

Guía de estudio laboratorio de partos

Matrona: Vanessa González Piña

La presente guía tiene como objetivo recopilar los tópicos y procedimientos más relevantes en el manejo de trabajo de parto y parto.

Para comenzar:

Definición de Trabajo de Parto: operacionalmente se define como la presencia de 2 ó más contracciones en 10 minutos, de 30 ó más segundos de duración (palpatoria), por un período mínimo de una hora acompañadas de modificaciones cervicales: borramiento>/= 50% y dilatación >/= 1 cm. (del orificio cervical interno).

Primera Etapa del Parto (o período de dilatación)

Fase Latente: lapso que media entre el inicio del trabajo de parto y la presencia de un cuello borrado y tres centímetros de dilatación.

Fase Activa: lapso que media entre los 3 y los 10 centímetros de dilatación. A su vez, la fase activa presenta una fase aceleratoria (3-8 cm) y una fase desaceleratoria (8-10 cm). En este período del parto tienen que producirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación. En la fase desaceleratoria ocurre mayormente el descenso.

Segunda Etapa del Parto (o período de expulsivo)

Tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.

Tercera Etapa del Parto (o período del alumbramiento)

Lapso que media entre el nacimiento del RN y la expulsión de la placenta.

(Guía Clínica Perinatal 2015)

Ingreso de Pacientes a Unidad de Prepartos:

Los requisitos para ingreso a la Unidad de prepartos son 2 principalmente:

- 1.- Pacientes que se encuentren en fase activa de trabajo de parto.
- 2.- Pacientes que tengas diagnósticos de alteración de la Unidad feto placentaria: (RCIU, OHA, REGISTRO CARDIOFETAL ALTERADO, PRESENCIA DE MECONIO, DOPPLER O PERFIL BIOSFÍSICO ALTERADO, entre otros).

INGRESO A LA UNIDAD:

- Recepcionar usuaria a prepartos • Asignar unidad • Entregar información relevante de la unidad
- Registro en ficha clínica, a continuación, se presentan modelos tipo de evoluciones de distintos actividades y procedimientos:

I. DIAGNÓSTICO:

1. Paridad: Primigesta (son las usuarias que están cursando su primer embarazo)

Nulíparas: (usuarias que han tenido abortos, pero no partos)

Multípara: (usuarias que han tenido partos, se señala la cantidad de partos, por ejemplo, Multípara de 4 si tiene 4 hijos, esto es independiente del tipo de parto).

FÓRMULA OBSTÉTRICA UTILIZADA:

AB/CD/EF/G

A: cantidad de abortos espontáneos.

B: cantidad de abortos provocados.

C: cantidad de partos prematuros.

D: cantidad de partos de término.

E: cantidad de mortinatos.

F: cantidad de mortineonatos.

G: hijos vivos.

Ejemplo:

Sra. Juana tiene 4 hijos por parto vaginal, 1 de 27 semanas que falleció a los 4 días de vida, y tiene antecedente de 1 aborto espontáneo.

Fórmula Obstétrica:

10/13/01/3

2. semanas de gestación, señalar si el cálculo es por fur y eco acorde o por fur operacional.

3. fase de trabajo de parto

4. diagnósticos secundarios (patologías y/o antecedentes)

II

Monitorización electrónica fetal: Corresponde a un monitoreo electrónico y un registro continuo conjunto de la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina, generando un registro gráfico en papel de ambos parámetros.

Esta técnica examina la capacidad del sistema cardiovascular fetal, de responder a las modificaciones tónicas del sistema nervioso autónomo. Esta depende de la indemnidad hemodinámica y del sistema nervioso autónomo y de una oxigenación fetal en límites normales.

Instalación de Monitor cardiotelial:

- ✓ Informa a la usuaria procedimiento a realizar
- ✓ Lava sus manos
- ✓ Enciende monitor
- ✓ Sigue la gestante descubierto
- ✓ Con manos tibias realizar maniobras de Leopold
- ✓ Poner cardiogel en transductor cardiotelial
- ✓ Ubicar transductor cardiotelial en foco de auscultación máxima del corazón (se identifica en dorso fetal con la segunda maniobra de Leopold, se realiza una línea imaginaria entre la fosa iliaca y el ombligo de dicho lado y en el punto medio de esta línea se encuentra el foco de auscultación máxima).
- ✓ Fija transductor con huinchas del monitor
- ✓ Posiciona tococinamómetro en fondo uterino
- ✓ Fija tococinamómetro con huinchas del monitor
- ✓ Presiona botón de impresión y regula tococinamómetro con botón auto O.
- ✓ Espera 20 minutos o más y evalúa

Recordatorio:

Estática Fetal:

A partir de la semana 28 de gestación, se recomienda la explorar la estética fetal mediante las maniobras de Leopold.

Estática fetal: es la relación que guarda el feto consigo mismo y con la madre. Para describirla se consideran cuatro componentes: Situación, presentación, posición y actitud.

Situación: Es la relación que guarda el eje del feto con el de la madre. Puede ser longitudinal, transversa u oblicua. La situación longitudinal es la adecuada para el parto, la transversa lo contraindica y la oblicua puede modificarse hacia longitudinal u transversa.

Presentación: Es la parte del feto que está en relación con el estrecho superior de la pelvis materna, la parte que se presenta.

Cuando la situación es longitudinal la presentación puede ser: cefálica o podálica.

Dentro de la presentación céfálica se encuentran: Occipucio o vértice, sincipucio o bregma, frente y cara. Respecto a la posición podálica se distingue: nalgas (simples o francas), nalgas completas (nalgas y pies) o nalgas incompletas (nalgas con uno o ambos pies o rodillas en vagina). En situaciones transversas la presentación puede ser de hombro o de brazo.

Posición: Es la relación que guarda el punto guía, que en presentación de vértice se considera al occipucio, con el lado derecho o izquierdo, anterior o posterior en relación a la pelvis materna.

Actitud: Es la relación que guardan entre sí las distintas partes del feto; es decir, el grado de flexión o deflexión que ésta presente.



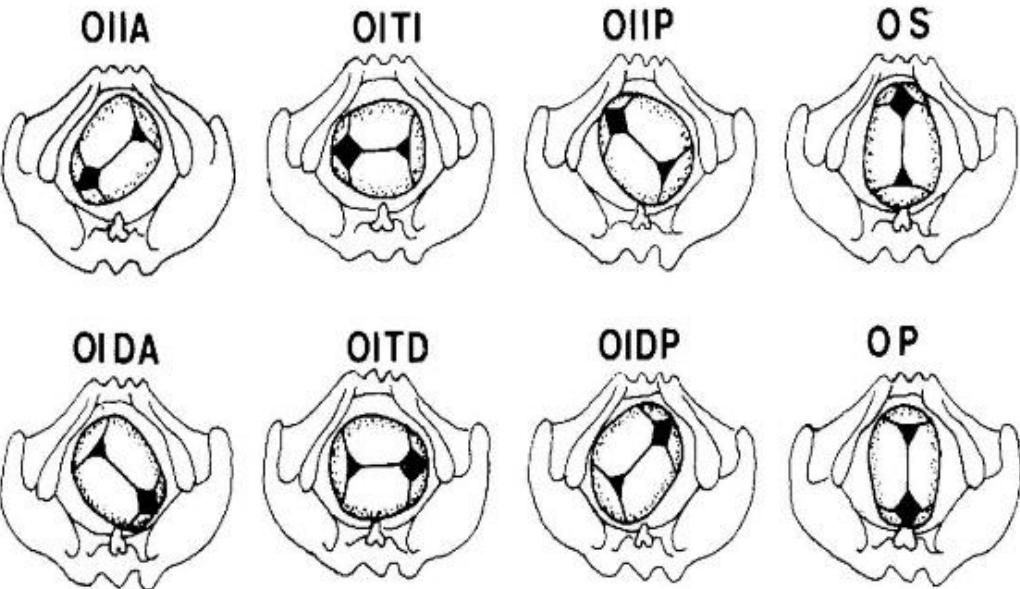


Figura 19-6. Representación esquemática de las diversas posiciones de la presentación de vértice. OIIA: Occípito-iliáca-izquierda-anterior; OITI: Occípito-iliáca-transversa-izquierda; OIIP: Occípito-iliáca-izquierda-posterior; OS: Occípito-sacra; OIDA: Occípito-iliáca-derecha-anterior; OITD: Occípito-iliáca-transversa-derecha; OIDP: Occípito-iliáca-derecha-posterior; OP: Occípito-pública.

25

Maniobras de Leopold:

MANIOBRAS DE LEOPOLD

@enfermera.en.proceso

Son acciones que se realizan para determinar la estática fetal
Se realizan a partir de las 28 semanas de gestación

1era Maniobra



OBJETIVO: Identificar y localizar el fondo uterino y el polo fetal

3ra Maniobra



OBJETIVO: Determinar qué parte del feto se presenta al estrecho superior de la pelvis materna (cefálico o podálico)

2da Maniobra



OBJETIVO: Identificar la posición (derecha o izquierda) y situación fetal (longitudinal, transversal u oblicuo)

4ta Maniobra



OBJETIVO: Determinar el grado de encajamiento y corroborar la presentación

Las 3 primeras maniobras se realizan mirando en dirección a la gestante, la última se hace dando la espalda.

III: CONTROL SIGNOS VITAL Y EXÁMEN FÍSICO GENERAL Y SEGMENTARIO: Hay que considerar que dada la situación de urgencia el examen físico es acotado a lo obstétrico (Estado general, Dinámica uterina, tono uterino, movimientos fetales y flujo general)

SIGNOS VITALES



IV: ANAMNESIS:

Antecedentes mórbidos personales

alergias

antecedentes quirúrgicos

antecedentes obstétricos: (hijos, vías de parto, pelvis probada: significa el peso mayor del hijo nacido por vía vaginal, PIG: periodo intergenésico, significa tiempo restante entre el último embarazo y ahora, etc.)

antecedentes de consumo drogas, alcohol y tabaco durante el embarazo.

revisión de exámenes:

grupo y RH, Chagas, VIH (de las 32 semanas en adelante se considera como actual su resultado o con vigencia de 3 meses), hematocrito con vigencia de 3 meses y en el ingreso a la unidad de prepartos se toma el IV RPR.

V: Instalación de vía venosa periférica

- ✓ Informa a la usuaria de procedimiento a realizar
- ✓ Realiza lavado de manos
- ✓ Reúne materiales
- ✓ Posiciona materiales en riñón
- ✓ Embebe torulas de algodón con alcohol
- ✓ Realiza postura de guantes
- ✓ Liga brazo a puncionar
- ✓ Palpa vena a puncionar
- ✓ Aseptiza sitio de punción
- ✓ Fija piel traccionando hacia abajo
- ✓ Ingresá con aguja en ángulo de 15° a 30°
- ✓ Al ver reflujo de sangre retira mandril e inserta teflón

- ✓ Presiona piel sobre el teflón para detener flujo de sangre
- ✓ Instala llave de 3 pasos
- ✓ Instala jeringa con suero o bajada de suero y verifica permeabilidad de vía venosa
- ✓ Cierra llave de tres pasos y retira jeringa
- ✓ Instala Tegaderm o fija vía con tela Transpore
- ✓ Rotula fecha, hora, calibre y nombre del operador
- ✓ Elimina material utilizado
- ✓ Registra: **EVOLUCIÓN DE INSTALACIÓN VÍA VENOSA:**

Se instala vía venosa en (lugar del sitio de punción), (nº de bránula), exámenes que se deben tomar (RPR y los faltantes del control prenatal o los vencidos), se menciona que tipo de suero se deja perfundiendo.

EVALUACIÓN Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

Manejo del Parto en la Fase Activa:

Durante el trabajo de parto la evaluación de la gestante debe ser permanente, se sugiere que la evolución clínica se realice de forma horaria, junto con la evaluación de la dinámica uterina, se debe efectuar la evaluación de la unidad feto-placentaria mediante la interpretación de MEFI. La dilatación y el descenso deben ser evaluados basándose en los tiempos establecidos para realización de tacto vaginal. El uso de partograma se recomienda en presencia de una alteración en la progresión. La dinámica uterina será controlada por matrona (ón) cada 60 minutos. En caso de uso de oxitocina, se recomienda que el control sea cada 30 minutos, a continuación se menciona un modelo estándar de tipo de evolución y posteriormente se desglosara de forma explicativa cada ítem.

EVOLUCIÓN ESTÁNDAR HORARIA:

Se debe mencionar estado general, ciclo vital, descripción de MEFI, flujo genital, estado de vía venosa, y manejos.

Por ejemplo: Usuaria se encuentra en buen estado general, CSV normal, RE: negativo para hipoxia, FCFB: 130 lpm, aceleratorio, sin desaceleraciones, variabilidad moderada, DU: 3/10 de 30"-30"-30" tono normal, FG no se observa, VVP perfundiendo III SRL 500 cc, se deja sentada y monitorizada DLI.

Firma del responsable de la evolución.

La evaluación de progresión del trabajo de parto se realiza mediante tacto vaginal, se sugiere que durante la fase activa aceleratorio se realice cada 3 hrs y en la fase activa desaceleratoria cada 2 hrs, sugerido en base a los tiempos de trabajo de parto. Si la gestante manifiesta sensación de pujío, presenta sangrado, líquido meconial o el MEFI presenta alguna alteración, se puede adelantar. Se debe tener en cuenta que se deben realizar sólo los tactos necesarios, dado que es un examen, molesto e invasivo y esta relacionado directamente con el riesgo de infección. En Chile lo recomendado es un número de 5 tactos máximos, de ser mayor el número de utiliza antibioterapia como profilaxis de endometritis puerperal.

Tabla 1: valores normales para cada una de las etapas del parto

		Etapas del parto		Tiempos esperados
Primera Etapa	Fase Latente	Nulípara Multípara Dilatación	Nulípara Multípara Descenso Nulípara Multípara	Hasta 20 hrs Hasta 14 hrs 1.2 cm/h 1.5 cm/h 1 cm/h 2 cm/h
	Fase Activa			
Segunda Etapa			Nulípara Multípara	90 minutos 60 minutos
Tercera Etapa			Nulípara Multípara	45 minutos 30 minutos

De Pérez Sánchez 4° ed.

Descripción del procedimiento: Tacto vaginal

- ✓ Informa a la usuaria procedimiento a realizar
- ✓ Lava sus manos
- ✓ Realiza postura de un guante estéril
- ✓ Solicita a asistente que posicione chata
- ✓ Solicita a asistente que realice aseo genital con antiséptico y que deje caer agua tibia en los genitales de la usuaria
- ✓ Entreabre vulva con dedos meñique y pulgar
- ✓ Introduce dedos índice y medio en vagina
- ✓ Dentro de la vagina posiciona hasta llegar al cuello uterino dejando pulgar hacia arriba
- ✓ Al llegar describe VaVa y posición del cuello
- ✓ Describe consistencia, borramiento y dilatación
- ✓ Describe estado de membranas, menciona características de líquido amniótico si corresponde, describe grado de descenso y variedad de posición del feto
- ✓ Retira mano y solicita a asistente que deje caer agua tibia en los genitales
- ✓ Retira guante desde la muñeca según técnica
- ✓ Elimina guante en desechos biológicos
- ✓ Lava sus manos
- ✓ Registra

EVOLUCIÓN TIPO DE TACTO VAGINAL:

Descripción de MEFI y descripción de TV según orden de BISHOP, es decir, posición de cuello, consistencia, borramiento, dilatación, estado de las membranas, (si están rotas se describe el LA), presentación, variedad de posición y encajamiento.

ejemplo: cuello central, blando, B100%, 5 cm de dilatación, Rem al tacto con salida de LA claro, cef en OIIA, E-2, mantengo monitorizada. firma del responsable.

“Se recomienda intervenir en el curso espontáneo del parto, sólo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o la dilatación o si existe una sospecha de compromiso de la unidad feto-placentaria. En el manejo del trabajo de parto fisiológico, se mantiene y refuerza el manejo personalizado, según orientaciones del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo”

(Guía Clínica Perinatal 2015)

Rotura artificial de las membranas (RAM)

Se recomienda no efectuar RAM como una medida habitual en todo trabajo de parto y sólo realizarla bajo alguna indicación, se realiza según las normas de asepsia, con monitorización de la frecuencia cardiaca fetal. Posterior a la realización de RAM, la mano de debe mantener en el canal de parto, primero para observar las características del líquido amniótico (LA) y segundo para descartar un prolapsode cordón.

Indicaciones de RAM:

- Necesidad de observar las características del líquido amniótico.
- Inicio de una prueba de trabajo de parto.
- Colocación de electrodo cefálico o amnioinfusión.
- Obtener descenso y/o apoyo cefálico.
- Optimizar la dinámica uterina.

Descripción del procedimiento: Rotura artificial de membranas

- ✓ Informa a la usuaria procedimiento a realizar
- ✓ Lava sus manos
- ✓ Realiza postura de un guante estéril
- ✓ Solicita a asistente que posicione chata
- ✓ Solicita a asistente que realice aseo genital con antiséptico y que deje caer agua tibia en los genitales de la usuaria
- ✓ Entreabre vulva con dedos meñique y pulgar
- ✓ Introduce dedos índice y medio en vagina
- ✓ Dentro de la vagina posiciona hasta llegar al cuello uterino dejando pulgar hacia arriba
- ✓ Al llegar describe VaVa y posición del cuello
- ✓ Describe consistencia, borramiento y dilatación
- ✓ Al tocar cuello uterino inserta rama sobre la palma de la mano diestra
- ✓ Con la punta de la rama hacia arriba rasga suavemente la bolsa de membranas amnióticas
- ✓ Al romper membranas deberá ver salida de líquido amniótico
- ✓ Retira rama y posteriormente su mano
- ✓ No retire la mano hasta descartar prolapsode cordón
- ✓ Retira guante desde la muñeca según técnica
- ✓ Elimina guante en desechos biológicos
- ✓ Higieniza sus manos y menciona registro

Aceleración o conducción oxitólica

Indicaciones:

Hipodinamia:

- Dinámica uterina menor de 3 en 10 minutos en dos controles sucesivos y que no produce modificaciones en el descenso o la dilatación.
- Dinámica uterina de baja intensidad en dos controles sucesivos y que no produce modificaciones en el descenso o la dilatación.

Dinámica uterina incoordinada:

- Dinámica uterina que se puede manifestar como bigeminismo o trigeminismo y que no produce modificaciones en el descenso o la dilatación.

Recordar: "la progresión del parto se logra con 200 U Montevideo (frecuencia por intensidad)". Caldeyro – Barcia.

Esquema de uso de la oxitocina:

Administración por Bomba de infusión continua, la dosis se calcula en mU/min, dosis inicial recomendada (2mU/min) y aumento en intervalos de tiempo preferible cada 20 - 30 minutos con dosis máximas recomendada de 20 mu/min. El objetivo de la conducción oxitólica es obtener 3 a 5 contracciones en 10 minutos, de buena intensidad, con un patrón negativo para hipoxia. La monitorización electrónica fetal debe ser continua en los primeros 20 minutos y se sugiere a permanencia cuando haya una prueba de trabajo de parto o se haya indicado en mujeres con una cesárea anterior. Frente a casos de taquisistolía (DU ≥ 6 en 10 min) se deberá disminuir o suspender la dosis oxitólica.

Preparación de Oxitocina:

- ✓ Higieniza sus manos con alcohol gel o realiza lavado de manos
- ✓ Reúne material (bandeja, jeringas, 2 ampolla de oxitocina, torulas de algodón, alcohol, suero fisiológico de 500 cc)
- ✓ Aseptiza medicamentos y bandeja con alcohol
- ✓ Posiciona material limpio en bandeja (torulas con suero fisiológico, jeringa 5 cc, ampolla de oxitocina)
- ✓ Abre ampolla de oxitocina
- ✓ Aspira completa la ampolla de oxitocina y deja la jeringa en la bandeja con la tapa sobrepuesta (sin reencapsular)
- ✓ Aseptiza entrada de suero glucosa 5% 500cc y le administra las 2 ampollas de oxitocina
- ✓ rotula el suero
- ✓ Conecta bajada de suero al suero y la ceba
- ✓ Informa a la usuaria procedimiento a realizar
- ✓ Cierra llave de tres pasos al usuario
- ✓ Retira tapa y aseptiza entrada de la llave
- ✓ Conecta suero a la llave de 3 pasos
- ✓ Instala bajada de suero en bomba de infusión continua
- ✓ Calcula dosis para infusión de 2 mili unidades de oxitócica por minuto

- ✓ Programa dosis de oxitocina y comienza infusión de bomba
- ✓ Abre suero oxítoco y llave de 3 pasos
- ✓ Registra el procedimiento y elimina material utilizado

EVOLUCIÓN DE INICIO CONDUCCIÓN SEGÚN TÉCNICA:

Describir MEFI, se inicia conducción oxítoca por (señalar la indicación de conducción) en: preparación: suero fisiológico de 500 cc + 10 unidades de oxitocina (2 ampollas), se deja perfundiendo a 6 cc= 2 mu. mantengo monitorizada.

firma del responsable

IMPORTANTE:

La dosis de inicio es de 2 mu equivale a 6 cc esto se explica según lo siguiente:

500 → 10 UI es lo mismo que decir 500 → 10.000 mu (es importante unificar unidades para usar regla de 3).

Entonces:

500cc → 10.000 mu

X → 2 mu

resultado:

$2 \times 500 = 1.000 / 10.000$ es 0.1; ese valor se debe multiplicar por 60 que son los minutos de una hora para programar 2 mu en Bomba de infusión continua, a 6cc/h.

Partograma

El análisis de la progresión del trabajo de parto fue realizado por Friedman y cols en la década del 50, quienes efectuaron una representación gráfica, describiendo una fase latente inicial seguida de una fase activa con dos partes claramente diferenciadas como se mencionó anteriormente. La curva sigmoidea representa la dilatación cervical a lo largo del tiempo, y el descenso de la presentación se representa por una curva hiperbólica.

Partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados a la progresión del trabajo de parto.

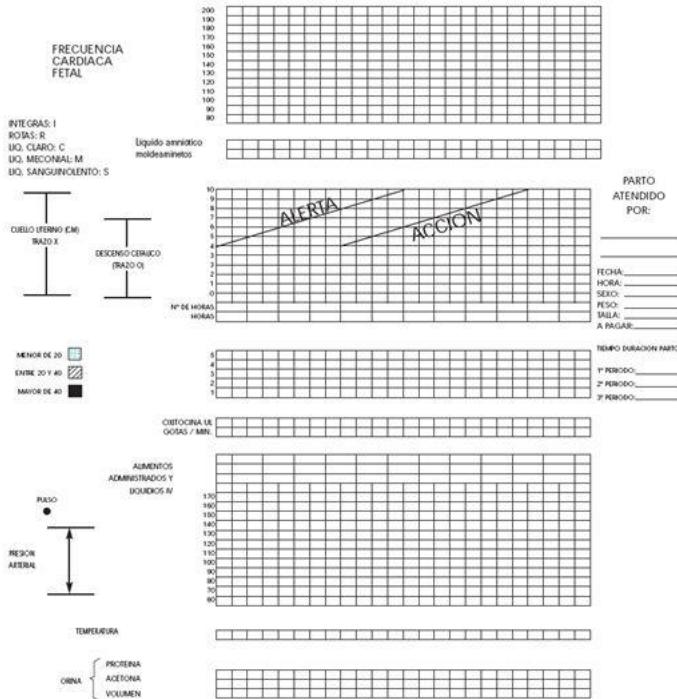
Se recomienda el uso de un partograma con línea de acción de 4 hrs. Se registrarán las exploraciones vaginales (dilatación cervical, descenso y posición de la cabeza fetal) y la frecuencia e intensidad de la dinámica uterina, lo que permite valorar en conjunto la evaluación del parto, además información acerca del estado materno como control de signos vitales).

El partograma propuesto por la OMS tiene una línea de alerta que se inicia a los 4 centímetros y se dibuja considerando una dilatación de 1 cm por hora, y una línea de acción que se dibuja con el inicio de 4 hrs después de los 4 cm, con una inclinación también de 1 cm por hora. La dilatación a un ritmo normal debe ocupar el espacio entre estas 2 líneas.

PARTOGRAMA DE LA OMS

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

NOMBRE: _____ GRAVIDEZ: _____ PARIDAD: _____ N° DE HISTORIA CLÍNICA: _____
FECHA DE INGRESO: _____ HORA DE INGRESO: _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS: _____ HORAS



- Partograma modelo
- Estándar
- Internacional de la OMS desde 1988

VIGILANCIA FETAL INTRAPARTO

La evaluación de la condición fetal durante el trabajo de parto es de gran relevancia y no ésta exenta de controversia. Hay evidencia que señala que una monitorización continua podría aumentar la tasa de cesáreas y partos operatorio, por otro lado, los aspectos médicos legales representan una presión al equipo clínico para mantener una vigilancia del bienestar fetal más estricta durante el trabajo de parto.

El trabajo de parto prueba la reserva fetal, ésta instancia representa un escenario nuevo en el equilibrio respiratorio, las contracciones uterinas interrumpen de forma intermitente el flujo sanguíneo hacia el espacio intervelloso, por ende la oxigenación, la compresión de cordón, producto de la disminución del volumen del líquido amniótico tras una rotura de membranas, también podría condicionar la entrega de oxígeno hacia los tejidos fetales. En condiciones normales las reservas fetales pueden sobrellevar dicho escenario, pero una condición de deterioro de la unidad feto placentaria no, lo que generaría hipoxia y acidosis, produciendo daño metabólico y a nivel vascular causando patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal, provocando daños cerebrales incluso óbitos fetales.

En la actualidad se recomienda una monitorización electrónica fetal al menos por 20 a 30 minutos al ingreso de la unidad de prepartos a las pacientes que se hospitalizan por trabajo de parto.

Existen 2 tipos de Monitorización:

1.- Auscultación intermitente: Consiste en auscultar los latidos mediante el estetoscopio de pinard, se recomienda en embarazos de bajo riesgo, se realiza durante un minuto después de una contracción uterina y se repite cada 15 a 20 minutos en la fase de dilatación y cada 5 minutos en la fase de expulsivo, aunque en la actualidad se indica monitorización electrónica continua desde el inicio de fase activa desaceleratoria (8 cm), se debe llevar un registro de los latidos para identificar un patrón.

Técnica: • Palpación del abdomen en busca del dorso fetal (maniobras de Leopold) • Colocación del estetoscopio en relación con la espalda o el hombro fetal • Correlacionar con el pulso materno • Palpación del útero para la detección de las contracciones. Contar la frecuencia cardíaca entre contracciones, para conocer la frecuencia cardíaca fetal basal (FCFB) • Contar la frecuencia cardíaca por 60 segundos, durante y posterior a las contracciones, para conocer la respuesta fetal a la dinámica uterina

2.- Monitorización electrónica fetal: Corresponde a un monitoreo electrónico y un registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina, generando un registro gráfico en papel de ambos parámetros.

Existen 2 tipos definidos por la presencia o ausencia de dinámica uterina.

1. **Registro estresante:** 2 o más contracciones en 10 min
2. **Registro Basal No estresante RBNE:** no presenta o presenta menos de 2 contracciones en 10 min.

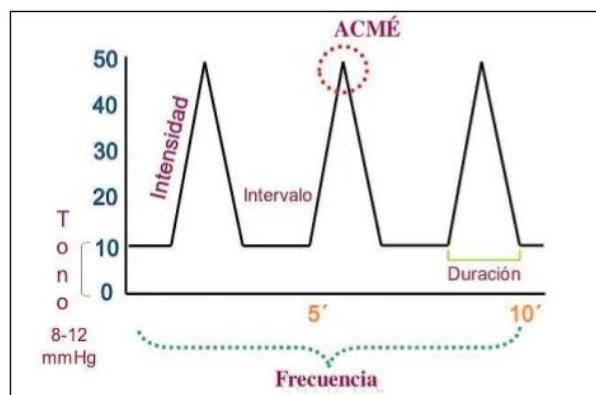
Parámetros a evaluar para interpretación:

1. **Dinámica Uterina:** contracciones que se presentan en un periodo de 10 minutos, se evalúa la frecuencia (número), intensidad (tono), duración (segundos).

Se clasifica como:

- **Normal:** 3 a 5 contracciones en 10 minutos
- **Hipodinamia:** menor o igual de 2 contracciones en 10 minutos
- **Taquisitolía o polisitolía:** más de 5 contracciones en 10 minutos.

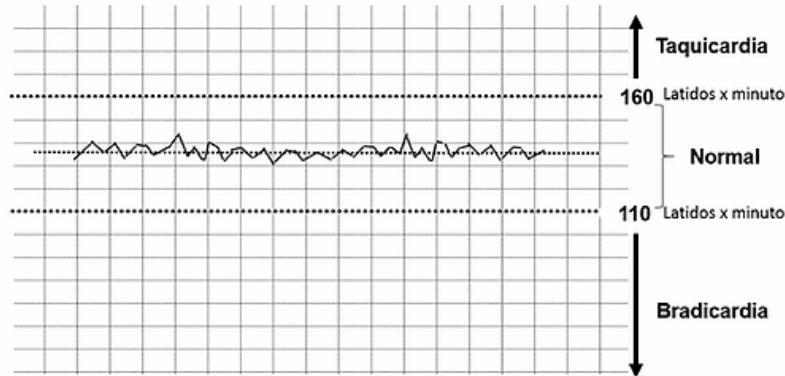
CARACTERISTICAS DE LAS CONTRACCIONES



2. Frecuencia Cardiaca fetal basal (FCFB): Es el promedio de la frecuencia cardiaca fetal, sin considerar aceleraciones ni desacelraciones en un periodo de 10 minutos.

Se clasifica en:

- FCBF: 110- 160 lpm
- Taquicardia: sobre 160 lpm
- Bradicardia: menor a 110 lpm



3. Variabilidad: Corresponde a las fluctuaciones que ocurren entre cada latido. Se mide estimando la diferencia entre la oscilación mayor y menor en un minuto de trazado.

Se clasifica:

- Saltatoria o marcada: mayor a 25 lpm
- Moderada: entre 5 a 25 lpm (normal)
- Mínima: menor a 5 lpm
- Ausente: oscilación nula de la basal

Tipos de Variabilidad

Según la amplitud y la frecuencia la variabilidad puede ser:

•

Ausente



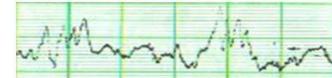
•

Mínima



•

Moderada

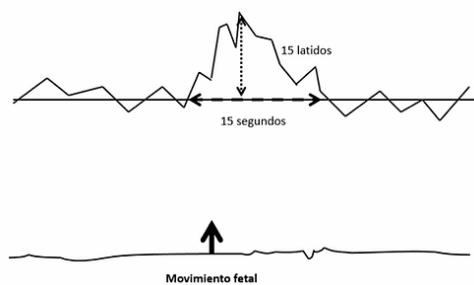


•

Marcada



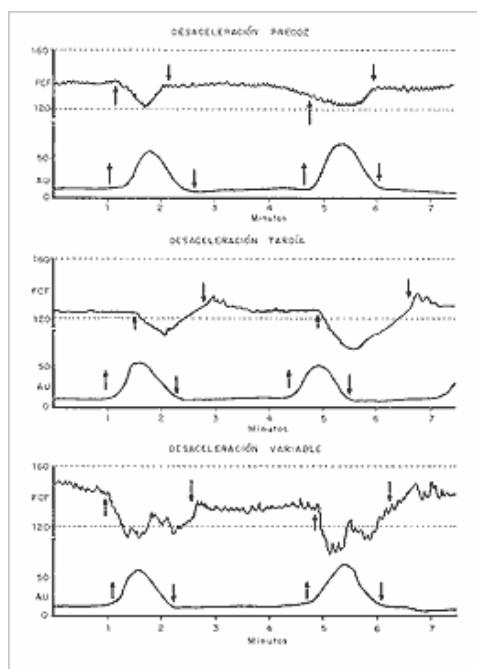
4. Aceleraciones: Corresponden a aumentos transitorios de la FCFB iguales o mayores a 15 lpm por un tiempo de 15 seg o más. En gestaciones menor a 32 semanas se considera mayor a 10 lpm y 10 seg de duración.



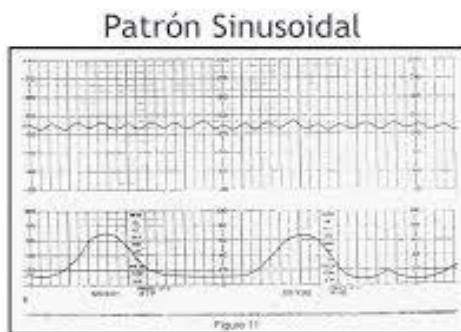
5. Desaceleraciones: Corresponden a episodios transitorios de disminución de la FCFB iguales o mayores a 15 lpm o más segundos.

Se clasifican en:

- Precoces: coinciden con la contracción, ocurren por comprensión de la cabeza fetal, estimulación vagal.
- Tardías: se presentan desfasadas al acmé de la contracción y ocurren por hipoxia.
- Variables: no presentan un patrón constante de ahí su nombre, se dividen en simples y complejas, su origen es por compresión de cordón y en el caso de las complejas también por hipoxia. Las desaceleraciones complejas se caracterizan por cumplir con 1 de las 3 reglas: (dura 60 segundos, llega a los 60 lpm o desde la basal presenta un descenso de 60 lpm)
- Prolongada: Desaceleración que dura más de 2 minutos pero menos de 10 minutos.



Patrón sinusoidal: Corresponde a una oscilación regular de la variabilidad a largo plazo de la FCFB que simula una onda sinusoidal, se relaciona con anemia fetal.



Alteraciones en MEFI

1. Causas de taquisistolía:

- Uso de misoprostol
- Uso de oxitocina
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI)
- Desproporción céfalo- pélvica (DCP)
- Infecciones
- Meconio

2. Causas de Taquicardia:

- Fiebre
- Corioamnionitis
- Betamiméticos
- Hipoxia
- Idiopática

Causas de Bradicardia:

- Hipotensión materna
- Anestésicos
- Taquisistolía/Hipertensión
- DPPNI
- Prolapso de cordón
- Hipoxia
- Expulsivo

3. Causas de variabilidad ausente o mínima:

- Sueño fetal (duración limitada)
- Hipoxia
- Alteración anatómica del SNC
- Fármacos

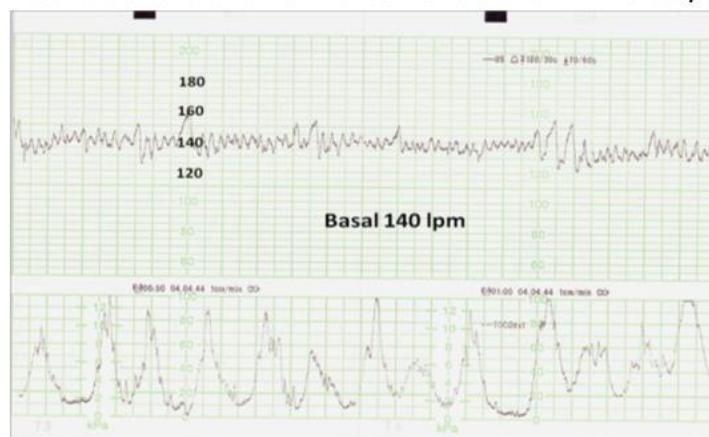
Causas de variabilidad marcada:

- Hipoxia aguda

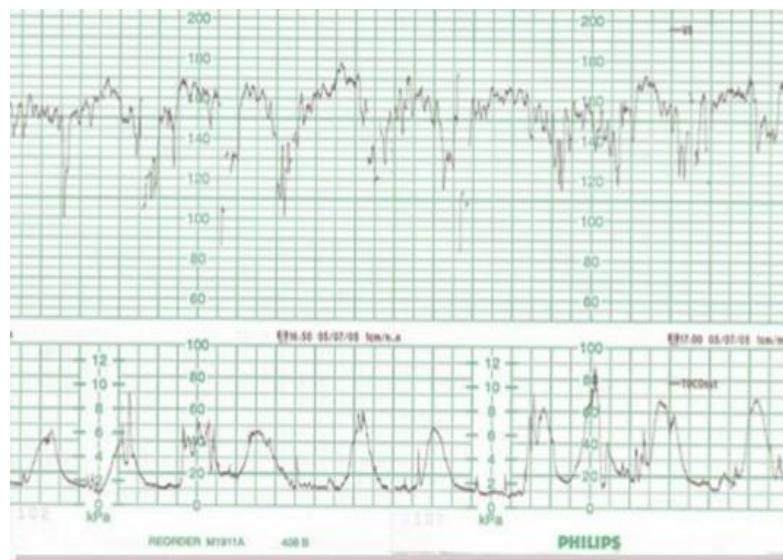
Clasificación de MEFI:

Categoría I (Registro Estresante negativo para hipoxia): Las 5 características se presentan en rangos normales (FCFB, aceleraciones, desaceleraciones, variabilidad y dinámica uterina)

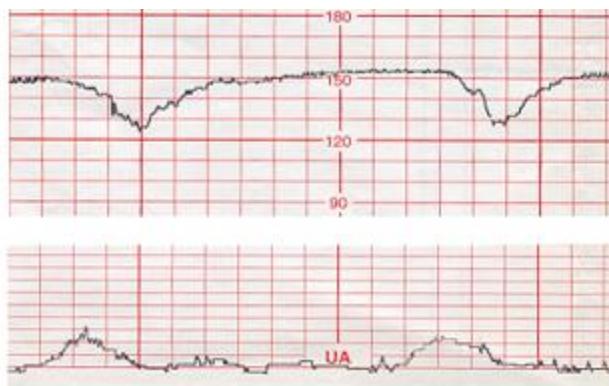
(Puede presentar desaceleraciones precoces en contexto de aceleraciones presentes)



Categoría II (Registro sospechoso): Corresponde al 80% del monitoreo, presenta al menos algún parámetro alterado. Por ejemplo, taquicardia, variabilidad disminuida, desaceleraciones variables simples, taquisistolía.



Categoría III (Registro positivo para Hipoxia): Presencia de variabilidad ausente acompañada de bradicardia, desaceleraciones tardías o variables. Incluye el patrón sinusoidal.



Manejo Práctico

- MEFI categoría I:** Son predictor de normalidad del estado ácido base fetal, no requiere ningún tipo de intervención específica.
- MEFI categoría II:** Su predicción de anormalidad del estado ácido base fetal es relativa, por lo que se debe implementar vigilancia fetal de forma continua y aplicar medidas para recuperar o mantener es estado normal de ácido-base fetal.
- MEFI categoría III:** Es un potente predictor de alteración del estado ácido-base fetal, por lo que se debe realizar reanimación fetal y resolver el parto por la vía más expedita.

Es decir, **MEFI categoría II y III: se consideran alterados, lo que conlleva un alto riesgo de encefalopatía neonatal, parálisis cerebral y acidosis neonatal.** Siempre se debe considerar en conjunto la interpretación de un registro con la fase de trabajo de parto y la paridad. El tiempo de resolución va a depender de cada servicio, pero se sugiere no sobrepasar los 30 a 40 minutos con un registro alterado sin respuesta efectiva a las intervenciones de reanimación.

Maniobras de Reanimación Intrauterina:

Hemodinamia Materna: corregir hipotensión, aporte rápido por vía periférica.

Flujo Uterino: Lateralización materna, ya sea hacia derecha o izquierda, ésta última de preferencia, con el objetivo de descomprimir la vena cava inferior para mejorar el flujo sanguíneo al útero.

Oxigenación: Mascarilla de oxígeno a 10 L/min (por 10 a 30 minutos)

Suspender oxitocina: Detener la administración endovenosa de oxitocina.

Tocolisis de urgencia: Fenoterol Ampollas de 10 cc que contienen 0,5 mg . Se recomienda efectuar una dilución de 1 cc de la ampolla y llevarla a 10 cc con suero fisiológico. De esta dilución administrar 2 cc ev lento (10ug). Precauciones : produce taquicardia materna. No debe utilizarse en aquellas circunstancias en que una taquicardia materna pueda causar un

efecto adverso. Nitroglicerina La dosis recomendada es de 50–100 mcg ev directo. (pueden administrarse hasta 400 mcg). Precauciones : produce hipotensión .

Otras Medidas: Amnioinfusión: es un procedimiento clínico de uso rutinario en diversos centros obstétricos, que tiene indicaciones precisas para su uso durante el trabajo de parto. Indicaciones MFE con desaceleraciones variables simples frecuentes, atribuibles a compresión de cordón. Materiales y Técnica Materiales : suero tibio (Ringer o Fisiológico); equipo de catéter intrauterino desechable; llave de tres pasos; bomba de infusión; Técnica de colocación de la sonda intrauterina: Se llena el catéter con suero fisiológico y se comprueba permeabilidad. Se inserta el catéter guiándolo con la camisa del equipo y orientándolo habitualmente por la pared uterina posterior. Se introduce hasta que la línea marcada en el catéter esté situada en el introito. Se inyecta un poco de suero tibio para asegurar que el sistema esté permeable. Se comienza la instilación. Protocolo de uso. • Instilación de 500 ml en 30 a 40 minutos (10-20 ml/min) • Dosis de mantención: 200 ml por hora (3-5 ml/min). Usar BIC. • MFE Continuo y reevaluar en 30 minutos el registro, para decidir conducta a seguir dependiendo si se modifica el monitoreo y el grado de dilatación en que se encuentre.

Indicaciones:

MFE Intermitente: Ventana de 30 minutos:

- En todas las pacientes Al ingresar a Prepartos
- Luego del RAM
- Posterior a la epidural
- Al iniciar la aceleración oxitócica

MFE continuo

- En fase desaceleratoria (8-10 cm dilatación)
- En segunda etapa del parto (expulsivo)
- En caso de patrones sospechosos
- Detección de meconio 2+ o mayor
- Embarazos de alto riesgo Fetos susceptibles a la hipoxemia intraparto (RCIU, intrauterino, embarazos de post-término, partos pretérmino, oligohidramnios)
- Embarazos con patología obstétrica o médica que alteran el flujo uteroplacentario (preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes, lupus, corioamnionitis)

REGISTRO BASAL NO ESTRESANTE (RBNE)

El RBNE se basa en el conocimiento de que los fetos sanos tienen una respuesta cardioaceleratoria en respuesta al movimiento. El RBNE busca si el feto tiene respuesta aceleratoria de sus latidos cada vez que se mueve. Tiene buena sensibilidad para detectar hipoxia fetal, pero mala especificidad. Es decir, la gran mayoría de las veces en que el RBNE esté alterado, el feto estará sano. Por este motivo si el RBNE está alterado, se indicará una prueba más específica (Doppler, PBF ó TTC).

Indicaciones:

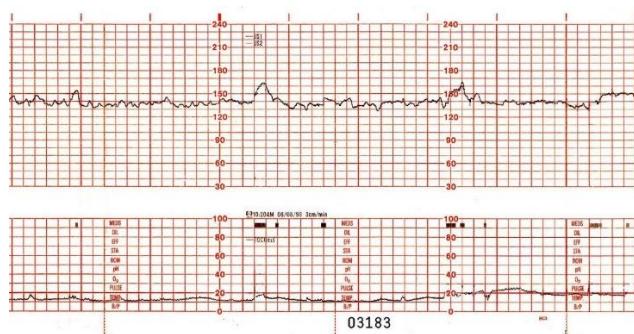
- Disminución de percepción de MF • Diagnóstico de condición materna que lo indique (RCIU, oligohidramnios, PE). • 41 semanas • Patologías obstétricas

Materiales: Monitor fetal con transductor de ultrasonido, tococinamómetro y marcador materno de movimientos fetales.

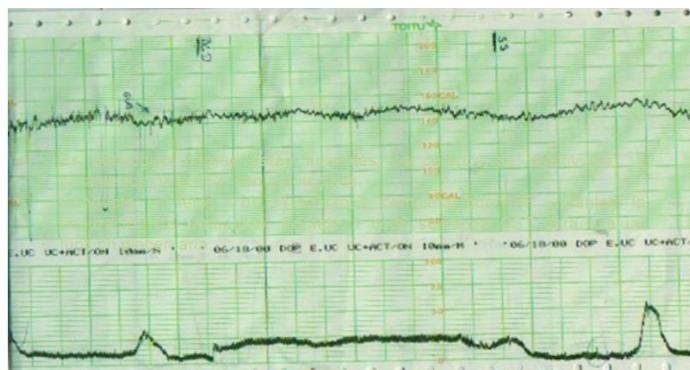
Técnica: Madre en decúbito lateral izquierdo o semi Fowler • Tiempo de registro: 20 minutos • Velocidad del papel: 1 cm/ minuto

Interpretación:

RBNE REACTIVO: presencia de dos ó más aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal de 15 ó más latidos por 15 ó más segundos de duración en relación a la basal. En general estas aceleraciones se presentan asociadas a movimientos fetales. La presencia de aceleraciones de la FCB descritas aun cuando no se asocien a movimientos fetales constituye un RBNE reactivo.



RBNE NO REACTIVO: Aquel que no cumple con las características anteriores por un período total de 40 minutos, habiendo mediado estimulación manual ó acústica del feto.



Descripción del procedimiento

- ✓ Informa a la usuaria procedimiento a realizar
- ✓ Lava sus manos
- ✓ Enciende monitor
- ✓ Sigue procedimiento de la gestante descubierto
- ✓ Con manos tibias realizar maniobras de Leopold
- ✓ Poner cardiógel en transductor cardiotelial
- ✓ Ubicar transductor cardiotelial en foco de auscultación máxima del corazón
- ✓ Fija transductor con huinchas del monitor
- ✓ Posiciona tococinamómetro en fondo uterino
- ✓ Fija tococinamómetro con huinchas del monitor
- ✓ presiona botón del monitor que deja a 10 la marca del tococinamómetro
- ✓ espera 20 minutos y evalúa

RECOMENDACIONES - Se puede realizar solo desde las 32 semanas de EG - Si a los 20 minutos no se detecta reactividad, se puede despertar al neonato con estimulación acústica o vibracional o dar comida a la gestante y extender por 20 minutos más.

TEST DE TOLERANCIA A LAS CONTRACCIONES (TTC) ó REGISTRO ESTRESANTE EI TTC

Se efectúa con la ayuda de un monitor cardio fetal. A diferencia del RBNE (en que no hay contracciones), el TTC estudia la respuesta de los LCF a las contracciones uterinas inducidas por una infusión continua de oxitocina. No se debe confundir con la monitorización fetal intraparto, ya que en este caso se inducen las contracciones. En el TTC la mujer no está en trabajo de parto. Durante las contracciones uterinas, al comprimirse los lagos venosos de la placenta, los fetos con compromiso de su oxigenación desarrollarán hipoxemia transitoria, en respuesta a la cual, presentarán disminución transitoria de la frecuencia cardíaca (desaceleraciones). Es una buena prueba, con muy buena sensibilidad y especificidad para detectar hipoxia fetal. Sin embargo es riesgosa, pues produce contracciones uterinas que pueden llevar a un parto prematuro. Esta prueba sólo debe efectuarse en embarazos de término (> 36 sem); excluir pacientes con placenta previa o historia de metrorragia.]

Indicaciones: • RBNE NR con PBF normal • Monitoreos con desaceleraciones sin ser ominosas • PBF no concluyentes • Evaluar UFP antes de inducción en fetos con riesgo de su deterioro

Contraindicaciones absolutas: • Metrorragia • Placenta previa

Metodología: • Monitor fetal con transductor de ultrasonido y tococinamómetro • Infusión de oxitocina (idealmente por bomba) • Madre en decúbito lateral izquierdo y semi - Fowler • Control de presión arterial materna • Velocidad de papel de registro : 1 cm/ min • Colocar a la paciente al monitor desde el inicio del test

Objetivo: • Obtener a través de la infusión de oxitocina, contracciones uterinas de 3 á 4 en 10 minutos, con una intensidad adecuada y de 40 a 60 segundos de duración. Para interpretar el TTC se requiere mínimo 9 contracciones y/o 30 minutos de observación después de lograr el objetivo antes mencionado.

Interpretación:

- Prueba positiva: presencia de desaceleraciones tardías en el 50% ó más de las contracciones
- Prueba sospechosa: desaceleraciones tardías en menos del 50% de las contracciones
- Prueba negativa: ausencia de desaceleraciones tardías

Evaluación: • Si durante la infusión de oxitocina aparecen desaceleraciones tardías de la FCB en más del 50 % de las contracciones, pese a no obtenerse la intensidad y frecuencia de contracciones descrita, debe considerarse el test como positivo. • Si habiendo alcanzado la frecuencia e intensidad de contracciones descritas no aparecen desaceleraciones, se continúa el test hasta completar número de 20 contracciones para considerarlo como negativo.

Analgesia del Trabajo de Parto

La analgesia para el parto, es de indicación médica.

Los criterios generales para su indicación son:

- Presencia de dolor que amerite la indicación de anestesia.
- Idealmente haber alcanzado una dilatación mayor de 4 cm.
- El consentimiento de la mujer.
- Ausencia de contraindicaciones para anestésicos locales.
- Buena actividad uterina y apoyo cefálico.

Tipos de analgesia obstétrica: La analgesia epidural es la anestesia recomendada. En casos que haya menor dilatación y buena tolerancia de la mujer, podrá usarse analgesia inhalatoria con óxido nitroso. También podrá solicitarse la administración de anestesia combinada (intratecal y peridural).

Descripción del procedimiento

- 1) Conducta de matrona en analgesia peridural
 - ✓ Explicar al paciente el procedimiento y el objetivo del tratamiento
 - ✓ Solicitar firma de consentimiento informado y protocolo GES
 - ✓ Reunir material
 - ✓ Preparación de primer suero ringer lactato pasar en 20 minutos
 - ✓ Auscultar LCF
 - ✓ Toma de P/A y saturación
 - ✓ Llegada de medico
 - ✓ Administrar segundo suero ringer lactato
 - ✓ Aviso a TENS para colaboración

- ✓ Pedir retiro de personas fuera del equipo clínico
- ✓ Postura de gorro y mascarilla
- ✓ Posicionar a la madre según deseo del medico
- ✓ Contener a la usuaria y solicitar que se quede quieta
- ✓ Pasado el procedimiento auscultar LCF o iniciar MEFI continuo por 30 minutos
- ✓ Tomar P/A inmediatamente y cada 5 minutos por 5 tomas
- ✓ Registra el procedimiento y elimina material utilizado

EVOLUCIÓN MANEJO POST ANESTÉSIA:

Se realiza manejo post anestesia peridural, se registra la primera Presión Arterial, saturación, LCF, se mantiene monitorizada.
Firma
del responsable.

OJO: el manejo de anestesia en la primera dosis que es la que incluye punción, la PA y saturación se controla cada 5 minutos por 5 veces, el monitor fetal y de presión se mantiene instalado de forma continua hasta el final, desde la segunda dosis en adelante el control de PA y saturación son 3.

Distocias de Trabajo de Parto

La distocia (dis: anormal, dificultoso + tocos: trabajo de parto - parto) se caracteriza por progreso lento o eventualmente nulo del trabajo de parto. Cuando termina en cesárea generalmente diagnosticamos desproporción céfalo-pelviana o falla en la progresión del trabajo de parto.

Existen distocias desde fase latente hasta el expulsivo, se detallarán las atingentes a la fase activa de trabajo de parto:

Falla en la progresión del trabajo de parto (fase activa):

Las alteraciones de la fase activa, han sido divididas en una serie de categorías, muchas veces superpuestas. Las cuatro principales son:

- **Fase activa prolongada:** luego de iniciada la fase activa, la dilatación es persistentemente lenta (en el p 95).
- **Cese de la dilatación:** inicialmente la dilatación fue adecuada, para luego no progresar por al menos dos horas.
- **Combinación de ambas:** luego de una fase activa prolongada, se establece un cese de la dilatación.
- **Falla del descenso:** en la fase máxima del descenso, éste es menor a 1cm/ hora en la nulípara y menor de 2 cm/hora en la multípara. Lo normal en nulíparas es de 3.3 cm/hora y en multíparas de 6,6 cm/hora.

Las causas más frecuentes de la falla en la progresión de la fase activa son:

- Dinámica uterina inadecuada (nulíparas).
- Desproporción céfalo-pelviana (multíparas).
- Distocia de posición (occípito posteriores).
- Asinclitismo.

Manejo: Primero, el manejo deberá intentar descartar la presencia de una DCP. Una vez descartada ésta, la segunda acción será evaluar la dinámica uterina. Si es inadecuada deberá efectuarse amniotomía y aceleración oxitócica. Si la dinámica uterina es adecuada, indicar anestesia peridural, con aceleración de acuerdo a la característica de la dinámica uterina post anestesia peridural; no es imprescindible la amniotomía. Se debe dar inicio a una “prueba de trabajo de parto”.

Prueba de Trabajo de Parto :

Condiciones para su indicación:

- Rotura de membranas (RAM).
- Optimizar dinámica uterina (DU) hasta obtener 3 a 5 en 10 minutos.
- Analgesia epidural.
- Vigilancia fetal intraparto normal.
- Haber alcanzado la fase activa.

Criterios para diagnosticar el fracaso de la prueba de trabajo de parto:

- Ausencia de progreso de la dilatación cervical en 3 a 4 horas de observación, con al menos dos horas con buena dinámica uterina.
- Detención del descensocefálico en dos horas de observación, con al menos una hora de buena dinámica uterina.

Recomendaciones: Estrategias que disminuyen el riesgo de distocia: • Acompañamiento continuo. • Posición materna erguida. • Hidratación adecuada. • Uso juicioso de anestesia regional. Estrategias que no modifican el riesgo de distocia: • Deambulación

Antibióticos durante el Trabajo de Parto: Prevención de Sepsis Neonatal por Estreptococo Grupo B (SGB)

La incidencia de portadoras de estreptococo Grupo B, es entre 15 y 20% de las embarazadas; en publicaciones extranjeras, esta oscila entre 10 y 30%. Se estima que la contaminación del RN es de un 50% y la infección el 1% de los contaminados. Sin embargo, la ocurrencia de sepsis neonatal por Estreptococo no es un evento de rara ocurrencia en recién nacidos en nuestro país. Se adoptarán las sugerencias del Colegio de Obstetricia y Ginecología de EEUU (ACOG), según recomendaciones del Centro de Control de Enfermedades norteamericano (CDC).

(Guía Clínica Perinatal 2015)

Grupos a tratar con profilaxis: (uno o más de los siguientes factores)

- Antecedente de RN previo con sepsis por Estreptococo grupo B.
- Bacteriuria por Estreptococo en el embarazo actual.
- Cultivo vaginal positivo para Estreptococo grupo B en este embarazo (tratado o no previamente). • Trabajo de parto de pretérmino (< 37 semanas).
- Rotura prematura de membranas más de 18 horas.
- Temperatura mayor o igual a 38°C durante el trabajo de parto, aun en ausencia de otros signos sugerentes de infección ovular.

Esquema antibiótico

- Penicilina G Sódica: 5 Millones IV, seguidos de 2.5 cada 4 horas hasta el parto o
- Ampicilina : 2 g IV, seguidos de 1 g IV cada 4 horas hasta el parto
- Clindamicina 600 mg cada 4 horas hasta el parto (en alergia a la penicilina).

Manejo de la Segunda Etapa:

Expulsivo: El periodo expulsivo es la fase que comprende desde el inicio de la dilatación completa hasta la salida del feto del canal vaginal. Las contracciones son más intensas, frecuentes y coordinadas y en ocasiones aparece un deseo incontrolable de pujar por la presión que realiza el feto sobre el músculo elevador del ano. Cuando la dilatación sea completa, se recomienda dejar a la parturienta en posición semisentada y guiarse por los tiempos señalados para asegurar el descenso. Hacen excepción, para acortar el período de expulsivo, las mujeres que presentan meconio espeso y/o tienen un MEFI sospechoso o patológico.

Se recomienda no hacer pujar a la mujer hasta que el feto esté encajado en Espinas +2 a +3 (pasar en este momento a la sala de partos). En cualquier caso, esta etapa no deberá exceder de 90 minutos en las nulíparas y de 60 minutos en las multíparas, siempre y cuando el monitoreo de la unidad feto-placentaria muestre un patrón normal. En esta etapa del parto, pueden presentarse episodios agudos de distrés fetal, por lo que la recomendación es monitoreo electrónico continuo, hasta el paso de la mujer a la Sala de Partos. Si una vez

que la mujer esté en la sala de partos, no se ha producido el parto luego de 10 minutos, se considerará como “expulsivo detenido” y deberá llamarse al médico para su evaluación y manejo.

Asistencia y cuidados generales:

Lavado de manos: La persona que asistirá el parto deberá realizarse un lavado quirúrgico de manos, el secado debe realizarse con material estéril.

Vestimenta: El uso de vestimenta estéril no quita por completo el riesgo de infecciones durante el procedimiento de asistencia a parto para la parturienta, pero si beneficia la protección ante la exposición para el/ la clínicos ante la exposición de fluidos ya sea maternos o fetales.

Descripción del procedimiento: Postura de vestimenta de pabellón

- Realiza postura de gorro, mascarilla y antiparras
- Lava sus manos quirúrgicamente con antiséptico
- Seca sus manos con compresa estéril
- Solicita que le abran bata estéril
- Toma bata estéril por el cuello y la abre dejándola caer (sin que toque el piso)
- Introduce sus brazos y acomoda con antebrazos la bata sin contaminar o solicita ayuda a acompañante
- Solicita que cierren su bata estéril
- Solicita apertura de guantes esteriles
- Se pone guantes estériles según técnica
- Mantiene las manos en alto luego del procedimiento
- Monta campo estéril

Vestimenta de usuaria de pabellón:

- ✓ Solicitud apertura del paquete de parto, usa paño de envoltura como campo estéril
- ✓ Divide y ordena material en mesa estéril (tijera, pinza anatómica, pinzas kocher, portaagujas, copela y compresas)
- ✓ Informa a usuaria de procedimiento a realizar
- ✓ Toma paño verde y protegiendo sus manos lo instala bajo las nalgas de la gestante
- ✓ Solicitud que abran torulas de algodón estéril
- ✓ Posiciona torulas de algodón en copela
- ✓ Solicitud que vierten suero fisiológico estéril sobre torulas de algodón
- ✓ Toma tórulas de algodón con pinza kocher
- ✓ Realiza limpieza de parte interior del muslo derecho hasta llegar a la vulva de forma vertical de arriba hacia abajo y desecha la tórula
- ✓ Realiza limpieza de parte interior del muslo izquierdo hasta llegar a la vulva de forma vertical de arriba hacia abajo y desecha la tórula
- ✓ Realiza limpieza de vulva con tórulas de algodón, finalizando en la zona perianal y desecha la tórula

- ✓ Realiza postura de pierneras cubriendo sus manos con un dobles de la piernera para no contaminarse
- ✓ Repite el procedimiento con la otra piernera
- ✓ Cubriendo sus manos posiciona ultimo paño sobre vientre materno

Inicio de pujo: Se recomienda pujar sólo cuando la parturienta tenga la sensación de hacerlo, así favorece el correcto descenso de la presentación y la rotación espontánea de la cabeza fetal.

Protección del periné: Se utiliza para disminuir traumatismos, se realiza con protección activa del periné y deflexión controlada de la cabeza en el momento del expulsivo.

Perineotomía o episiotomía: No debe ser un procedimiento estándar de la práctica de atención del parto. Sólo debe efectuarse perineotomía o episiotomía frente a una indicación caso a caso. La realización de episiotomía implica contar con las competencias para resolver sus complicaciones: hematomas, desgarros.

Manejo de la Tercera Etapa:

Alumbramiento: Es la etapa que se extiende desde la expulsión del feto hasta la salida completa de la placenta y de los anexos ovulares, se caracteriza por la aparición de una serie de signos:

- Altura del fondo uterino: Cuando la placenta no se ha desprendido, el útero permanece por encima del ombligo, pero cuando por efecto de las contracciones tónicas que se produce después del período expulsivo se desprende la placenta, se produce un aumento del tono uterino y un descenso de la altura.
- Palpación del cuerpo uterino: Cuando se ha producido el desprendimiento de la placenta, el tono del útero aumenta, y el cuerpo se vuelve globuloso.
- Signo de Kustner: Cuando la placenta no se ha desprendido, al presionar sobre la síntesis pélvica se produce un retroceso del cordón umbilical hacia la vagina; cuando ya se ha producido el desprendimiento el cordón no retrocede.
- Signo de Ahlfeld: Cuando la placenta está desprendida se puede observar un descenso del cordón, en 10 cm.
- Sangrado: Cuando la placenta se ha desprendido se puede observar presencia de sangrado oscuro proveniente del hematoma retroplacentario.
- Signo de Schröder: Cuando se desprende la placenta el útero tiende lateralizarse hacia el lado derecho.

Tipos:

- Espontáneo: o natural, sin intervenciones
- Dirigido: se utiliza bolo de oxitocina a la salida del hombro anterior. (5 a 10 UI)
- Manual: Extracción manual.

Previamente a la asistencia del alumbramiento, se debe realizar la ligadura del cordón umbilical: Debe evitarse la ligadura inmediata a menos que el RN esté deprimido y requiera de reanimación. La ligadura del cordón se efectuará una vez que el RN esté en el regazo materno (apego piel – piel) y haya presentado el llanto. Pueden transcurrir para ello hasta 60- 90 segundos (generalmente coincide con el momento en que el cordón deja de latir) No debe efectuarse “ordenamiento” del cordón en dirección al RN.

Apego Materno Se recomienda efectuar apego entre madre y el RN apenas se haya verificado el nacimiento, especialmente cuando el padre está presente en el parto. Hacen excepción los casos en que hay sospecha de asfixia intraparto o alguna malformación fetal que requiera manejo intensivo.

Antibióticos Se recomienda usar antibióticos profilácticos cuando haya más de 5 tactos durante el trabajo de parto, en los partos operatorios o en casos de inercia uterina. Esquema: Cefazolina 1 gr endovenosa (ev) por una sola dosis.

Descripción del procedimiento

Asistencia del parto y del alumbramiento

- Explica formas de pujar y colabora en guía del pujo materno
- Al observar cabeza en el introito toma una compresa y realiza contención de periné hasta que se desprenda la presentación.
- Rechaza compresa hacia abajo
- Permite rotación de la cabeza
- Palpa cuello fetal para detección de circular de cordón
- Sostiene cabeza con manos en forma de tenaza con dedos índice y medio en parte superior e inferior Desprende hombro superior traccionando hacia abajo
- Desprende hombro inferior traccionando hacia arriba
- Recibe neonato con manos en parte inferior de su cuerpo
- Solicita cierre del suero oxítóxico de haber uno
- Posiciona neonato en vientre materno
- Evalúa estado del neonato desde que es expulsado en todo momento, de estar bien se deja en apego
- Seca y estimula al RN
- Deja RN a cargo de matrona de neonatología
- Palpa cordón umbilical hasta que deje de latir
- Clampea con pinza kocher cordón umbilical a 40 o 50
- Ordeña desde lugar clampeado hacia la placenta unos 10 cm y clampea nuevamente con pinza kocher
- Corta cordón umbilical y permite apego si las condiciones lo permiten
- Se toma muestra de grupo y Rh de cordón
- Con pinza kocher sube cordón y clampea lo más cercano al introito
- Espera a ver signo de la perdida hemática, de ser así se cerciora palpando signo de pinard
- ✓ Evalúa signos de descenso como el signo de ahfeld
- ✓ Realiza maniobras de descenso (3)
- ✓ Recibe placenta con maniobra de dublin

- ✓ Revisa placenta por cara materna y fetal
- ✓ Revisa membranas y se cerciora de que este completa
- ✓ Evalúa canal de parto y ve restos de membranas o desgarros
- ✓ Elimina placenta
- ✓ Retira paños maternos
- ✓ Limpia a madre con compresa solicitando agua tibia
- ✓ Envía a madre a recuperación de ser posible sin separar a madre y recién nacido

Bibliografía:

CASTÁN, S. y TOBAJAS J. (2013) Obstetricia para Matronas, Guía clínica.

ESPINILLA, B., TOMÉ, E., SANDORNIL, M. y ALBILLOS L. (2018) Manual de Obstetricia para Matronas, 5º edición

FIGUEROA, C., GÓMEZ, R., INSUNZA, A., POBLETE, A. (2015) Manual de Urgencias Obstétricas

HOSPITAL PADRE HURTADO, (2016) GUÍAS CLÍNICAS del CONTROL SECUNDARIO y TERCARIO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

MINSAL, (2015) Guía Perinatal, Minsal Chile