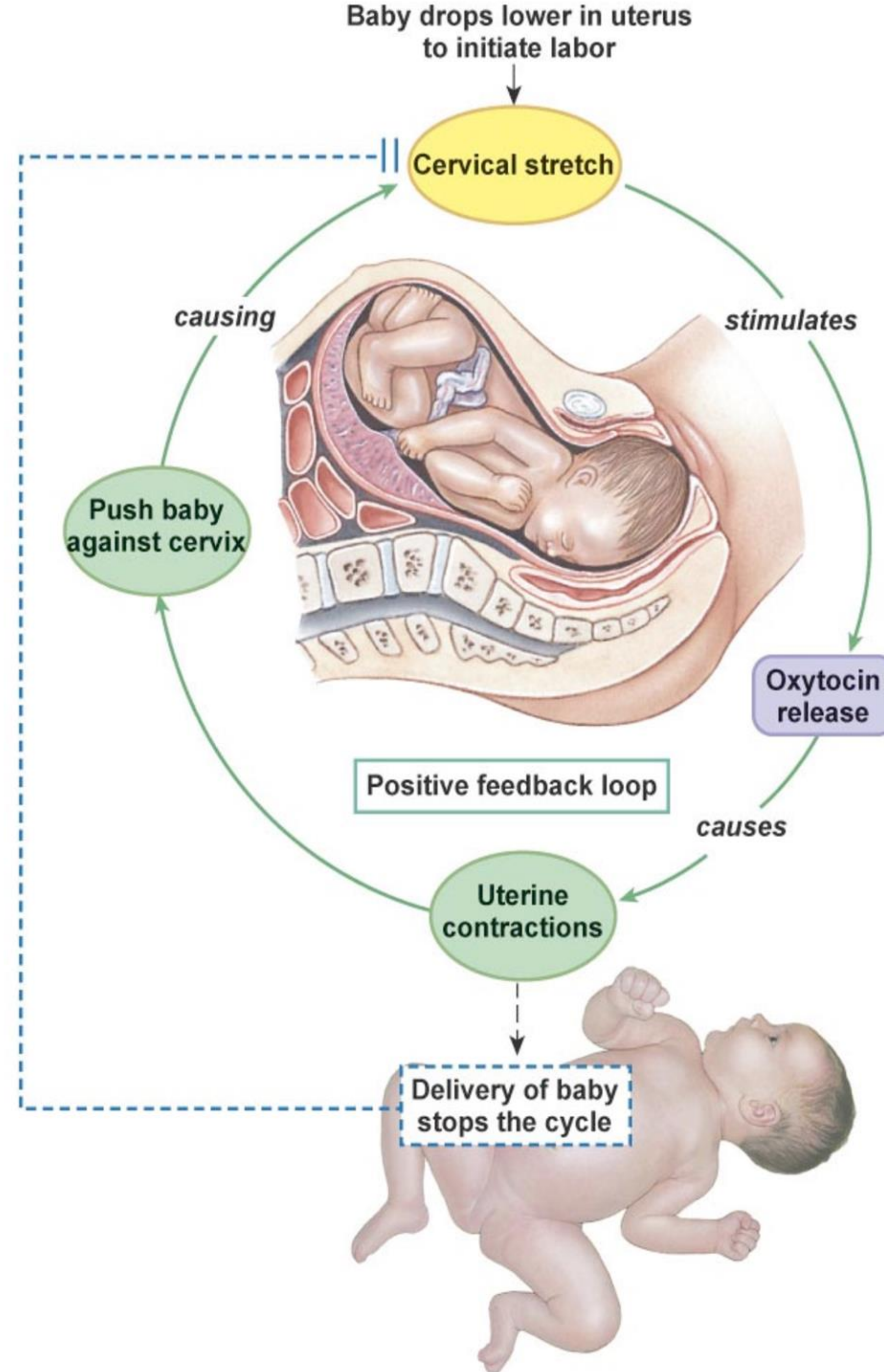
TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN



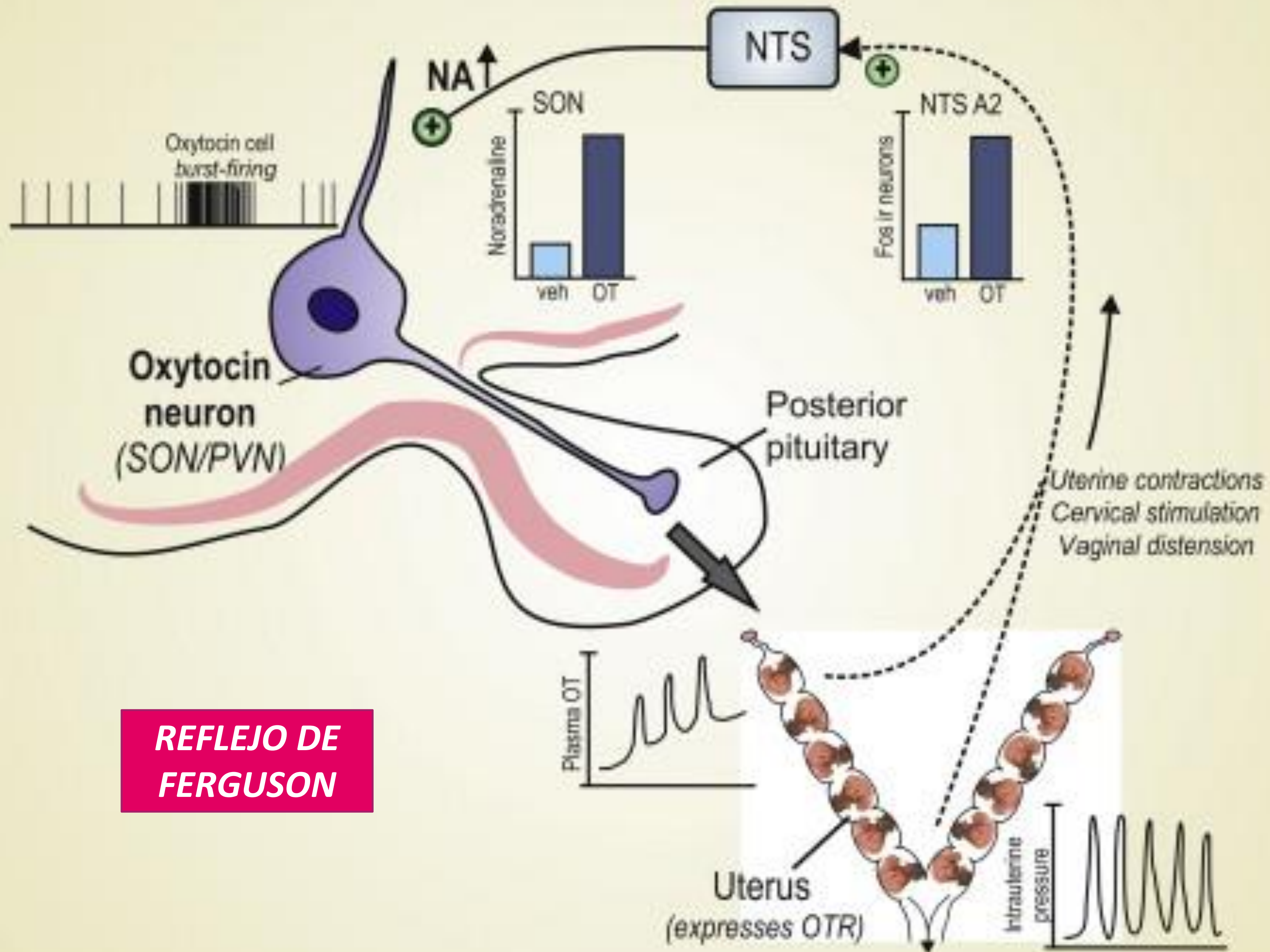
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

REFLEJO DE FERGUSON

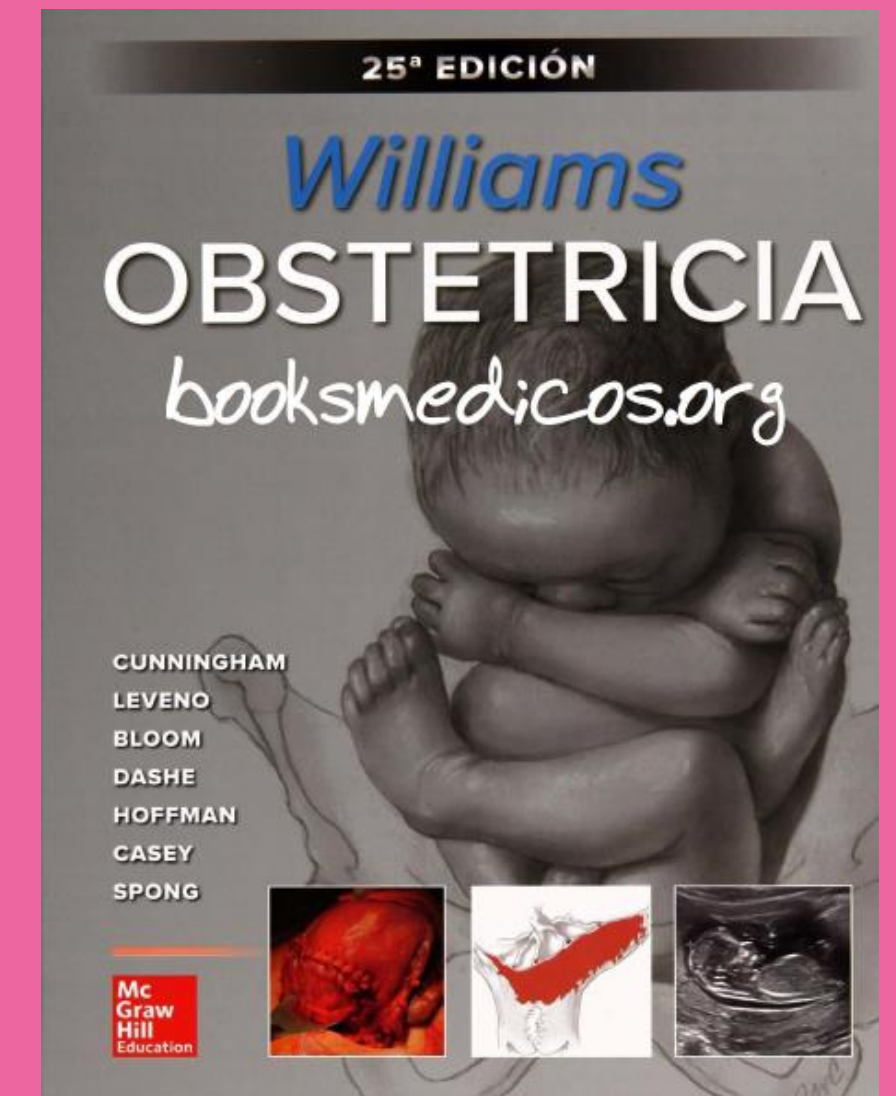


TRABAJO DE PARTO

FASE 3



REFLEJO DE FERGUSON

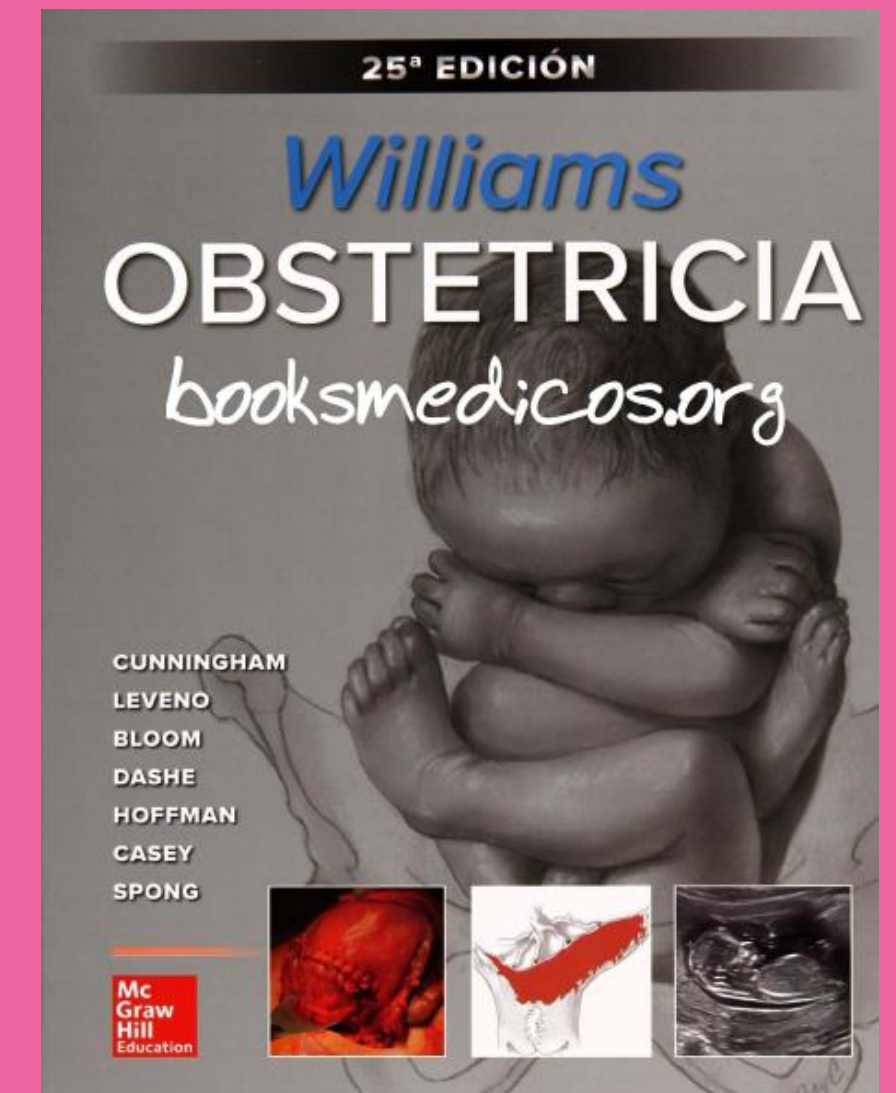
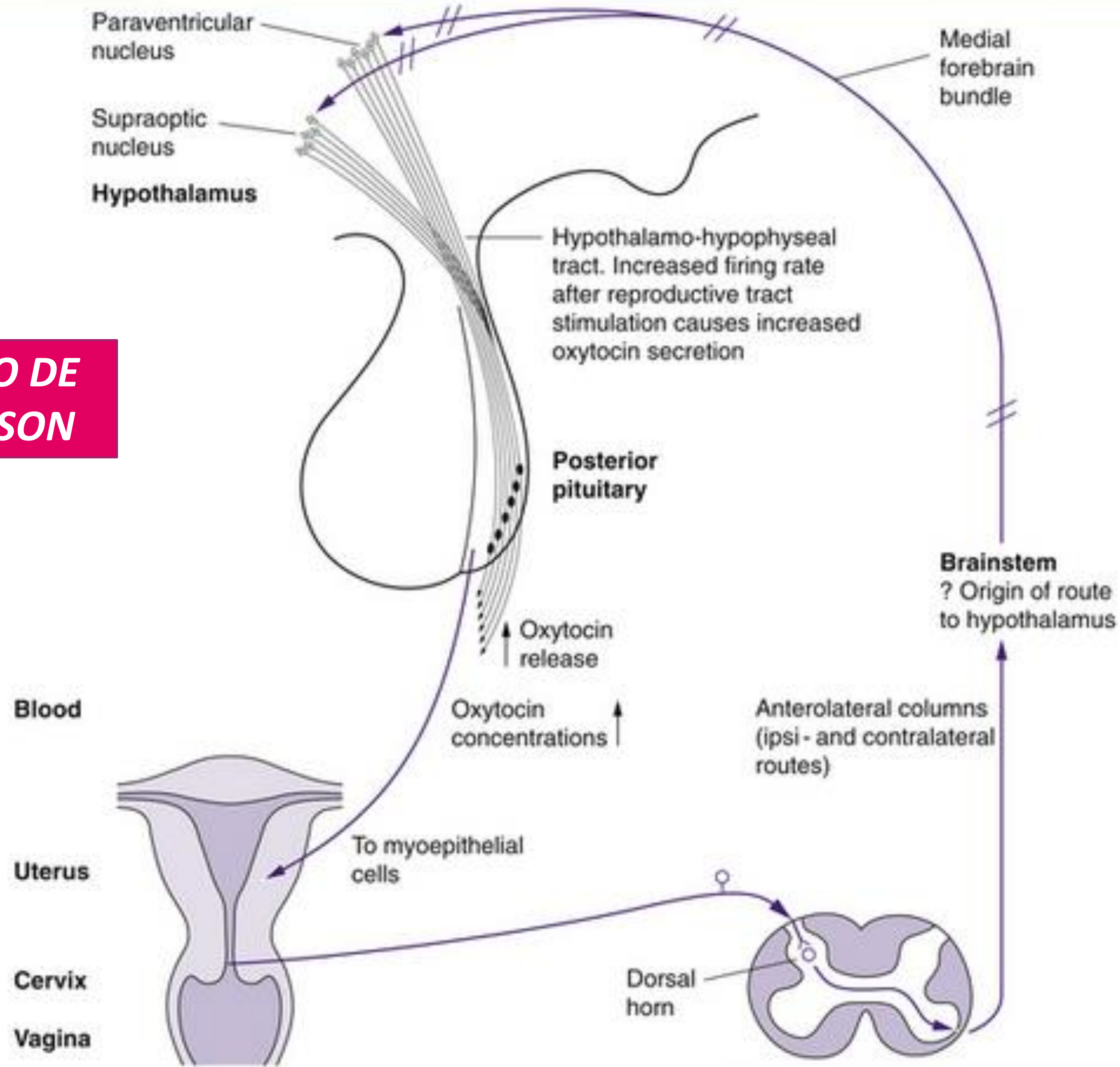


Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

TRABAJO DE PARTO

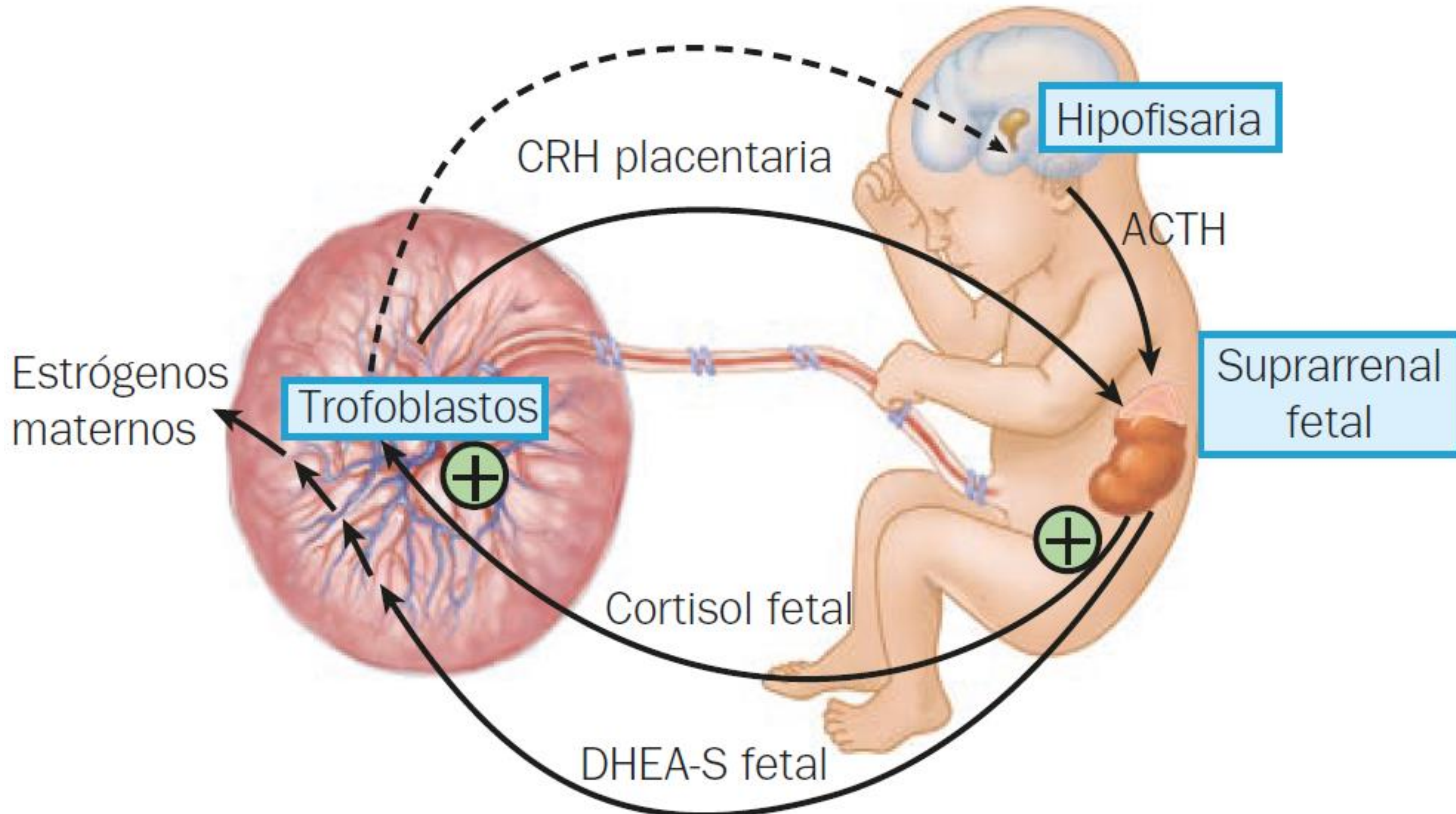
FASE 3

REFLEJO DE FERGUSON



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

TRABAJO DE PARTO



MANIOBRAS DE LEOPOLD

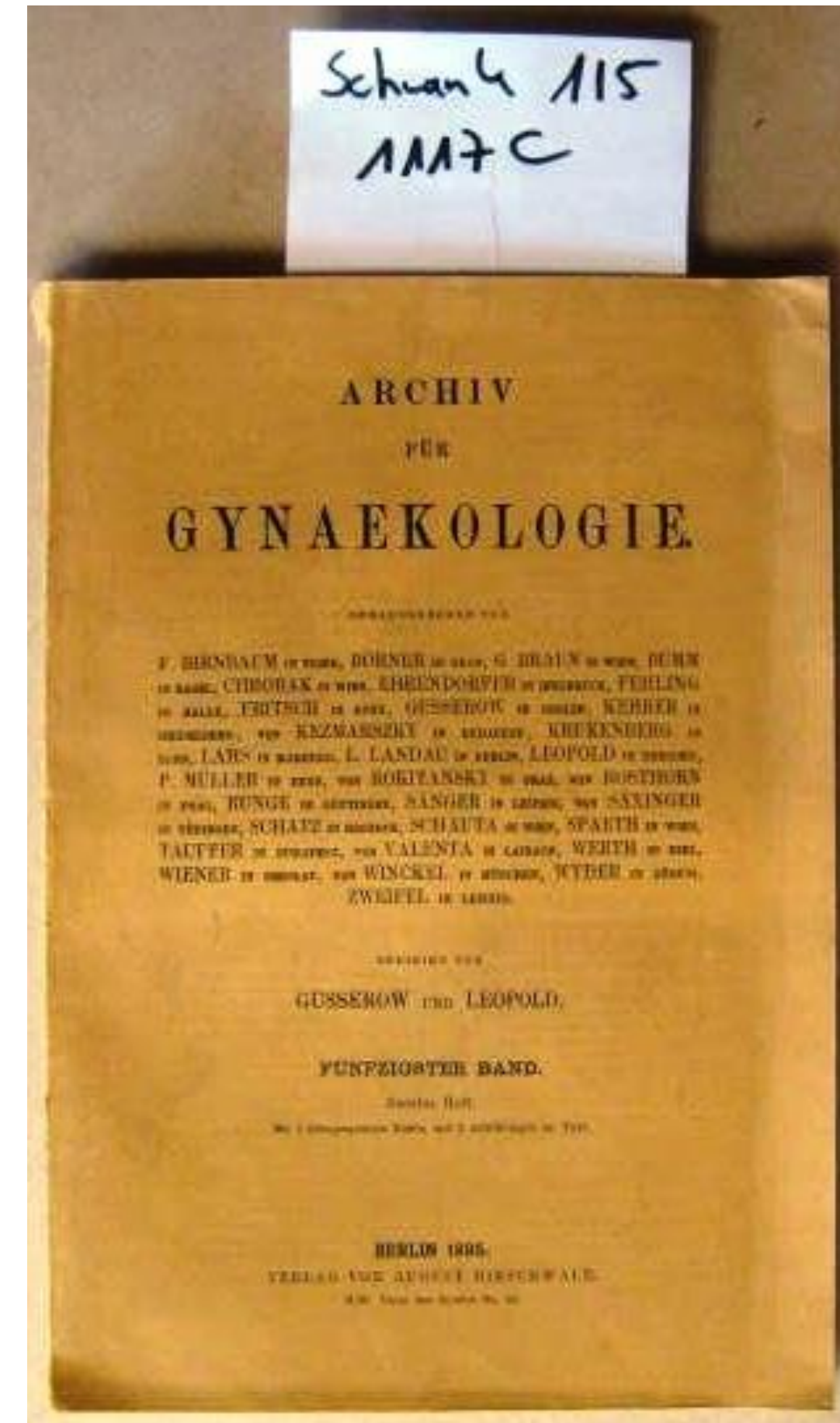
Christian Gerhard Leopold



Christian Gerhard Leopold

Born	24 February 1846
Died	12 September 1911 (aged 65)
Nationality	Germany
Occupation	gynecologist
Known for	Leopold maneuvers

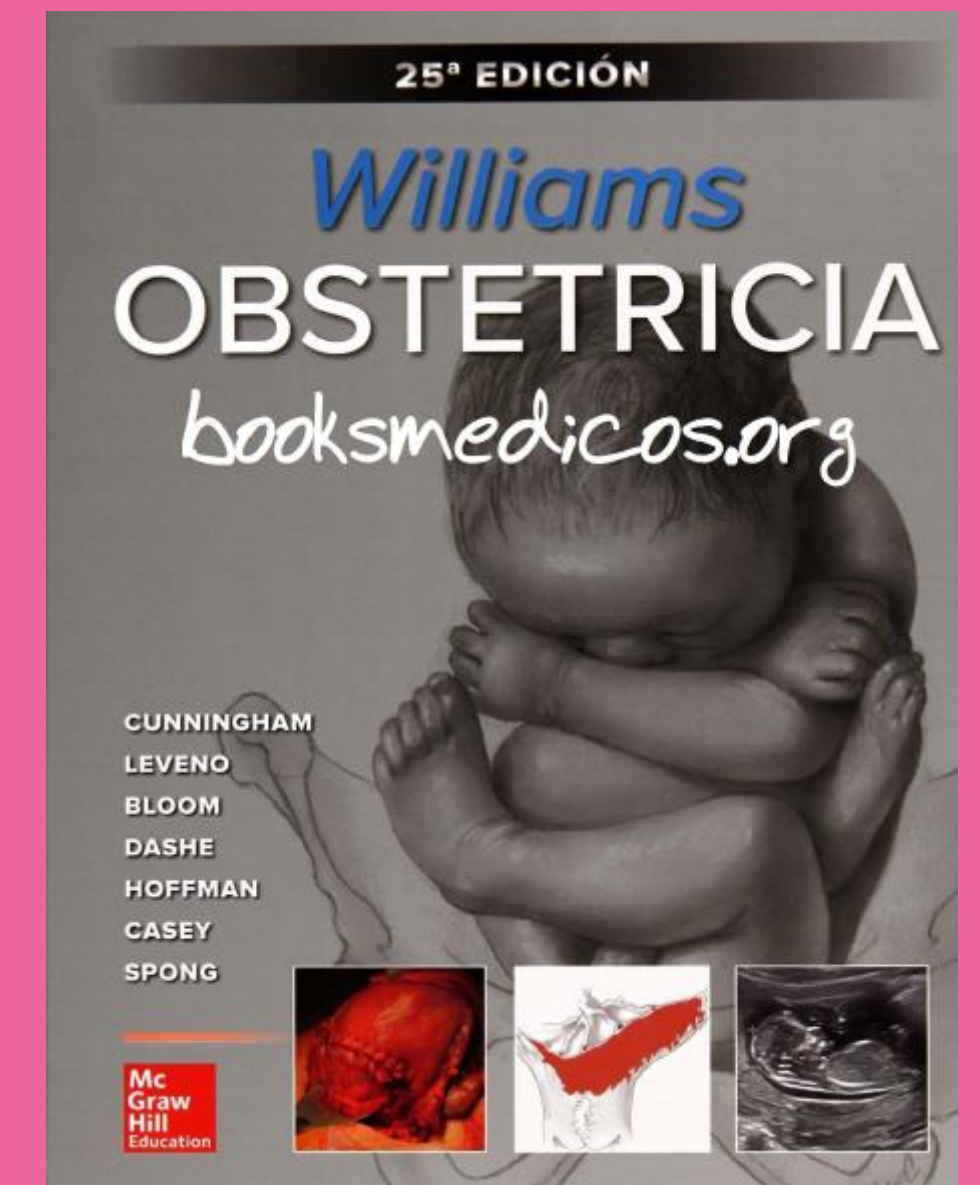
Archiv für gynäkologie



1894

TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

MANIOBRAS DE LEOPOLD

88%

- Sensibilidad

94%

- Especificidad

MANIOBRAS DE LEOPOLD



1. Detectar contracciones uterinas

2. Tamaño del útero.

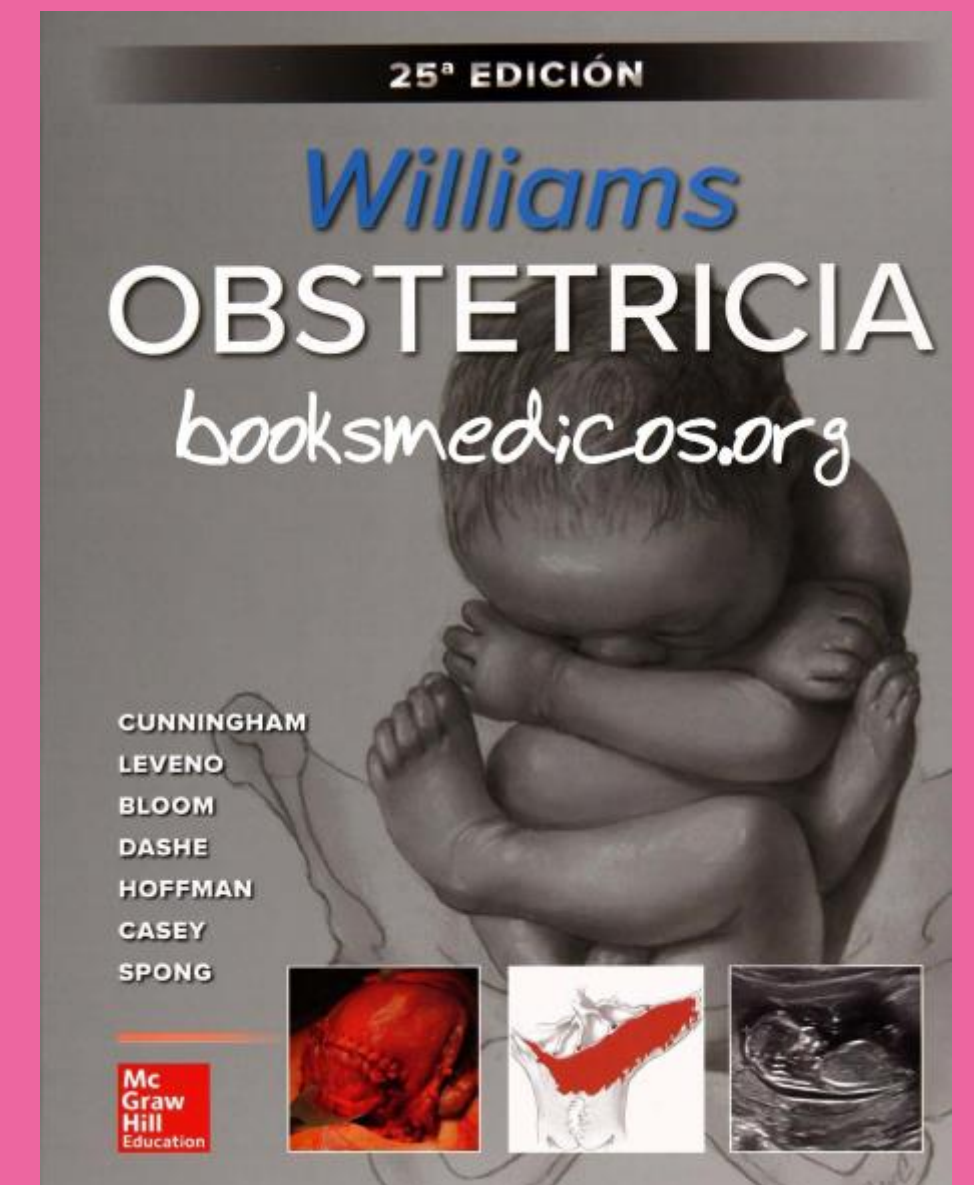
3. Cualquier masa uterina.

4. Situación, presentación, actitud y posición.

5. Grado del compromiso del feto y desproporciones feto-pélvicas.

TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

NALGAS: GRAN MASA NODULAR

CABEZA: DURA, REDONDA Y + MÓVIL

FONDO UTERINO

SITUACIÓN FETAL

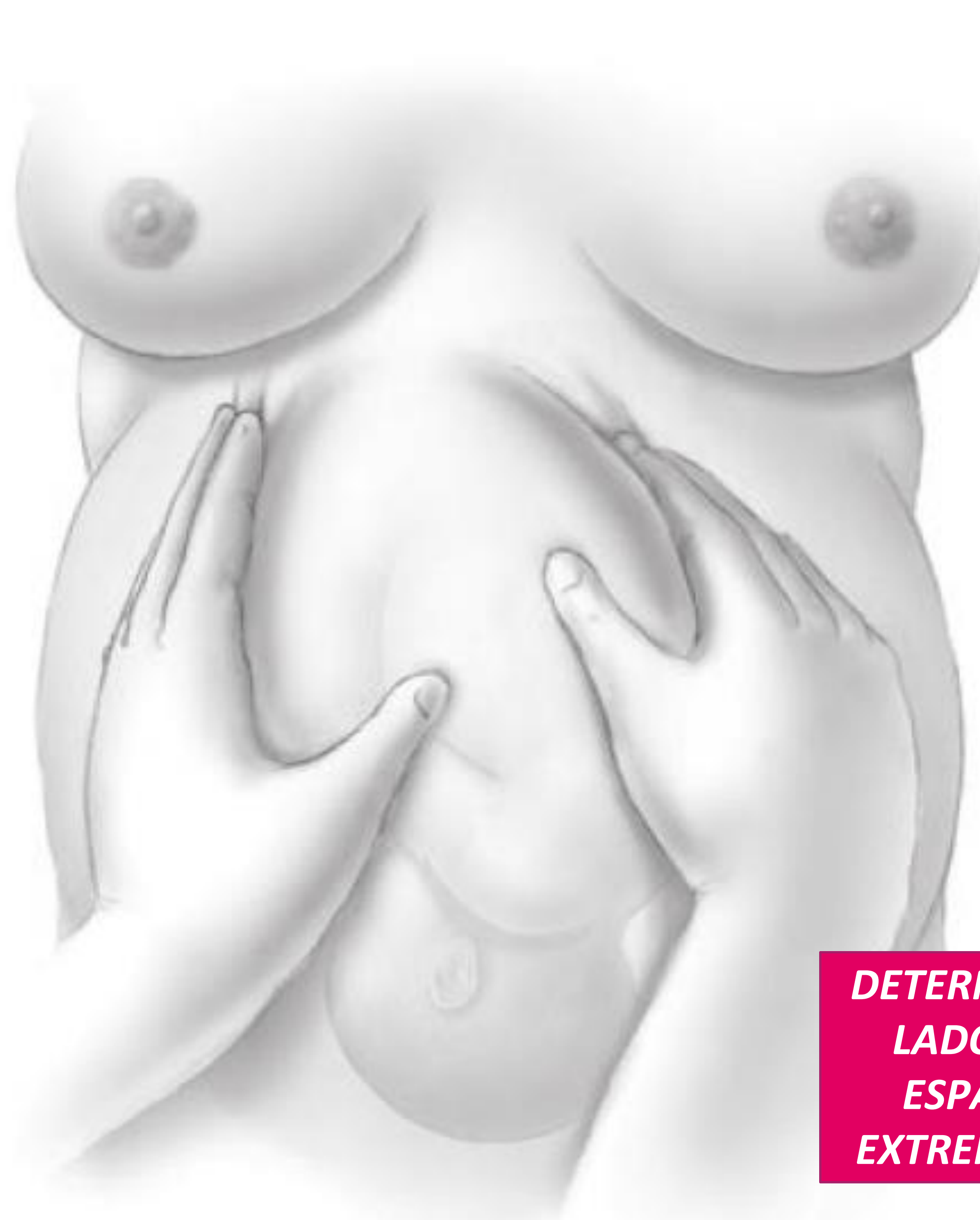
CUAL POLO OCUPA EL FONDO

EDAD GESTACIONAL

La edad gestacional se puede evaluar mediante la altura del fondo uterino o la regla de McDonald.

El fondo uterino alcanza:

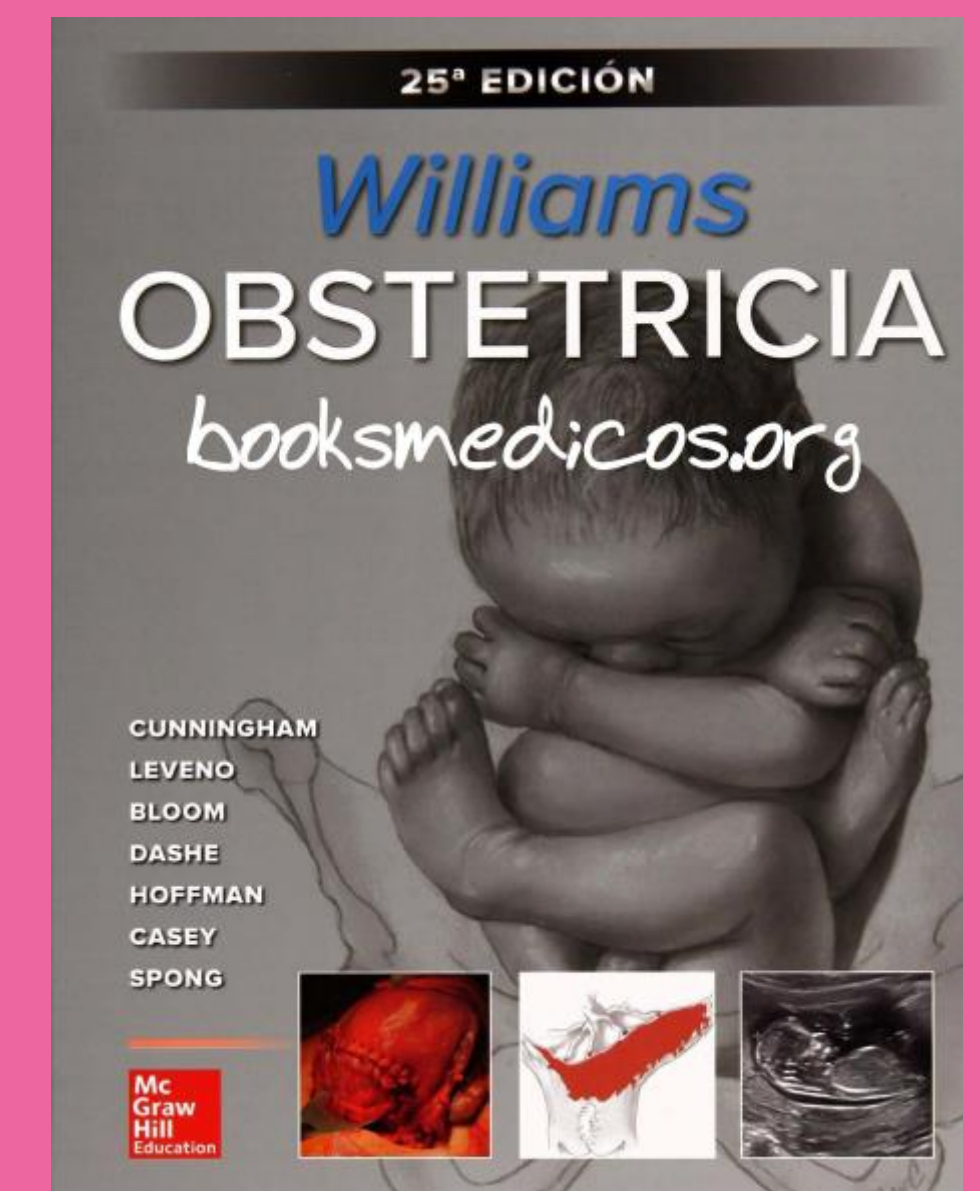
- ***La sínfisis púbica en la **12 SDG**.***
- ***Un punto a medio camino entre la sínfisis púbica y el plano umbilical transversal y transversal en la semana 16***
- ***El plano umbilical transversal a la semana 20***
- ***Habiendo cruzado esta línea, se supone que cada respiración transversal con los dedos corresponde a dos semanas.***



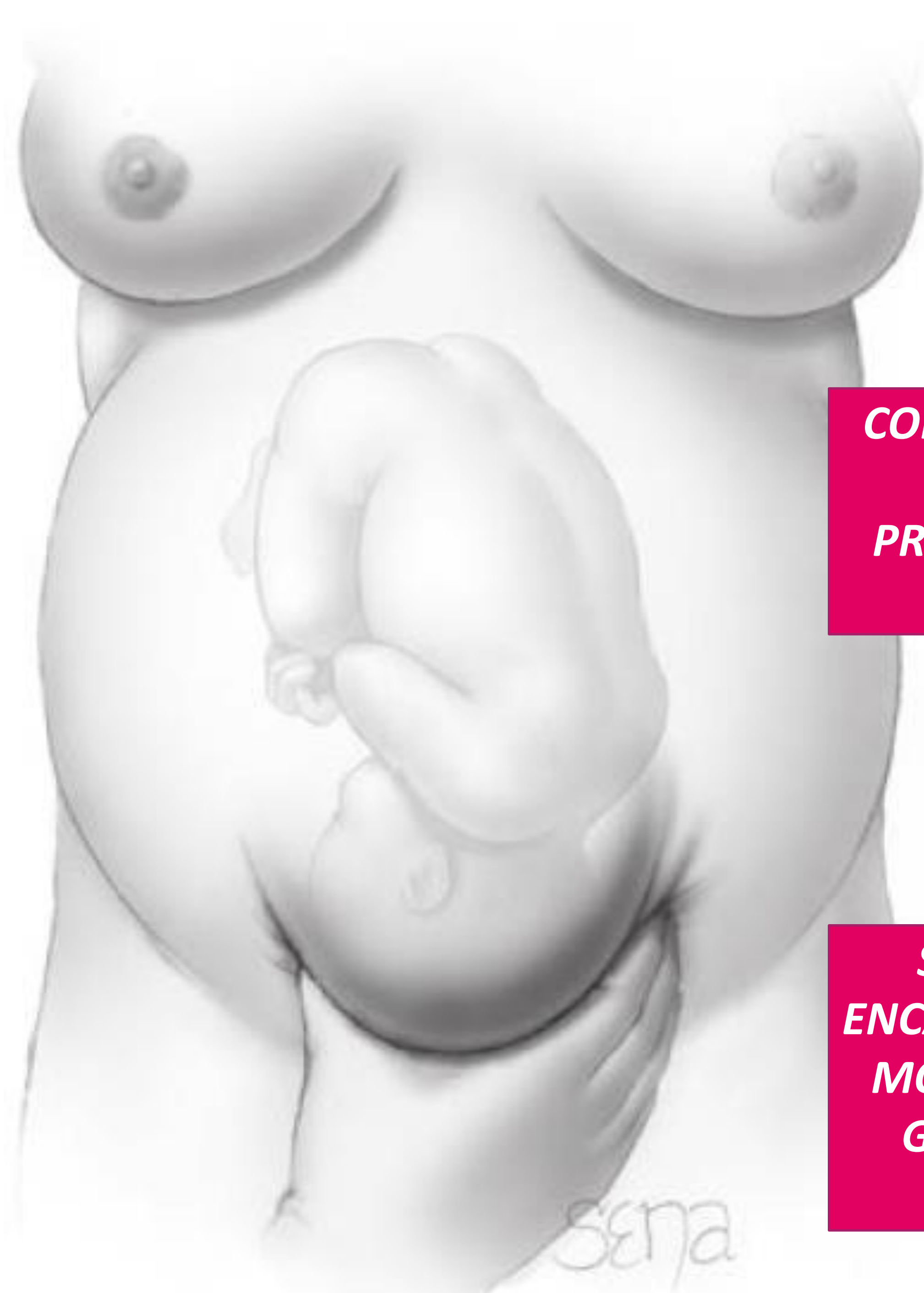
**DETERMINAR EL
LADO DE LA
ESPALDA Y
EXTREMIDADES**

TRABAJO DE PARTO

MANIOBRAS DE LEOPOLD



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

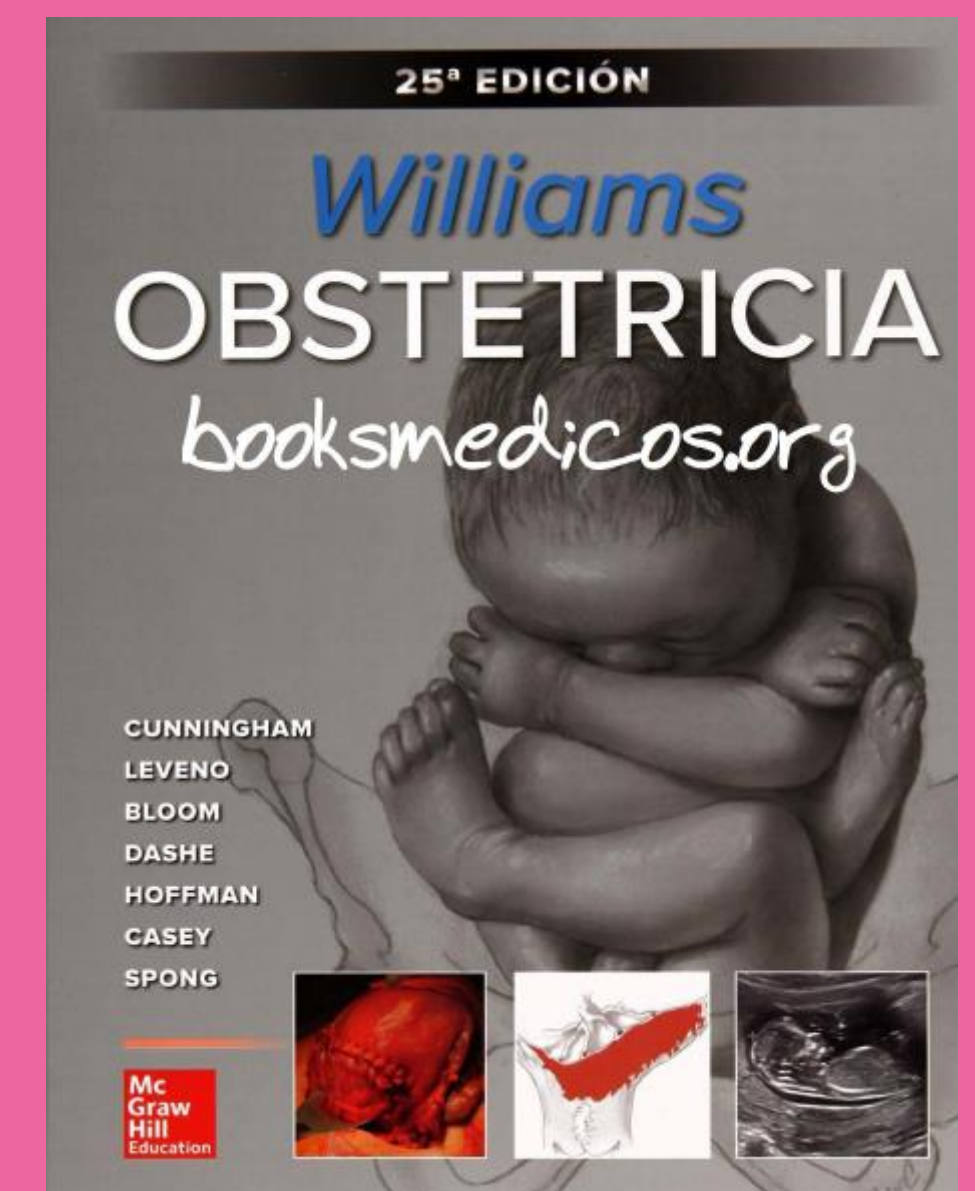


**CONFIRMACIÓN
DE LA
PRESENTACIÓN
FETAL**

**SI NO ESTÁ
ENCAJADO: MASA
MÓVIL, POR LO
GENERAL LA
CABEZA**

TRABAJO DE PARTO

MANIOBRAS DE LEOPOLD



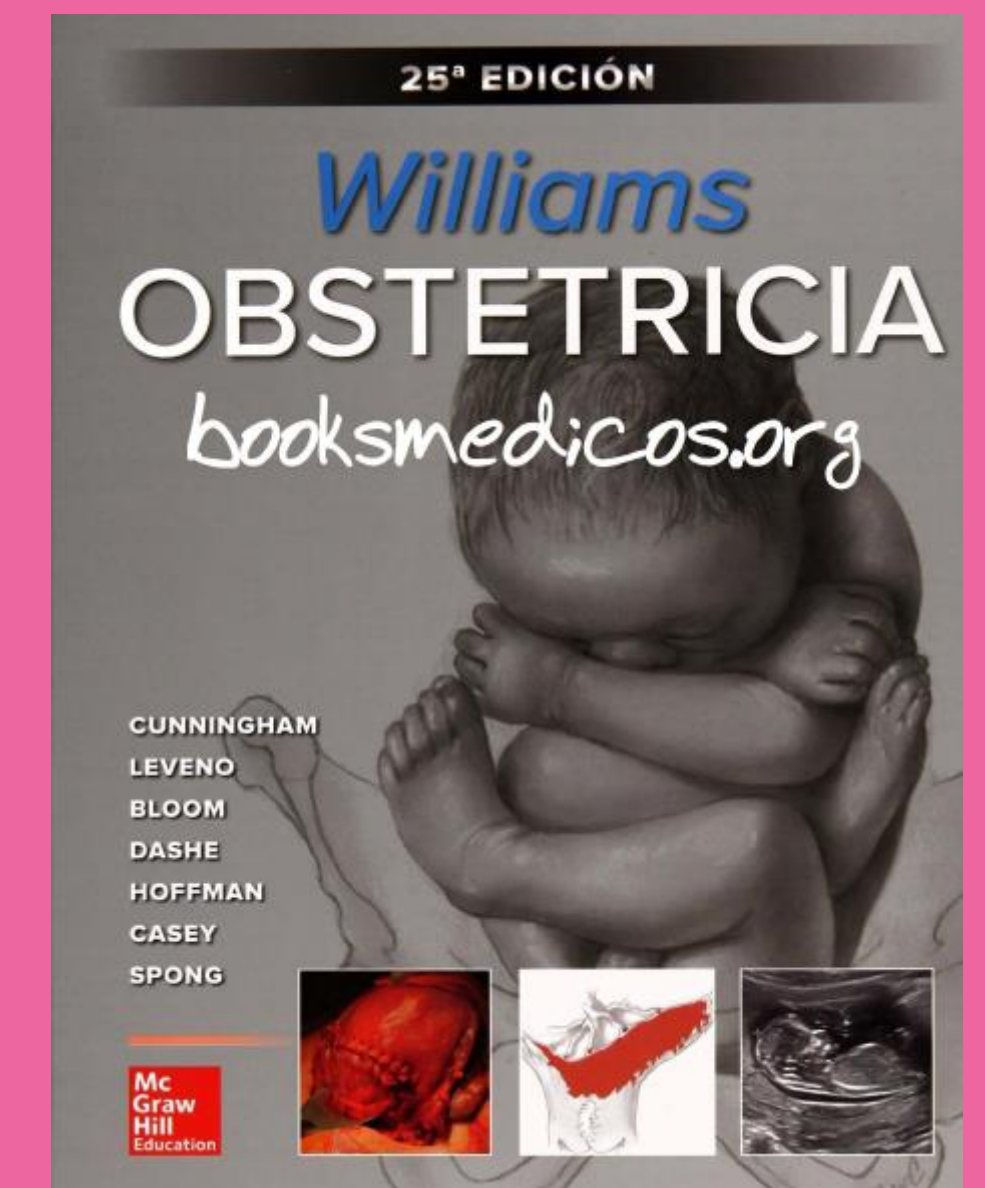
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

**DETERMINAR
GRADO DE
DESCENSO**



TRABAJO DE PARTO

MANIOBRAS DE LEOPOLD



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

LapizarradeIdrparra
ESTÁTICA FETAL

POSICIÓN

- Anterior
- Posterior
- Izquierda
- Derecha

Orientación de la presentación respecto a la pelvis materna

PRESENTACIÓN

Parte del feto que descansa directamente sobre la pelvis.

- Cefálica
 - Occipucio
 - Frente
 - Cara
 - Bregma

- Podálica
 - Completa
 - Incompleta
 - Franca de nalgas

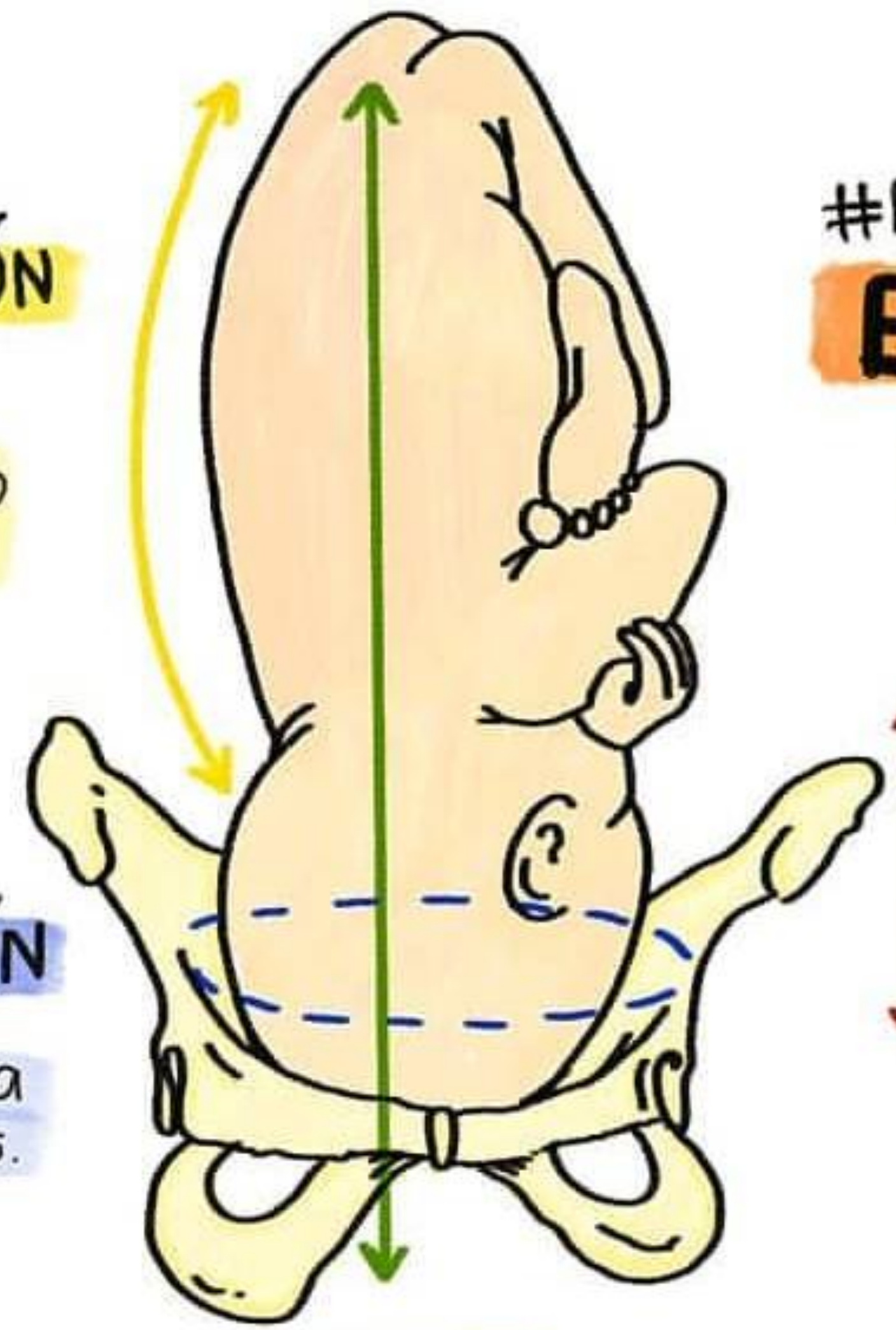
SITUACIÓN

Es la relación entre el eje longitudinal de la madre y del feto.

- Longitudinal |
- Transversa -
- Oblicua /

ACTITUD

Es la relación que existe entre las partes fetales
↳ (FLEXIÓN)



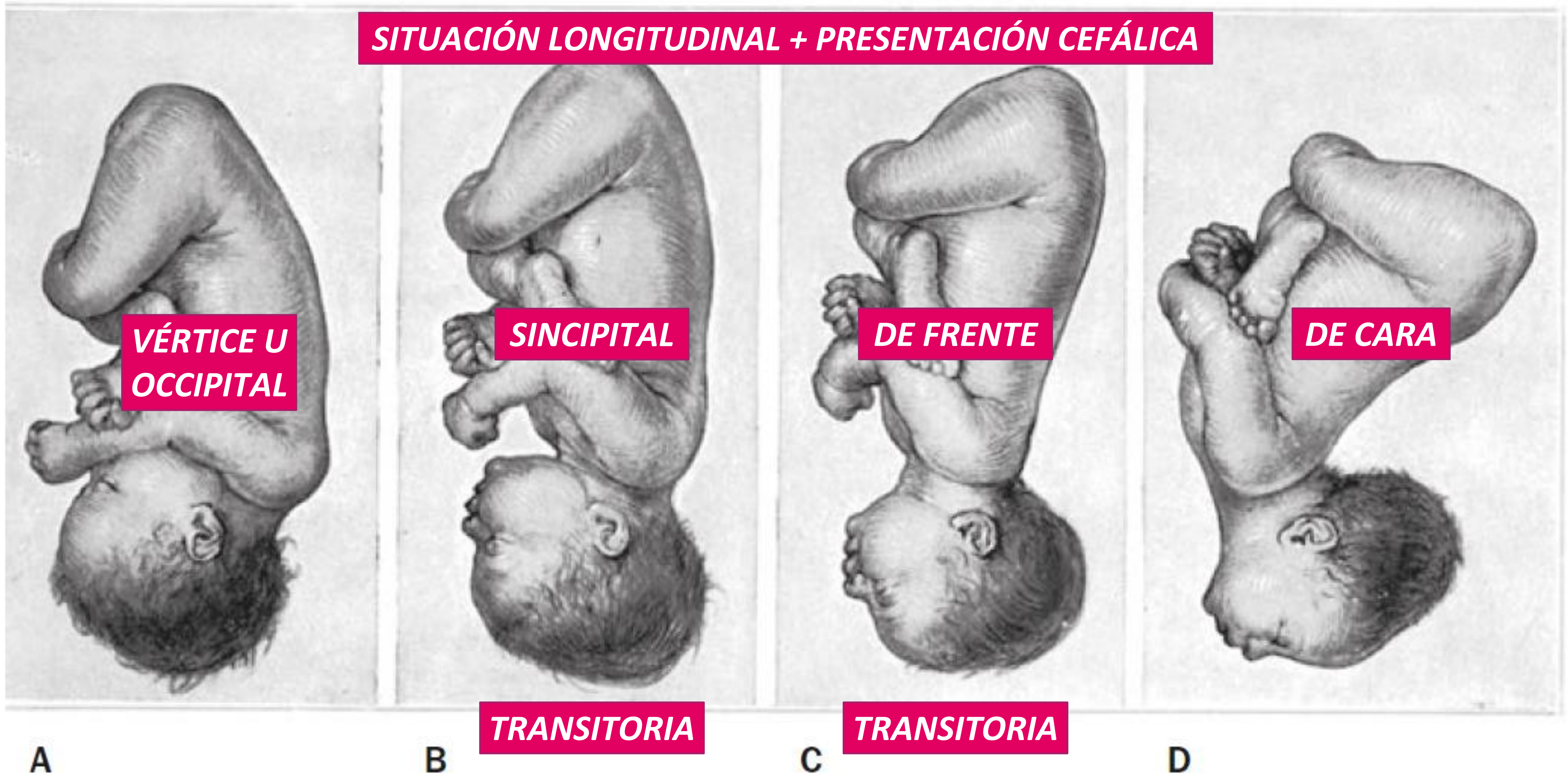
TRABAJO DE PARTO

CUADRO 22-1 Presentación fetal en 68 097 embarazos únicos en el Parkland Hospital

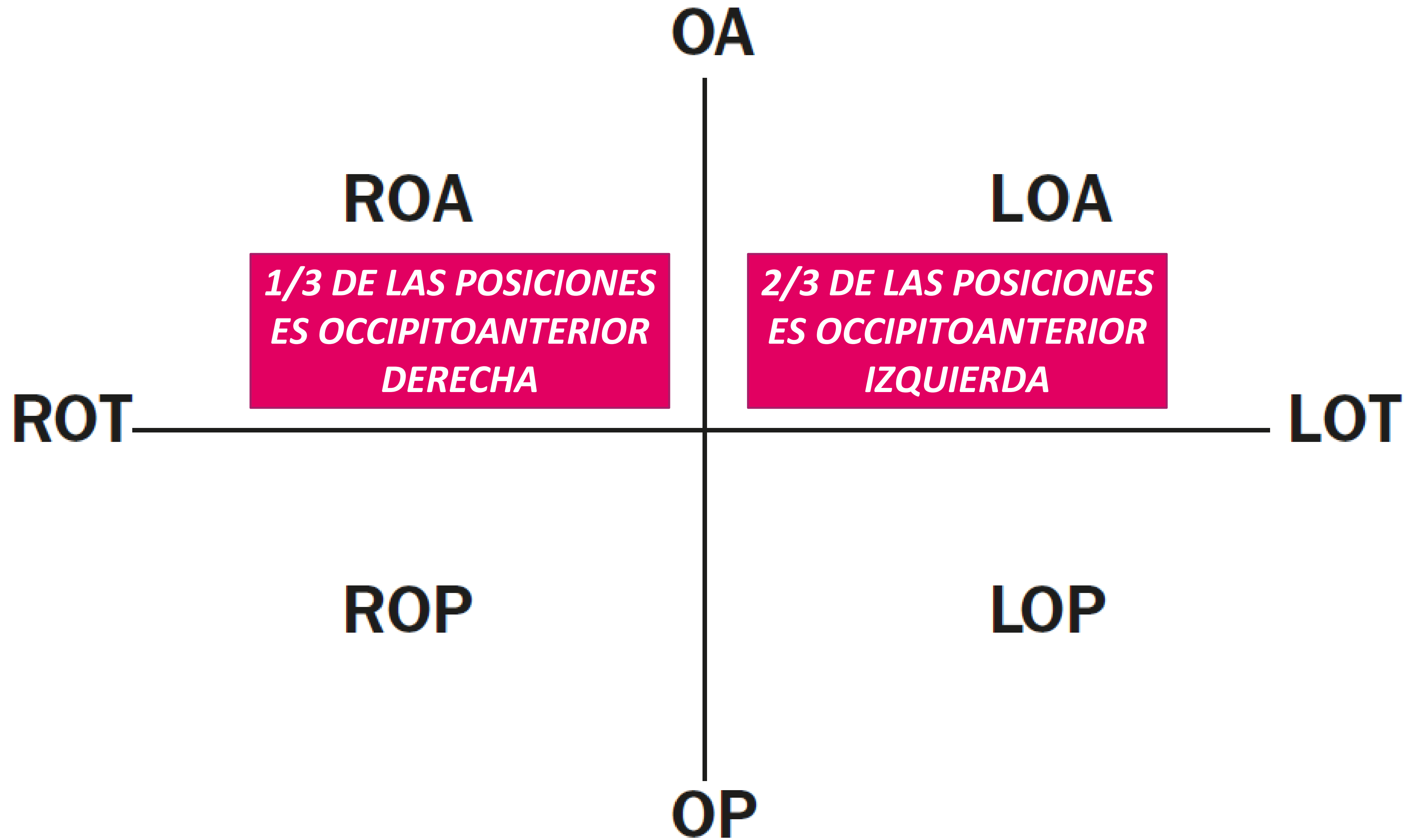
Presentación	Porcentaje	Índice
Cefálica	96.8	—
Pélvica	2.7	1:36
Estática transversal	0.3	1:335
Compuesta	0.1	1:1 000
Cara	0.05	1:2 000
Frente	0.01	1:10 000

TRABAJO DE PARTO

SITUACIÓN LONGITUDINAL + PRESENTACIÓN CEFÁLICA



TRABAJO DE PARTO

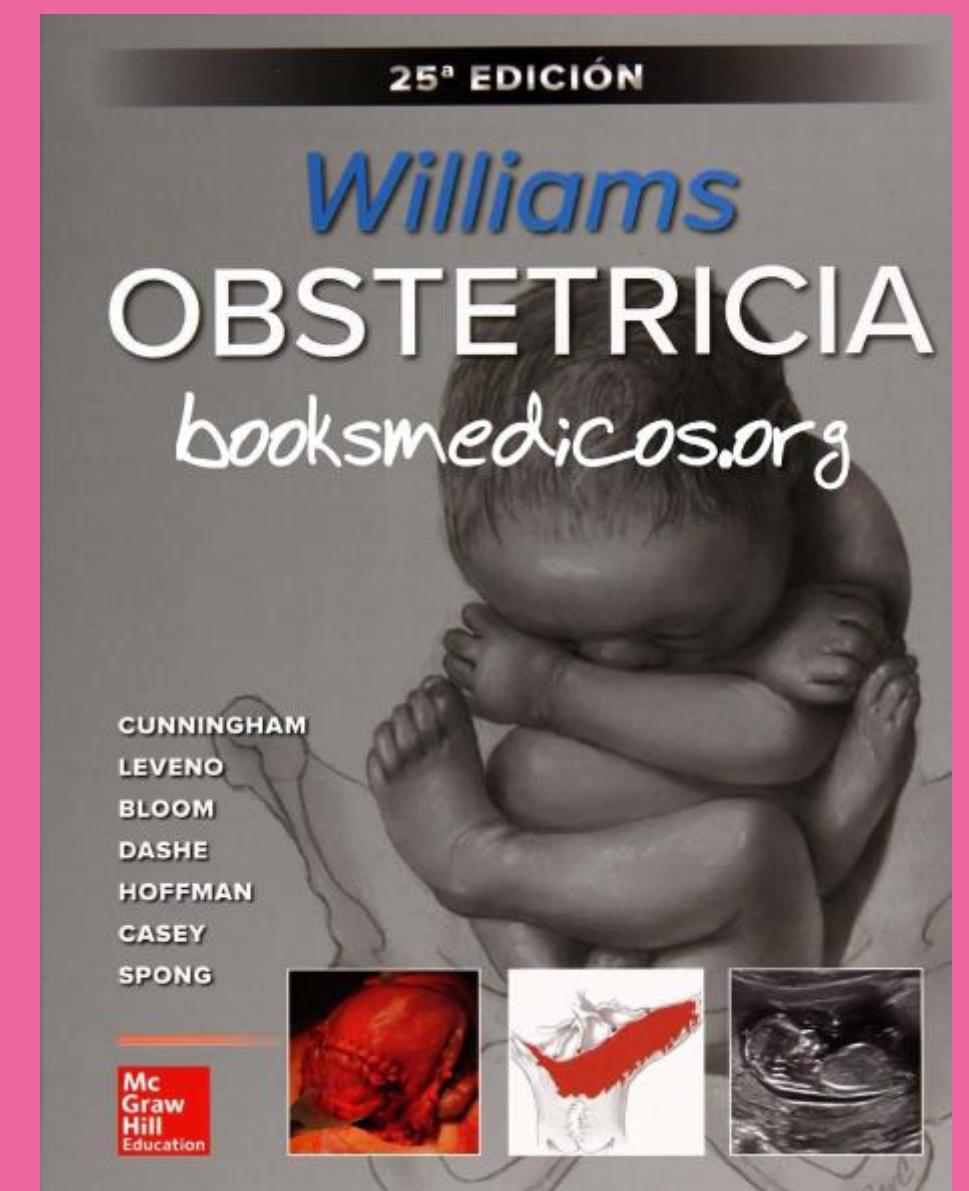




**2/3 DE LAS POSICIONES
ES OCCIPITOANTERIOR
IZQUIERDA**

TRABAJO DE PARTO

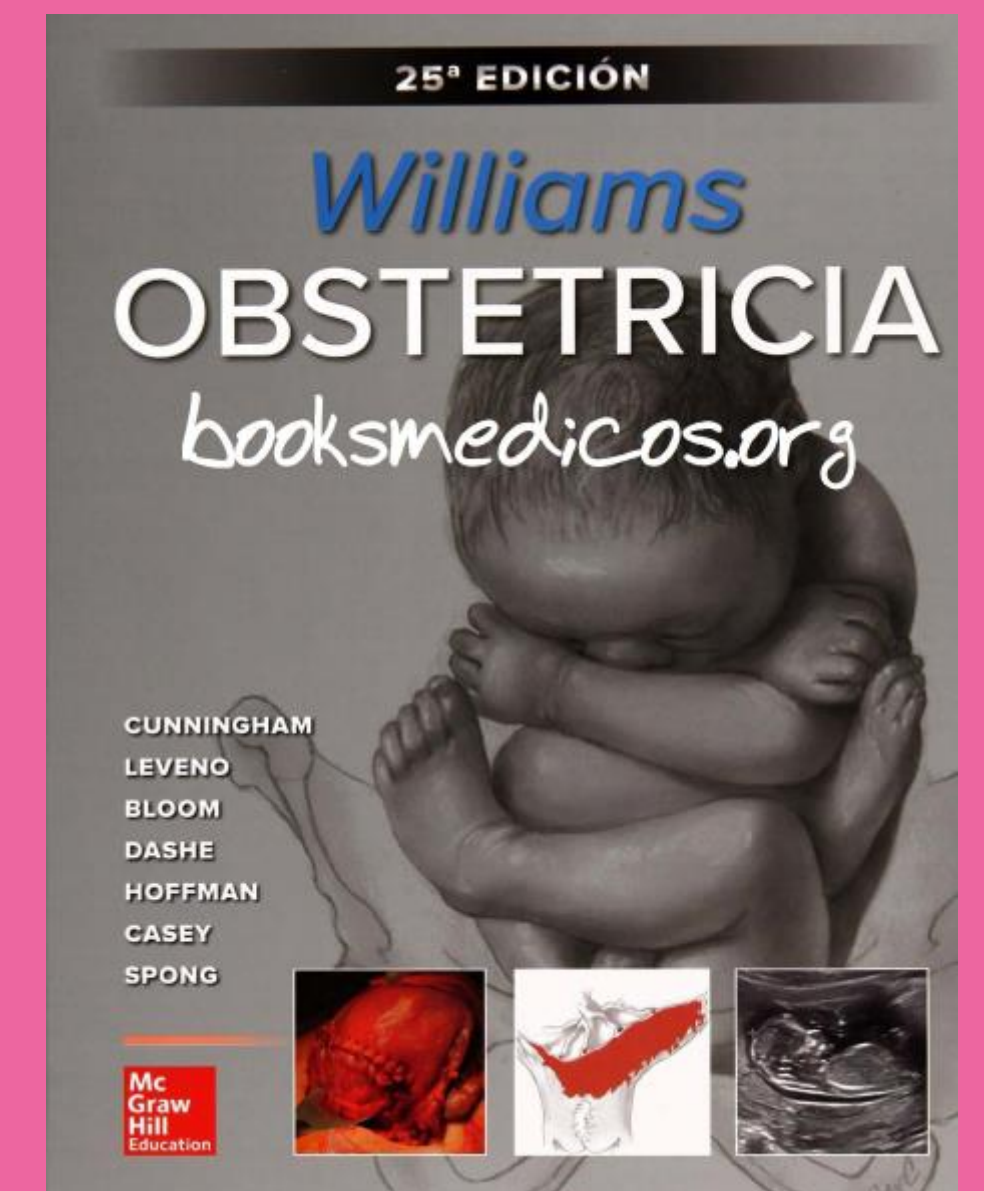
MANIOBRAS DE LEOPOLD



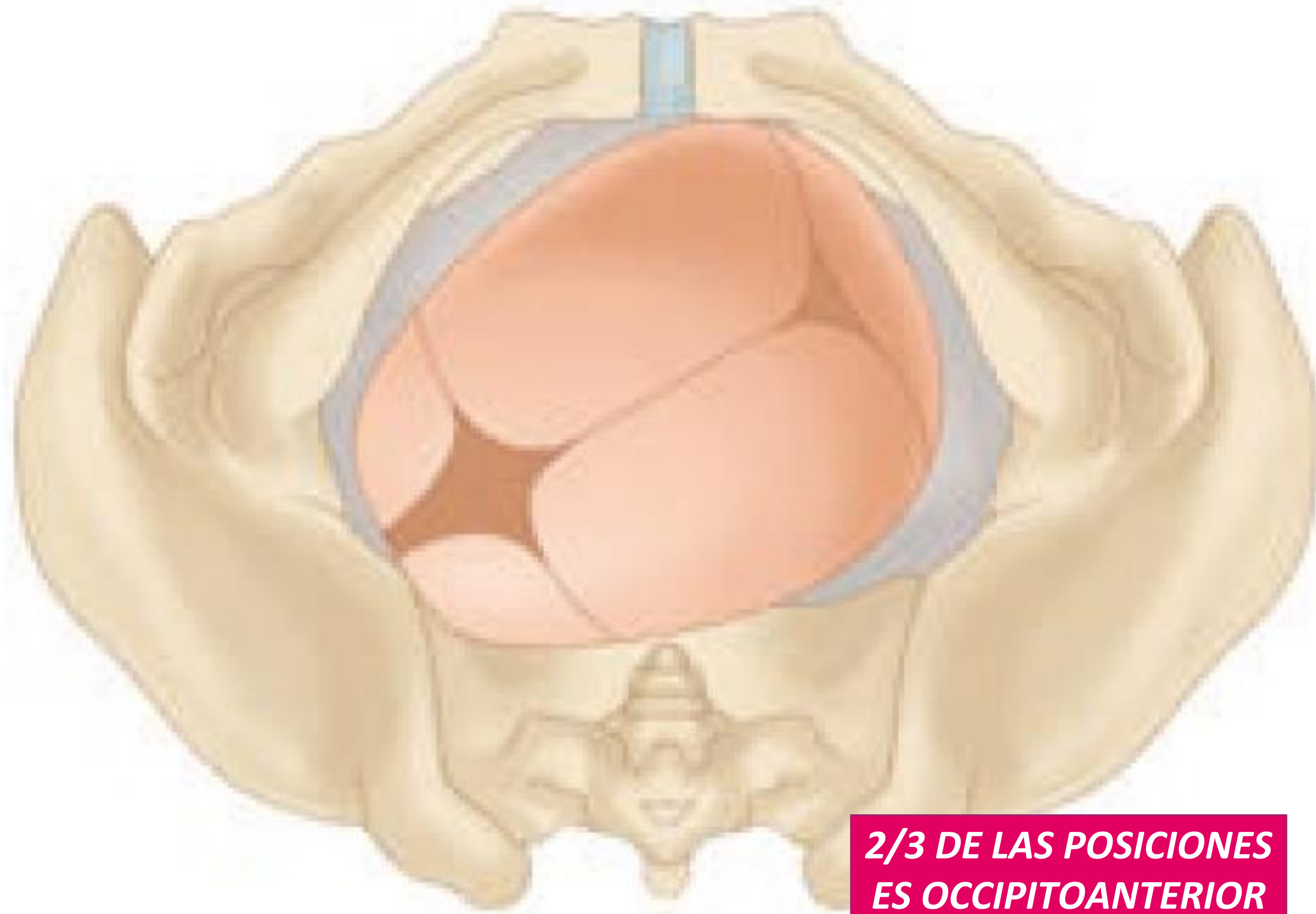
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

TRABAJO DE PARTO

MANIOBRAS DE LEOPOLD



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.



**2/3 DE LAS POSICIONES
ES OCCIPITOANTERIOR
IZQUIERDA**

MECANISMOS Y MANIOBRAS

TRABAJO DE PARTO

OTRAS MANIOBRAS

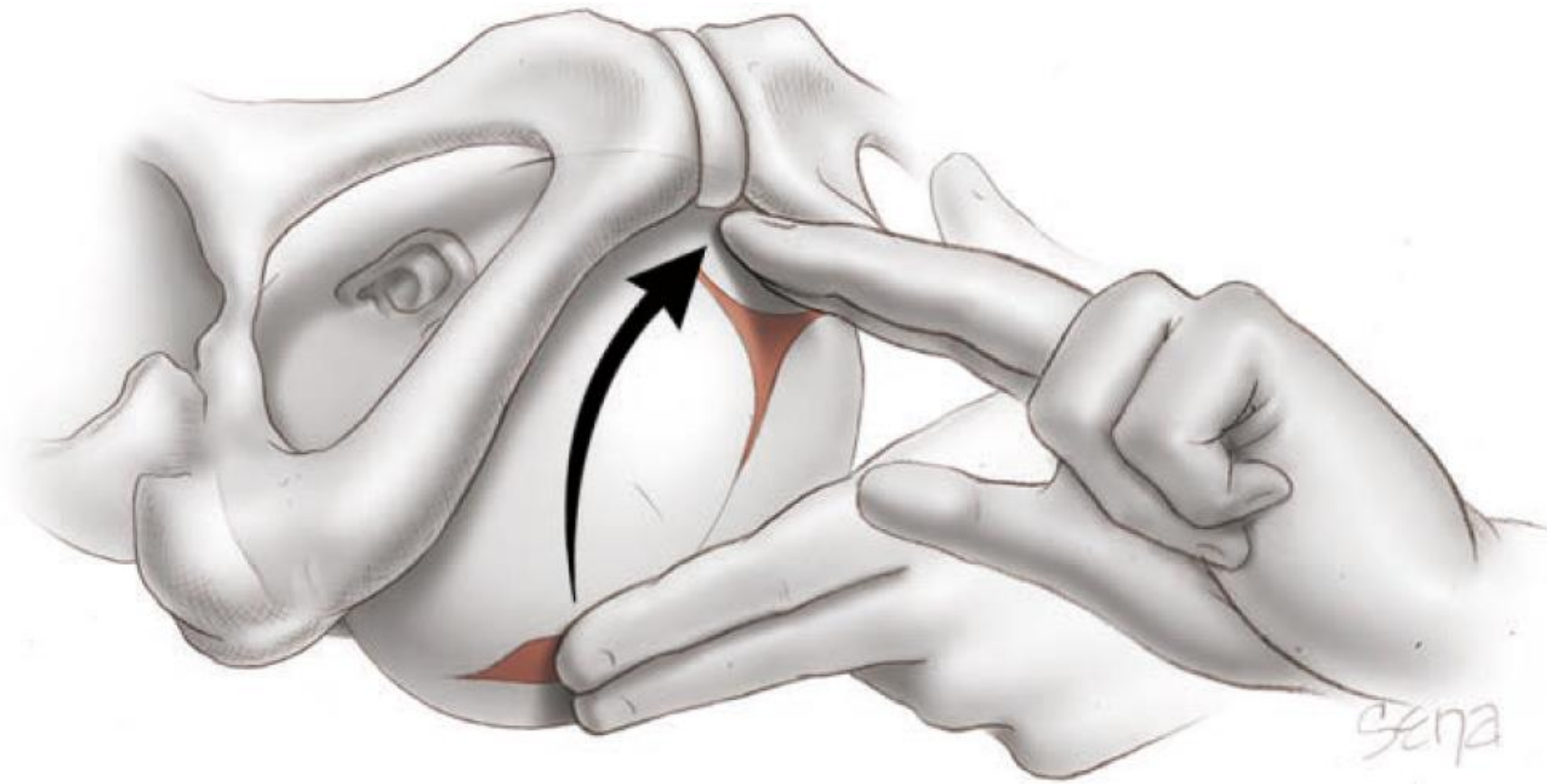
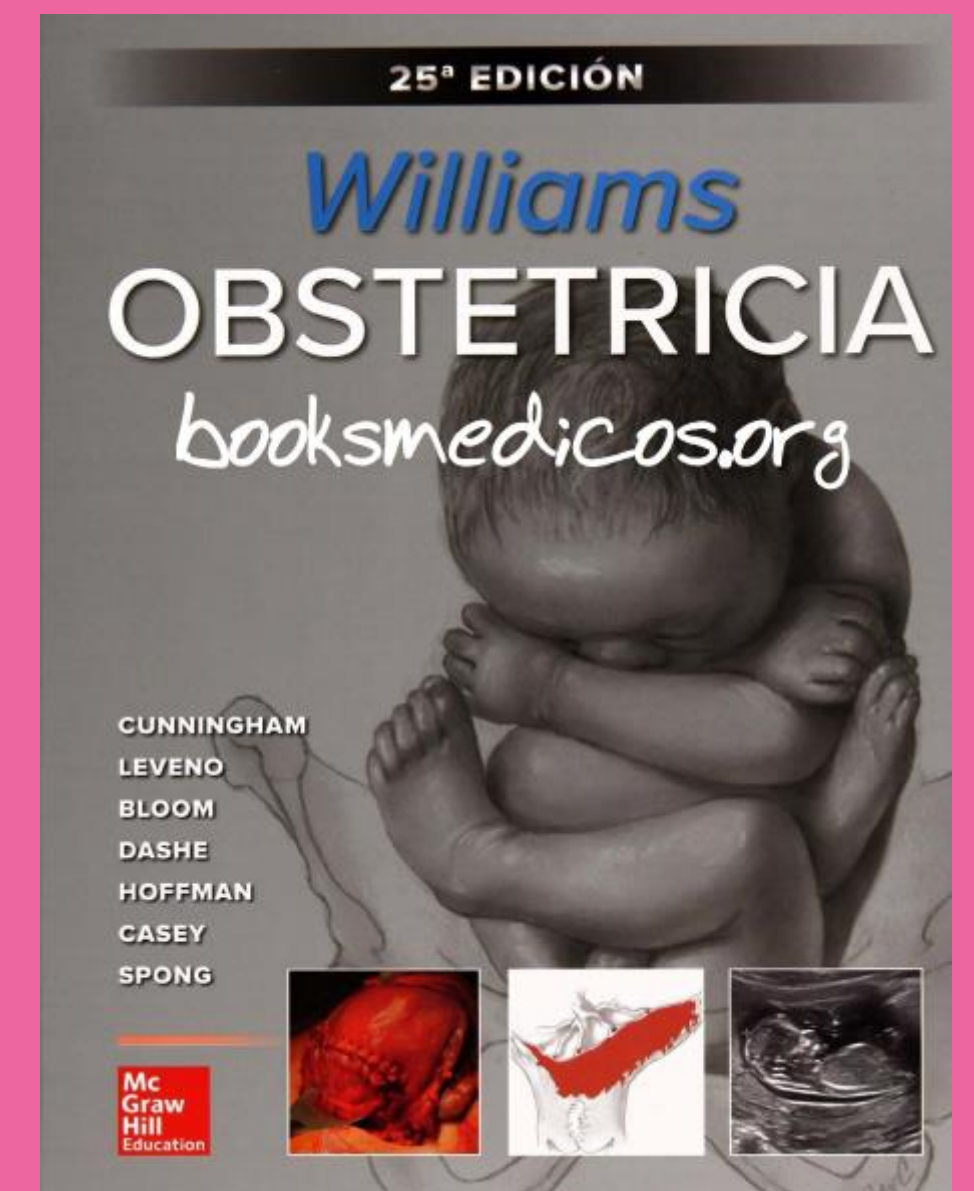


FIGURA 22-10 Diferenciación de las fontanelas mediante examen vaginal.



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

Maniobra de Ritgen



Permite el nacimiento controlado de la cabeza y evita desgarros perineales.

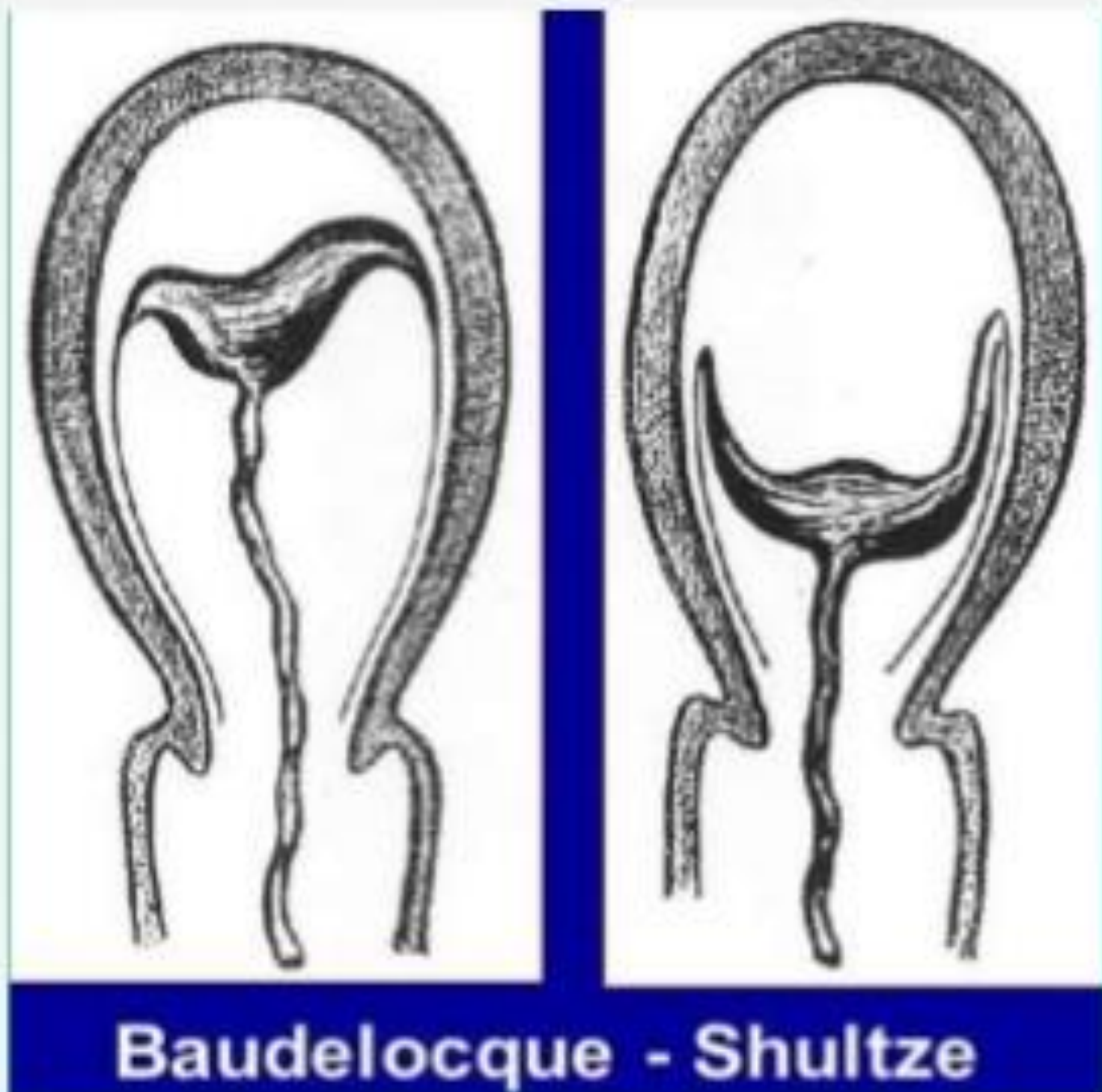
manobra de Ritgen

modificada



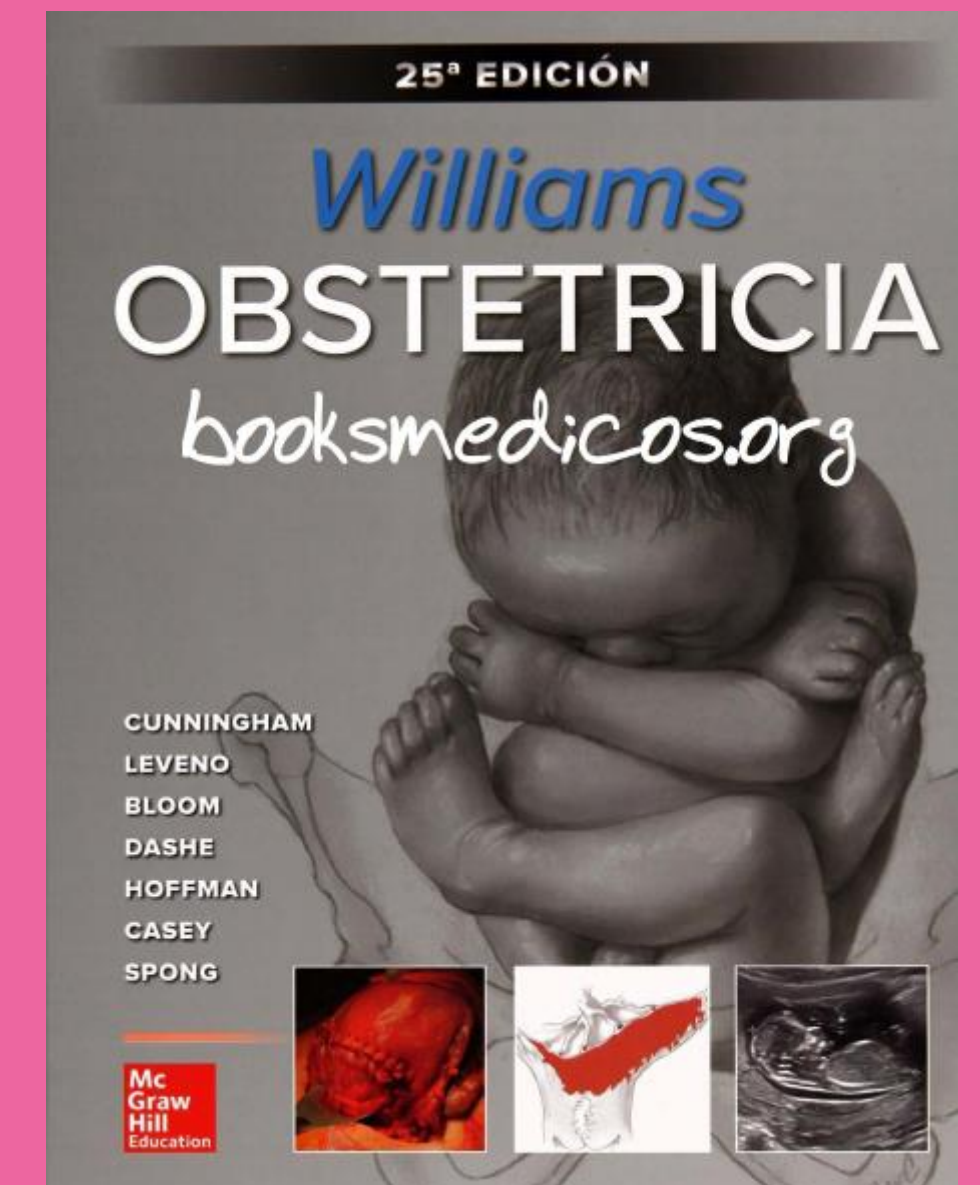
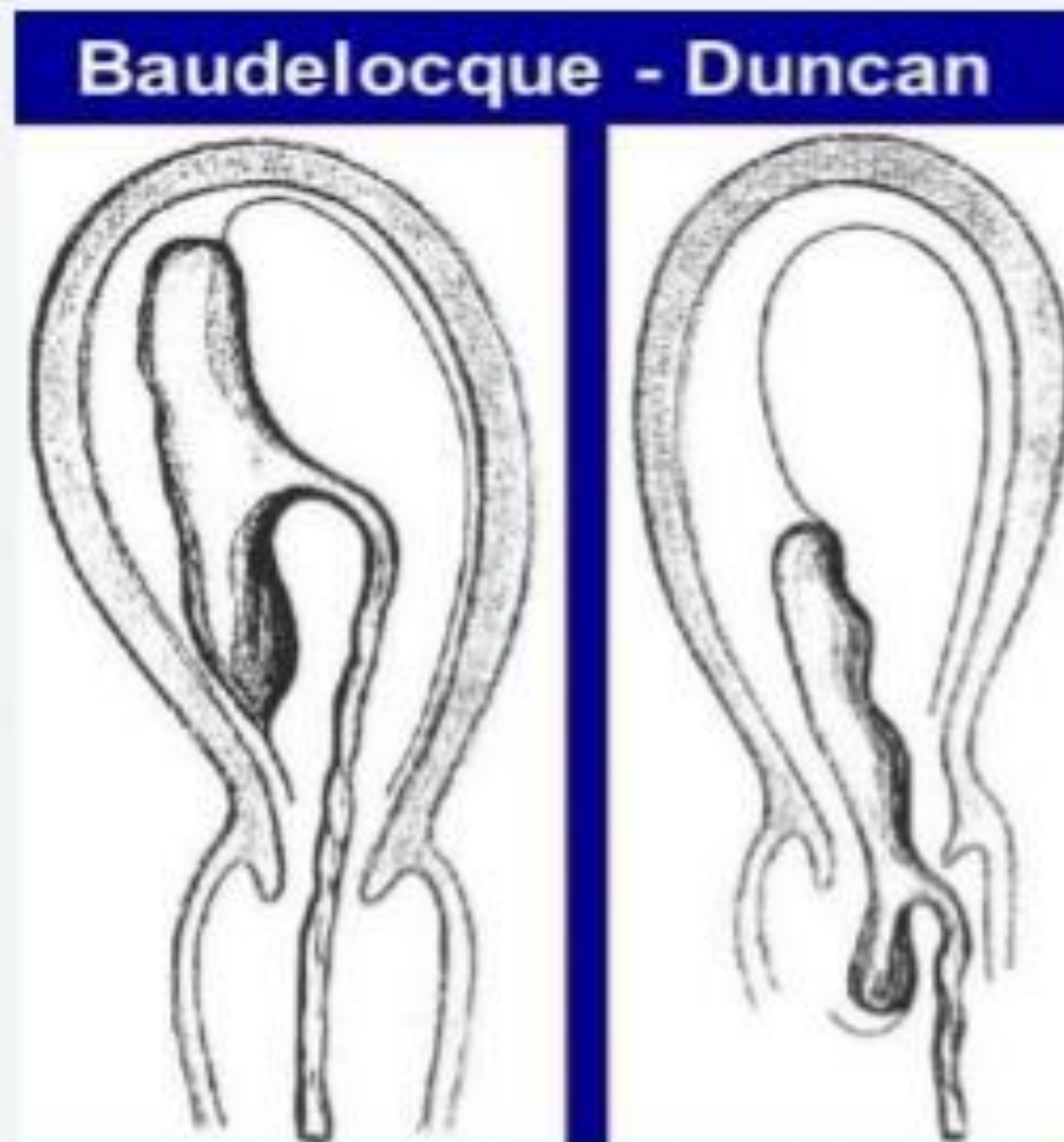
MECANISMO DE DESPRENDIMIENTO DE LA PLACENTA

Mecanismo de Schultze



80% DE CASOS

Mecanismo de Duncan



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.



FIGURA 4-1 Maniobra de tracción controlada del cordón.

MANIOBRA DE BRANDT ANDREWS

**LIGERA
COMPRESIÓN
SOBRE EL
FONDO
UTERINO**



**TRACCIÓN
SUAVE DEL
CORDÓN**

Espontaneo: **Maniobra de Dublín**: torsión continua de la placenta girando las membranas sobre su eje para evitar desgarros de éstas

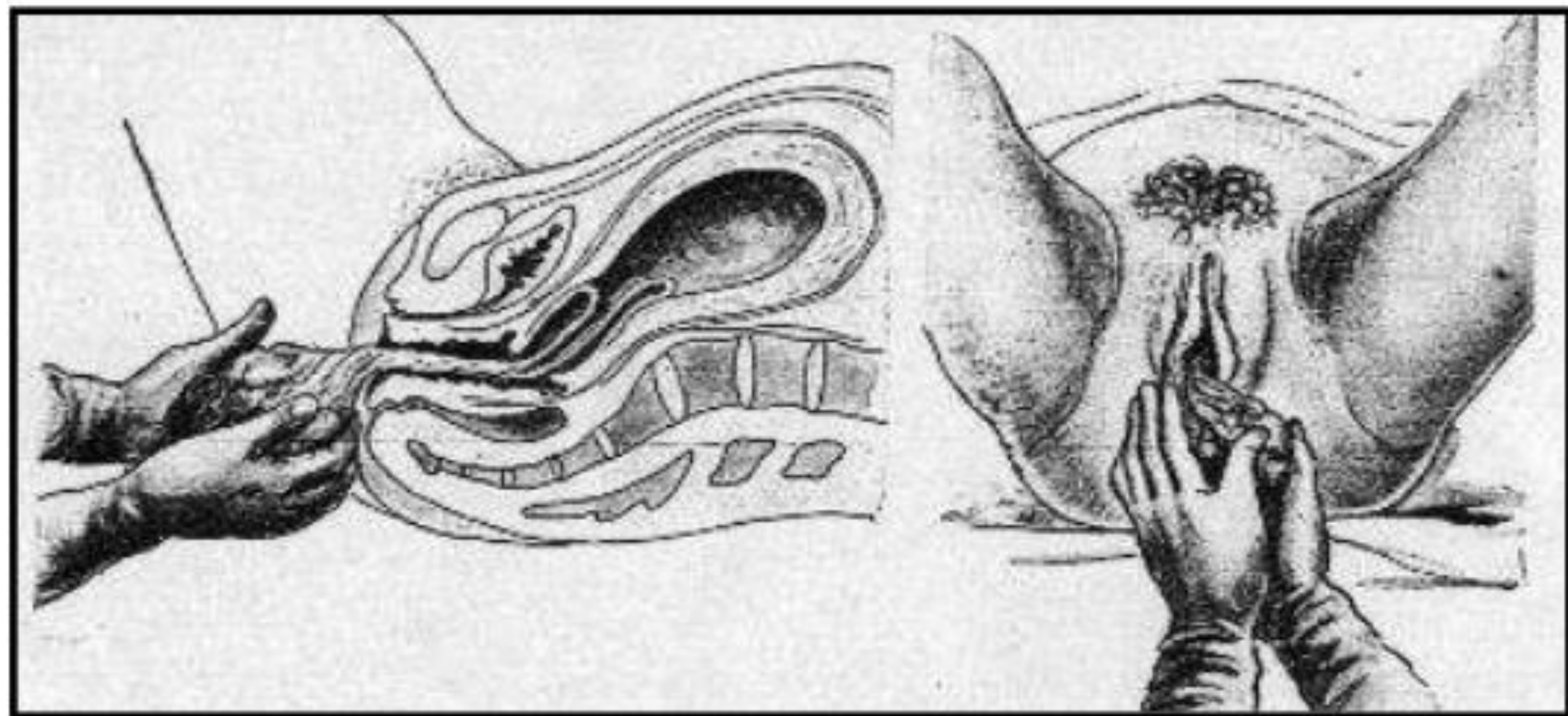
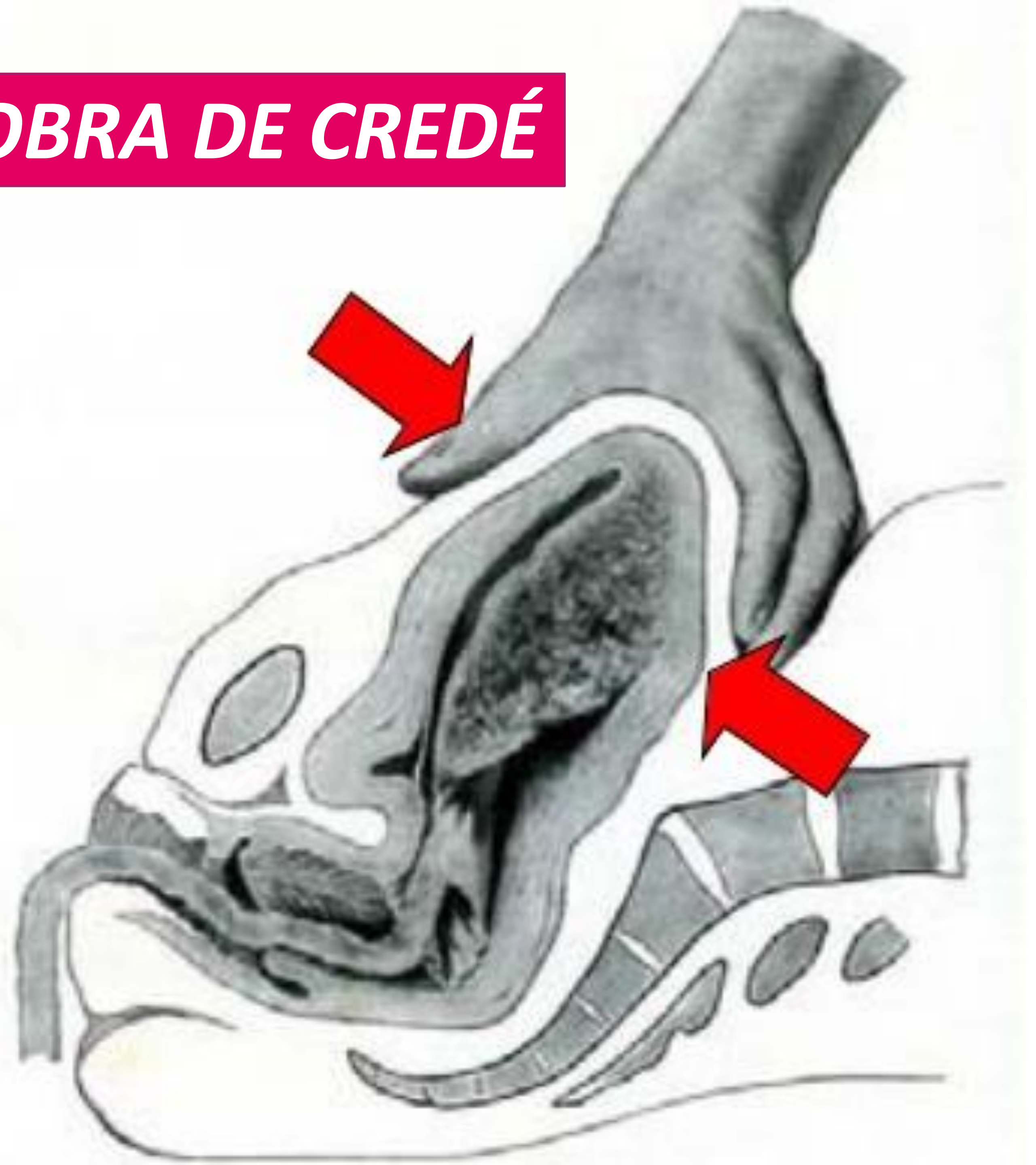


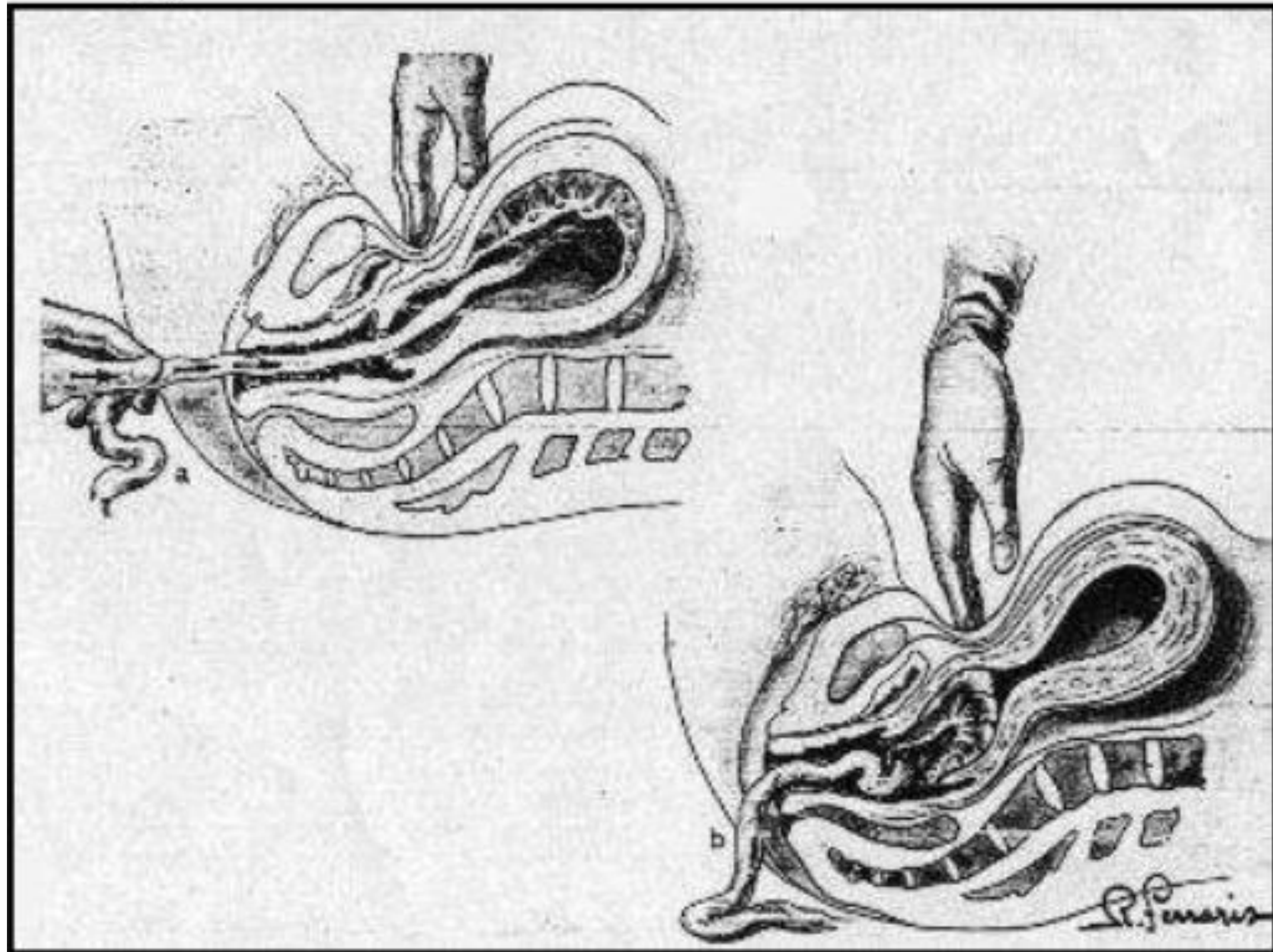


FIGURA 4-2 Maniobra de Dublín.

MANIOBRA DE CREDÉ



Signo del cordón de Küstner



SIGNO DE AHLFELD

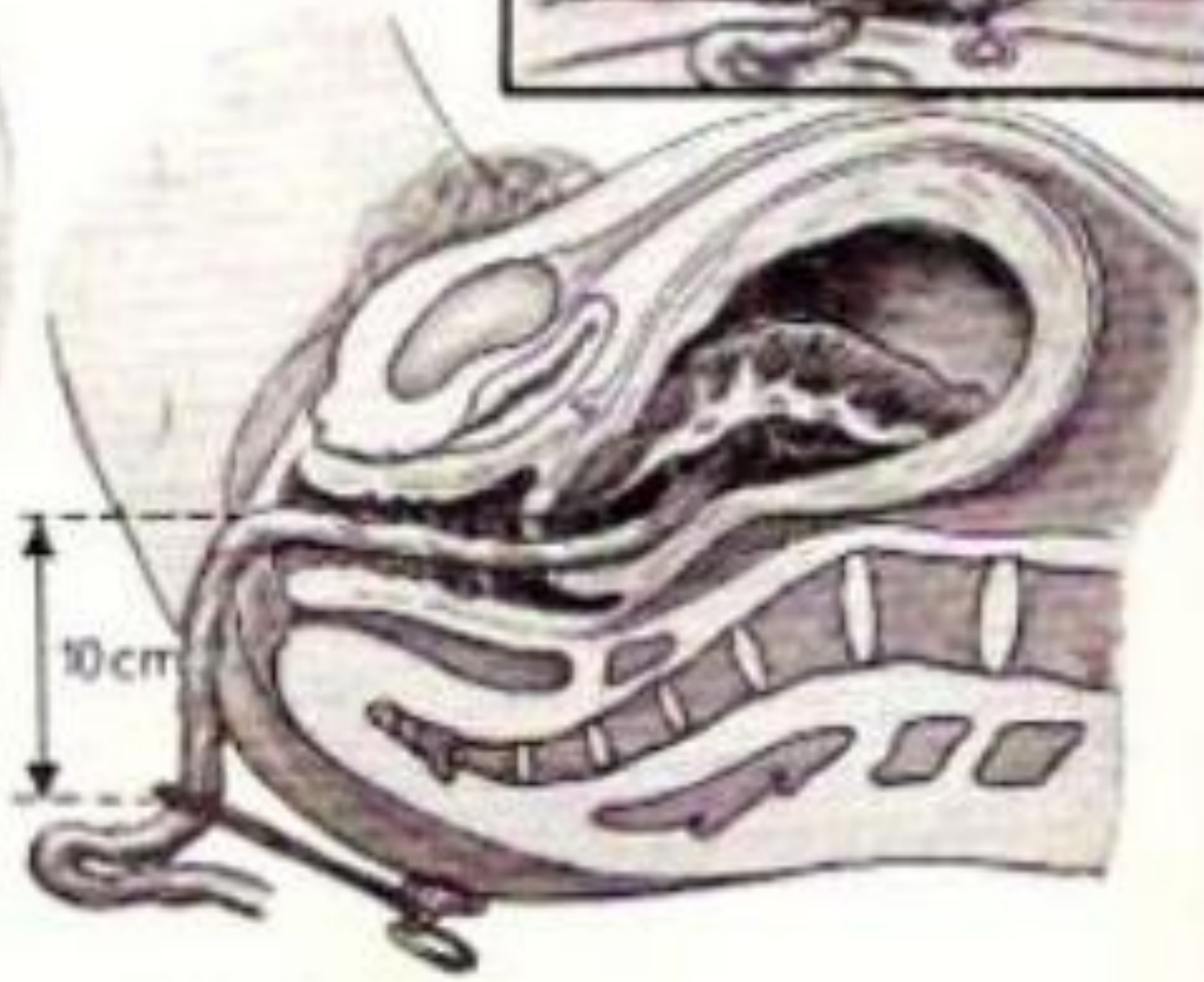
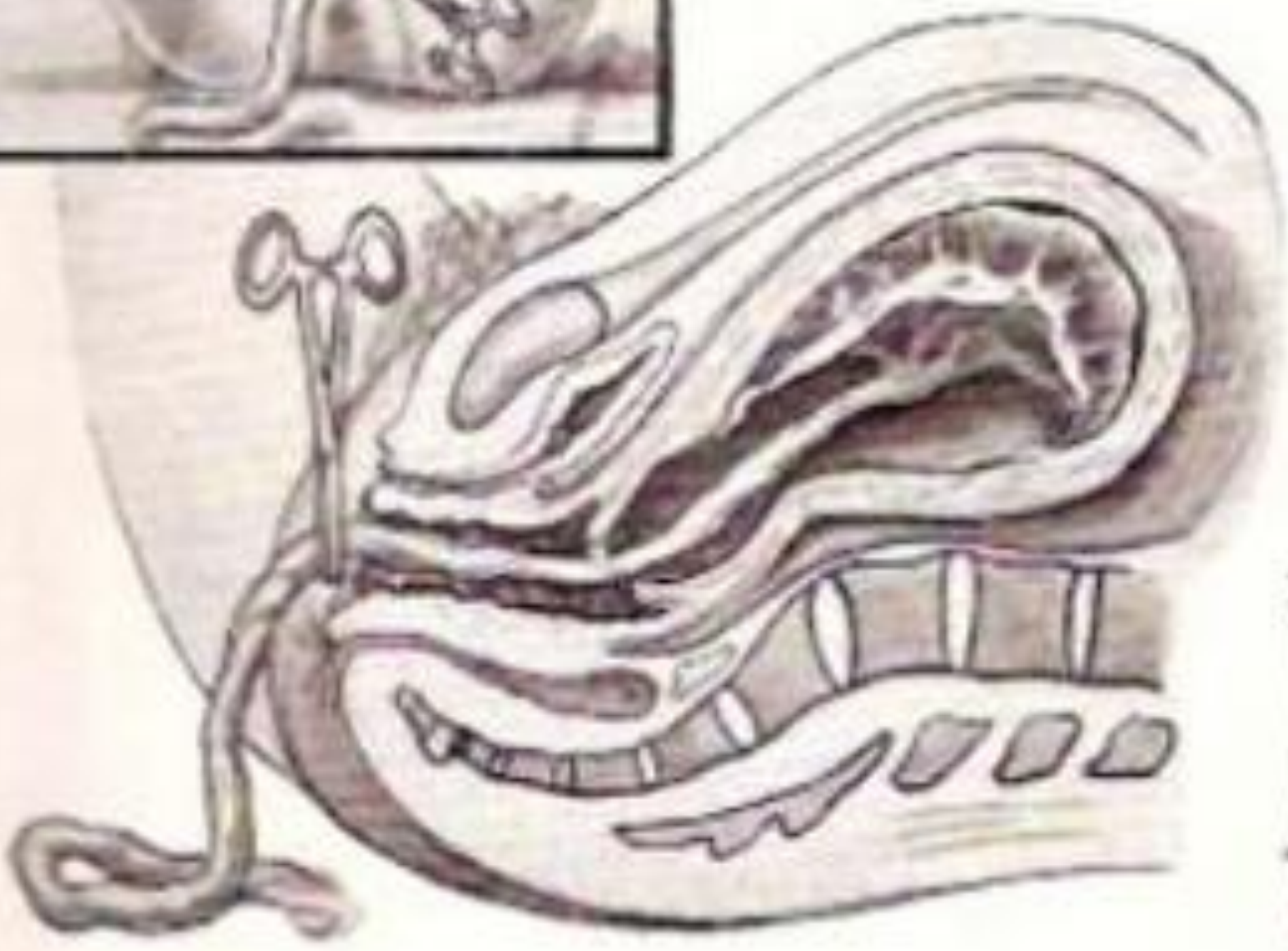


FIG. 11-4. Modificación de descrena. Signo de Ahlfeld.

SIGNO DE FABRÉ O PESCADOR

**SE HACEN
MOVIMIENTOS EN EL
CORDÓN Y SE PALPA
FONDO UTERINO**

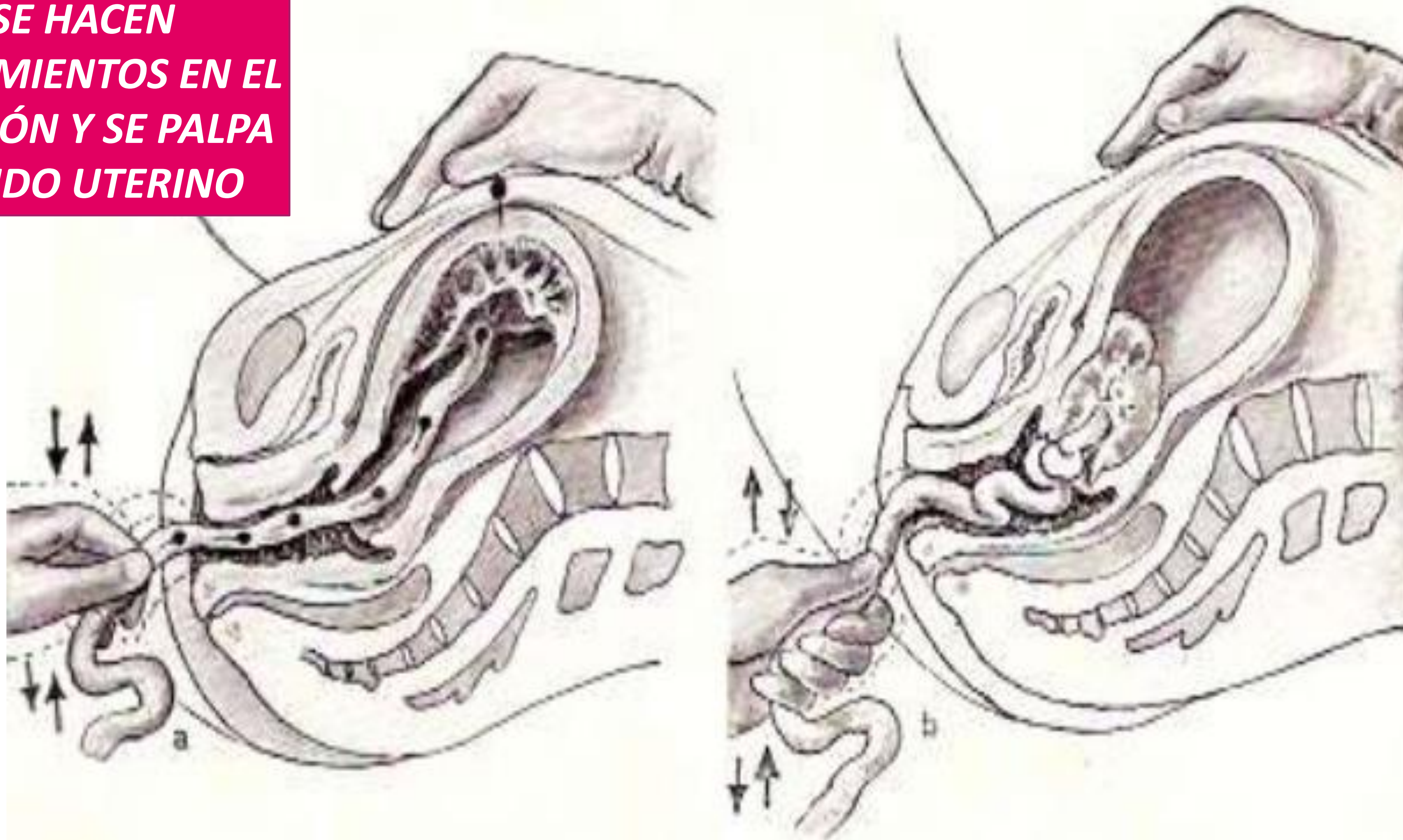


FIG. 11-7. — Signo de Fabré: a) Hay propagación: negativo; b) no hay propagación: positivo.

SIGNO DE STRASSMAN

**SE SOSTIENE EL
CORDÓN Y SE
DEPRIME EL
FONDO UTERINO**

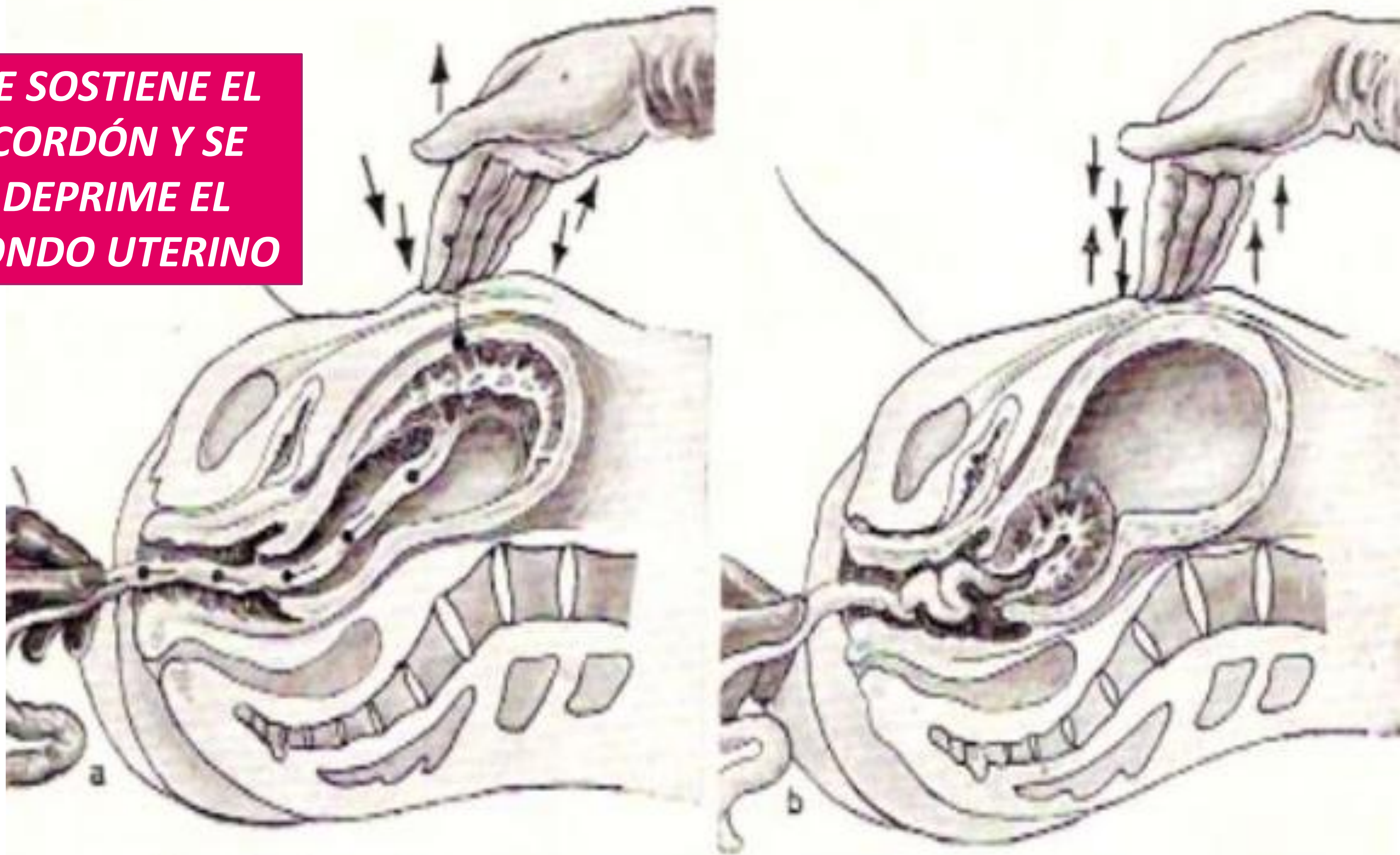
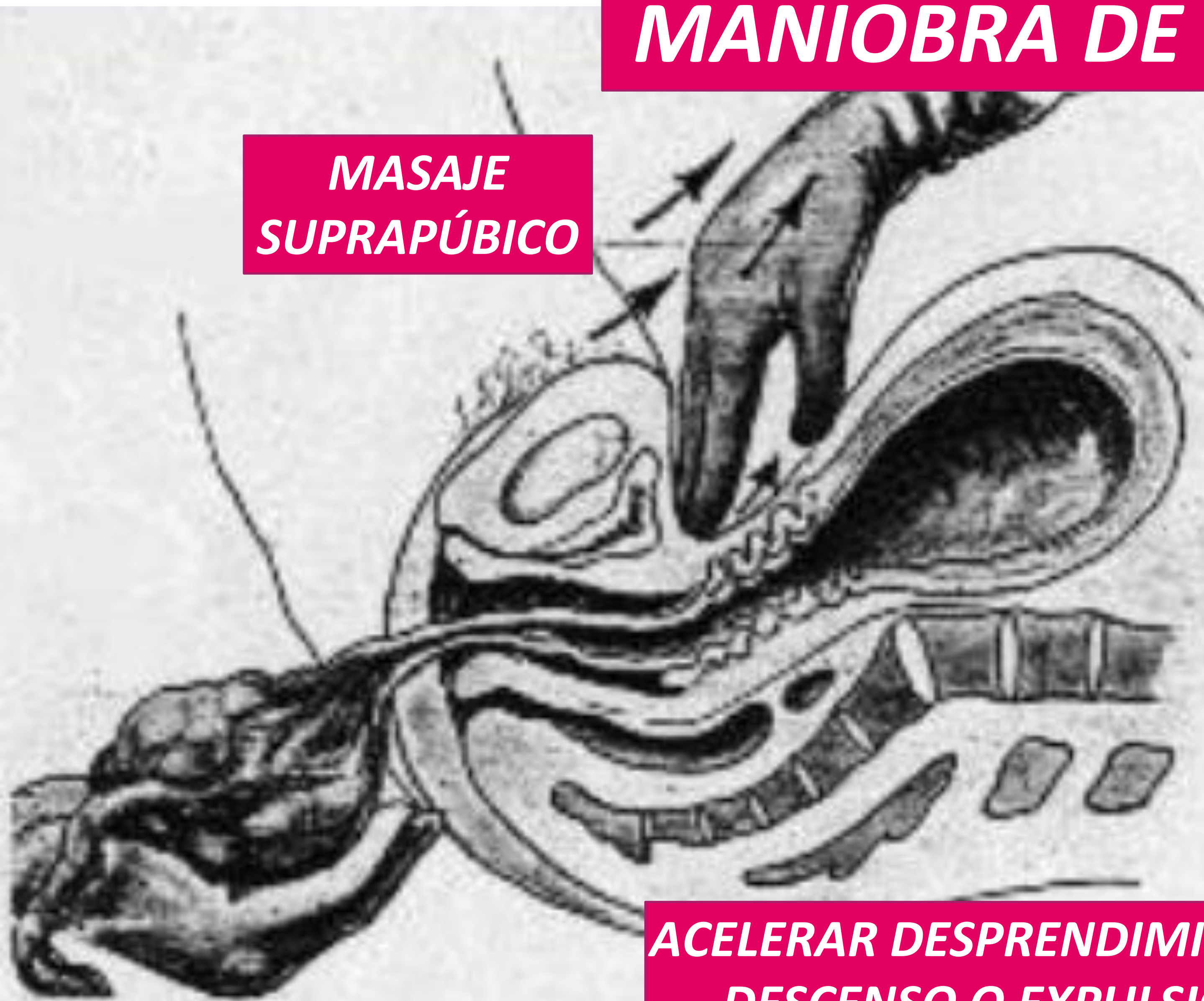


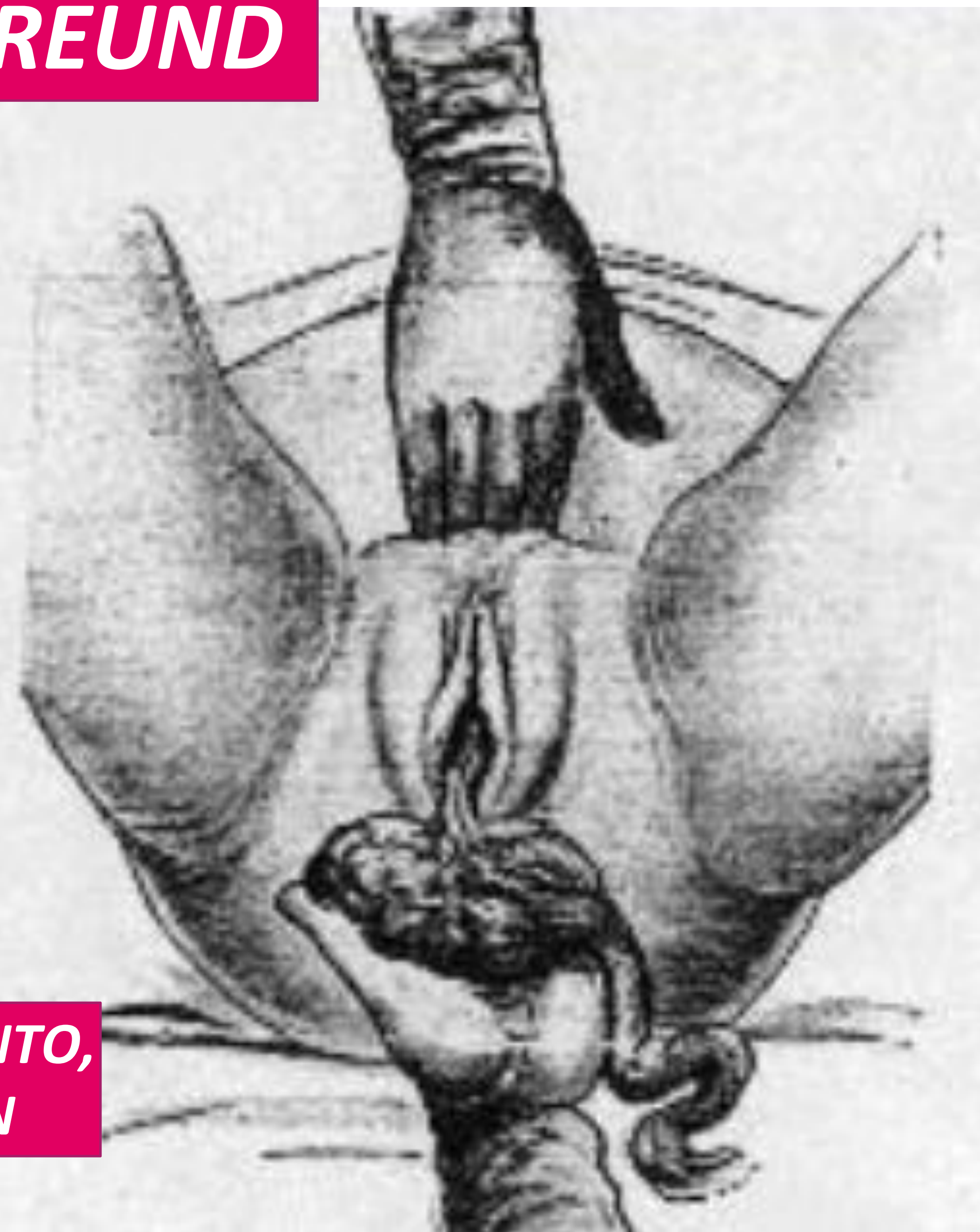
FIG. 11-6. — Signo de Strassman a) Hay propagación: negativo; b) no hay propagación: positivo.

MANIOBRA DE FREUND

***MASAJE
SUPRAPÚBICO***

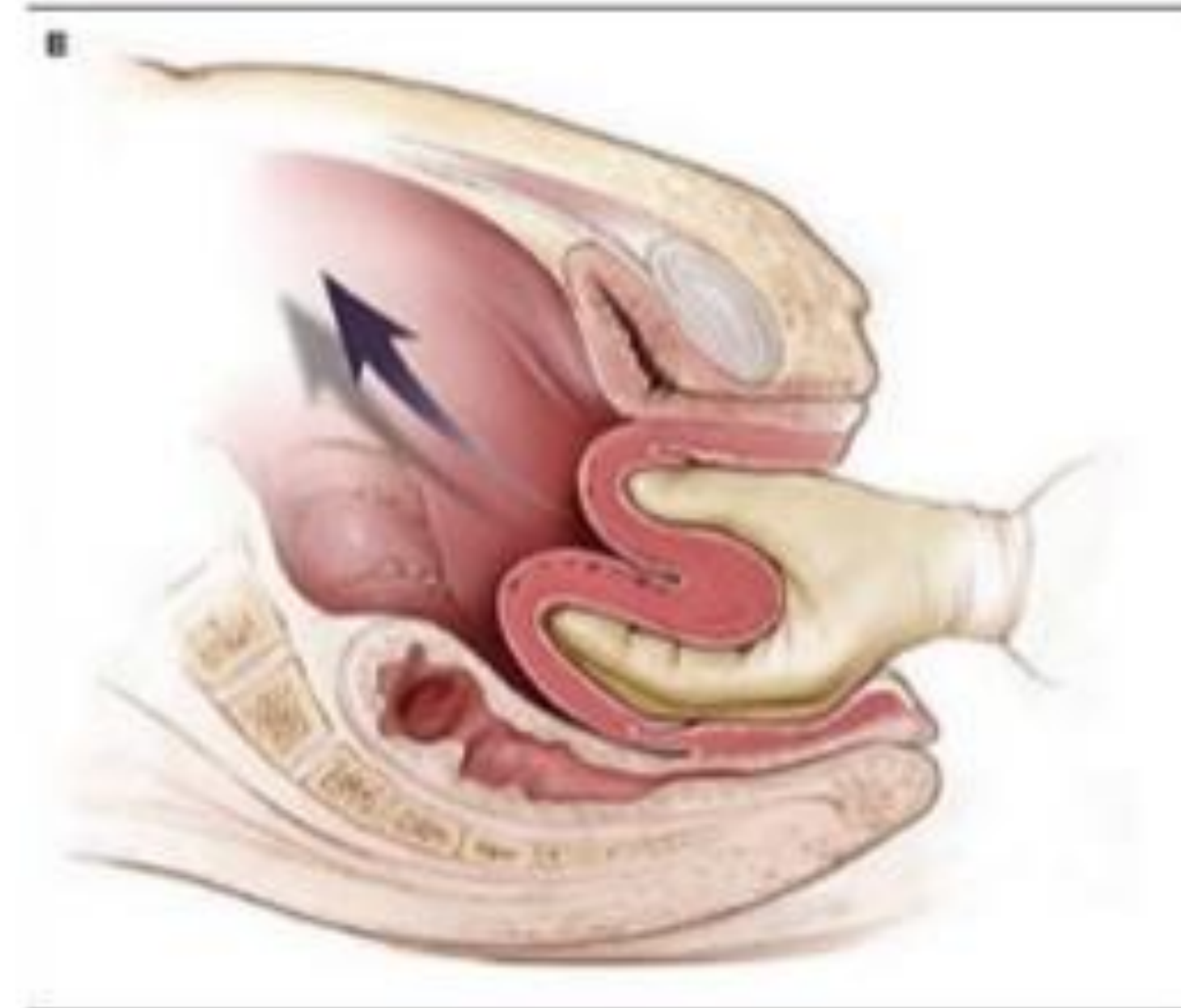
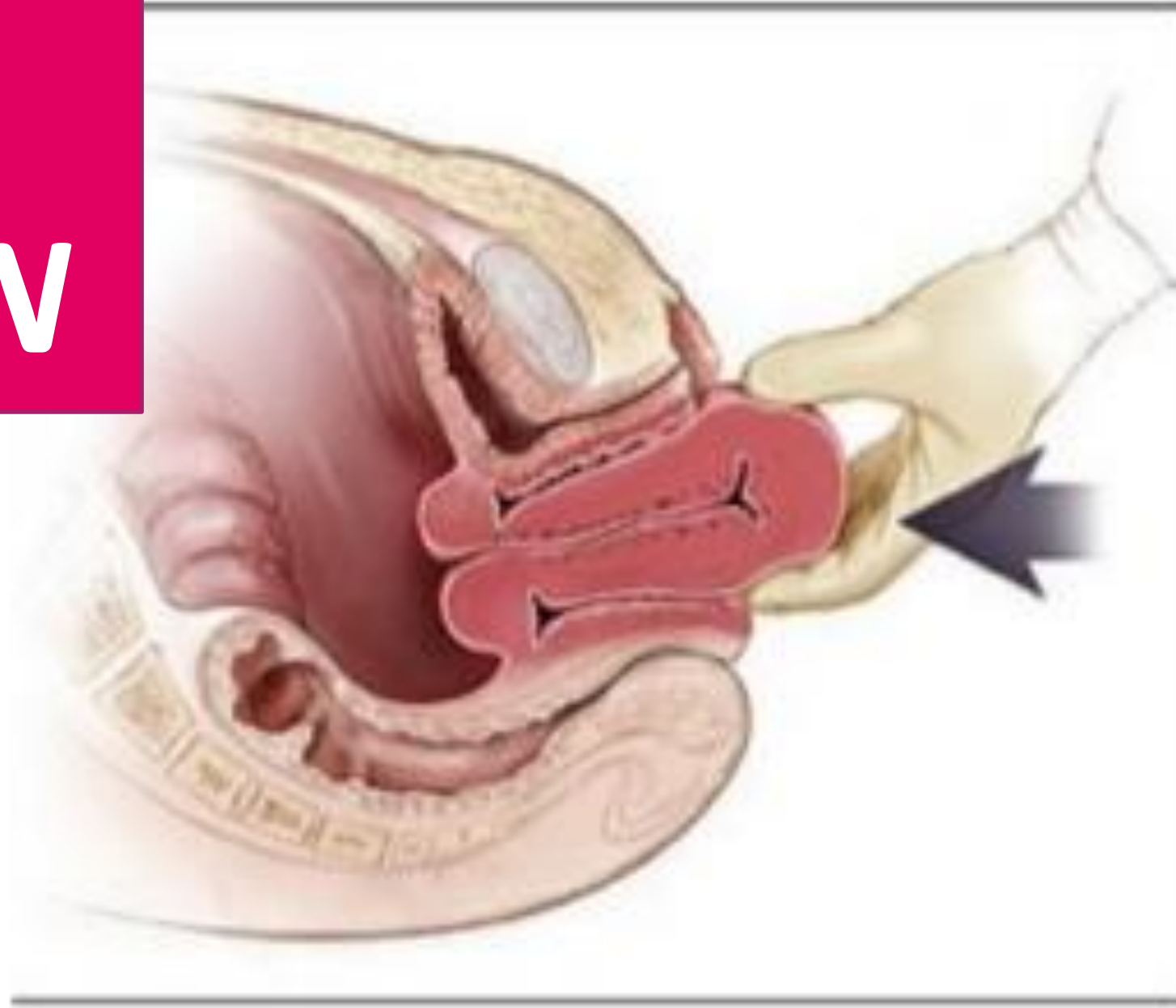


***ACELERAR DESPRENDIMIENTO,
DESCENSO O EXPULSIÓN***



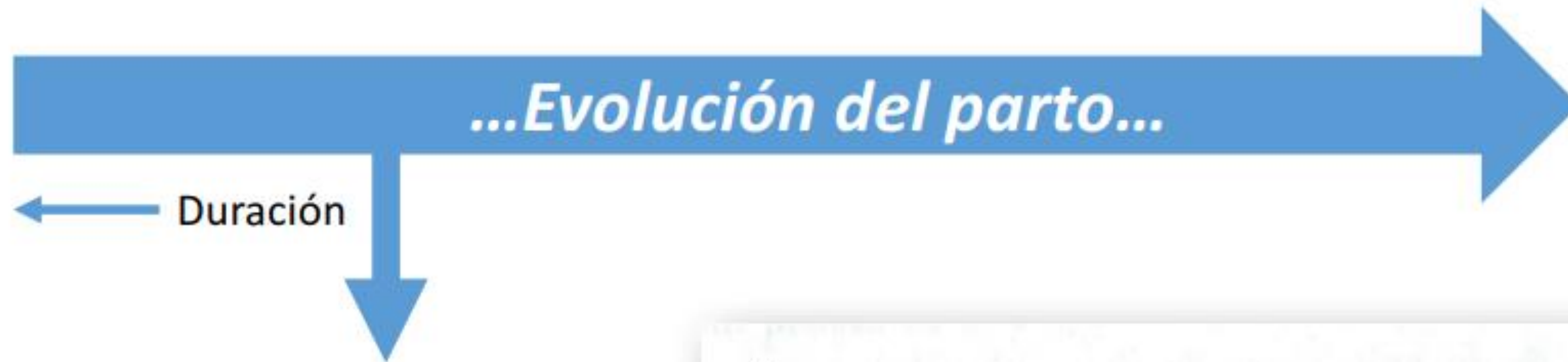
**MANIOBRA
DE
JOHNSON**

Inversión uterina



CURVAS DE TRABAJO DE PARTO

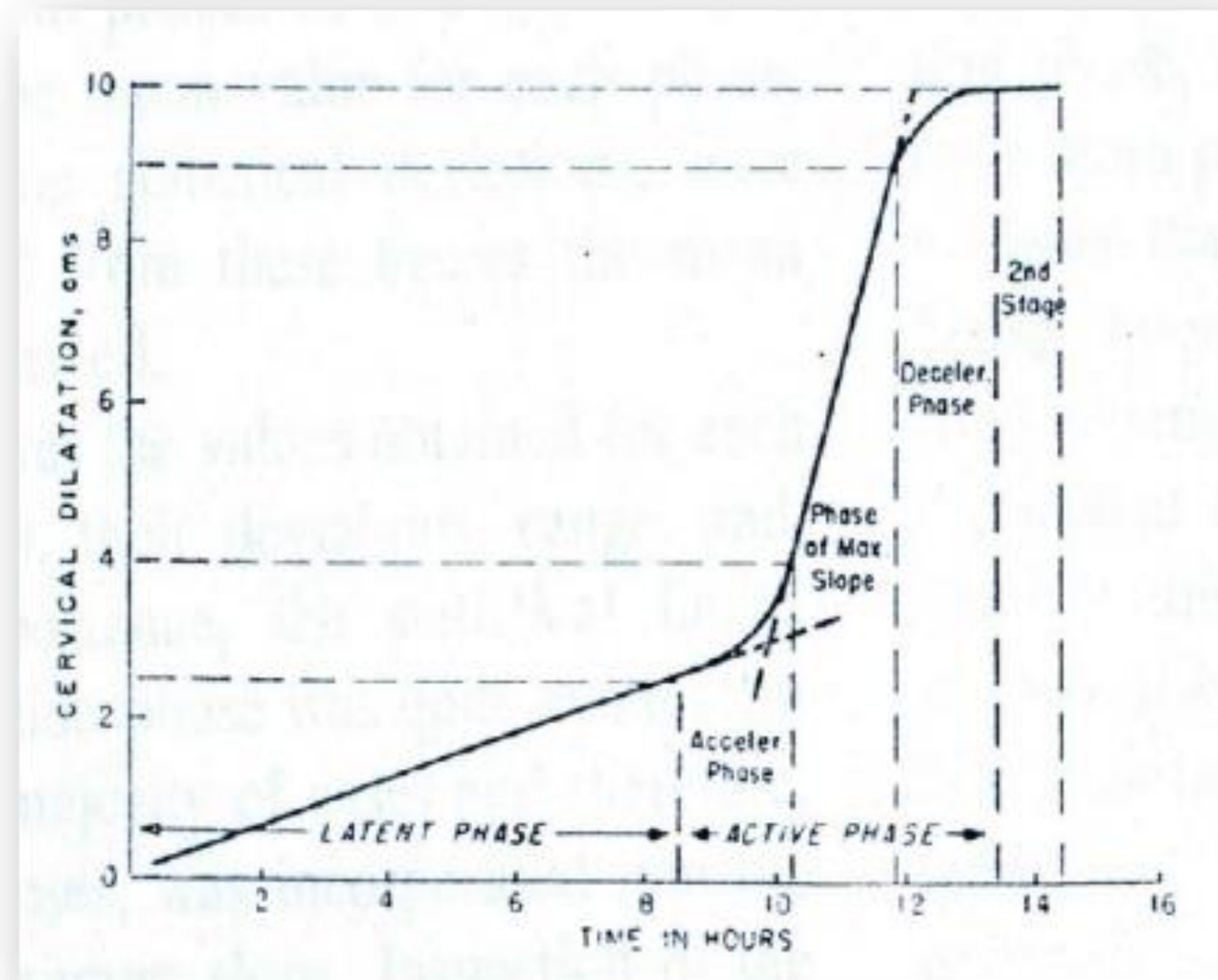
TRABAJO DE PARTO - INTRODUCCIÓN



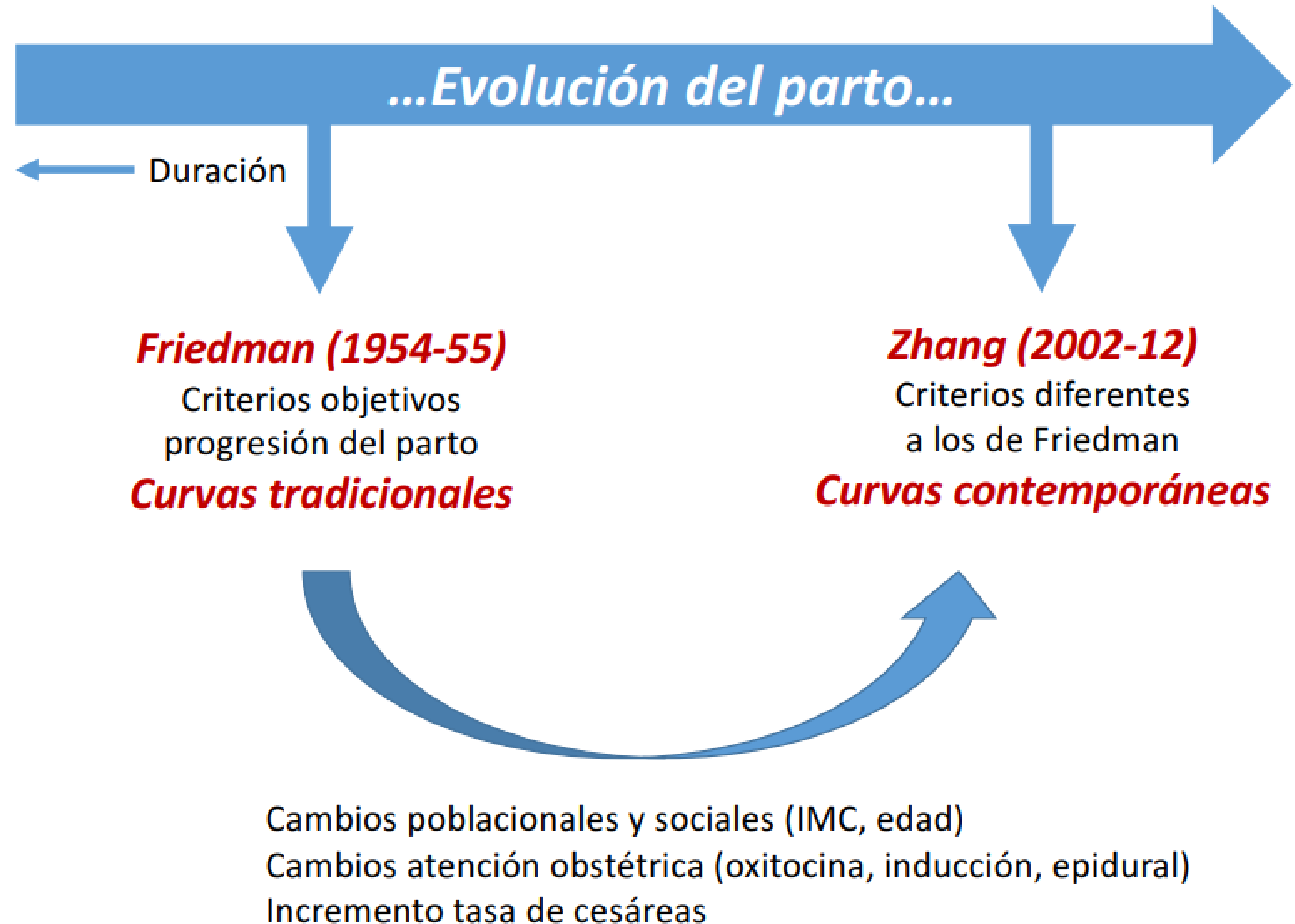
Friedman (1954-55)

Criteria objetivos
progresión del parto

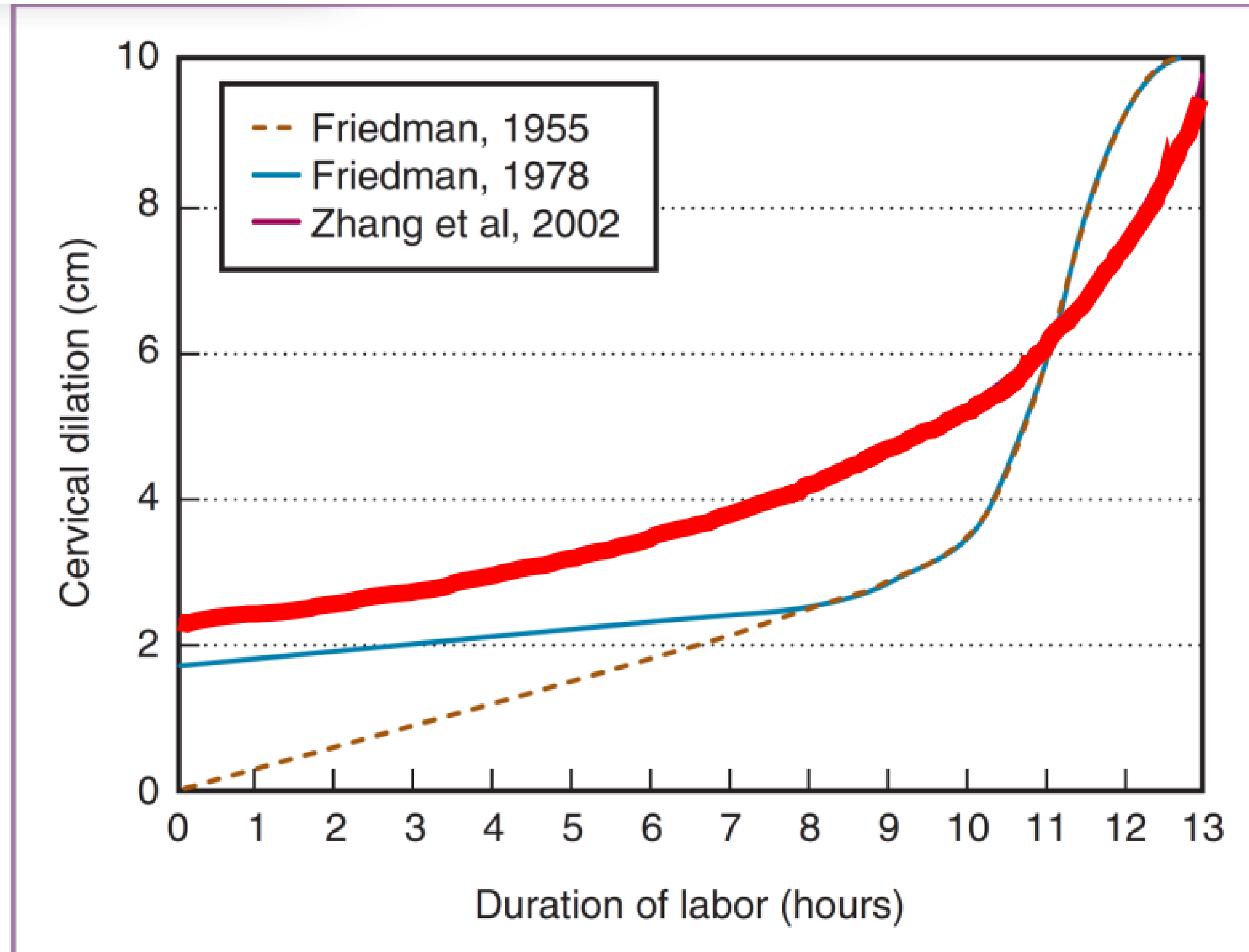
Estudio cohorte prospectivo
n=622 nulíparas
(500 datos completos)



TRABAJO DE PARTO - INTRODUCCIÓN



TRABAJO DE PARTO - INTRODUCCIÓN



TRABAJO DE PARTO - INTRODUCCIÓN

Curvas personalizadas

- ✓ Obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²)
 - ✓ Parto vaginal previo
 - ✓ Anestesia regional
 - ✓ Inducción del parto
 - ✓ Estimulación del parto
 - ✓ Sexo fetal
 - ✓ Prematuridad
 - ✓ Tamaño fetal
-
- ✓ No influye: raza (blanca vs negra)
 - ✓ No influye: edad (>18 años vs <18 años)

Vigilancia y atención
amigable en el trabajo
de parto en embarazo
de bajo riesgo

TRABAJO DE PARTO – CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA



Apoyo a la madre durante el nacimiento

Prepararse para el manejo de complicaciones

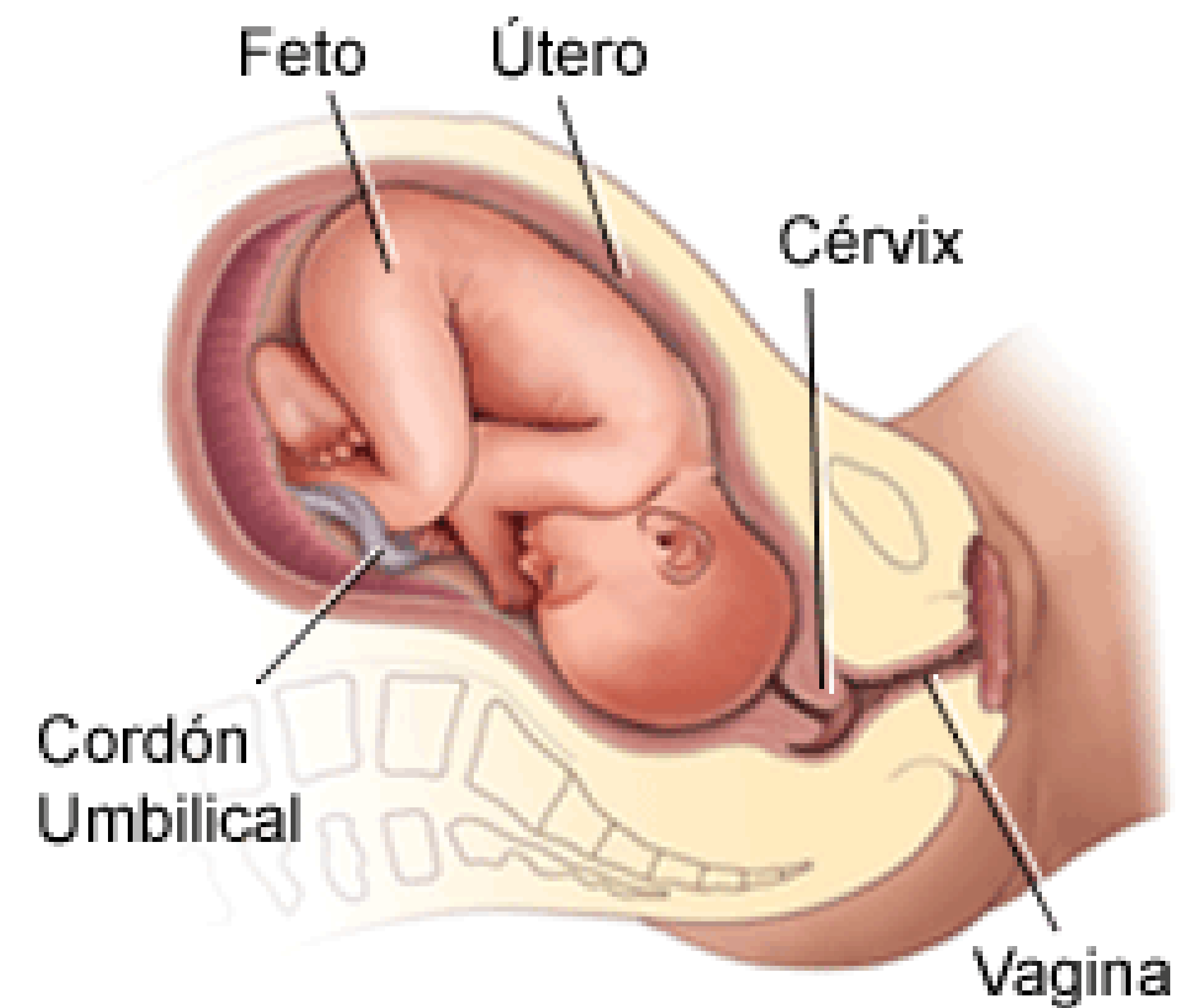
Técnicas de relajación y alivio del dolor

Mínima intervención durante la vigilancia del TDP



R

- *Mantener dignidad.*
- *Privacidad y confidencialidad.*
- *Asegurar ausencia de daño o maltrato.*
- *Permitir elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento.*



- *Contracciones uterinas dolorosas.*
- *Dilatación <5 cm (1 a 4.9 cm).*

TRABAJO DE PARTO – FASE LATENTE



- *Embarazos no complicados se les debe dar la oportunidad de que inicien TDP espontáneo.*
- *Ofrecer inducción del TDP entre las 41-42 SDG (evitar riesgos de embarazo prolongado).*

TRABAJO DE PARTO – FASE LATENTE



Ese tonto ingresó a la embarazada no complicada a labor con 4 cm de dilatación.

TRABAJO DE PARTO – FASE LATENTE



*En caso de indicar el egreso a domicilio, se le debe de informar a la mujer embarazada acerca de los signos de alarma obstétrica y las diferencias entre las **contracciones de Braxton Hicks** y las **contracciones efectivas** del trabajo de parto, así como entre las pérdidas transvaginales normales y las sugestivas de ruptura del amnios.*

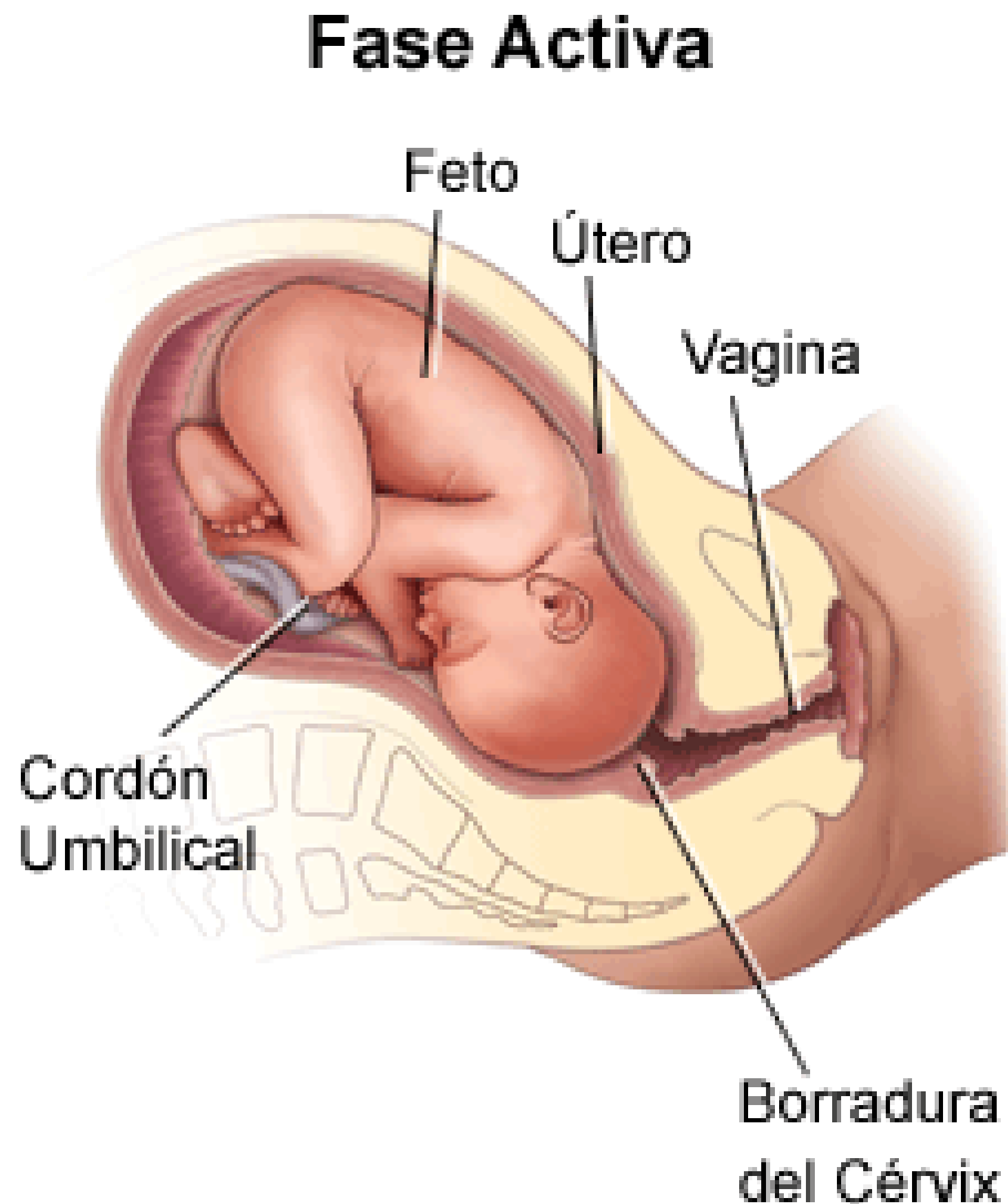
TRABAJO DE PARTO – FASE LATENTE

	PARTO VERDADERO	PARTO FALSO (Contracciones Braxton-Hicks)
¿Son las contracciones regulares?	Sí. <ul style="list-style-type: none">• Son regulares y se vuelven más seguidas con el tiempo.• Duran entre 30 a 70 segundos cada una.	No. <ul style="list-style-type: none">• Son irregulares y permanecen irregulares. No se vuelven más frecuentes al pasar el tiempo.• Es más probable que sucedan a finales del día o después de mucha actividad física.
¿Son las contracciones fuertes?	Sí. <ul style="list-style-type: none">• Se hacen más fuertes con el tiempo.• Son tan fuertes que usted no puede caminar ni hablar.• Siguen apareciendo aunque usted se mueva.	A veces. <ul style="list-style-type: none">• Por lo general son leves y no se hacen más fuertes con el tiempo.• Pueden ser fuertes y luego débiles.• Pueden ser dolorosas.• Pueden detenerse cuando usted camina o cambia de posición.

TRABAJO DE PARTO – FASE LATENTE

	BRAXTON HICKS	CONTRACCIONES DEL PARTO
FRECUENCIA	IRREGULARES	REGULARES
DURACIÓN	30 SEGUNDOS O 2 MINUTOS	30 O 90 SEGUNDOS
UBICACIÓN	PARTE FRONTAL DEL ABDOMEN	ESPALDA Y ALREDEDOR DEL ABDOMEN
DOLOR	DÉBILES	MÁS DOLOROSO
CONTINUIDAD	DESAPARECEN	SE HACEN MÁS FUERTES

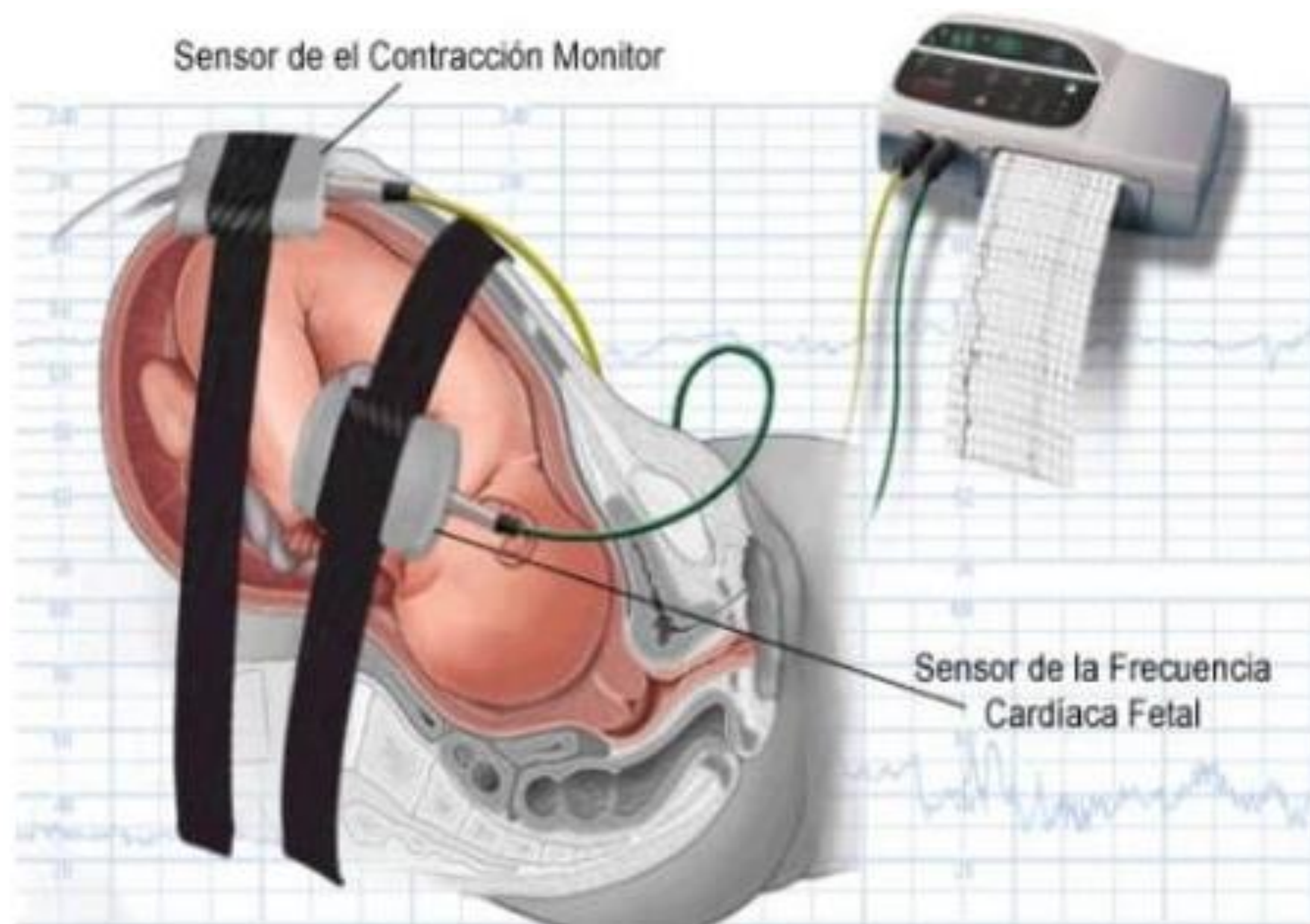
TRABAJO DE PARTO – INGRESO A LABOR



- *Actividad uterina regular y dolorosa.*
- *Inicia con 5 cm de dilatación.*
- *Culmina con la dilatación cervical completa.*

TRABAJO DE PARTO – INGRESO A LABOR

R *No se recomienda cardiotocografía rutinaria para establecer el bienestar fetal en mujeres sanas con embarazo normoevolutivo que hayan desencadenado trabajo de parto espontáneo.*





R

*Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, para establecer el bienestar fetal **en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.***

TRABAJO DE PARTO – INGRESO A LABOR

A large, white, serif capital letter 'R' is centered on a solid green rectangular background. The letter is bold and occupies most of the width and height of the green box.

No se recomienda:

- **pelvimetría de rutina** en mujeres sanas en el momento de su ingreso a sala de labor.
- **rasurado rutinario** del vello púbico.
- **enemas evacuantes** en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.

TRABAJO DE PARTO – INGRESO A LABOR



Favorecer la **micción espontánea** al momento del ingreso a sala de labor.



TRABAJO DE PARTO – FASE ACTIVA DEL PRIMER PERIODO



Se requiere **comunicación efectiva** entre los proveedores del cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables.

TRABAJO DE PARTO – FASE ACTIVA DEL PRIMER PERIODO



Se recomienda el acompañamiento continuo (por familiar o personal de salud) en mujeres con embarazo no complicado.

TRABAJO DE PARTO – FASE ACTIVA DEL PRIMER PERIODO

Auscultar intermitentemente la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto de mujeres sanas (cada 15 a 30 minutos), ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, durante un minuto inmediatamente después de la contracción.



TRABAJO DE PARTO – FASE ACTIVA DEL PRIMER PERIODO



En mujeres con trabajo de parto no complicado, **se recomienda la ingesta de líquidos claros.**

TRABAJO DE PARTO – FASE ACTIVA DEL PRIMER PERIODO

Se recomienda la **libre movilidad y adopción de la postura vertical** durante el trabajo de parto de mujeres sanas.



TRABAJO DE PARTO – FASE ACTIVA DEL PRIMER PERIODO



Dado que no se encuentra evidencia que apoye o rechace el uso de la exploración vaginal de rutina durante el trabajo de parto, se puede considerar la **realización de tacto vaginal cada cuatro horas**, durante la fase activa del primer periodo del trabajo de parto.

TRABAJO DE PARTO – FASE ACTIVA DEL PRIMER PERIODO

A large, white, serif capital letter 'R' is centered on a solid green rectangular background.

No se recomienda:

- **Amniotomía de rutina** para abreviar el TDP.
- Uso rutinario de **oxitocina** para abreviar el trabajo de parto.
- Uso rutinario de **antiespasmódicos** para abreviar el trabajo de parto.

TRABAJO DE PARTO – EVALUACIÓN DE LA DURACIÓN DEL TDP



R

Dada la gran variabilidad reportada en la tasa de dilatación durante el primer periodo de trabajo de parto, no se recomienda emplear el criterio de dilatación de 1cm/h como referencia para diagnosticar la de falta de progresión de trabajo de parto.



La duración del trabajo de parto es un evento extremadamente variable, por lo que no se sugiere realizar el diagnóstico de detención del trabajo de parto con base a la evaluación estricta del patrón de dilatación/tiempo. (ver cuadro 1)

TRABAJO DE PARTO – EVALUACIÓN DE LA DURACIÓN DEL TDP

Cuadro 1. Duración del primer periodo del trabajo de parto en mujeres nuliparas.

Dilatación cervical	Revisión sistemática internacional (OMS)	Estudio de cohorte, México
2 - 3 cm	0.19 cm/h	2.9 cm/h
3 - 4 cm	0.50 cm/h	2.1 cm/h
4 - 5 cm	0.68 cm/h	0.45 cm/h
5 - 6 cm	1.09 cm/h	0.62 cm/h
6 - 7 cm	1.43 cm/h	0.66 cm/h
7 - 8 cm	1.82 cm/h	0.70 cm/h
8 - 9 cm	1.92 cm/h	0.73 cm/h
9 - 10 cm	2.04 cm/h	0.73 cm/h

Fuente: Moreno SAA, Celis GC, Posadas NA, Martínez ALM, Villafan CL. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex. 2018;86(6):368-373.

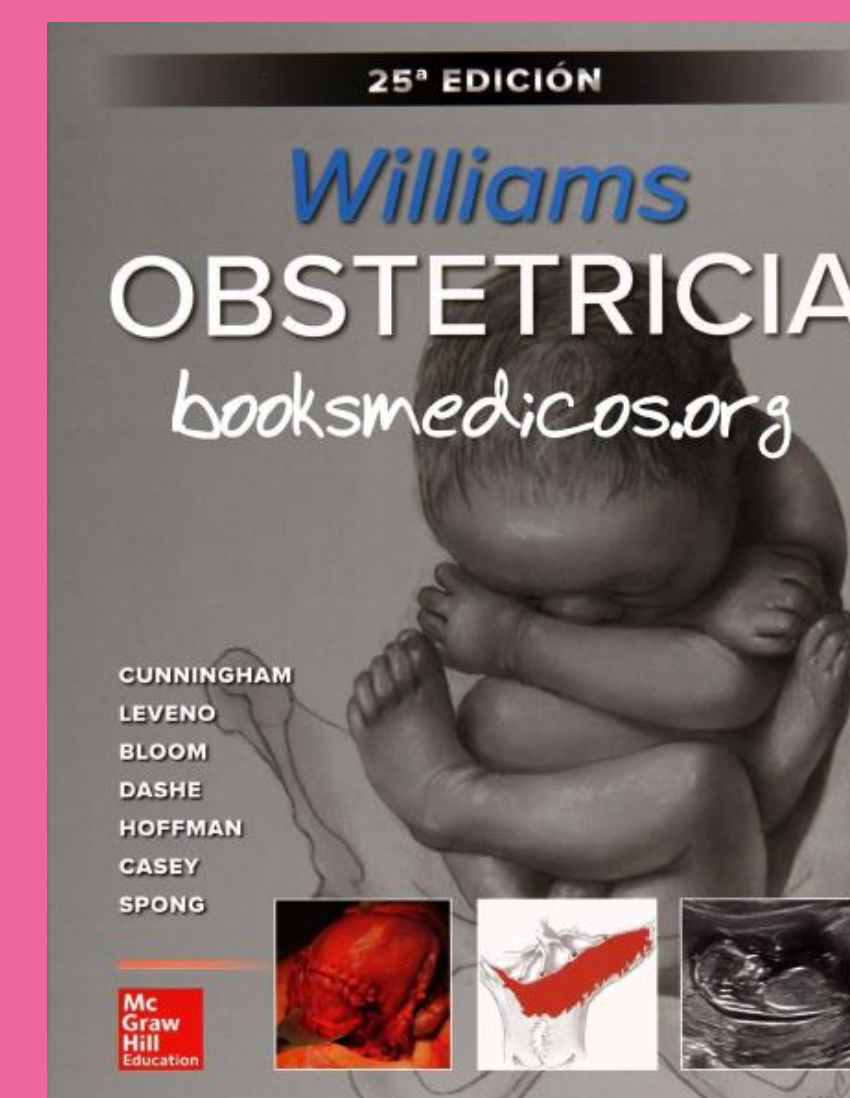
TRABAJO DE PARTO – SEGUNDO PERÍODO DEL TDP



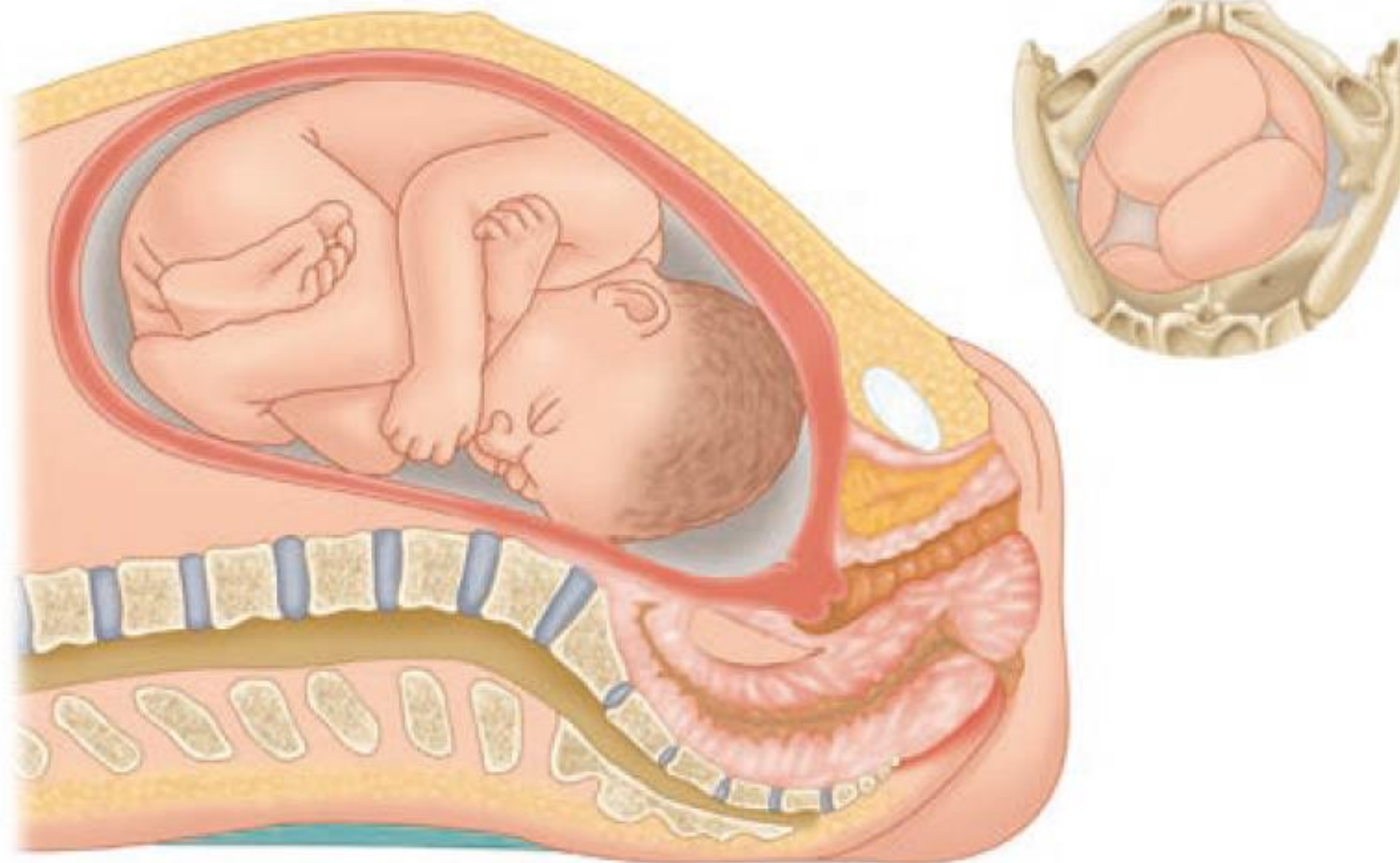
Ingresar a sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto (**dilatación completa**) y una vez que se haya evaluado el **descenso adecuado de la presentación**.

TRABAJO DE PARTO

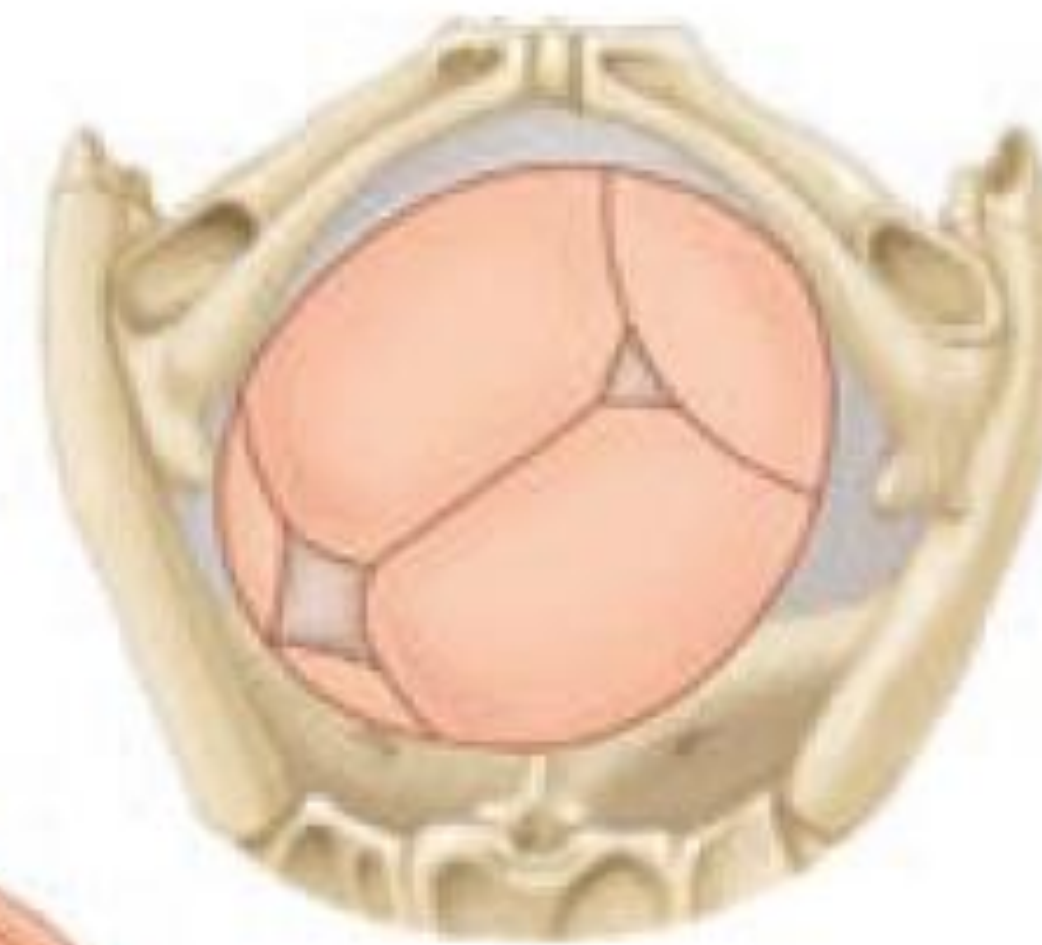
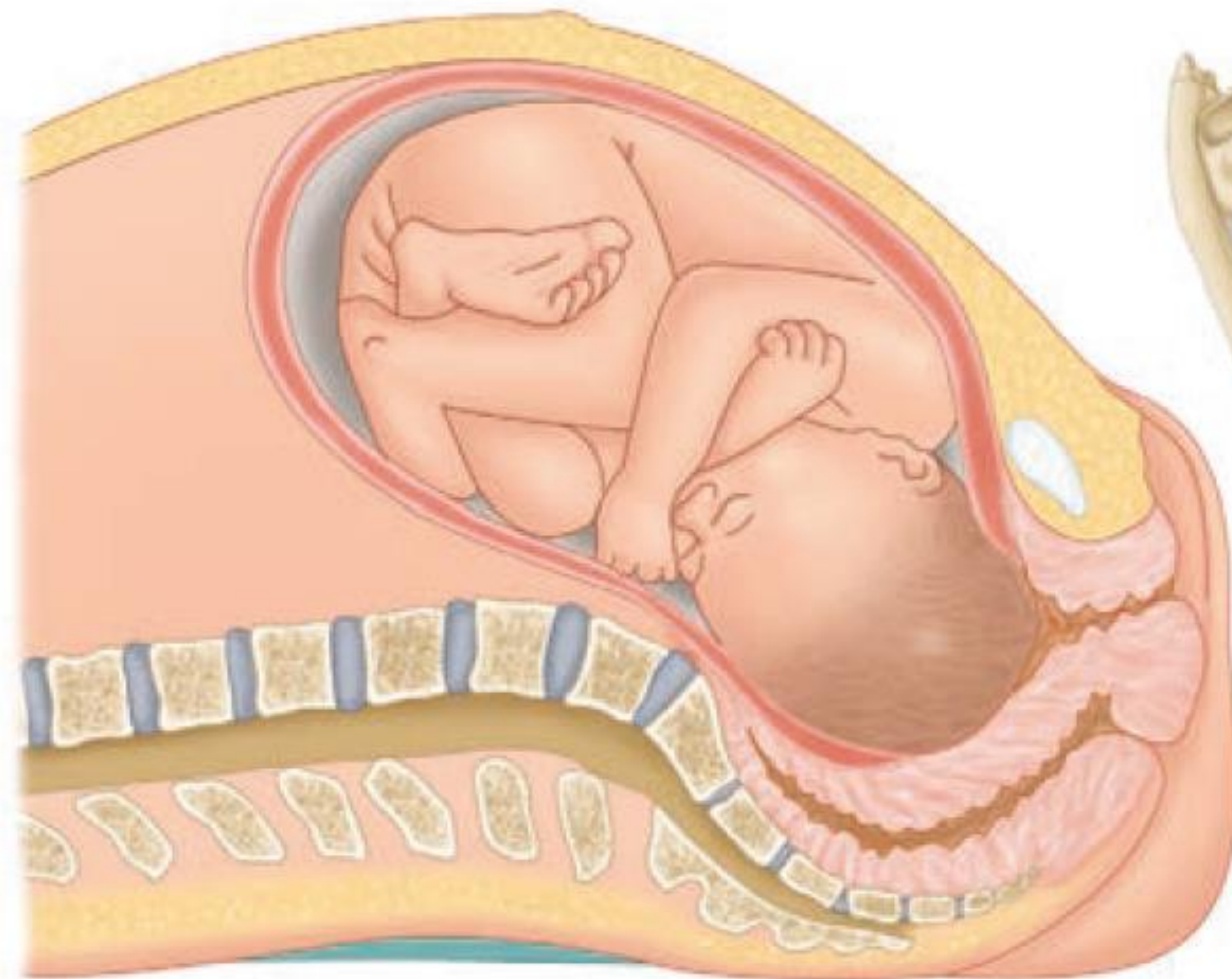
INTRODUCCIÓN



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

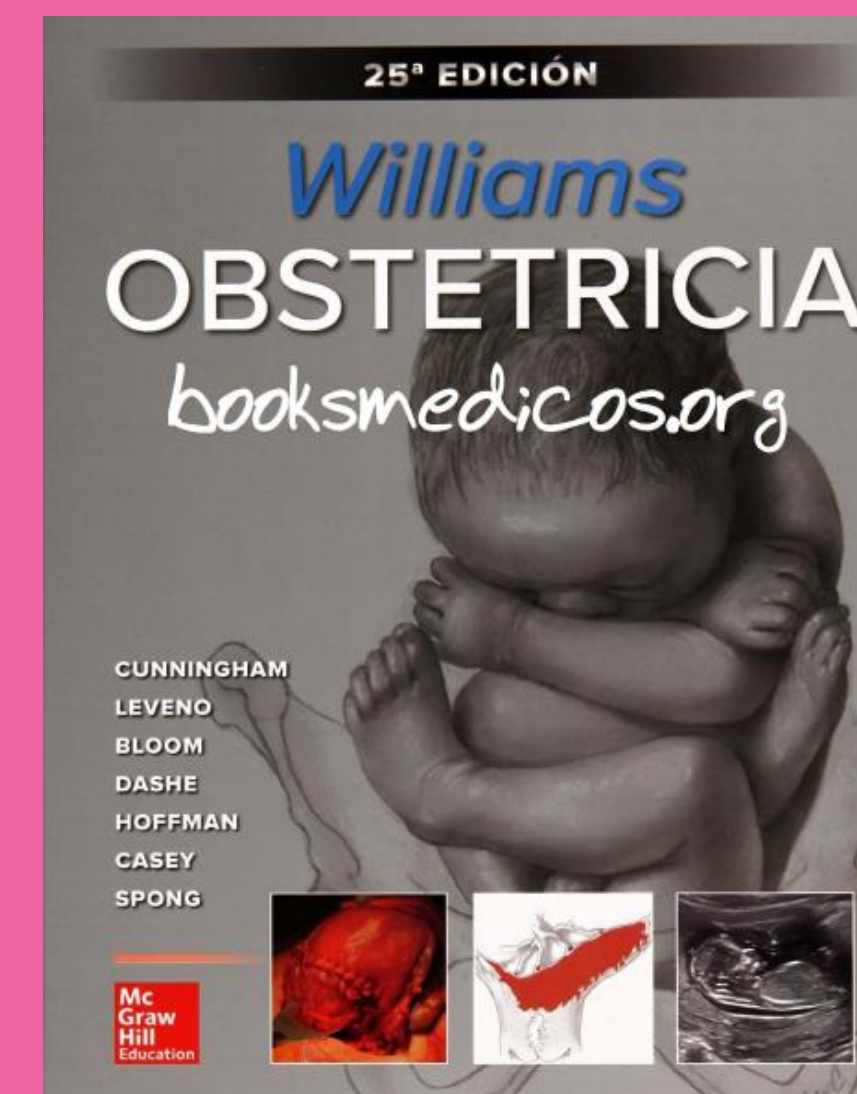


1. Cabeza flotante, antes del encajamiento.



TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN

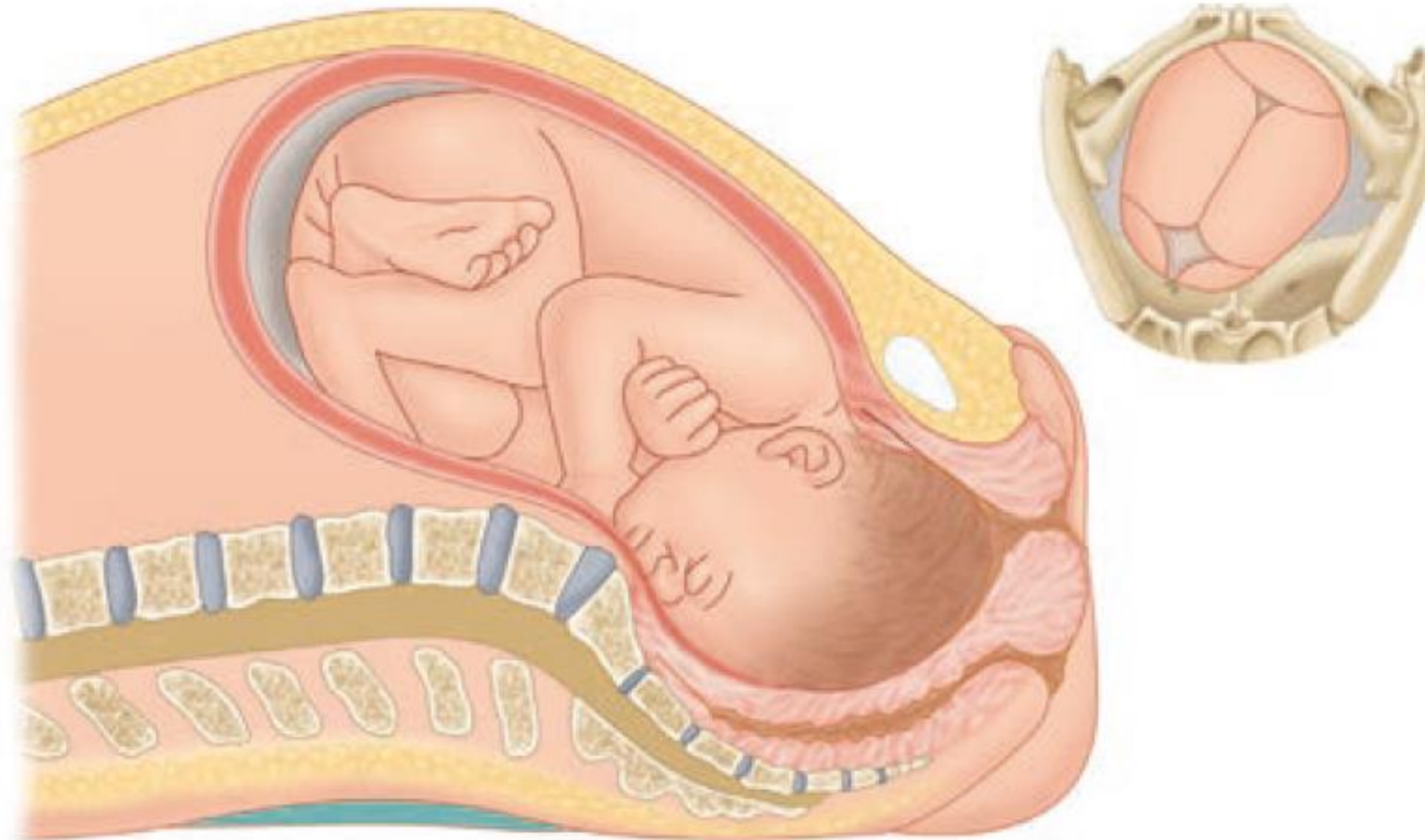


2. Encajamiento, descenso, flexión.

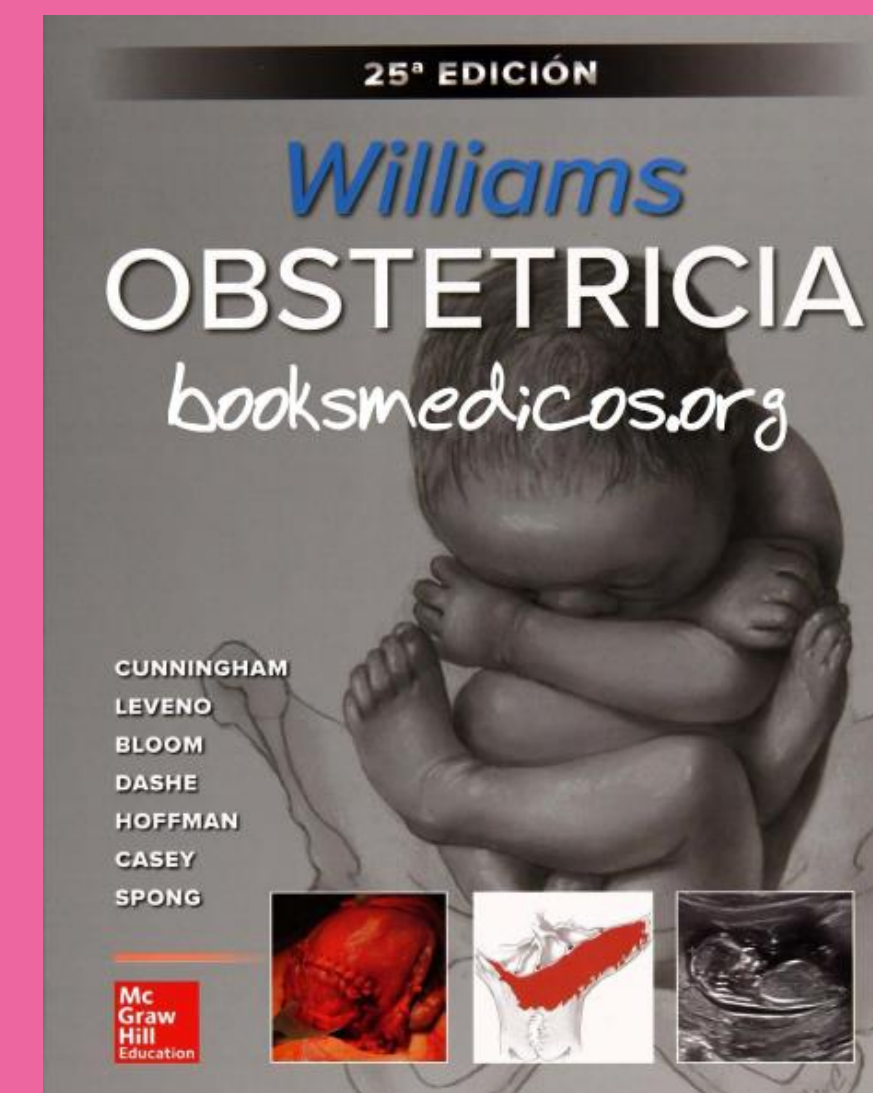
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN



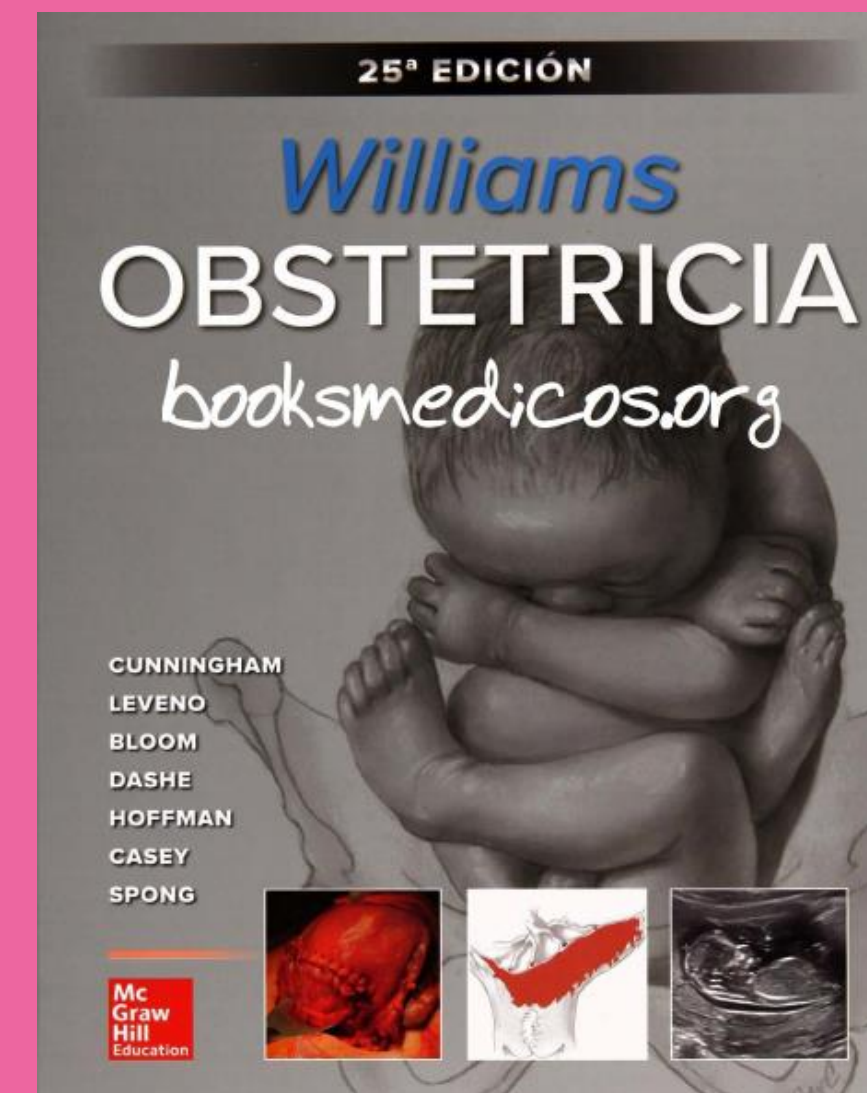
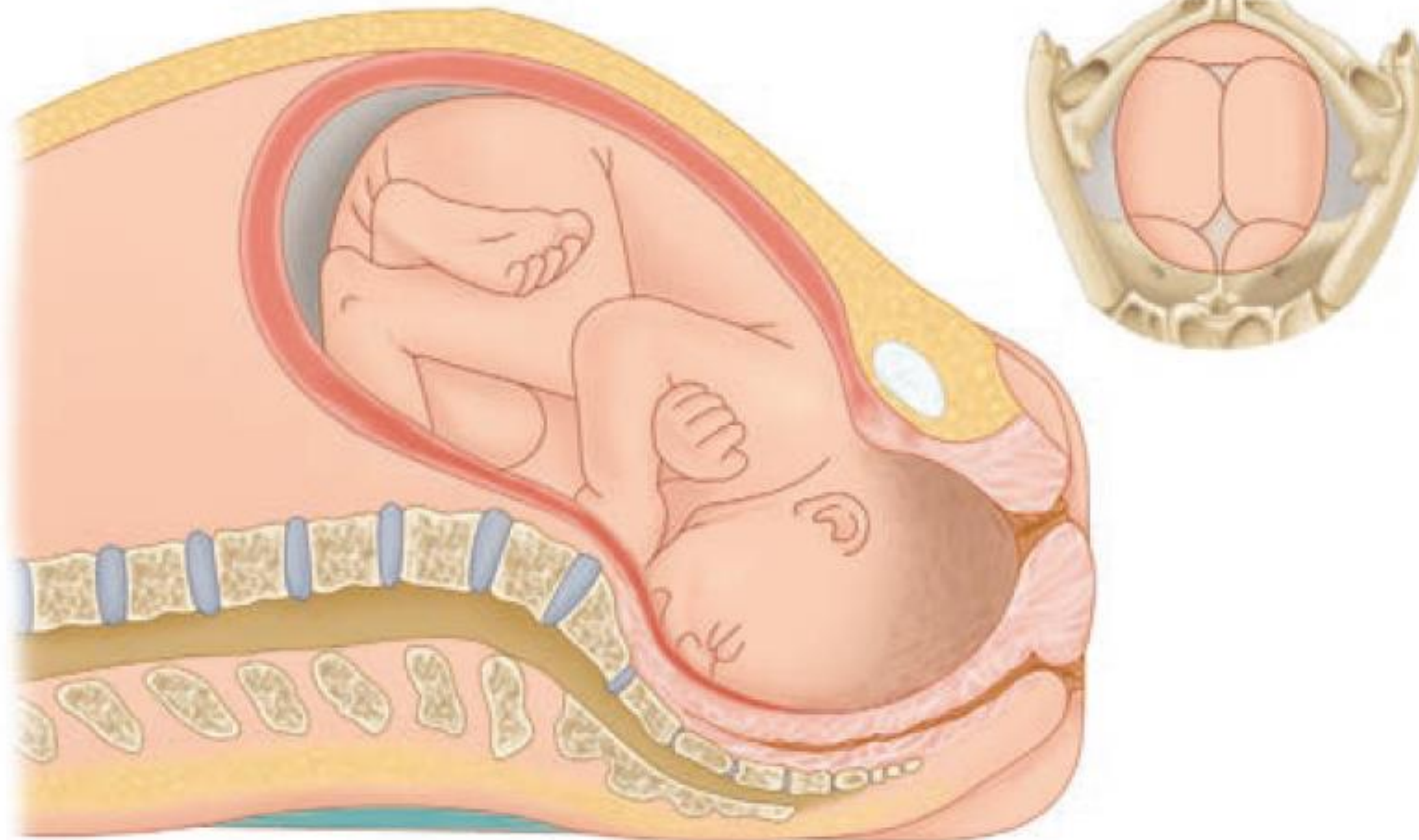
3. Descenso adicional, rotación interna.



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN

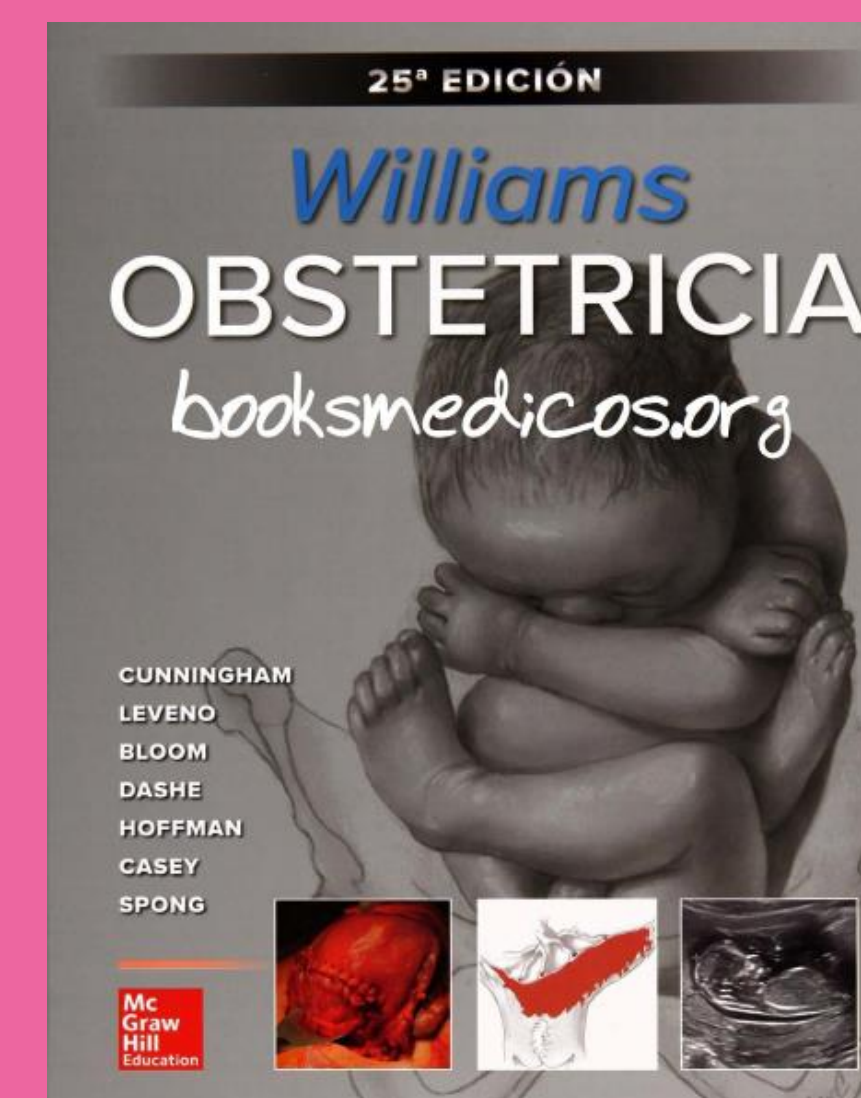


4. Rotación completa, extensión inicial.

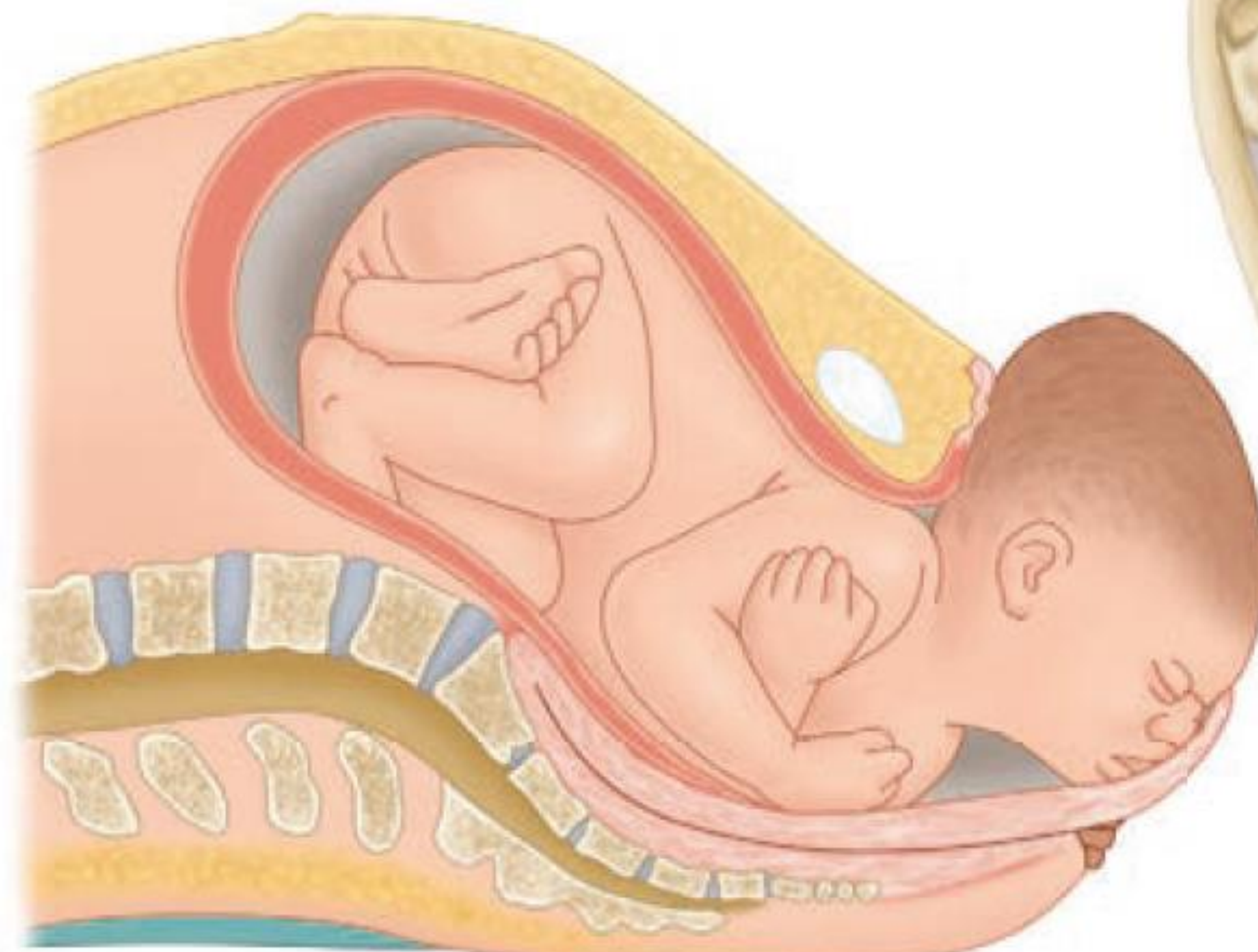
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

TRABAJO DE PARTO

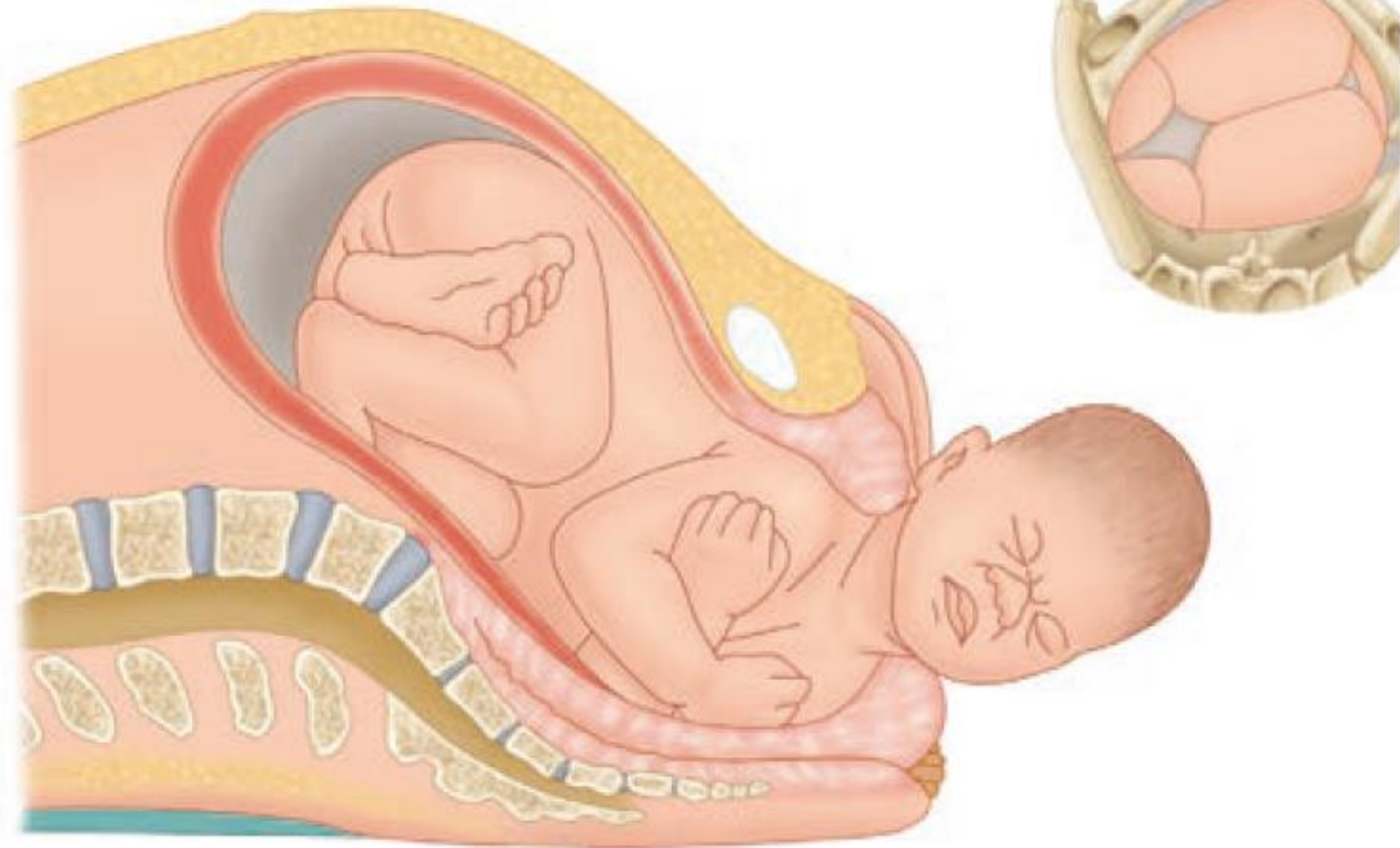
INTRODUCCIÓN



Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.



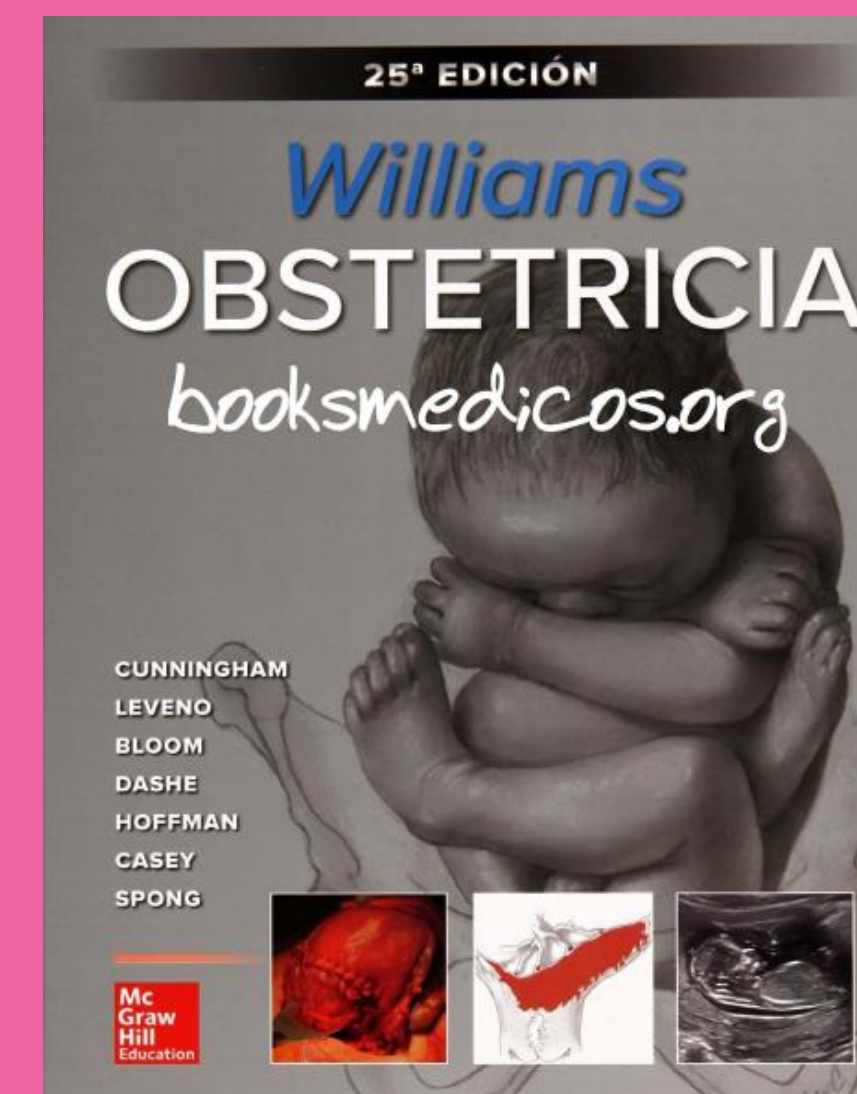
5. Extensión completa



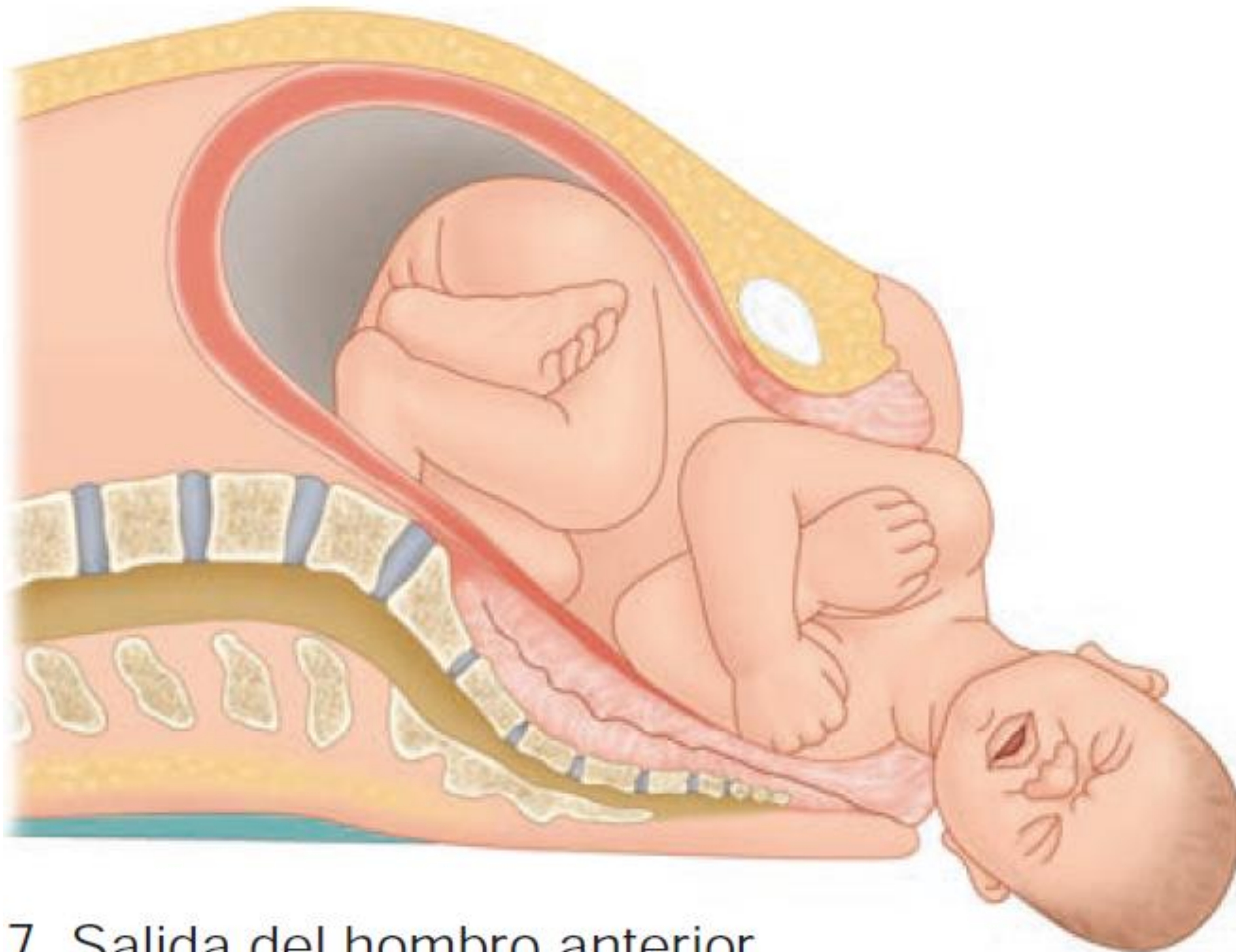
6. Restitución (rotación externa)

TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN



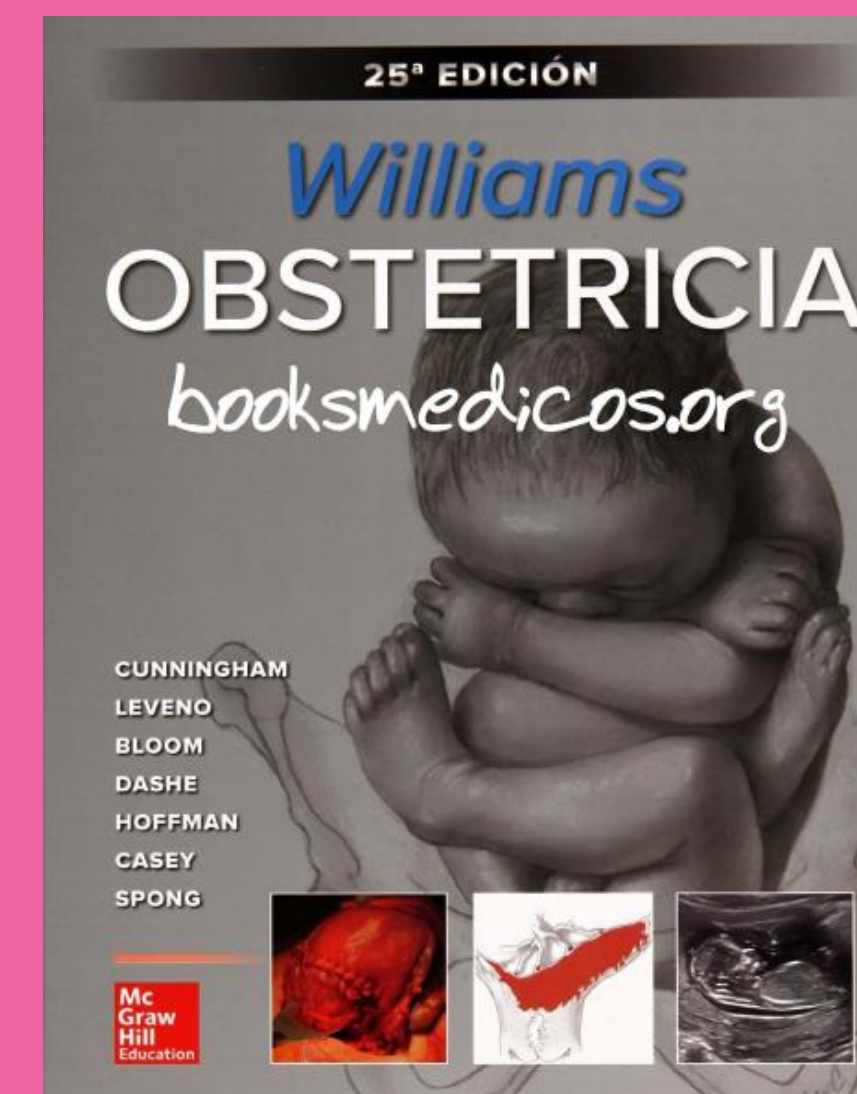
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.



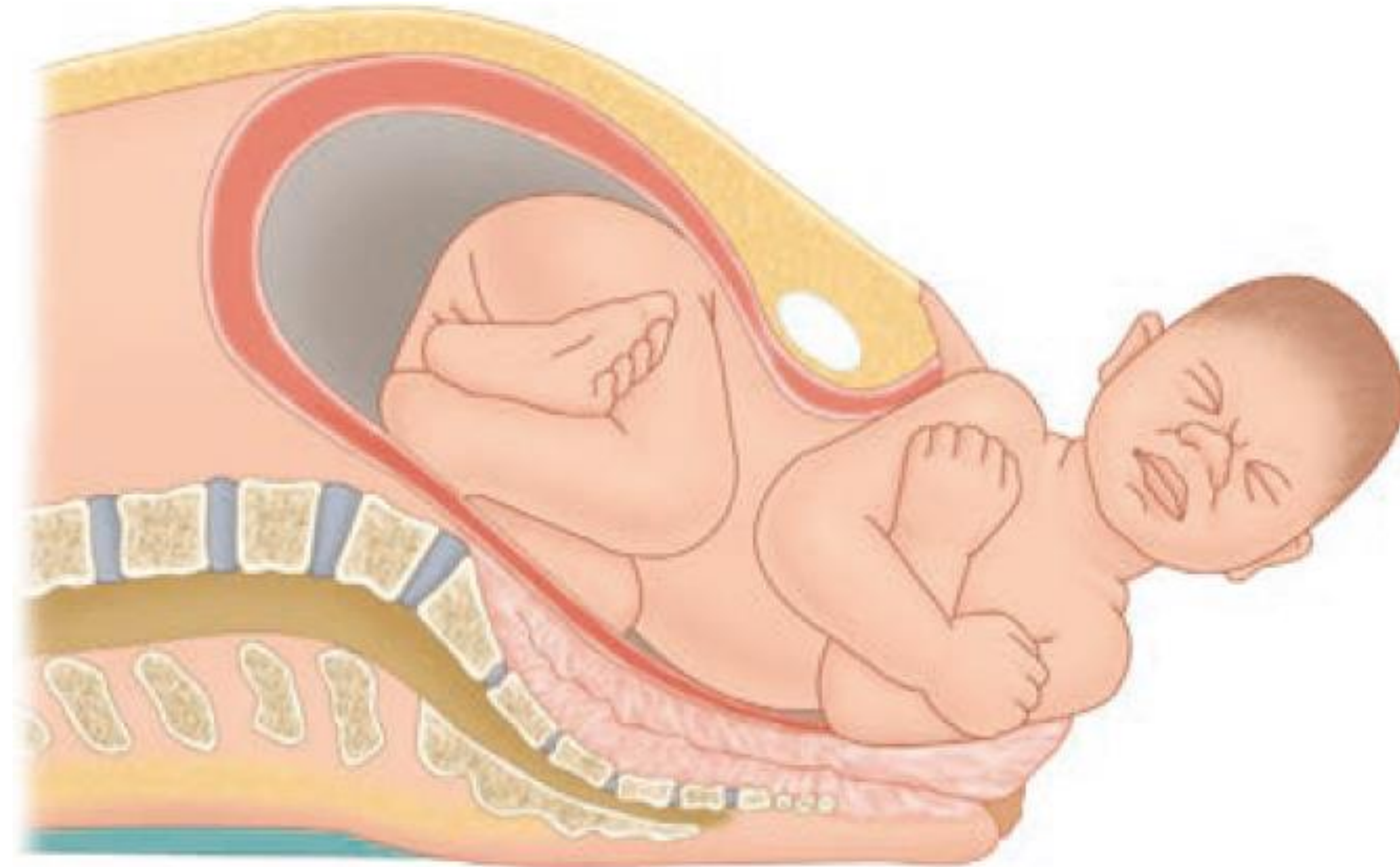
7. Salida del hombro anterior.

TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN



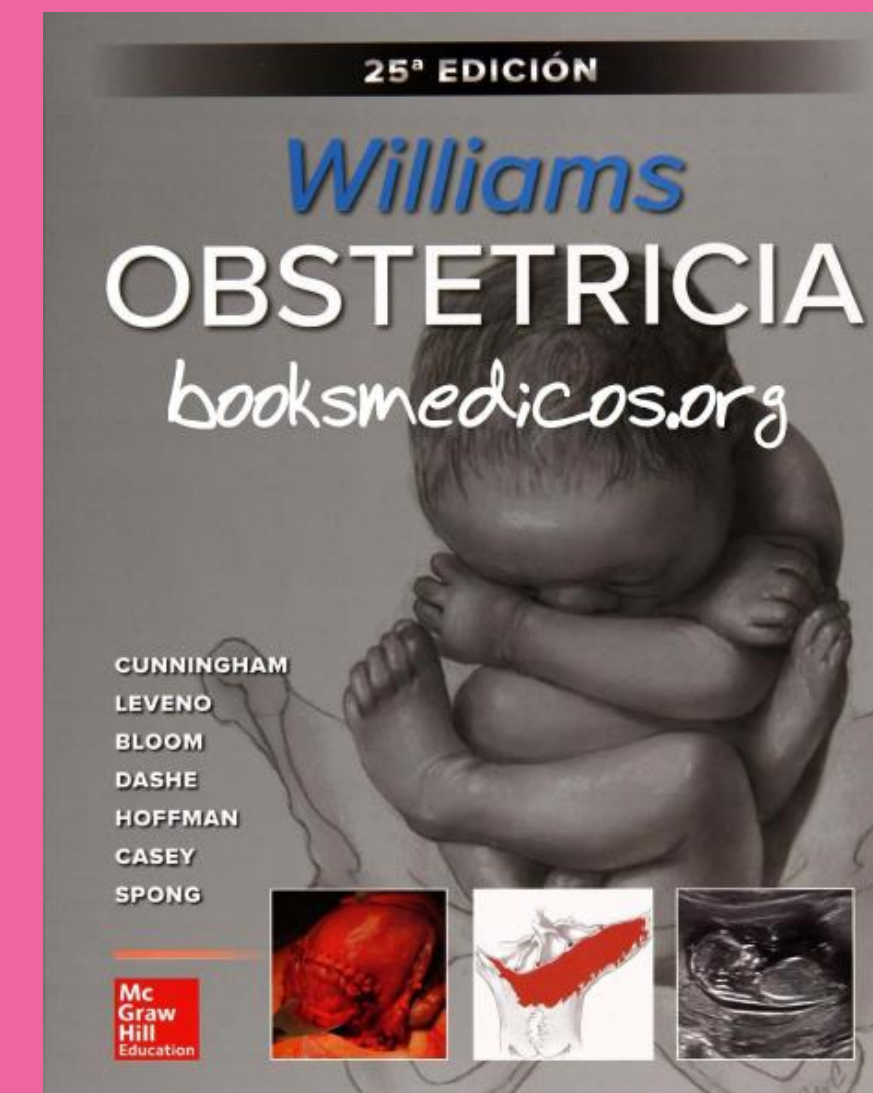
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.



8. Salida del hombro posterior.

TRABAJO DE PARTO

INTRODUCCIÓN



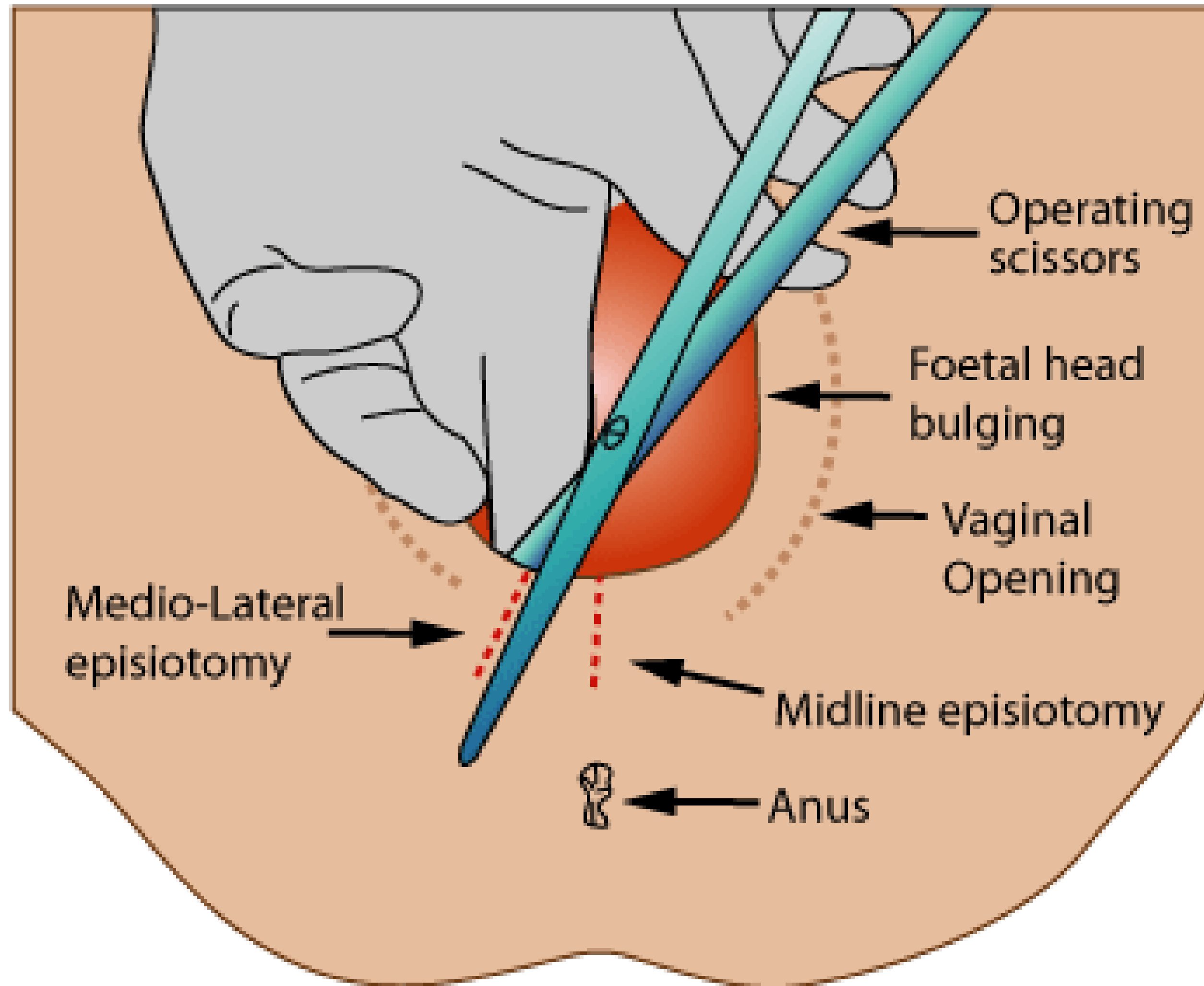
Cunningham. (2019). Williams. Obstetricia. (25a edición). Capítulo 21: Fisiología del Trabajo de Parto, pp 400-440. México: McGraw Hill Education.

TRABAJO DE PARTO – SEGUNDO PERÍODO DEL TDP

Emplear técnicas para **prevenir el trauma perineal** durante el segundo periodo del trabajo de parto, como aplicación de compresas calientes y la protección manual del periné.



TRABAJO DE PARTO – SEGUNDO PERÍODO DEL TDP



Puede valorarse la práctica de la episiotomía en casos de:

- **periné corto**
- **presentación de cara, compuesta o de nalgas**
- **distocia de hombros**
- **necesidad de parto instrumentado.**

Siempre deberá realizarse bajo analgesia adecuada, y la técnica recomendada es la mediolateral.

Campana

StopKristeller:

cuestión de
gravedad



© 2014 www.democracias.org

kristeller@elpartoestuestro.es

TRABAJO DE PARTO

TERCER PERÍODO: ALUMBRAMIENTO

Pinzamiento y
corte del cordón
umbilical

Expulsión de
placenta y
membranas

30 minutos

TRABAJO DE PARTO – TERCER PERÍODO DEL TDP

Pinzamiento del cordón umbilical, por lo menos durante **60 segundos después del nacimiento** en recién nacidos de término o pretérmino que **no requieran ventilación con presión positiva.**



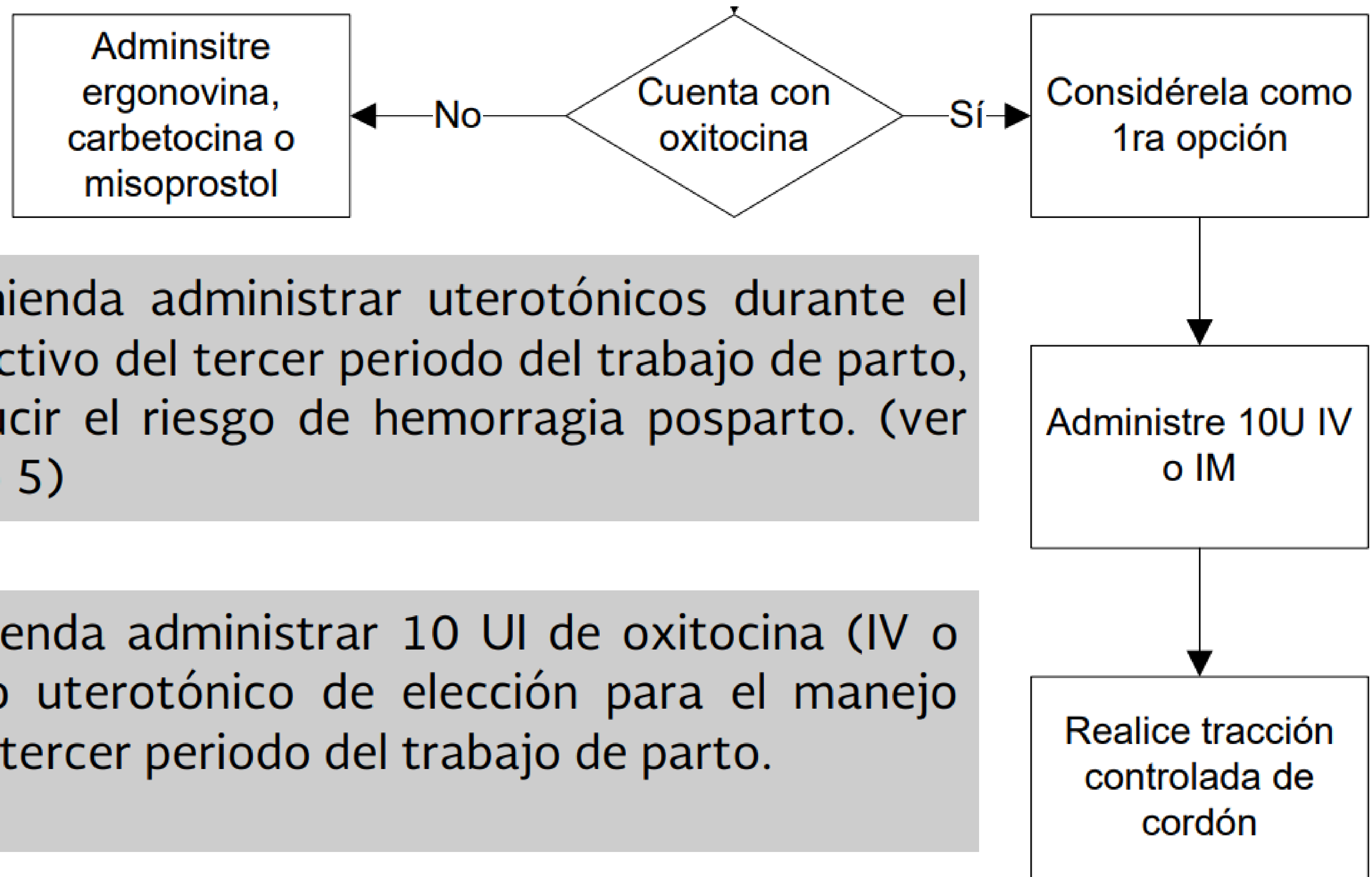
TRABAJO DE PARTO – TERCER PERÍODO DEL TDP



Pinzamiento **inmediato** del cordón umbilical:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardíaco materno.
- Asfixia neonatal.

TRABAJO DE PARTO – TERCER PERÍODO DEL TDP



R

Se recomienda administrar uterotónicos durante el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, para reducir el riesgo de hemorragia posparto. (ver algoritmo 5)

R

Se recomienda administrar 10 UI de oxitocina (IV o IM), como uterotónico de elección para el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

TRABAJO DE PARTO – TERCER PERÍODO DEL TDP



No se aconseja realizar revisión manual de cavidad uterina rutinaria, pues puede predisponer a endometritis.

TRABAJO DE PARTO – TERCER PERÍODO DEL TDP

No se recomienda administrar antibiótico profiláctico en mujeres después de un parto sin complicaciones.



TRABAJO DE PARTO – ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

A large, white, serif capital letter 'R' is centered on a solid green rectangular background.

- Recién nacidos sin complicaciones tengan **contacto piel con piel durante la primer hora después del nacimiento**, con la finalidad de promover la lactancia materna.
- **No se recomienda la aspiración rutinaria de boca y fosas nasales** en neonatos que han nacido con líquido amniótico claro y que inician respiración espontánea.

Se recomienda que a todos los recién nacidos se les administre **1 mg de vitamina K intramuscular** después del nacimiento, como profilaxis para enfermedades hemorrágicas.



TRABAJO DE PARTO – ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO



BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

Baño del recién nacido 24 horas después del nacimiento.

Se debe procurar que la vestimenta del neonato sea adecuada y se encuentre a temperatura ambiente.

A large, white, serif capital letter 'R' is centered on a green rectangular background. The background has a subtle gradient from a darker green at the top to a lighter green at the bottom.

- Se recomienda la **analgesia epidural** para el alivio del dolor en mujeres sanas que así lo soliciten, mas **no debe de ofrecerse de manera rutinaria.**
- Se recomienda administrar la anestesia regional **en el momento en que la mujer en trabajo de parto lo solicite**, aún durante la fase latente.

TRABAJO DE PARTO – INTERVENCIONES PARA QUITAR EL DOLOR



Siempre que se cuente con la posibilidad, la analgesia epidural deberá proporcionarse a la mujer en trabajo de parto en el momento en que lo solicite, sin importar la dilatación cervical que cuente, procurando emplear la menor dosis posible de anestésico (ver cuadro 2) y monitorizando la frecuencia cardiaca fetal después de su administración.

TRABAJO DE PARTO – INTERVENCIONES PARA QUITAR EL DOLOR

Medicamento	Dosis recomendada	Efectos adversos	Interacciones
Clorhidrato de bupivacaína	Anestesia regional: 25-50 mg	Reacciones alérgicas, nerviosismo, mareo, visión borrosa, convulsiones, inconsciencia, Hipotensión arterial y arritmias cardiacas.	Con antidepresivos se favorece la Hipertensión arterial. Con Anestésicos inhalados se incrementa riesgo de arritmias.
Lidocaína	Anestesia caudal o epidural de 200 a 300 mg. Anestesia regional de 225 a 300 mg.	Hipersensibilidad, nerviosismo, somnolencia, parestesias, convulsiones, prurito, edema local y eritema.	Con depresores del sistema Nervioso aumentan los efectos adversos. Con opioides y Antihipertensivos se produce hipotensión arterial y bradicardia. Con otros antiarrítmicos aumentan o disminuyen sus efectos sobre el corazón. Con Anestésicos inhalados se pueden producir Arritmias cardiacas
Ropivacaína	Bloqueo epidural en bolo: 20 a 40 mg. Bloqueo epidural en infusión continua: 12 a 28 mg/hora.	Hipotensión arterial, náusea, bradicardia, vómito, parestesias, hipertermia, cefalea, retención urinaria, Hipertensión arterial, mareo, escalofríos, taquicardia, ansiedad e hipoestesia.	Con otros anestésicos tipo amida tiene efectos aditivos. Verapamilo, Teofilina fluvoxamina e imipramina, aumentan su Concentración plasmática.

TRABAJO DE PARTO – INTERVENCIONES PARA QUITAR EL DOLOR

Anestésico local	Dosis máxima recomendada (con epinefrina)	Dosis máxima recomendada (sin epinefrina)
Bupivacaína	3 mg/kg	3 mg/kg
Lidocaína	7 mg/kg	5 mg/kg
Ropivacaína	2 mg/kg	2 mg/kg
2-Cloroprocaína	14 mg/kg	11 mg/kg

TRABAJO DE PARTO – INTERVENCIONES PARA QUITAR EL DOLOR



Uso de técnicas de relajación para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como **respiración profunda, relajación muscular y progresiva y musicoterapia.**



R

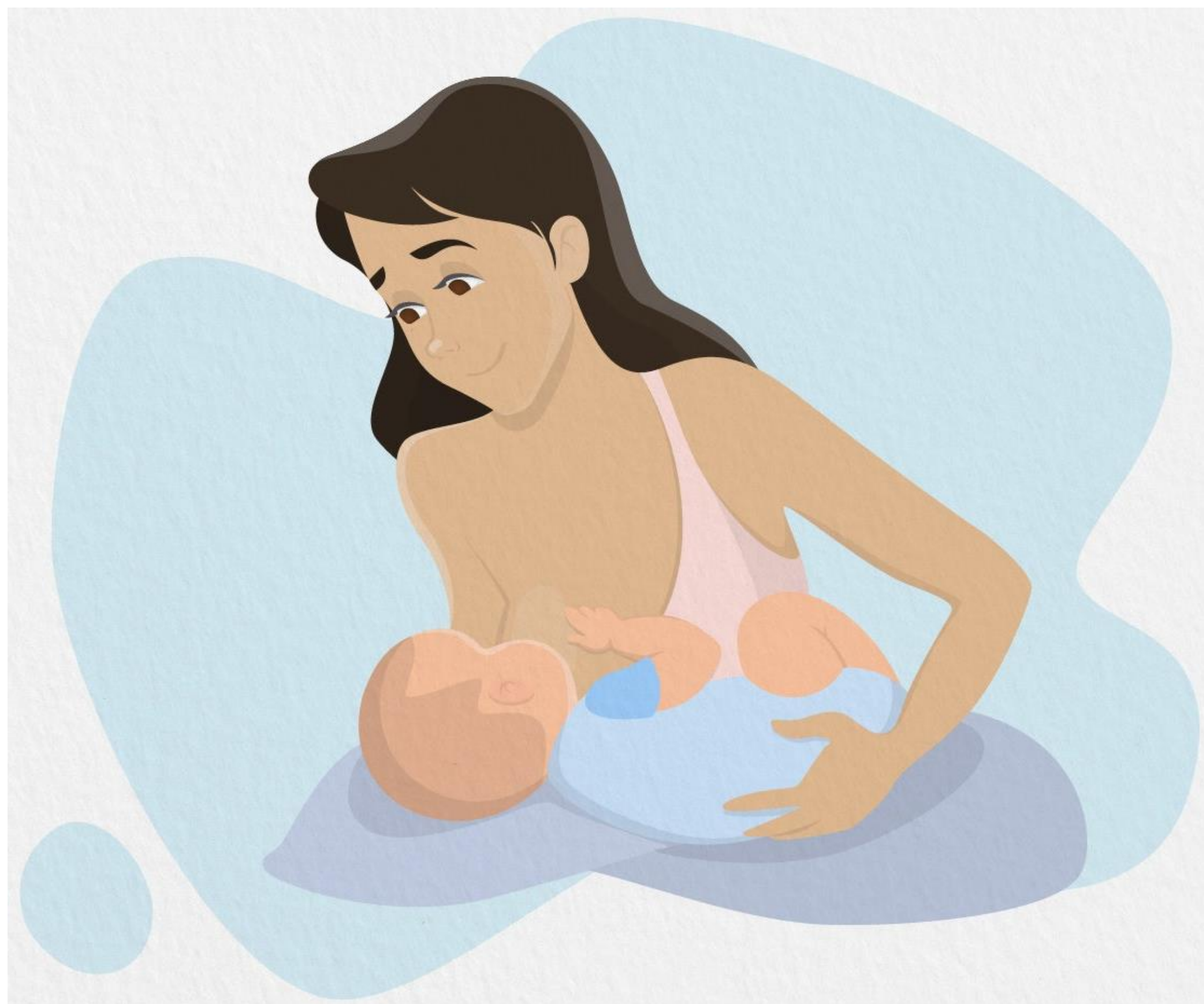
Uso de técnicas manuales para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como **masajes o aplicación de compresas calientes.**

TRABAJO DE PARTO – INTERVENCIONES PARA QUITAR EL DOLOR

La implementación del uso de la **pelota obstétrica** puede ser una estrategia para disminuir el dolor durante el trabajo de parto.



TRABAJO DE PARTO – LACTANCIA MATERNA



- Después del nacimiento, todas las madres deben de **recibir apoyo para iniciar la lactancia, dentro de la primer hora del puerperio.**
- Todas las mujeres deberán recibir apoyo práctico que les permita establecer la lactancia y manejar las dificultades más comunes.