Sociedad Española de
Ginecología y Obstetricia

Guía Práctica
y signos de alarma en la
Asistencia al Parto

Evaluación inicial y período de dilatación

Qué hacer en todo momento

Preguntar a la mujer acerca de sus deseos y esperanzas sobre su parto.

No intervenir si el parto progresa normalmente.

Proporcionar información a la mujer sobre la evolución del parto.

Procurar un apoyo asistencial individualizado (uno-a-uno).

Fomentar la participación del acompañante elegido por la mujer en el parto, evitando que ésta se encuentre sóla.

Animar a la mujer a que se mueva y adopte la postura que le resulte más cómoda, siempre que sea posible.

Aplicar las medidas higiénicas habituales según las normas del centro.

Necesidad de anotar en la documentación clínica todos los actos asistenciales que se realicen, con identificación de quién los efectúa.

Para alivio del dolor ver página 7

Exploración vaginal

Se puede utilizar agua corriente para el lavado genital antes de la exploración.

Comprobar que la exploración es necesaria.

Asegurar la privacidad, dignidad y comodidad durante la exploración.

Explicar las razones de la exploración y sus implicaciones.

Explicar los hallazgos con delicadeza y claridad.

Valoración inicial

Escuchar a la mujer.

Realizar anamnesis y valoración de sus antecedentes, considerando sus necesidades psicológicas y emocionales.

Revisar la historia clínica y evaluar el riesgo.

Comprobar temperatura, frecuencia de pulso y tensión arterial.

Valorar las contracciones uterinas y la frecuencia cardiaca fetal (FCF).

Exploración vaginal.

Para alivio del dolor ver página 7

Se intentará evitar el ingreso de aquellas gestantes que no cumplan los criterios para considerar que están en fase activa de parto (dinámica uterina regular, borramiento cervical >50% y dilatación de 3-4 cm.

El parto no ha comenzado

Si la valoración inicial es normal, ofrecer apoyo individual y animar a la mujer a que retorne a su hogar.

Primera etapa del parto (dilatación)

Comenzar a usar el partograma cuando el parto se inicie.

En los partos identificados de bajo riesgo, siempre que se asegure una asignación uno-a-uno, se puede realizar un control intermitente del estado fetal y de las contracciones uterinas. Controlar y documentar:

- Cada 15 minutos, tras una contracción uterina, la FCF durante 60".
- Cada 30 minutos, la frecuencia de las contracciones uterinas.

En las demás situaciones: monitorización fetal continua.

Cada 2 horas, toma de constantes.

Cada 2-4 horas, exploración vaginal.

Comprobar micción espontánea y evacuación de la vejiga.

Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.

Para alivio del dolor ver página 7

Ir a página 4

Consultar con el médico: Obst

Embarazos de riesgo **(ver página 8).**

Indicaciones para la monitorización fetal electrónica en mujeres de bajo riesgo: tinción meconial del líquido amniótico, FCF anormal en la auscultación, fiebre materna, hemorragia actual, epidural, administración de oxitocina (**ver página 8).**

Tensión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o diastólica ≥ 90 mm Hg.

Dudas sobre la existencia de latido cardíaco fetal.

Registro de FCF anómalo **(ver página 8).**

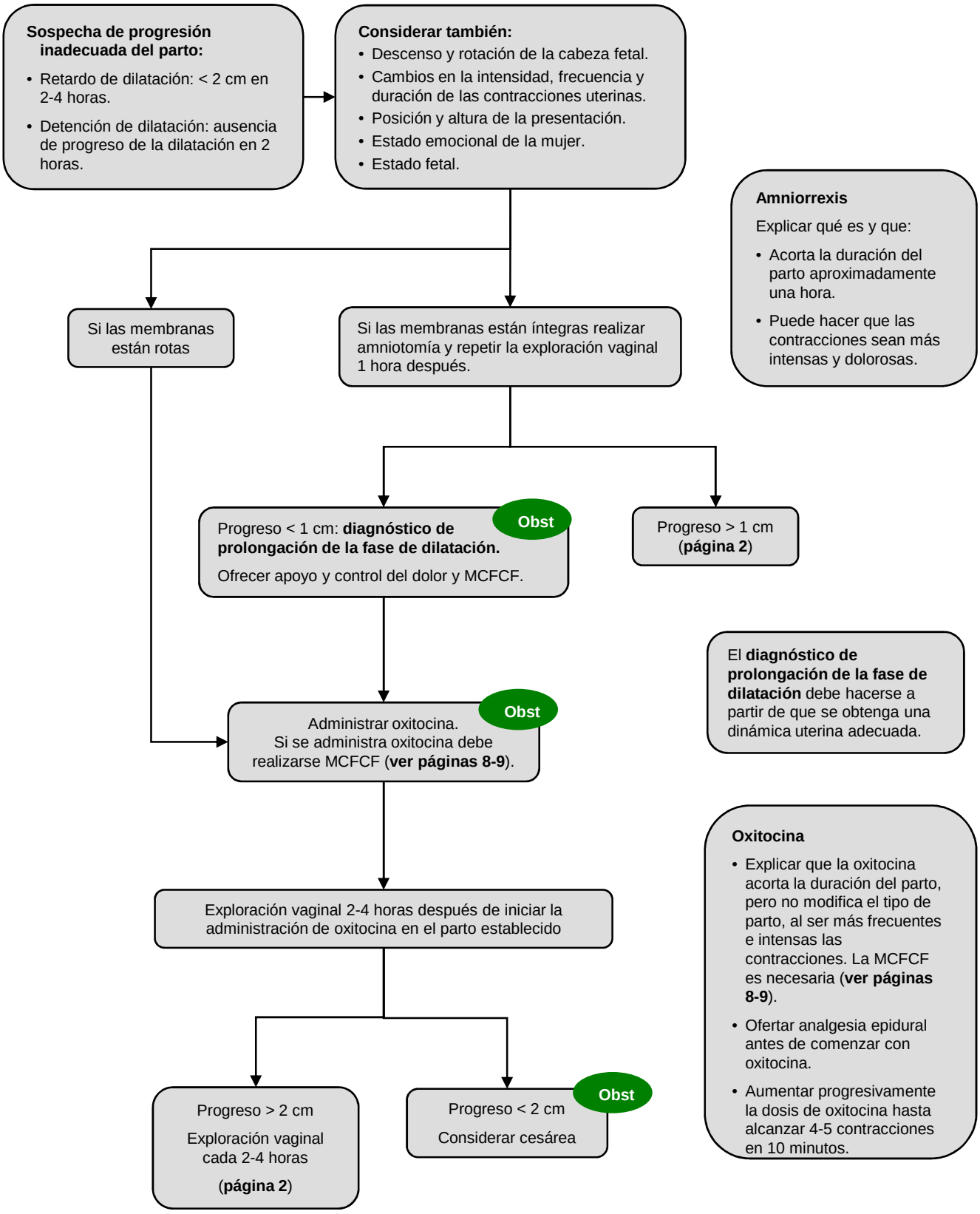
Sospecha de progresión inadecuada del parto:

Retardo de dilatación: < 2 cm de dilatación en 2-4 horas.

Detención de la dilatación: ausencia de progreso de la dilatación en 2 horas.

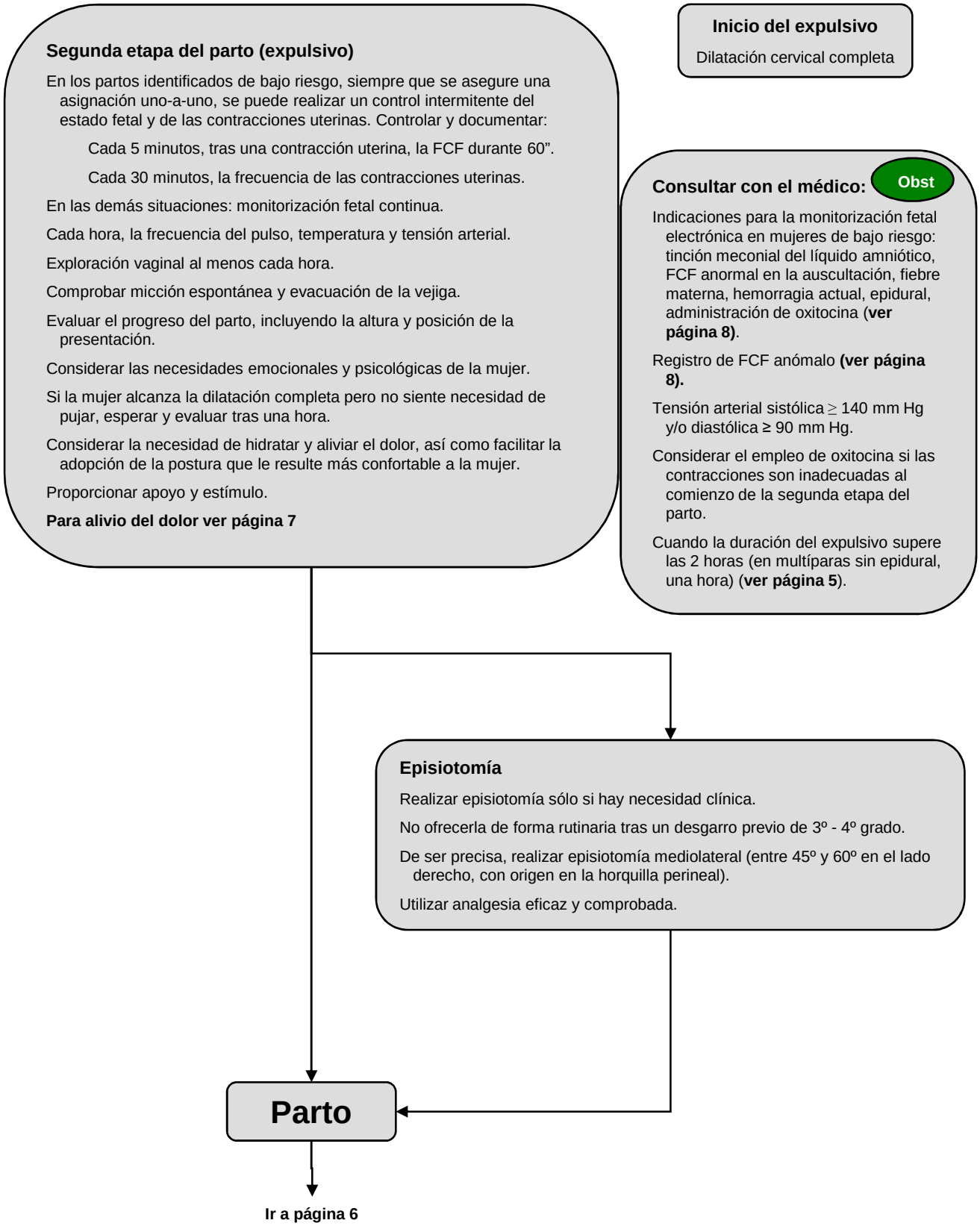
(ver página 3)

Prolongación de la primera etapa del parto (dilatación)

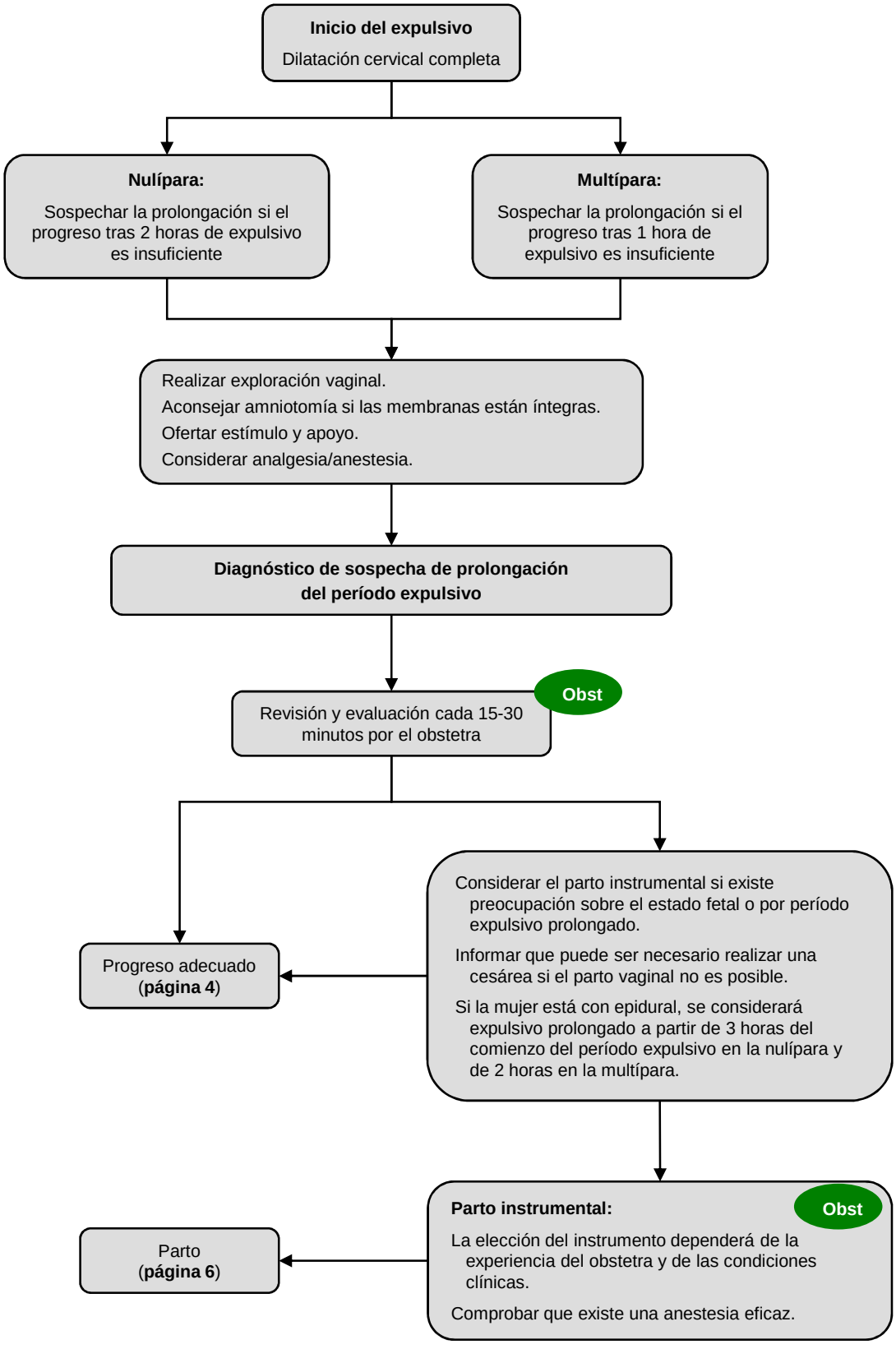


MCFCF = monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal

Período expulsivo



Prolongación de la segunda etapa del parto (expulsivo)



Período del alumbramiento

Tercera etapa del parto (alumbramiento)

Vigilar el estado general de la mujer.

Observar la hemorragia genital.

Conducta activa: administrar oxitocina y tracción controlada del cordón umbilical. Informar que esta conducta reduce el riesgo de hemorragia y acorta la duración del período del alumbramiento.

Conducta expectante: no se realizarán maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30' de duración normal del alumbramiento. No se administrará oxitocina ni se realizará pinzamiento precoz del cordón. Expulsión de la placenta por el pujo materno. No traccionar del cordón ni palpar el útero.

Consultar con el médico: Obst

Retención placentaria

- Conducta activa: ≥ 30 minutos.
- Conducta expectante: ≥ 30 minutos.

Sospecha de hemorragia posparto:

- Pérdida de sangre que impresiona como superior a la habitual.
- Signos o síntomas de compromiso hemodinámico (hipotensión, palidez, taquicardia, etc…).

Iniciar acciones inmediatas:

- Pedir ayuda.
- Masaje uterino.
- Administrar líquidos IV.

Cuidados tras el parto

Mujer:

Observar su estado general, color, respiración; comprobar temperatura, pulso, tensión arterial, contracción uterina, hemorragia y vaciamiento vesical.

Comprobar la integridad del cordón, placenta y membranas.

Evaluar el estado emocional y psicológico de la mujer.

Neonato:

Realizar y anotar la puntuación del test de Apgar al 1º y 5º minuto.

Favorecer el contacto piel-piel entre la mujer y el niño tan pronto como sea posible.

No separar a la madre de su hijo en la primera hora tras el nacimiento. La atención inicial del recién nacido, siempre que sea posible, se debe hacer en la propia sala de partos y en presencia de los padres.

Iniciar la lactancia natural en la primera hora de vida.

Identificación del recién nacido**.**

Cuidados perineales

Realizar con delicadeza la valoración del estado perineal, incluyendo si es preciso, el tacto rectal. Explicar a la mujer lo que se está haciendo y confirmar que la analgesia es eficaz. Documentar los hallazgos.

La posición de litotomía, sólo debiera usarse para explorar y reparar si fuera preciso, la episiotomía o un desgarro.

Desgarro de 1º grado: suturar la piel con sutura continua subcutánea a menos que los bordes estén bien aproximados.

Desgarro de 2º grado: suturar la pared vaginal y el músculo con sutura continua simple no bloqueante. Suturar la piel con sutura continua subcutánea a menos que los bordes estén bien aproximados.

Para alivio del dolor ver página 7.

Consultar con el médico: Obst

Si existen dudas sobre el tipo y/o extensión de la lesión perineal.

Si existe desgarro perineal de 3º ó 4º grado.

Alivio del dolor

Apoyo a la mujer

Considerar su actitud frente al dolor durante el parto y asegurar que recibe la analgesia que ella solicita.

Ofrecer apoyo y estímulo.

Informar de la posibilidad de solicitar analgesia en cualquier momento del parto.

Apoyar que la mujer utilice técnicas de relajación/respiración, masajes y música.

Antes de elegir la analgesia epidural

Informar a la mujer que:

- Es administrada por anestesiólogos.
- Proporciona un alivio del dolor más eficaz que los opiáceos.
- Se asocia con una prolongación de la segunda etapa del parto y con una mayor probabilidad de parto vaginal instrumental (fórceps, ventosa o espátulas).
- No se asocia con:
  - Un aumento de la duración de la primera etapa del parto, ni con una mayor probabilidad de tener que realizar una cesárea.
  - Dolor de espalda a largo plazo.
- Su uso requiere monitorización materno-fetal y colocar una vía intravenosa.
- El uso de grandes cantidades de opiáceos epidurales puede causar problemas respiratorios a corto plazo al nacido y somnolencia en el niño.

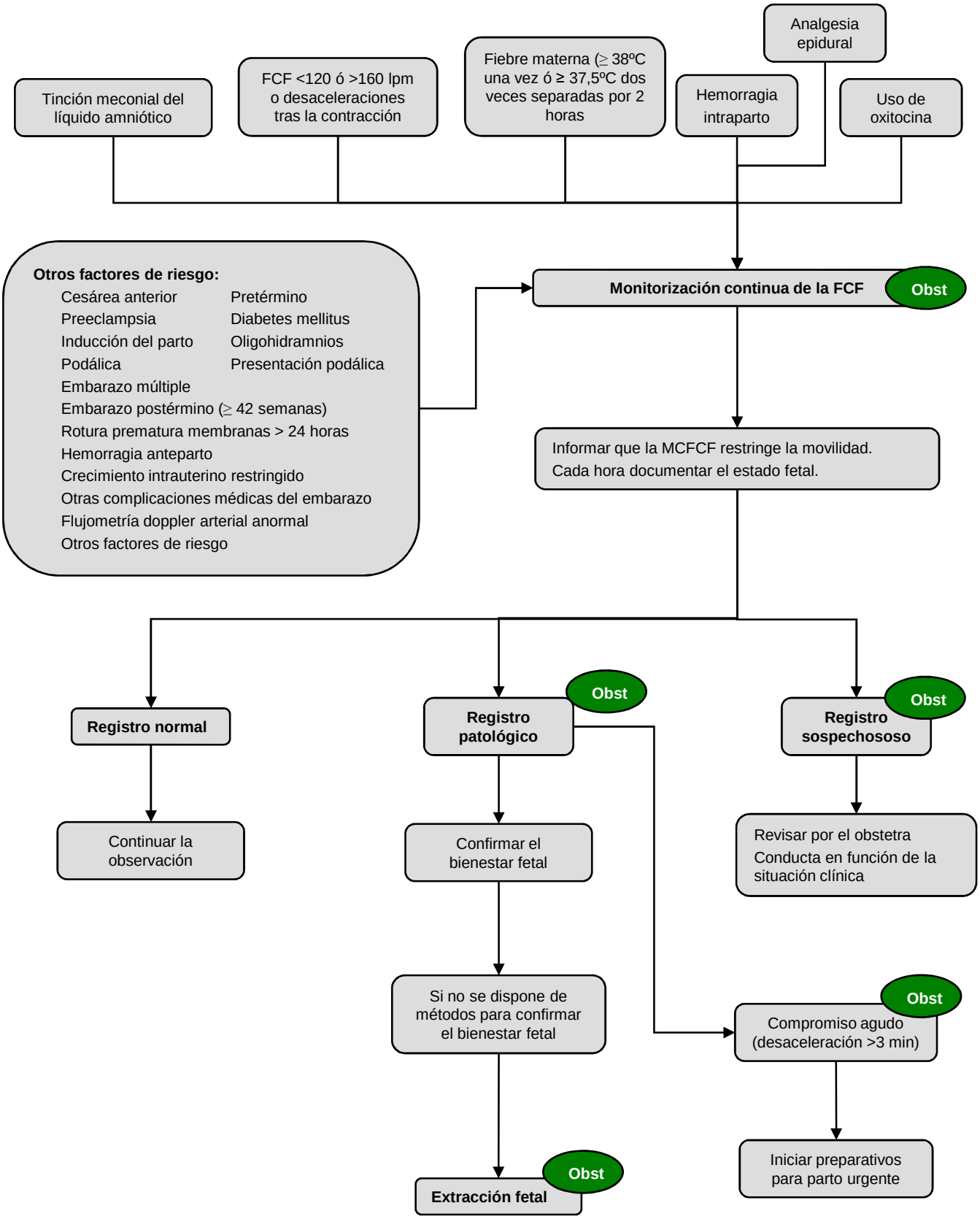
Analgésicos por inhalación y opiáceos

Informar que el uso de analgesia por inhalación (mezcla al 50% de oxígeno y óxido nitroso) y opiáceos (petidina, diamorfina):

- Proporcionan un alivio limitado del dolor en la mujer.
- La analgesia por inhalación puede causar náuseas y mareos.
- Los opiáceos pueden causar somnolencia, náuseas y vómitos en la mujer.
- Los opiáceos pueden causar depresión respiratoria a corto plazo y somnolencia durante varios días en el niño.
- Los opiáceos pueden interferir con la lactancia natural.

Administrar un antiemético si se usan opiáceos.

Monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal (MCFCF)



Monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal (MCFCF)

Definición de registro normal, sospechoso y patológico

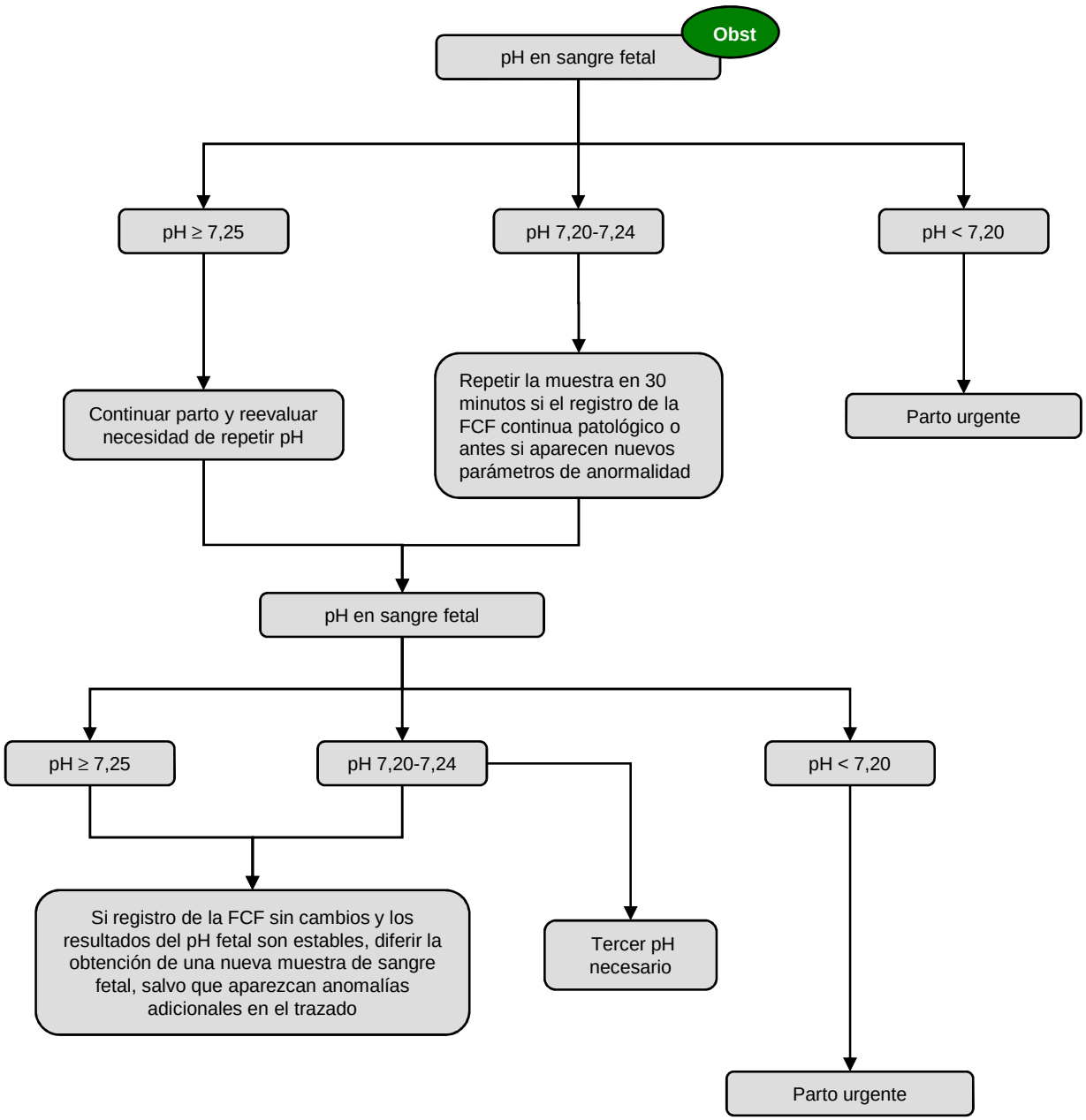
Categoría	Definición
Normal	Registro de la FCF con los 4 criterios de lectura clasificados como tranquilizadores
Sospechoso	Registro de la FCF con 1 criterio clasificado como intranquilizador y el resto tranquilizadores
Patológico	Registro de la FCF con 2 ó más criterios intranquilizadores ó 1 ó más clasificado como anormal

Clasificación de los criterios de interpretación de los registros de la FCF (modificado de RCOG)

Característica	FCF basal (l/m)	Variabilidad (l/m)	Desaceleraciones	Aceleraciones
Tranquilizadora	120-160	≥ 5	Ninguna	Presentes
Intranquilizadora	100-119 161-180	< 5 durante 40-90 minutos	Deceleraciones variables típicas con más del 50% de las contracciones durante más de 90 minutos. Deceleración prolongada única de hasta 3 minutos.	La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro por otra parte normal tiene un significado incierto
Anormal	< 100 > 180 Patrón sinusoidal ≥ 10 minutos	< 5 durante más de 90 minutos	Deceleraciones variables atípicas con más del 50% de las contracciones o desaceleraciones tardías (Dip II), ambas durante más de 30 minutos. Deceleración prolongada única de > 3 minutos.	

Deceleraciones variables atípicas (características)

La presencia de atipias en una deceleración variable predice un mayor riesgo de acidosis y un aumento de resultados perinatales deficientes. En orden de frecuencia, estas atipias son:

- Pérdida del ascenso transitorio inicial.
- Retorno lento a la FCF basal.
- Pérdida del ascenso transitorio secundario.
- Ascenso transitorio secundario prolongado.
- Deceleración bifásica (forma W).
- Pérdida de variabilidad durante la deceleración (es el de peor pronóstico).
- FCF basal tras la deceleración a un nivel más bajo que el previo.

pH en sangre fetal