

Guía de Referencia Rápida (GRR)

Vigilancia y manejo del
**TRABAJO DE PARTO
EN EMBARAZO DE
BAJO RIESGO**

Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo

Actualización 2014

Catálogo Maestro de GPC. IMSS-052-08

ISBN:978-607-7790-94-5

Esta impresión fue posible gracias al financiamiento de la Fundación John D. & Catherine T. MacArthur.

Coordinadores:

Dr. Matthias Sachse Aguilera y Dr. Hernán García Ramírez

Grupo del IMSS:

Dr. Arturo Viniestra Osorio

Dr. Oscar Martínez Rodríguez

Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores

Dra. Brenda Ríos Castillo

Primera edición: 2016

Impreso en México

Printed in Mexico

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Esta Guía es una herramienta de consulta rápida para facilitar al personal de salud la toma de decisiones en torno al manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, de acuerdo a las recomendaciones de la “Guía de Práctica Clínica para la Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo”, actualizada en 2014 y disponible en la página de internet del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) perteneciente a Secretaría de Salud de México.

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Qué **atención** debe darse a la paciente embarazada en **fase latente**? 6
2. ¿En qué **momento** se debe **de hospitalizar** la paciente embarazada en trabajo de parto para su atención? 6
3. ¿Qué **atención** debe darse a la paciente embarazada en **fase activa** del trabajo de parto? 10
4. ¿Cuál es la importancia de incorporar el **apoyo psicoemocional continuo** durante el trabajo de parto? 12
5. ¿Está indicado el **consumo de líquidos** durante el trabajo de parto de bajo riesgo? 12
6. ¿Está recomendada la **aplicación de venoclisis** durante el trabajo de parto de bajo riesgo? 13
7. ¿Cuáles son las **indicaciones** para la conducción del trabajo de parto? 14
8. ¿Se justifica el uso rutinario de **enema** en las pacientes en trabajo de parto? 14
9. ¿Se justifica el uso rutinario de **tricotomía** de la zona perineal de la paciente en trabajo de parto? 15
10. ¿Se justifica el **vaciamiento vesical** durante el trabajo de parto? 15
11. ¿Qué **utilidad** tiene el uso de **partograma** en la paciente con trabajo de parto? 15
12. ¿Se justifica realizar la **dilatación manual del cérvix** y la **ampliación manual del periné**? 16
13. ¿Qué utilidad tiene la **monitorización transparto**? 16

14. ¿Con qué periodicidad se debe **valorar el estado fetal** y las características **maternas** de la mujer en trabajo de parto? **17**
15. ¿Cuál es el beneficio del libre movimiento en el **trabajo de parto**? **20**
16. ¿Se debe administrar algún procedimiento para **control del dolor** en trabajo de parto? **21**
17. ¿Se justifica la **amniotomía** para acortar la **fase activa** del trabajo de parto? **23**
18. ¿Cuál es la **posición** más adecuada para el **periodo expulsivo**? **26-27**
19. ¿Cuáles son las consecuencias de realizar la **maniobra de Kristeller**? **29**
20. ¿Qué **estrategias protegen al periné** durante el periodo expulsivo? **29**
21. ¿Se debe realizar en forma rutinaria la **episiotomía** en el periodo expulsivo? **30**
22. ¿Cuál es el **momento** adecuado para el **pinzamiento del cordón umbilical**? **31**
23. ¿Qué actividades están recomendadas en la atención del **tercer periodo** de parto o **alumbramiento**? **34**
24. ¿Está indicada la **revisión de cavidad uterina** en forma rutinaria posterior al alumbramiento? **37**
25. ¿Qué beneficios tiene el **apego inmediato y la lactancia materna** inmediata? **40**

MOMENTO PARA HOSPITALIZACIÓN A LA PACIENTE EMBARAZADA PARA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA

Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla, tanto a la paciente como a su acompañante, cuándo deberá regresar al servicio y cuáles son algunas de las manifestaciones de alarma obstétrica que podrá presentar en este periodo, tales como:



- Sangrado transvaginal
- Dolor
- Contracciones uterinas
- Cefalea, acufenos y fosfenos
- Edema de cara y manos
- Salida de líquido transvaginal
- Disminución de movimientos fetales

El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando el estado clínico de la paciente (si se encuentra inquieta o con gran ansiedad) y la accesibilidad a unidades de atención obstétrica (en el caso que el domicilio se encuentre distante de la unidad de atención).

Las pacientes deben hospitalizarse para vigilancia y atención de parto cuando presenten:

- **Contracciones uterinas de 2 a 4 en 10 minutos**
- Dolor abdominal en hipogastrio
- **Cambios cervicales** (Borramiento cervical 50% a 80% y dilatación igual o mayor de 4 cm)

Cuando la paciente se ingresa, en la primera etapa del trabajo de parto, el personal de salud calificado deberá realizar la historia clínica y documentar en el expediente médico lo siguiente:

- Diagnóstico a su ingreso
- Plan de manejo
- Consentimiento de hospitalización
- Partograma

Además debe mantener una vigilancia estrecha de:

Actividad uterina, frecuencia cardíaca fetal, evaluación de dilatación cervical, pérdida de líquido por vía vaginal y ofrecer métodos para control del dolor.

ALGORITMO 1. VALORACIÓN INICIAL EN ADMISIÓN HOSPITALARIA

Mujeres con embarazo a término con
signos y síntomas de trabajo de parto.

¿Presenta fase activa de
trabajo de parto?*

No

Sí

*Presencia de uno o más de los siguientes datos:
- Actividad uterina regular (2 a 4 contracciones en un periodo de 10 minutos)
- Dilatación cervical igual o mayor a 4 cm
- Borramiento del cérvix
> 50 a 80%

Valorar bienestar materno/fetal (movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, condiciones y signos vitales maternos.)

Seguimiento ambulatorio con indicaciones claras de cuando regresar al servicio.

Señales de alarma obstétrica:

- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Sangrado transvaginal igual o mayor a una menstruación.
- Salida de líquido transvaginal que moje hasta las rodillas.
- Dolor de cabeza, náuseas, mareos, dolor epigástrico, zumbido de oídos, ver lúcecitas y/o manchas negras.

¿Es embarazo de alto riesgo?

Sí

Ingreso a labor, con calidez y vigilancia estrecha

(Aplicación de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica Correspondiente según sea el caso, como preeclampsia o hemorragia).

No

Ingreso a labor con procedimientos normales, promoviendo estados emocionales positivos, así como acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto.

ATENCIÓN A LA MUJER EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO

Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:

- **Saludar a la mujer** por su nombre y mirarla a los ojos.
- **Evitar que la paciente** se sienta observada o juzgada.
- **Evitar usar lenguaje técnico** mientras explica, procurando adecuarse al contexto sociocultural de la paciente.
- **Asegurarse de preguntar** a la paciente sus expectativas sobre el desarrollo del nacimiento de su bebé.
- **Ofrecer información** a la paciente y acompañantes de manera comprensible y pertinente.
- **Informar a la paciente** los procedimientos que está realizando.
- **Respetar la privacidad y pudor de las mujeres**, así como sus expresiones emocionales y culturales.
- **Escuchar y atender las necesidades** emocionales de la mujer:

- **Brindar un entorno tranquilo, cómodo y seguro** para la madre y la persona recién nacida.
- **Evitar la expresión de frases humillantes**, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.
- **Disipar ideas erróneas y mostrar, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza** en la capacidad de la mujer de afrontar el parto.
- **Obtener el consentimiento verbal de la paciente** antes de realizar cualquier procedimiento o examen.
- Si se propone una exploración con fines docentes o si ésta será repetida por profesionales en formación, explicar a la paciente y solicite su permiso.





APOYO PSICOEMOCIONAL

Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y/o un familiar; si fuera posible.

El acompañamiento continuo también favorece la **detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana**, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna.

CONSUMO DE LÍQUIDOS

Dado que la evidencia científica no muestra beneficios ni daños con el consumo de líquidos, no existe justificación para su restricción en trabajo de parto, **pudiendo las mujeres consumir libremente líquidos claros durante el trabajo de parto.**





SOLUCIONES INTRAVENOSAS

No se recomienda la administración rutinaria de soluciones intravenosas durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe evidencia sólida sobre su beneficio. Además se debe evitar el uso de soluciones glucosadas ya que pueden poner en riesgo a la madre y a la persona recién nacida por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.

INDICACIONES PARA CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO

La inducción y conducción del trabajo de parto normal **debe tener indicación médica precisa;** por lo que no se recomienda de forma rutinaria (ver indicaciones y contraindicaciones de la conducción del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop, que se encuentra al final de esta Guía).

La norma institucional al respecto debe de aplicarse siempre. En caso de indicarse, se deberá realizar con dosis controlada.

La oxitocina sólo está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua a dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto y registrarse en el expediente médico.



USO DE ENEMA

No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.

TRICOTOMÍA

Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia como: irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva.



CUIDADOS DE LA VEJIGA

Favorecer siempre la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria; es decir, si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.

PARTOGRAMA E HISTORIA CLÍNICA

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará un expediente médico, la historia clínica y el partograma, el cual incluye frecuencia de contractibilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad cada 30 minutos).



DILATACIÓN DEL CÉRVIX Y AMPLIACIÓN MANUAL DEL PERINÉ

No está sustentada la utilidad de realizar maniobras manuales para ampliar el periné, las cuales pueden ocasionar edema vulvar, ni tampoco la dilatación manual del cérvix.

UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN FETAL



En **la vigilancia del trabajo** de parto, la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal **debe llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo**, registrando en el partograma la frecuencia cardíaca fetal y la evolución del trabajo de parto hasta el periodo expulsivo. Sólo cuando exista un mayor riesgo para el feto se indica el monitoreo electrónico continuo para el seguimiento de las condiciones fetales.

No se aconseja el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, ya que se incrementa el número

de cesáreas y partos instrumentados. En su lugar, se recomienda la auscultación intermitente (con pinard, monitor o dophtone) de la frecuencia cardiaca fetal posterior a la contracción uterina cada 30 minutos.

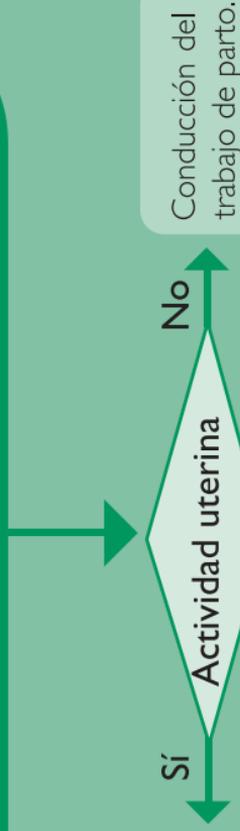
La cardiotocografía externa deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto, en los casos en los que exista dificultad para auscultar la frecuencia cardiaca fetal y cuando esté indicado el uso de oxitocina.

El monitoreo fetal siempre debe hacerse en decúbito lateral izquierdo, en posición sentada o en media posición vertical.



ALGORITMO 2. VIGILANCIA Y MANEJO DE LA PACIENTE EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO

- Signos vitales cada dos horas.
- Ingesta de líquidos y dieta blanda a petición de la mujer en trabajo de parto.
- Deambulación y libre posición materna bajo vigilancia continua, recomendando la posición vertical o decúbito lateral izquierdo.
- Tacto vaginal cada dos horas.
- Valorar, informar y proponer técnicas de control del dolor (analgésia obstétrica y manejo desmedicalizado).



Continuar
vigilancia
hasta periodo
expulsivo.

Sí

FCF entre 110 y 160
latidos por minuto

No

Valorar medidas de
reanimación fetal.
Valorar interrupción
del embarazo vía
abdominal.

Sí

Dilatación,
borramiento
del cérvix y descenso
de la presentación
fetal progresivos

No

De acuerdo a
actividad uterina
valorar inducción del
trabajo de parto o
interrupción del
embarazo vía
abdominal.

UTILIDAD DE LA DEAMBULACIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO



Es importante propiciar la deambulación de la paciente en la primera etapa (fase activa) bajo vigilancia hospitalaria, ya que reduce la duración del trabajo de parto y no está asociado a efectos adversos en la madre ni en la persona recién nacida.

Durante el periodo dilatante del trabajo de parto se debe 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, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. **El movimiento disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.**

TACTOS VAGINALES

En la fase activa del trabajo de parto **se realizará tacto vaginal cada 2 horas** bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos) y con guantes estériles para identificar el progreso del mismo. **Se le debe proporcionar privacidad, dignidad y comodidad a la mujer**, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.



PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN TRABAJO DE PARTO

El profesional de la salud que atienda partos no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico. La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir de manera digna.

La Organización Mundial de la Salud señala:

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos como: la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura y otros.
- Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor.
- Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.



Durante el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como de las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se verán reflejadas en el momento del parto.

Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, **las expectativas de la mujer** en relación con el alivio del dolor durante el parto, **contando con las condiciones para ofrecer analgesia obstétrica, así como otras estrategias desmedicalizadas como los métodos psicoprofilácticos, a través de las posiciones, la respiración y la relajación. El masaje corporal en pacientes en trabajo de parto también puede ser útil para el control del dolor.**

Es importante informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto, pudiendo incrementar el número de partos instrumentados o asistidos (fórceps), por lo que no se recomienda realizarlo de rutina. El uso de la analgesia obstétrica debe ser acompañado del consentimiento informado.

Se debe individualizar cada caso para la aplicación de la analgesia obstétrica en la fase activa (4 cm. de dilatación o más) del trabajo de parto, de acuerdo al estado clínico de la paciente y su umbral del dolor; siempre y cuando se cuente con personal calificado para su administración y vigilancia.

AMNIOTOMÍA EN TRABAJO DE PARTO

Se recomienda no realizar amniotomía de forma rutinaria en el trabajo de parto que evoluciona en forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto. Este procedimiento se reservará para las mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto o sospecha de afección de bienestar fetal.

En caso de indicar oxitocina más amniotomía, se debe de vigilar estrechamente la presencia de sangrado. Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía y oxitocina.

El uso de prostaglandinas debe de ser indicado por personal calificado y bajo estrecha vigilancia, dada la dificultad para controlar sus efectos adversos.

ALGORITMO 3. VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL SERVICIO DE LABOR

Fase activa del trabajo de parto (dilatación ≥ 4 cm., contracciones regulares 2-4 en 10 min. y borramiento $> 50\%$)



Signos vitales cada 2 horas. Hidratación oral a libre demanda.
Valoración clínica del foco fetal, actividad uterina y estado materno (pelvimetría, condiciones cervicales). Realizar la valoración del foco fetal en posición semisentada o decúbito lateral izquierdo.

Uso del partograma.

Promoción de deambulación y libre movimientos, bajo vigilancia continua. Valorar, informar y proponer técnicas de control del dolor (analgésia obstétrica y manejo desmedicalizado).

¿Progresión del trabajo de parto?

No

Dilatación estacionaria con frecuencia cardíaca normal

Conducción del trabajo de parto

Ingreso a sala de expulsión para atención del parto

SÍ

¿Evolución normal?

No

Valoración para intervención quirúrgica

SÍ

ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO (PERIODO EXPULSIVO)



Se considera el inicio del segundo periodo de trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación o dilatación completa. En este momento se recomienda pasar a la paciente a la sala de expulsión.

El personal de salud que atiende a la paciente en trabajo de parto debe contar con los elementos de seguridad e higiene de acuerdo al marco normativo actual en la materia.

POSICIÓN EN EL PERIODO EXPULSIVO

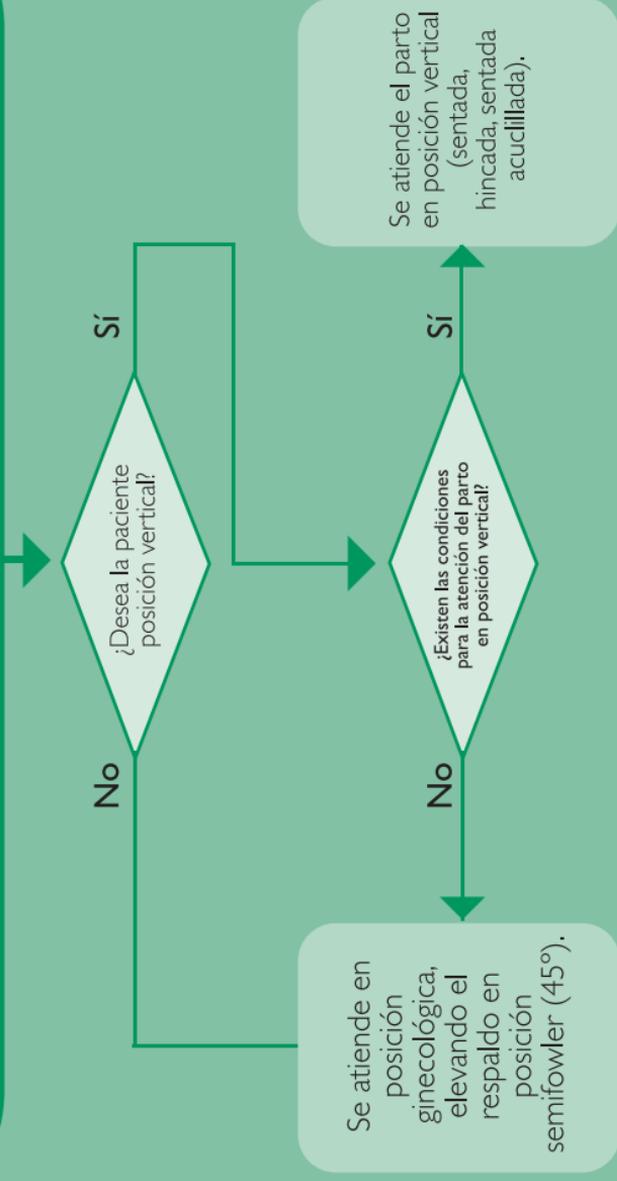
Se recomienda que durante el periodo expulsivo del trabajo de parto las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda, siempre y cuando no exista contraindicación médica fundamentada por escrito.

La posición vertical podrá ser recomendada cuando la paciente lo solicite y la unidad hospitalaria cuente con la infraestructura, siempre que el profesional de la salud esté familiarizado con la técnica. Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical de manera gradual.



ALGORITMO 4: POSICIÓN EN EL PERIODO EXPULSIVO

Paciente informada sobre ventajas y desventajas de las posiciones durante el trabajo de parto.



MANIOBRA DE KRISTELLER

Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y el incremento en el riesgo de desgarros perineales, anales, ruptura uterina y lesiones en la persona recién nacida **no se recomienda utilizar esta maniobra.**



ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERINÉ EN EL PERIODO EXPULSIVO

Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarros de 3er y 4to grado, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.

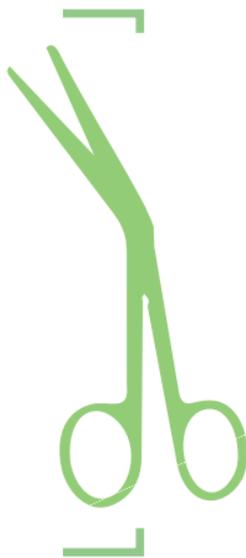
USO DE LA EPISIOTOMÍA

La episiotomía individualizada frente a la de rutina favorece el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso.

La episiotomía solo deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.

La episiotomía debe practicarse sólo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer.

Antes de llevar a cabo una episiotomía, siempre **se deberá aplicar la analgesia correspondiente.**



MOMENTO PARA PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL

El pinzamiento tardío del cordón umbilical en la persona recién nacida a término, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y sí mejora sus niveles de hierro.

El pinzamiento tardío se realiza esperando el **cese del latido del cordón umbilical (1 a 3 minutos)**, mientras se efectúa el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

Está contraindicado el pinzamiento tardío en casos de asfixia fetal al nacimiento y en caso de Rh negativo.



ALGORITMO 5: ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DE TRABAJO DE PARTO (PERIODO EXPULSIVO)

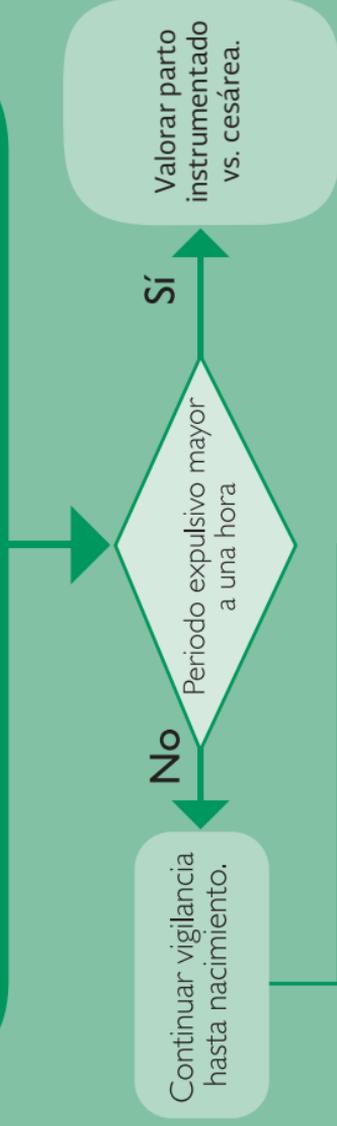
Colocar a la paciente en posición vertical de acuerdo a la demanda de la usuaria y de las posibilidades del equipo.

En caso negativo colocarla en posición ginecológica, elevando el respaldo en posición semifowler (45°).

- Asepsia y antisepsia vulvo-perineal.
- Vigilar frecuencia cardiaca fetal cada 15 minutos.
- Atención del parto con manos listas.

Protección perineal con masaje y uso de compresas calientes.

Episiotomía restrictiva (sólo con necesidad clínica).



Continuar vigilancia hasta nacimiento y aplicar IO UI de oxitocina en bolo IV o IIM al liberar hombro fetal anterior.

No

FCF menor a 110 o mayor a 160 latidos por minuto (lpm)

Sí

Valorar parto instrumentado vs. cesárea.

Se realiza la atención de parto, con pinzamiento tardío del cordón umbilical. Limpiar boca y nariz de la persona recién nacida sin aspirar. Secar y abrigar a la persona recién nacida sobre la madre con contacto piel a piel. Apego inmediato con la madre.

No

¿Madre Rh negativo no inmunizada, circular de cordón umbilical al cuello, sufrimiento fetal agudo?

Sí

Cortar cordón umbilical de inmediato y entregar a pediatra o neonatólogo.

ATENCIÓN DEL TERCER PERIODO DE PARTO (ALUMBRAMIENTO)

Se recomienda el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto con fines de reducir la hemorragia posparto.

El cual consiste en:

- **Administrar agentes utero-tónicos** (oxitocina o egonovina, o misoprostol).
- **Aplicar tracción controlada o suave del cordón umbilical.**
- **Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada,** para propiciar la contracción del útero y prevenir la hemorragia posparto.

Además se considera importante realizar las siguientes acciones:

- Mantener a la persona recién nacida a una altura por debajo de la placenta o colocarla en el vientre materno.
- Entre 1 y 3 minutos o cuando el cordón deje de latir, pinzar el cordón umbilical.
- Sostener el útero a nivel de la sínfisis del pubis (Maniobras de Brandt-Andrews y Dublin).



El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.

Las mujeres deben ser informadas (preferentemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.

La oxitocina se administra en dosis de 10 UI inmediatamente después del nacimiento vía IM o IV (si hay venoclisis colocada).

En caso de administración intravenosa, la oxitocina debe diluirse en 250 ó 500 cc de solución fisiológica a pasar 30 minutos y su administración debe de ser posterior a la liberación del hombro anterior de la persona recién nacida.

Puede aplicarse ergonovina en caso de no contarse con oxitocina a dosis terapéutica si el médico lo considera necesario y cuando no esté contraindicada (hipertensión arterial, preclampsia, o enfermedad cardíaca). En este caso debe monitorearse de forma frecuente la presión arterial, manifestaciones de infarto al miocardio o accidentes vasculares cerebrales.

La carbetocina es una opción farmacológica de segunda línea para la prevención de la hemorragia. La dosis utilizada es de 100 µg en bolo intravenosa lentamente por un minuto.

ATENCIÓN Y REVISIÓN DE LA PLACENTA

En la atención del alumbramiento normal **se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas**, colocándola sobre una superficie plana con fines de evaluar su integridad. Se observa primero la cara fetal y luego se invierte para evaluar la cara materna. La superficie desgarrada de la placenta indica retención parcial de cotiledones.

Posteriormente se revisa el conducto vaginal, se debe verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y que el sangrado transvaginal sea escaso.



REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO

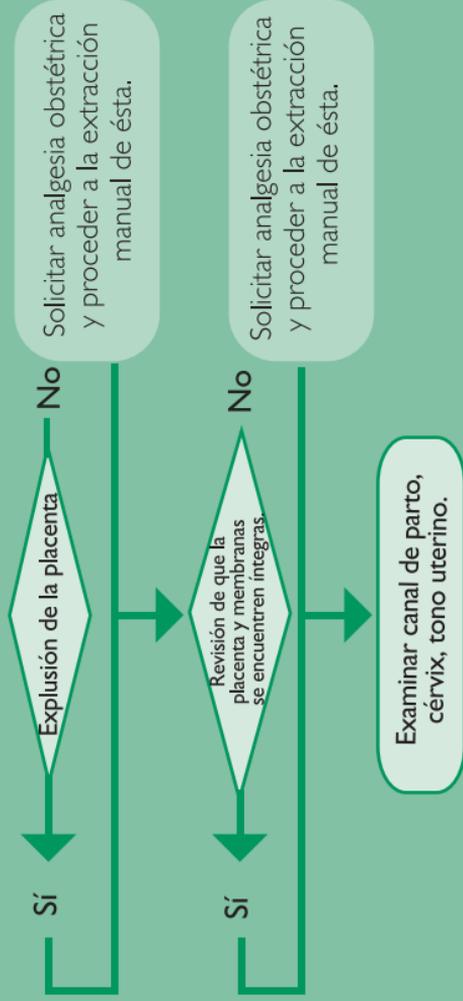
No se recomienda la revisión manual de cavidad uterina rutinaria debido a que incrementa el riesgo de hemorragia obstétrica, endometritis y dolor en la paciente. Está recomendada sólo en casos selectivos ante la sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina posnacimiento por sospecha de atonía uterina, parto pretérmino, fortuito u óbito. Siempre se debe realizar bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infección. pretérmino, fortuito u óbito. Siempre La revisión instrumentada es mejor que la manual y debe realizarse bajo indicaciones precisas por personal especializado.

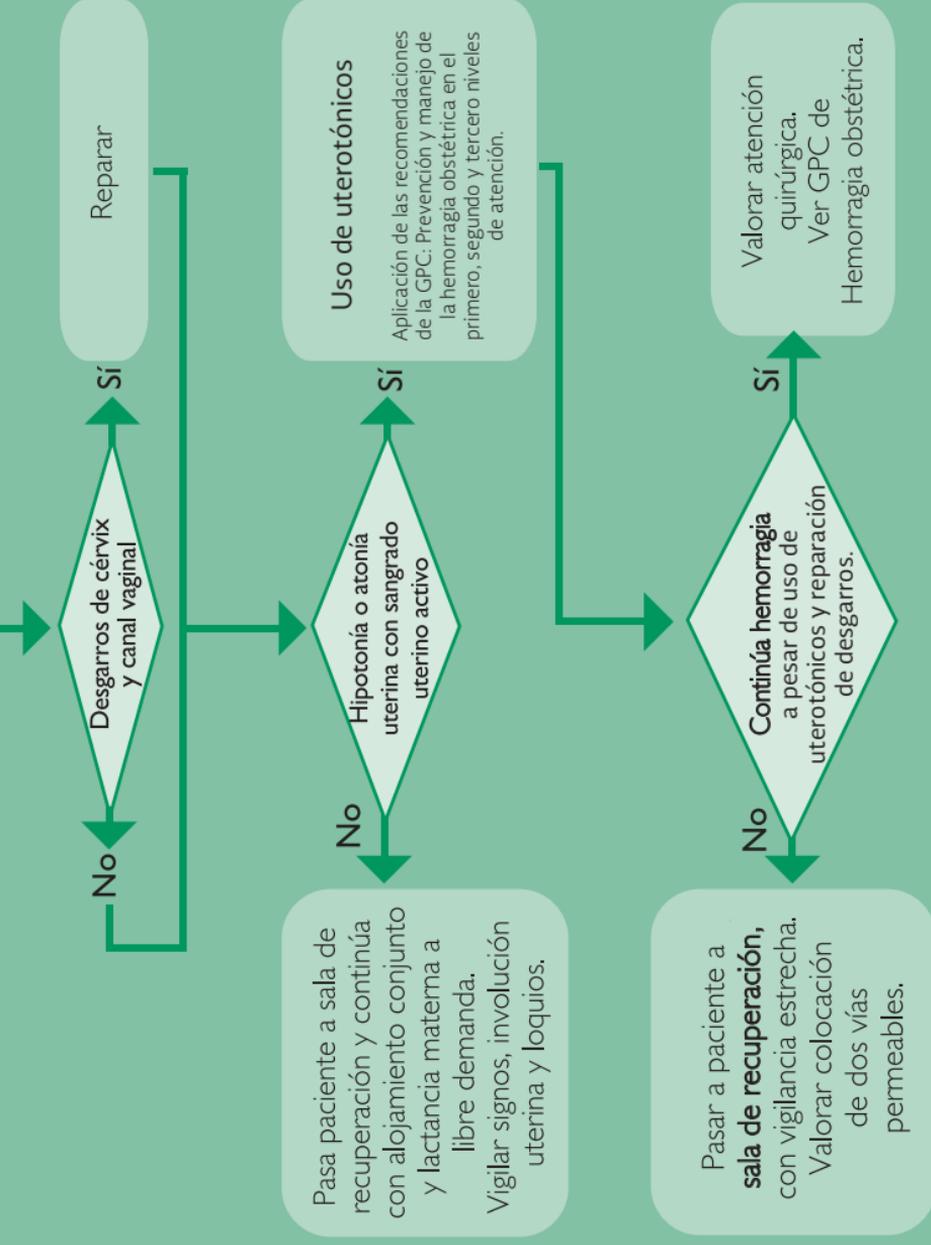
Todo procedimiento clínico de tipo invasivo debe ser registrado en el expediente clínico.



ALGORITMO 6: ATENCIÓN AL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO (ALUMBRAMIENTO)

- Manejo activo: 10 UI de oxitocina en bolo (se aplican durante la liberación del hombro anterior).
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical de 1 a 3 minutos o hasta que deja de latir.
- Maniobras de Brandt-Andrews y Dublin.





BENEFICIOS DEL APEGO INMEDIATO Y LACTANCIA MATERNA INMEDIATA

Se recomienda el contacto inmediato piel-piel de madres y de la persona recién nacida sana, favoreciendo el agarre del pezón y la lactancia inmediata, pues esto mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en las personas recién nacidas. Se recomienda que la persona recién nacida permanezca junto a su madre en todo momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de ambos lo permita.

Se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto con la persona recién nacida en caso de que así lo deseen (técnica canguro).

La lactancia materna exclusiva fomenta el desarrollo sensorial y cognoscitivo, protege a la niña y el niño de las enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad por enfermedades diarreicas o neumonías,



además de mostrar recuperación rápida de las enfermedades, por lo que se debe evitar el uso de fórmulas lácteas y líquidos, y siempre favoreciendo el alojamiento conjunto.

La lactancia materna es responsabilidad de todas y todos. El apoyo debe de ser continuo (embarazo, parto y puerperio) por personal de salud capacitado (especialistas, médicos, residentes, internos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.) que acompañen, estimulen y resuelvan las dudas de las madres de forma clara y comprensible. Esto contribuye a que las mujeres tengan una lactancia materna exitosa y prolongada.



SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE BISHOP PARA LA EVALUACIÓN DE LA INDUCIBILIDAD

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Altura (con relación a las espinas ciáticas)	-3	-2	-1,0	+1,+2
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80
Consistencia	Firme	Medio	Blando	-
Dilatación (cm)	Cerrado	1-2	3-4	5-6
Posición	Posterior	Intermedio	Anterior	-

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2019

Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de Excelencia Clínica, IMSS.
Dr. Alfredo Colón Lucach	Hospital General de Zona con Medicina Familiar I, IMSS
Dra. Reyna Erika Franco Laguna	HGZ 1A Venados, IMSS
Dr. Edgar Alfonso Herrerías Alfaro	HGZ 2A Troncoso, IMSS
Dra. Leonora Velázquez Gómez	UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia Centro Médico de Occidente, IMSS
Dr. Jesús Carlos Briones Garduño	Academia Mexicana de Cirugía, IMSS
Dr. Jorge Ralf Kunhardt Rasch	Academia Mexicana de Cirugía, IMSS
Dr. Víctor M. Vargas Hernández	Academia Mexicana de Cirugía, IMSS
Dr. Juan Gerardo Barroso Villa	Academia Mexicana de Cirugía, IMSS

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2014

Dra. Ma. Antonia Basavivazo Rodríguez	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, IMSS
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, IMSS
Dra. Zenaida Susana Flores Orozco	Sociedad Metropolitana de Médico Familiares, UNAM
Dr. Leonardo Antonio Naranjo Gutiérrez	Coordinación Integral de Atención en el Segundo Nivel. División de Atención Gineco-Obstetricia y Perinatal, IMSS.
Dr. Alfredo Sánchez Zamudio	Coordinación Integral de Atención en el Segundo Nivel. División de Atención Gineco-Obstetricia y Perinatal, IMSS.
Dra. María Antonia Valdés Vargas	Hospital de Gineco-Obstetricia con Medicina Familiar No. 60, IMSS.
Lic. Miriam Giovanna Vázquez Morales	Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (GIMIGEN), IMSS
Dr. Tomás Hernández Quijano	UMAE Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.
Dr. Marcelino Hernández Valencia	UMAE Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS
Dr. Hernán José García Ramírez	Sistemas Complementarios de Atención. DGPLADES, Secretaría de Salud
Dr. Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama	Manejo Basado en Evidencias. Hospital General de Tula, Hidalgo.
Dr. José Alejandro Almaguer González	Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, DGPLADES - SSA
Dr. Edgardo Puello Tamara	UMAE Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza, IMSS
Dra. Brenda Ríos Castillo	UMAE Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza, IMSS
Dra. Mary Flor Díaz Velásquez	UMAE Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza, IMSS
Dr. Alejandro Ríos Soriano	Hospital de Gineco-obstetricia con Medicina Familiar No. 60, IMSS.
Dr. Matthias Sachse Aguilera	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. México
Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez	Centro Estatal de Capacitación en Parto Humanizado, Hospital General de Tula, Hidalgo.

En caso de identificar una emergencia obstétrica y no contar con la capacidad resolutive, referir inmediatamente a la unidad hospitalaria más cercana, independientemente de su derechohabencia, para su atención sin costo. Art. 64 Bis I de la Ley General de Salud.



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF) México, 2016
Paseo de la Reforma 645
Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000
Ciudad de México, México
mexico@unicef.org
Tel. 55 5284 9530
www.unicef.org.mx

MacArthur
Foundation

Fundación John D. & Catherine T. MacArthur.



Comité Promotor
por una
Maternidad Segura
en México

www.maternidadsegura.org.mx