



Facultad de Medicina

ATENCIÓN DE PARTO

DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE ENSEÑANZA Y CERTIFICACIÓN DE APTITUDES MÉDICAS

ACTUALIZADO POR: ALBA BRENDA DANIEL GUERRERO, MARICRUZ DAÑINO MORALES, DIANA CAROLINA REYES MÉNDEZ, ANA XIMENA VARGAS RODRÍGUEZ, IVONNE ELIZABETH ZENTENO CASTILLO, LUCERO MORALES MÉNDEZ.
REVISADO POR: SARA MORALES LÓPEZ.

ATENCIÓN DE PARTO

Objetivos de aprendizaje

El Estudiante:

- Realiza la atención de parto, tomando en cuenta lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016
- Explica a la paciente el procedimiento, solicita su consentimiento y observa una relación médico-paciente empática y efectiva.
- Realiza el lavado clínico de manos.
- Valora los datos obtenidos de la historia clínica y los corrobora mediante una revisión clínica completa.
- Elabora y registra el partograma y la nota de evolución.

Definición de trabajo de parto

Del latín “partus” se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, podemos clasificar el parto por la edad gestacional (Semanas de gestación, SDG):

- Inmaduro: de las 20 a las 27 SDG
- Pretérmino: de las 28 a las 37 SDG
- Término: de las 38 a las 42 SDG
- Postérmino: a partir de las 42 SDG

La duración total del trabajo de parto es muy variable: el promedio en nulípara es de 12 a 20 h., mientras que en múltiparas de 6 a 12 h.

Es muy importante hacer un diagnóstico certero de trabajo de parto verdadero y diferenciarlo de uno falso. El diagnóstico de trabajo se hace teniendo contracciones regulares y efectivas que provoquen cambios cervicales (dilatación y borramiento).

En las pacientes con un trabajo de parto verdadero es necesario establecer el momento adecuado para la admisión hospitalaria de la paciente, para lo que contamos con los siguientes criterios:

1. Contracciones uterinas regulares (2 a 4 contracciones en 10 minutos)
2. Dolor abdominal en hipogastrio
3. Cambios cervicales (borramiento >50% y dilatación de 3 a 4 cm)

Las pacientes que son ingresadas antes de lo debido sufren de mayor intervencionismo lo cual se puede asociar con distocias, edema de tejidos blandos por tactos múltiples, cesáreas, etc.

Una vez que decidimos admitir a esta paciente debemos de realizar su historia clínica, establecer su diagnóstico, el plan de manejo, solicitar consentimiento informado de hospitalización, abrir un partograma y vigilar de forma estrecha los signos vitales maternos y fetales, la actividad uterina, los cambios cervicales y las pérdidas transvaginales.

Es muy importante recordar siempre que una adecuada relación médico paciente nos ayuda a mejorar la comunicación con nuestros pacientes y según una revisión de Hodnett, et. al de “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto” disminuye la necesidad de analgesia intraparto, la tasa de cesáreas, la necesidad de partos instrumentados, el tiempo del trabajo de parto y aumenta el parto vaginal espontáneo.

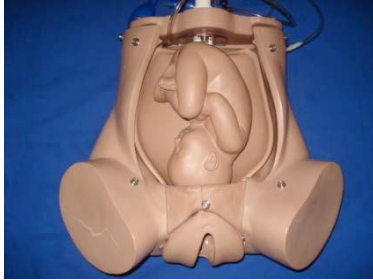
Para hacer un adecuado diagnóstico obstétrico es de suma importancia conocer, lo mejor que se pueda, la estática fetal a través de las maniobras de Leopold, la pelvimetría, las condiciones cervicales y los signos vitales maternos y fetales y llevar un registro de todo lo antes mencionado, por lo que se describirán a continuación.

Estática fetal

La estática fetal nos habla de cómo está orientado el feto, que relaciones guardan sus distintos segmentos entre sí y que relación guardan con la pelvis materna. Se describen 4 términos: **situación, presentación, actitud y posición.**

a) Situación fetal: describe la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre. La situación puede ser longitudinal (99%), transversa u oblicua, la cual es, en general, una situación transitoria.

Longitudinal



Transversa



Oblicua



DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

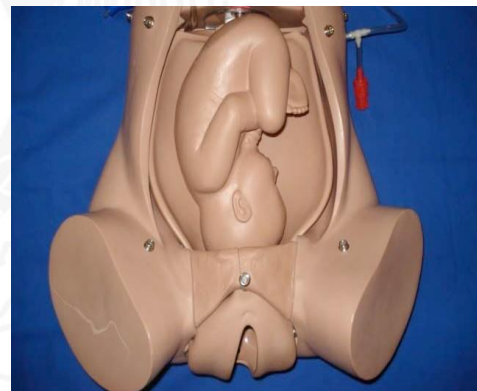
Facultad de Medicina

b) Presentación: se refiere a la parte del cuerpo fetal que se aboca al estrecho mayor de la pelvis, es capaz de llenarlo y de desencadenar un trabajo de parto. Si el feto se encuentra en situación longitudinal la presentación puede ser pélvica (2.7%) o cefálica (96.8%). Si se encuentra en situación transversa se presenta el hombro.

Pélvica



Cefálica



DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

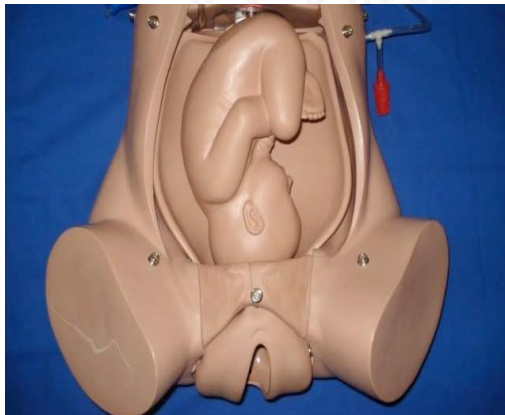
c) Actitud: es la relación que guardan las distintas partes fetales entre ellas. Normalmente la actitud cambia a lo largo de la gestación y en los últimos meses el producto toma su actitud definitiva. Puede encontrarse en actitud indiferente, en flexión (lo más frecuente), en extensión o en hiperextensión.



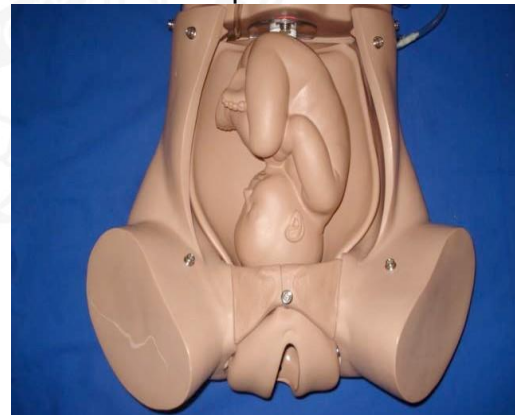
DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

d) **Posición:** es la relación que guarda un punto específico del producto con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. Por ejemplo, podemos tomar el dorso como referencia y decir que se encuentra con dorso a la derecha o dorso a la izquierda, como se muestra en las imágenes siguientes.

Derecha



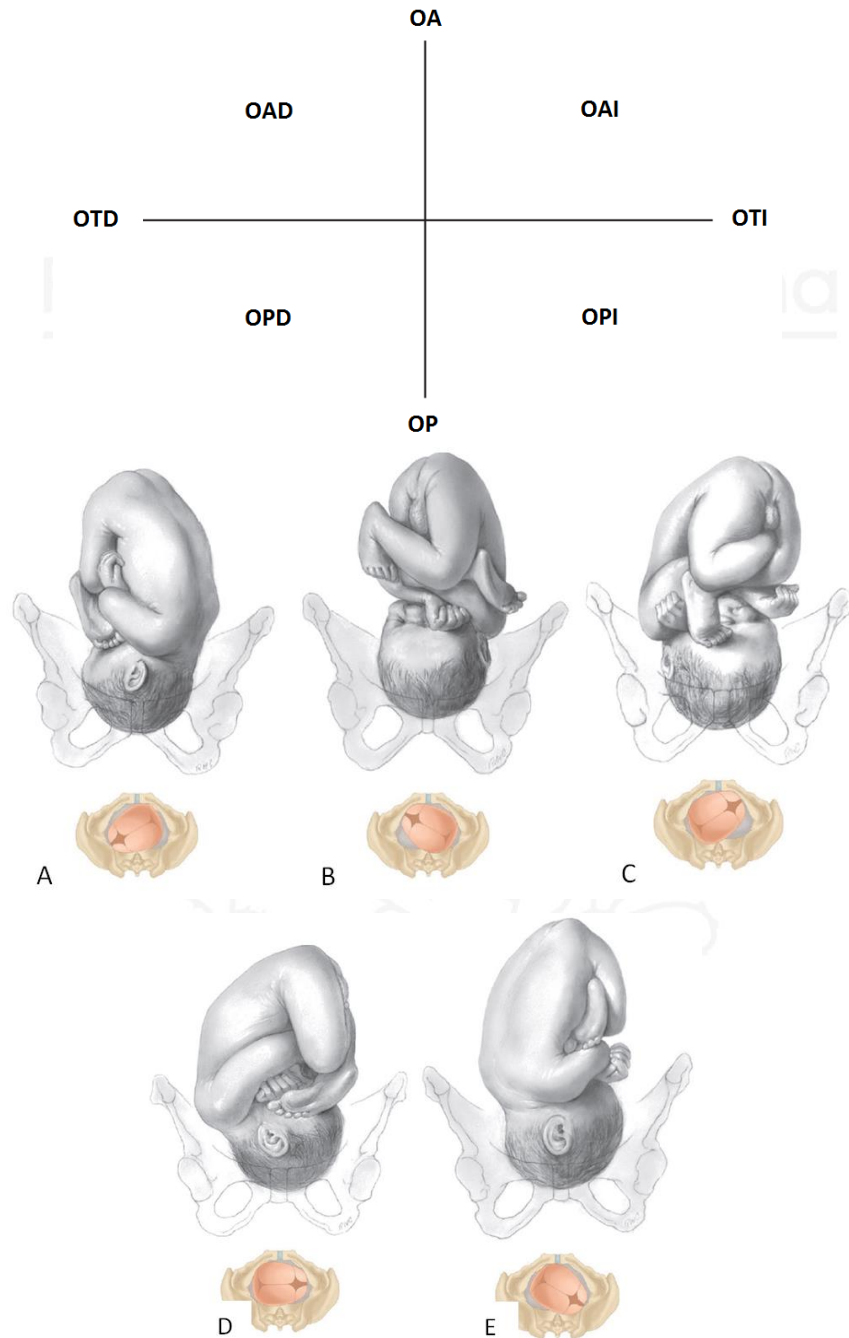
Izquierda



DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

Variedad de posición: se refiere específicamente a la relación que guarda el punto toconómico (la parte de la presentación fetal que sobresale y se puede palpar por tacto vaginal) con el lado derecho o izquierdo de la pelvis. En un parto con presentación cefálica pueden ser occipito-anterior izquierda (OAI) o derecha (OAD), occipito-posterior

izquierda (OPI) o derecha (OPD) y occipito-transversa izquierda (OTI) o derecha (OTD), como se muestra a continuación:



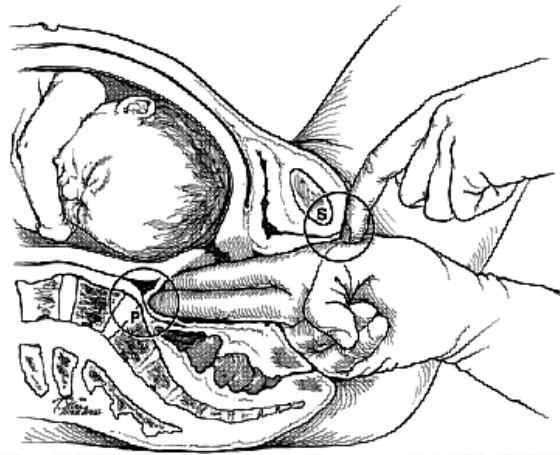
A: OAI, B: OPI, C: OPD, D: OTD, E: OAD

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Pelvimetría interna

Al realizar un tacto vaginal se pueden tomar medidas cuantitativas de la capacidad de la pelvis materna que nos dan información importante sobre el canal por el que tiene que pasar el producto y sobre si éste es suficiente o es pequeño. Al hacer esto podemos prevenir algunas complicaciones como desproporción cefalopélvica, distocia de hombros, etc.

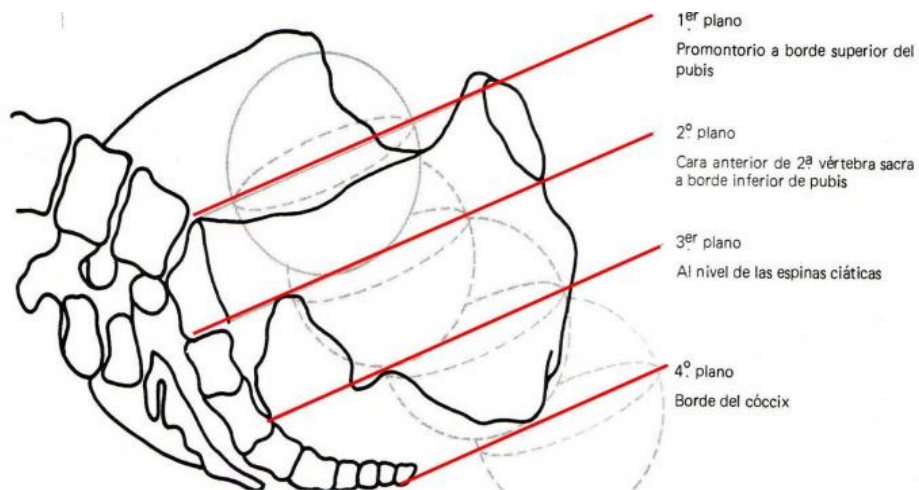
El tacto se hace de la forma que se muestra en la imagen siguiente y se busca tocar el promontorio. Esta medida se conoce como conjugado diagonal y debe de ser mayor de 12 cm para hablar de una pelvis suficiente para el parto.



Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 16ª Edición, México, 1980.

Después de esto intentamos tocar las líneas pectíneas, las espinas ciáticas, las paredes de la pelvis, la forma del sacro y describimos sus características como se hace en la tabla que se muestra a continuación y que representa la clasificación de Caldwell-Moloy. Dependiendo de las características la podemos clasificar como una pelvis ginecoide (ideal para un parto), una pelvis antropoide (no contraindica un parto), una androide o una platipeloide (ambas poco indicadas para ofrecer a la paciente un parto).

Al hacer el tacto también debemos de describir la altura a la que se encuentra la presentación y lo hacemos utilizando los 4 planos de Hodge:



Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23^a Edición, México, 2011.

Condiciones cervicales

Al realizar un tacto vaginal debemos de describir, como lo mencionamos anteriormente, la pelvimetría, sin embargo también debemos de indagar las condiciones cervicales. Del cérvix se puede describir su posición, su consistencia, el borramiento y la dilatación. Estos parámetros los podemos utilizar para calcular el índice de Bishop como se muestra a continuación:

Parámetros	Puntuación			
	0	1	2	3
Dilatación (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	>70
Descenso fetal	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Consistencia del cuello uterino	Firme	Mediana	Blanda	
Posición del cuello uterino	Posterior	Mediana	Anterior	

La puntuación que obtengamos con este índice nos hablará de la necesidad de inducción o de conducción del trabajo de parto. Un Bishop > 6 es favorable para inducir y conducir el trabajo de parto, si es menor ha este es necesario madurar el cérvix antes de inducirlo.

Partograma

El partograma es una herramienta que tenemos para registrar los datos tanto maternos como fetales durante el trabajo de parto y así llevar una adecuada monitorización de nuestra paciente y el producto. La OMS recomienda su uso en todas las pacientes y es parte esencial del expediente clínico de cualquier paciente en trabajo de parto.

Monitorización fetal

El monitoreo fetal se realiza al escuchar la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y esto se puede hacer con cardiotocografía externa, Pinard o Daptone. En los embarazos de bajo riesgo sólo está indicado realizar monitoreo de la FCF cada 30 minutos, después de una contracción. El monitoreo continuo no está recomendado ya que incrementa la incidencia de cesáreas y partos instrumentados. El monitoreo fetal se debe de hacer en decúbito lateral izquierdo, sentada o en media posición vertical.



El sitio en donde se perciben los latidos fetales en su máxima intensidad, se encuentra a la menor distancia entre el corazón fetal y la pared abdominal, y corresponde al hombro anterior.

Focos de auscultación fetal:

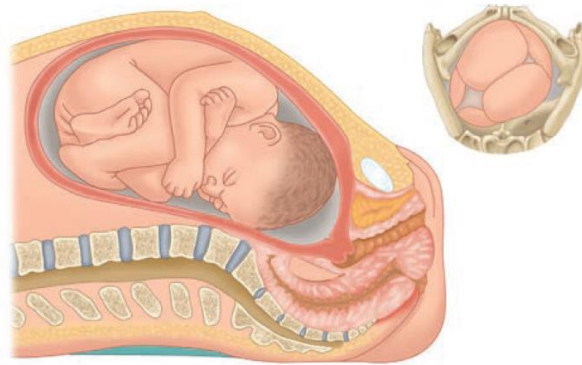
- Presentación cefálica: Cuadrantes inferiores
- Presentación pélvica: Cuadrantes superiores
- Situación transversa dorso anterior: Sobre o cerca de la línea media inferior
- Situación transversa dorso posterior: Sobre o cerca de la línea media superior

La FCF normal es de 110 a 160 lpm, valores por abajo o por arriba de estos pueden indicar hipoxia y sufrimiento fetal.

Una vez que nuestra paciente se encuentra monitorizada, que hemos recabado su historia clínica, que tenemos su diagnóstico obstétrico y que tenemos un plan de manejo entonces podemos empezar a pensar en la atención del parto. Para esto es de suma importancia conocer los movimientos cardinales que realiza el producto en su paso por el canal de parto, así como los distintos periodos del trabajo de parto y sus fases y las intervenciones que podemos realizar en cuanto a inducto-conducción del trabajo de parto. Estos temas serán discutidos a continuación.

Mecanismos de trabajo de parto

El conjunto de movimientos que realiza el feto para salir a través del canal de parto. Para su estudio, dividimos este proceso en pasos secuenciales, lo cual facilita su entendimiento. Sin embargo, en la realidad y en condiciones fisiológicas, es un fenómeno continuo y simultáneo, sin interrupción.



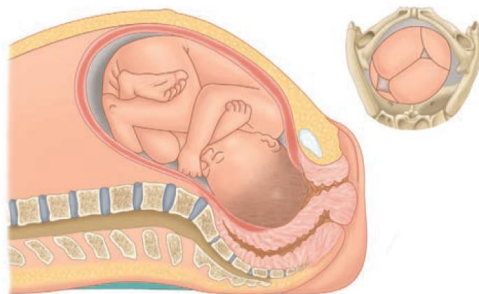
1. Cabeza flotante antes del encajamiento

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Encajamiento

Es el mecanismo por el cual el diámetro biparietal del producto pasa a través del estrecho superior de la pelvis materna. Esto puede ocurrir en las últimas semanas de gestación o hasta el comienzo del trabajo de parto. En general, al encajarse, el producto se encuentra en una variedad de posición transversa que casi siempre es

transitoria. Sin embargo, puede encontrarse en cualquier variedad de posición y si estas son occipito-posteriores pueden causar una distocia en el momento del nacimiento.

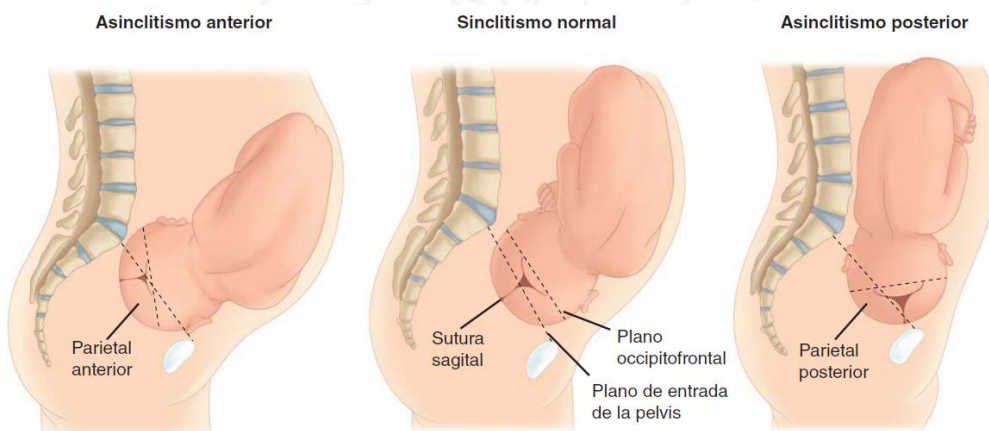


2. Encajamiento, descenso, flexión

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Asinclitismo

En este paso conviene recordar que la sutura sagital debería de encontrarse potencialmente sinclítica, es decir, se deberá encontrar en la línea media entre la sínfisis del pubis y el sacro. Así pues el asinclitismo ocurre con la finalidad de facilitar el descenso fetal a través de la pelvis materna, al disminuir el diámetro presentado por el producto. El asinclitismo puede ser anterior cuando la sutura sagital está cerca del promontorio y se palpa el parietal anterior en el tacto, o posterior cuando la sutura sagital se encuentra cerca de la sínfisis del pubis y se palpa el parietal posterior. Si estos movimientos son muy pronunciados se puede causar una desproporción cefalopélvica.

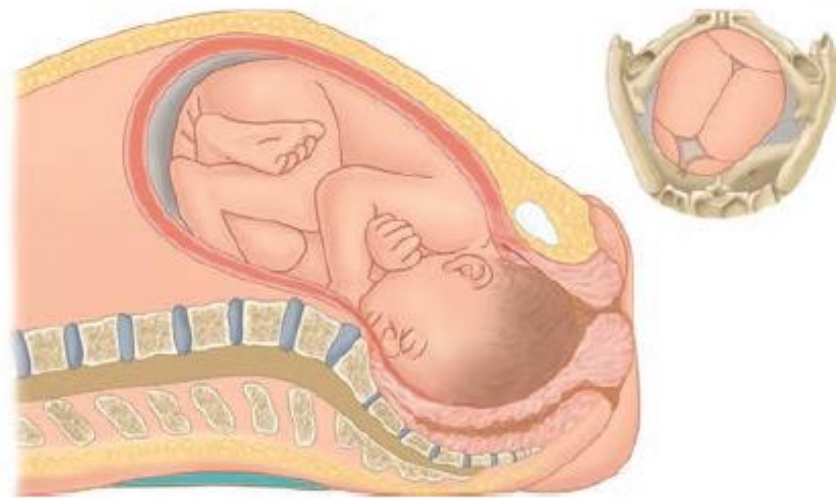


Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Descenso

Este ocurre a lo largo del canal del parto, en nulíparas es subsecuente al encajamiento y en multíparas puede ser simultáneo a éste. Depende de 4 fuerzas:

1. Presión del líquido amniótico.
2. Presión del fondo uterino sobre la pelvis en las contracciones.
3. Esfuerzo de pujo de la madre.
4. Extensión y flexión del cuerpo fetal.



3. Descenso adicional, rotación interna

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

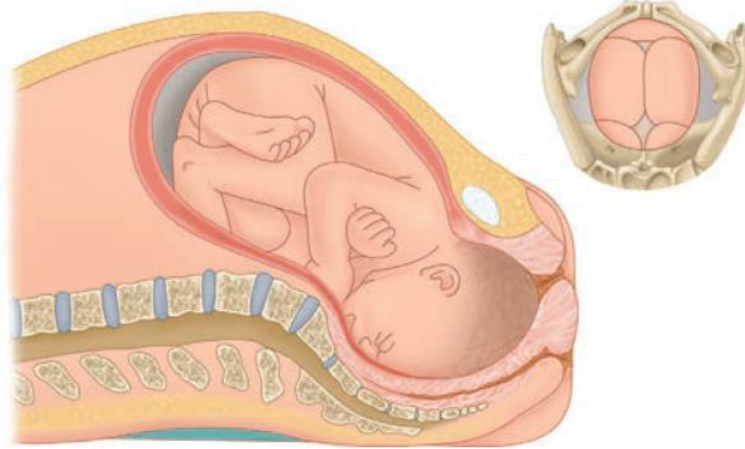
Flexión

El producto se encuentra descendiendo y tan pronto como encuentra alguna resistencia ofrecida por el cuerpo de la madre (cuello uterino, piso o paredes pélvicas, etc.) presentará una flexión natural que lo lleva a ofrecer el su diámetro occipitofrontal en lugar del suboccipitobregmático.

Rotación interna

Este evento ocurre al girar la cabeza fetal en el interior de la pelvis, el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis (lo más frecuente) o hacia la cavidad el sacro tratando de regresar a su posición original (occipito anterior).

Este giro es de 45° en las variedades anteriores, de 90° en las transversas y de 135° en las variedades posteriores.



4. Rotación completa, inicio de la extensión

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Extensión

Este movimiento ocurre cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis; en este movimiento tienen un papel importante la fuerza del útero sobre la cabeza, la cual es posterior, y la fuerza de la sínfisis del pubis y el piso pélvico sobre la misma, la cual es anterior. La resultante de estas fuerzas provoca la extensión de la cabeza fetal usando la sínfisis del pubis como una palanca para avanzar y para que se presente el nacimiento de la cabeza (occipucio, bregma, frente, nariz, boca y mentón).

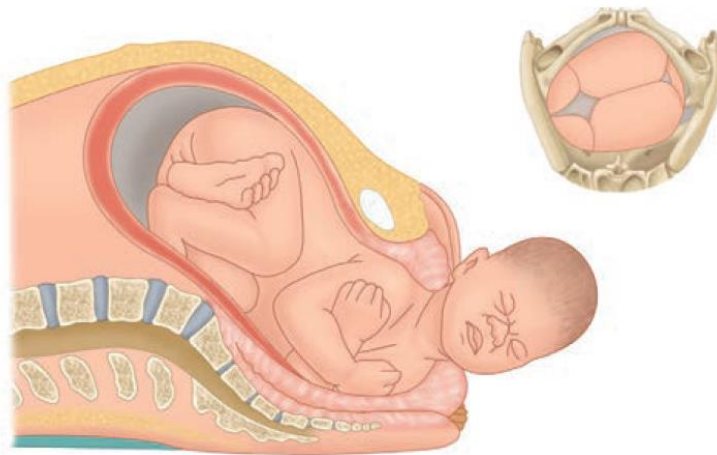


5. Extensión completa

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Restitución (Rotación Externa)

Este movimiento es inverso al que realizó durante la rotación interna, con la finalidad de guardar la relación anatómica de los hombros. Durante este movimiento la sutura sagital se ubica en una variedad de posición transversa y el diámetro biacromial del producto se relaciona con el diámetro anteroposterior de la madre.

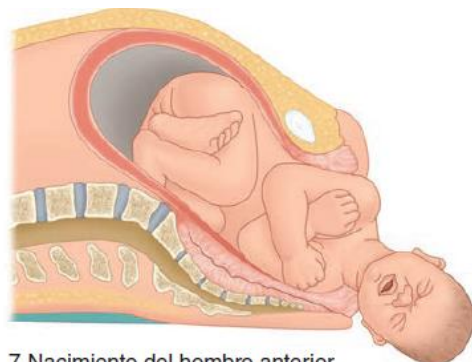


6. Restitución (rotación externa)

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Expulsión de los hombros

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, mientras que el hombro posterior se desliza por la concavidad sacra; En esta posición el hombro anterior es el primero en nacer seguido por el posterior.



7. Nacimiento del hombro anterior



8. Nacimiento del hombro posterior

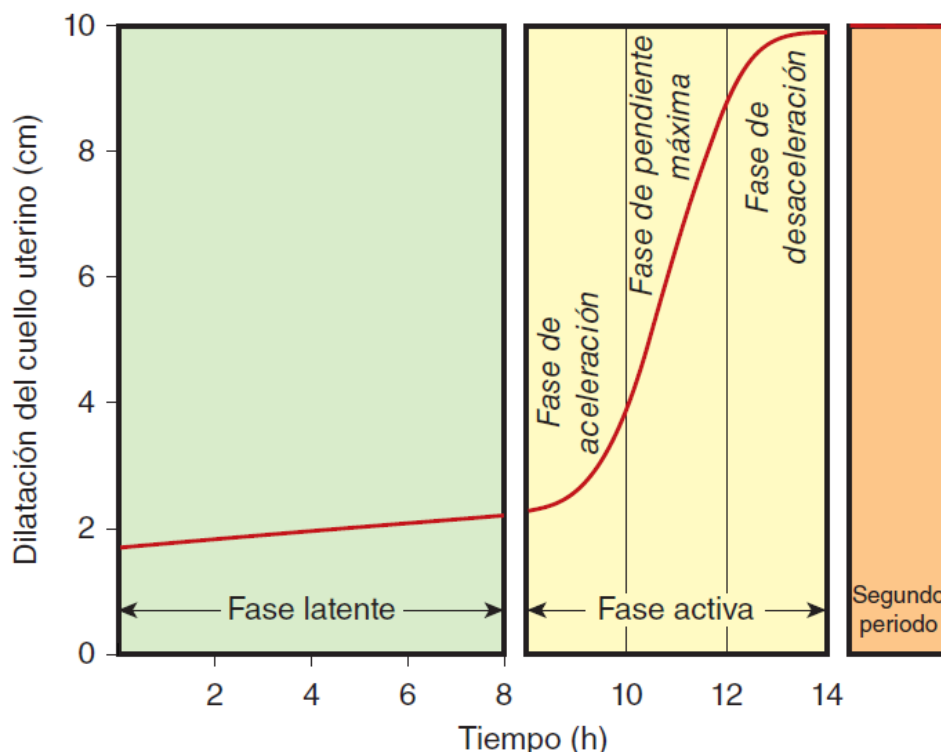
Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

Expulsión del resto del cuerpo fetal

Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, ya que, en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, tienen diámetros menores que no ofrecen tanta resistencia, por lo que el nacimiento del resto del cuerpo es prácticamente espontáneo.

Periodos del trabajo de parto

Desde 1950 la observación clínica de Friedman permitió describir el trabajo de parto, y establecer periodos y fases, que nos ayudan a dividir el trabajo de parto, a tener criterios de admisión hospitalaria, inductoconducción, indicaciones de cesárea o parto instrumentado y un seguimiento adecuado de nuestras pacientes. La gráfica que se muestra a continuación es una representación gráfica de la curva de Friedman y de los periodos descritos a continuación.



Tomado de Cunningham, *Obstetricia Williams*, 23ª Edición, México, 2011. Composición de la curva de dilatación promedio del trabajo de parto en la paciente nulípara. El primer periodo se divide en una fase latente, relativamente plana, y una fase activa, de rápida progresión. Durante la fase activa existen tres componentes identificables, incluidas una fase de aceleración, una fase de pendiente máxima y una fase de desaceleración.

1er periodo o periodo de dilatación:

Es el primer periodo y corresponde al momento en el que se dan los cambios cervicales, inicia con las contracciones uterinas efectivas y termina cuando la paciente se encuentra con una dilatación de 10cm. Este periodo se divide en 2 fases:

1. **Fase Latente:** Esta fase inicia cuando las contracciones son regulares y termina cuando al tacto vaginal medimos una dilatación de 3cm. La duración del periodo de latencia es variable en promedio 6.4 horas para las primigestas y 4.8 para multigestas. Una duración mayor de 20 y 14 horas respectivamente se denomina como fase latente prolongada. Esta fase puede verse modificada por el uso de sedación excesiva, analgesia epidural y condiciones desfavorables del cuello uterino.
2. **Fase activa:** Se inicia cuando el cuello uterino tiene >3cm de dilatación y culmina con una dilatación completa de 10cm. A su vez, la fase activa presenta una fase de aceleración (3 - 8cm) y una fase de desaceleración (8 - 10cm). Dura un promedio de 4.9 horas en nulíparas con una desviación estándar amplia. Se dice que el ritmo de dilatación debe de ser de 1.2 cm/h como mínimo en nulíparas y de 1.5 cm/h en multíparas. Se ha visto que en la fase de aceleración predomina la dilatación y en la fase de desaceleración ocurre mayormente el descenso y el borramiento.

2º periodo o periodo expulsivo

Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y termina con la expulsión o nacimiento del producto. En promedio la duración es de 50 min en nulíparas y 20 min en multíparas.

El descenso del producto es más acelerado en este periodo y la madre comienza a sentir deseo de pujo o necesidad de defecar. En este periodo debemos de insistirle a la madre que el pujo es muy importante para el nacimiento de su bebe. En los momentos en los que se presenta una contracción, la madre debe de pujar con la parte baja del abdomen y debe de descansar cuando la contracción termine. Estos esfuerzos harán que la cabeza fetal corone y en ese momento será necesario pasar a nuestra paciente a la sala de expulsión.



En la sala de expulsión se coloca a la paciente en posición de litotomía, se le realiza una limpieza de la región vulvar, perineal y la cara interna de los muslos. El médico que atenderá el parto debe de realizar un lavado de manos quirúrgico, colocarse una bata y guantes estériles y colocar los campos estériles en la paciente ya lavada. Se coloca un campo por debajo de la cadera de la madre, uno en cada pierna y uno en la región abdominal.

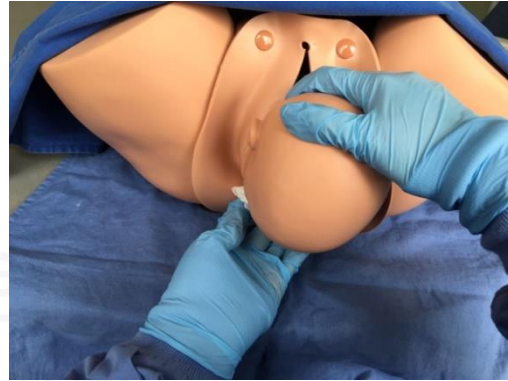
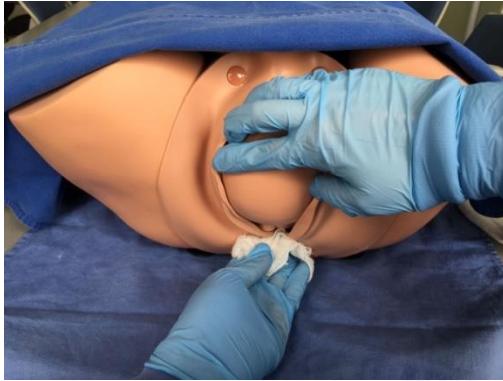
El médico encargado de atender el parto debe de solicitar el material que necesitará: lidocaína, jeringa, tijeras metzenbaum, sutura para episiorrafia, gasas estériles, portaagujas, pinzas de disección, pinzas Rochester para pinzar el cordón, pinzas Forester.

El obstetra debe de valorar, en este momento, si será necesario realizar una episiotomía y si esta debe de ser media o mediolateral. Esto debe de ser individualizado para cada paciente y no debe de ser una práctica sistemática, como lo indica la Norma Oficial. Se realiza cuando se pueden ver 3 – 4cm de la cabeza fetal y durante una contracción, sólo después de haber colocado lidocaína en la región del periné.

Este periodo también se puede dividir en 3 fases:

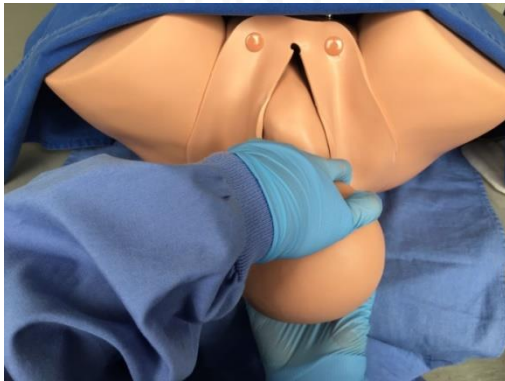
1. **Nacimiento de la cabeza:** El nacimiento de la cabeza se da por lo movimientos cardinales ya descritos y existen algunas maniobras importantes para proteger tanto a la madre como al producto. La maniobra más importante es la de Ritgen modificada. Esta manobra consiste en tomar con una mano una gasa o compresa y ejercer una presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del perineo,

mientras con la otra mano controlamos la velocidad del nacimiento de la cabeza al colocarla en el occipucio.



DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

- Nacimiento de los hombros:** los hombros pueden nacer de forma espontánea o puede ser necesario ayudarles. Lo último se hace tomando con ambas manos la cabeza, después de la rotación externa, y haciendo una tracción descendente hasta el nacimiento del hombro anterior y luego ascendente para el nacimiento del hombro posterior.



DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

- Nacimiento del cuerpo y piernas:** normalmente es espontáneo, de lo contrario sólo se ejerce una ligera tracción. El bebé se entrega al pediatra o se coloca en el abdomen materno dependiendo del algoritmo del recién nacido que utilizemos.



DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

A esto le sigue el pinzamiento y corte del cordón umbilical el cual se puede realizar después de 1 min del nacimiento y antes de los 3 minutos del mismo.

3er periodo o alumbramiento

El cual inicia con el nacimiento completo del producto y termina con la expulsión de la placenta y sus anexos. En este periodo es importante monitorizar el tono uterino, así como el sangrado. Existen signos del desprendimiento placentario:

- Útero globular y firme.
- Borbotón de sangre.
- El útero asciende en el abdomen.
- El cordón umbilical sale un poco más de la vagina.

Este periodo del trabajo de parto requiere la participación activa del obstetra ya que esto disminuye el riesgo de hemorragia, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de este periodo. Esto se logra de la siguiente manera.

Para la extracción de la placenta existen 2 maniobras principales:

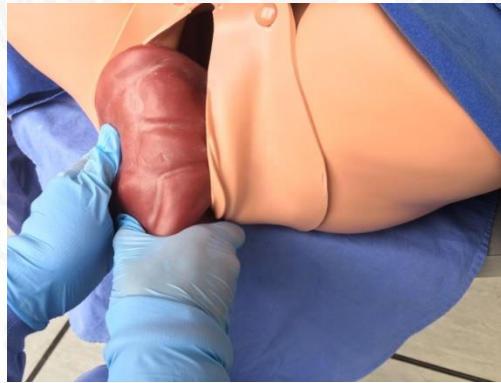
1. **Maniobra de Brandt – Andrews:** con la pinza se realiza una tracción leve del cordón umbilical en 45° de forma descendente, al mismo tiempo, con la otra mano,

se hace una compresión suprapúbica para detener el fondo uterino y que no haya inversión uterina.



Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.

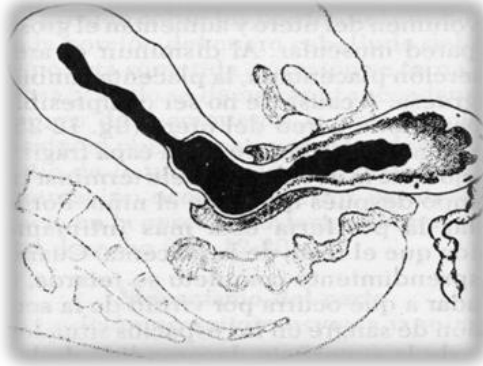
2. **Maniobra de Dublin:** una vez que se asoma la placenta en el introito vaginal, se toma y se gira sobre su propio eje longitudinal mientras se hace una leve tracción. Esto evita que se rompan las membranas y haya retención de restos placentarios y sangrado.



DICIM-CECAM, Facultad de Medicina UNAM.

Existen 2 tipos de alumbramiento: el de Schultze es el más frecuente y ocurre por un desprendimiento central de placenta con formación de hematoma retroplacentario, en este nace primero la cara fetal y después la materna que se acompaña con la salida del hematoma. El otro tipo se llama de Duncan y es menos frecuente. En este hay un desprendimiento de los bordes de la placenta con una hemorragia previa a la salida de la placenta. Normalmente en este tipo de alumbramiento vemos primero la cara materna de la placenta.

Schultze



Duncan



El uso de agentes uterotónicos, siendo la oxitocina el de elección (10UI IV o IM inmediatamente después del nacimiento) y esta se puede combinar con ergonovínicos (0.2 mg IM). Como segunda línea se puede usar la carbetocina (100 mcg IV) o misoprostol 400, 600 u 800 mcg VO).

Episiorrafia

Es la reparación de la episiotomía. Se realice hasta después de la expulsión de la placenta. Hay varias técnicas para cerrar una incisión de episiotomía, pero en todos los casos se requiere la hemostasia y la restauración anatómica sin un exceso de puntos de sutura.

Se utiliza sutura absorbible que no requiere ser removida posteriormente, por lo general es catgut crómico 2 o 3-0, para suturar la mucosa y la submucosa vaginal, se realiza una sutura continua; después del cierre de la incisión vaginal y la aproximación de los bordes seccionados de anillo himenial se anudan los puntos y se secciona el hilo redundante. Posteriormente se colocan 3 o 4 puntos simples con crómico de 2 o 3---0 en la fascia y la capa muscular del perineo seccionado. Se efectúa una sutura continua en dirección inferior para aproximar la fascia superficial. Para la finalización de la reparación la sutura continúa se aplica hacia arriba en forma de puntos subcutáneos.

Duración normal de periodos del trabajo de parto

Parámetro	Tiempo promedio	Percentila 5
Nulíparas		
Duración del trabajo de parto	10.1 hr	25.8 hr
Duración del primer período	9.7 hr	24.7 hr
Duración del segundo período	33.0 min	117.5 min
Duración de la fase latente	6.4 hr	20.6 hr
Dilatación cervical durante la fase activa	3.0 cm/hr	1.2 cm/hr
Duración del tercer período	5.0 min	30.0 min
Multíparas		
Duración del trabajo de parto	6.2 hr	19.5 hr
Duración del primer período	8.0 hr	18.8 hr
Duración del segundo período	8.5 min	46.5 min
Duración de la fase latente	4.8 hr	13.6 hr
Dilatación cervical durante la fase activa	5.7 cm/hr	1.5 cm/hr
Duración del tercer período	5.0 min	30.0 min

Criterios de diagnóstico de trabajo de parto anormal

Patrón del trabajo de parto	Nulíparas	Multíparas
Fase latente prolongada	>20 hr	>14 hr
Fase activa de dilatación prolongada	<1.2 cm/hr	<1.5 cm/ hr
Descenso prolongado	<1.0 cm/hr	<2 cm/ hr
Fase de desaceleración prolongada	>3 hr	>1 hr
Detención secundaria de la dilatación	>2 hr	>2 hr
Detención del descenso	>1 hr	>1 hr
Descenso ausente	Falta de descenso en el segundo período	Falta de descenso en el segundo período

Inducto-conducción del trabajo de parto

La inducción es la estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto y la conducción es la estimulación de las contracciones espontáneas que se consideran inadecuadas por falta de dilatación del cuello o el descenso fetal. La inducción se indica en pacientes en que el pronóstico del binomio mejoraría con el final del embarazo y empeoraría al continuarlo, por ejemplo en embarazos postérmino, ruptura prematura de membranas, diabetes o hipertensión crónica. La maduración cervical puede ser parte de la inducción y lleva a cambios cervicales provocados por acciones específicas que llevan a un cuello favorable para la conducción del trabajo de parto. El método más utilizado para inducir y conducir el trabajo de parto es la oxitocina y se usa de la siguiente forma:

Manejo de la Oxitocina

- Se administra en dosis crecientes hasta obtener la actividad uterina adecuada.
- Dosis inicial de 1-2 mU/min.
- Incrementar por 1-2 mU/min cada 15-30 minutos.
- No exceder de 20 mU/min. Ejemplo en el manejo de la oxitocina

Si tenemos una solución glucosada de 1000 ml + 4U oxitocina entonces la concentración obtenida será de 4 mU x ml.

Si sabemos que en un macrogotero 20 gotas = 1 ml

Material Didáctico Complementario

Video

<https://www.youtube.com/watch?v=IRfj5leRH0c&t=1>

Bibliografía

1. Bravo, Raúl. (1993). Mecanismo de parto en presentación de vértice y trabajo de parto espontáneo en ginecología y obstetricia, IMSS editores. México. 3a edición. pp. 133 - 153.
2. Cunningham, F. Leveno, J. et al. (2011). "Williams Obstetricia", 23a edición, Mc GrawHill Interamericana Editores, México,
3. Funai, E. Norwitz, E. (2015). "Management of normal labor and delivery". UpToDate,
4. Guía de práctica clínica. Actualización (2014). "Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Evidencias y recomendaciones".
5. Guyton AC, Hall JE. (2001). Embarazo y lactancia en: Tratado de fisiología médica, 10ª ed, México, McGraw---Hill Interamericana. P.p.:1135---45
6. Instituto nacional de perinatología. (1995) Normas y procedimientos de obstetricia. México. pp. 247---252.
7. Hernández-Castro, F. Hernández-Herrera R. (2006). "Sensibilidad y valor predictivo del método de Johnson y Toshach para estimar peso fetal". Rev Med Inst Mex Seguro Soc 44 (4): 309-312.