

DEFINICIÓN DE TRABAJO DE PARTO

La definición de la duración de los diferentes periodos y fases del trabajo de parto tiene por propósito la identificación precoz de las alteraciones en la evolución del mismo.¹

¿Cómo debe entenderse?

- Primera etapa del parto:
 - Fase latente: periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm de dilatación.
 - Fase activa: periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica regular.

Duración promedio de la fase activa en nulíparas es de 8 horas y es improbable que dure más de 18 horas. En multíparas, el promedio es de 5 horas y es improbable que dure más de 12 horas.
- Segunda etapa del parto o periodo expulsivo: transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. Se subdivide en dos:
 - Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.

Duración normal es de hasta 2 horas en nulíparas con o sin analgesia neuroaxial o en multíparas con analgesia neuroaxial. En multíparas sin analgesia neuroaxial, la duración normal es hasta 1 hora.

 - Periodo expulsivo activo: cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

Duración normal es de hasta 1 hora en nulíparas con analgesia neuroaxial o en multíparas con o sin analgesia neuroaxial. En nulíparas sin analgesia neuroaxial, la duración normal es hasta 2 horas.
- Se recomienda el uso de partograma para la identificación de las alteraciones de la duración del trabajo de parto.

¿Cuáles son los efectos de las alteraciones de la duración del trabajo de parto?

- Las mujeres con prolongación del expulsivo tienen mayor riesgo de requerir parto vaginal operatorio, mayor riesgo de presentar laceraciones de tercer o cuarto grado y mayor riesgo de corioamnionitis.²
- No se evidencia asociación entre la prolongación del expulsivo y la morbilidad neonatal (riesgo de Apgar bajo a los cinco minutos, ingreso a UCIN o pH <7,20).^{3,4}
- Mujeres nulíparas con velocidad de dilatación cervical ≤ 2 cm por 4 horas durante la primera etapa del parto o ausencia de descenso durante 2 horas (3 horas con analgesia epidural) en la fase de descenso del expulsivo, o no progreso por 1 hora durante la fase activa del expulsivo, tuvieron una incidencia acumulada de distocia de 37%.⁵
- Las mujeres con distocia tratadas con refuerzo de oxitocina comparadas con las mujeres sin distocia tuvieron 1,7 veces mayor riesgo de presencia de líquido amniótico con meconio, 5,5 veces mayor riesgo de parto instrumentado, 4 veces mayor riesgo de parto por cesárea, y un riesgo 2,2 veces mayor de neonatos con Apgar menor de 7 al minuto.⁵

Curso de acción

- Se recomienda tener en cuenta que la prolongación del trabajo de parto se puede asociar con algunos desenlaces maternos y perinatales adversos.
- La decisión de intervenir o remitir ante una supuesta prolongación de la primera etapa del parto, debe ser tomada en función del progreso de la dilatación y de otros factores (geográficos, obstétricos y fetales) y no exclusivamente con base en la duración del mismo.⁵



Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013.
2. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? Am J Obstet Gynecol. 2004;191(3):933-8. Epub 2004/10/07.
3. Janni W, Schiessl B, Peschers U, Huber S, Strobl B, Hantschmann P, et al. The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. ActaObstetGynecol Scand. 2002;81(3):214-21. Epub 2002/04/23.
4. Menticoglou SM, Manning F, Harman C, Morrison I. Perinatal outcome in relation to second-stage duration. Am J Obstet Gynecol. 1995;173(3 Pt 1):906-12. Epub 1995/09/01.
5. Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Dykes AK. Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. ActaObstetGynecolScand. 2008;88(4):402-7. Epub 2009/03/31.

SE RECOMIENDA LA ADOPCION DE LOS PRINCIPIOS DEL PARTO HUMANIZADO EN TODAS SUS DIMENSIONES

La humanización del parto está basado en la necesidad de disminuir la medicalización del parto, proveer atención efectiva basada en la mejor evidencia científica que permita el trabajo en equipo entre diferentes profesiones, crear espacios alternativos de nacimiento, incorporar y mejorar las relaciones entre las mujeres y mantener la continuidad del cuidado para transformar la atención a la gestante y disminuir el temor al parto.¹

¿Cómo debe realizarse? (Prescripción)

- Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.
- Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.
- Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- Las mujeres con acompañamiento continuo tienen mayor probabilidad de parto vaginal espontáneo, menor necesidad de analgesia, menor riesgo de quedar insatisfechas, menor duración del trabajo de parto, menor probabilidad de cesárea, de parto instrumentado y de necesidad de analgesia regional. En los resultados neonatales se observó menor probabilidad de Apgar < 7 a los cinco minutos.^{2, 3}
- Se encontró que la posición vertical (de pie, deambulando, de rodillas o cuclillas) durante el parto acortó una hora la duración del trabajo de parto y disminuyó la necesidad de anestesia epidural.^{4, 5}. No hubo incremento en parto vaginal espontáneo ni en riesgo de cesárea.

¿Es seguro? (seguridad)

- Permanecer de pie durante el trabajo de parto y el expulsivo no incrementan los riesgos para madres ni fetos en condiciones de bajo riesgo y aún en presencia de analgesia epidural.¹

¿Qué impacto tiene sobre el sistema?

- No se encuentra evidencia de costo-efectividad para Colombia.

GPC para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo (Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico) – Hoja de evidencia 2 – Elaborado: noviembre/2014

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013.
2. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2003(3):CD003766. Epub 2003/08/15.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(2).
4. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(8):794-8. Epub 2005/07/20.
5. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(2).

USO DE LA ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Una de las características del parto humanizado es que la mujer realice el trabajo de parto sin dolor, la elección del método se ve influenciado por muchos factores incluyendo las expectativas de la mujer, la complejidad del parto y la intensidad del dolor.¹

¿Cómo debe realizarse? (prescripción)

- Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto; la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor.
- Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante el primer y segundo periodo del parto.
- Se recomienda cualquiera de las técnicas analgésicas neuroaxiales a bajas dosis: epidural o combinada (intradural-epidural).
- En caso de contraindicación de analgesia neuroaxial puede utilizarse analgesia con opioides.
- Las contraindicaciones de la analgesia neuroaxial durante el trabajo de parto incluyen:
 - Rechazo de la madre.
 - Coagulopatía.
 - Infección local o sistémica.
 - Hipovolemia no corregida.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- El masaje y el contacto tranquilizador por la persona acompañante reduce el dolor y la ansiedad durante el parto.^{2, 3}
- La evidencia es consistente con la alta efectividad del uso de analgesia neuroaxial.¹
- La analgesia combinada (intradural-epidural) tiene un inicio de acción más corto que la analgesia que la epidural sola. Sin embargo, una vez establecida la analgesia, las dos técnicas son igualmente efectivas.⁴
- El uso de analgesia epidural disminuye la necesidad de analgesia complementaria comparada con el uso de opioides y reduce el riesgo de generar acidosis fetal.⁵

¿Es seguro? (seguridad)

- Existe un incremento del riesgo de eventos adversos como fiebre, retención urinaria, hipotensión, cesárea por sufrimiento fetal y necesidad de parto instrumentado con la analgesia neuroaxial al ser comparada con los opioides. Sin embargo, no hay un impacto significativo sobre el riesgo general de cesárea, la satisfacción materna o efectos negativos sobre los recién nacidos.
- Los opioides parenterales tienen un efecto analgésico limitado y pueden provocar náuseas y vómitos.⁶

¿Qué impacto tiene sobre el sistema?

- Los beneficios de la analgesia superan los riesgos a pesar de las implicaciones que puedan conllevar sobre el sistema de salud o el incremento de las remisiones a niveles superiores de atención.⁶
- No se encuentra evidencia de costo-efectividad para Colombia.



Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención,detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013NICE, NCWCH. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth:RCOG Press; 2007.
2. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S131-59. Epub 2002/05/16.
3. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. Am J ObstetGynecol. 2004;191(1):36-44. Epub 2004/08/06.
4. Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2007(3):CD003401. Epub 2007/07/20.
5. Anim-Somuah M, Smyth Rebecca MD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of SystematicReviews. 2011(12):CD000331.
6. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioidsfor maternal painrelief in labour. Cochrane DatabaseSyst Rev. 2011(9):CD007396. Epub 2010/09/09.

EXAMEN PÉLVICO OBSTÉTRICO DURANTE EL PARTO

El examen pélvico obstétrico forma parte de la vigilancia clínica de la progresión del trabajo de parto. Es importante determinar la frecuencia de este examen para la toma de decisiones.¹

¿Cómo debe realizarse? (prescripción)

- En condiciones normales, realice las exploraciones vaginales cada 4 horas.
- Realice exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos.
- El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.
- Antes de practicar un tacto vaginal :
 - Confirme que es realmente necesario y que la información que proporcione será relevante en la toma de decisiones.
 - Garantice la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.
 - Explique la razón por la que se practica y los hallazgos encontrados con delicadeza, sobre todo si estos no son los esperados por la mujer.
- Realice lavado genital con agua corriente antes del examen vaginal, no es necesario el uso de antisépticos.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- El número de tactos vaginales durante la primera etapa del parto tras la ruptura prematura de membranas fue el factor independiente más importante para predecir una infección materna y/o neonata.^{2,3}
- El examen pélvico es una exploración molesta e invasiva, asociada a un incremento del riesgo de infección con el número de tactos vaginales (<3 tactos: 2%, 3-4 tactos: 4%, 5-6 tactos: 7%; 7-8 tactos: 13%; >8 tactos: 20%).^{2,3}
- El uso de antisépticos para el lavado genital, no mostró más beneficios que el agua corriente para evitar las infecciones del recién nacido, ni las infecciones endometriales postparto.¹



Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013.
2. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. Am J Obstet Gynecol. 1997;177(5):1024-9. Epub 1997/12/16.
3. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International multicenter term PROM study: evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. Premature Rupture of the Membranes. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(3 Pt 1):635-9. Epub 1998/10/03.