

PARTE IV

PARTO NORMAL

57

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

CONCEPTOS

El trabajo de parto puede definirse como el borramiento y la dilatación progresivos del cuello del útero por la acción de las contracciones uterinas, que normalmente llevan a la expulsión del feto viable.

Podemos considerar, convencionalmente, que una gestante está en trabajo de parto cuando hay:

1. Cuello uterino: con dilatación de 2 cm o más.
2. Contracciones: 2 o más en 10 min, de 30 s de duración y capaces de dilatar el cérvix.

El promedio de actividad uterina al inicio es de 85 unidades Montevideo y el tono de 8 mm Hg, y aumenta con la progresión del trabajo de parto. Existe un falso trabajo de parto, que se caracteriza por contracciones irregulares y breves del útero que se acompañan de dolor abdominal leve, sin progreso del parto y sin modificaciones del cuello. La presentación no desciende.

No es fácil determinar el momento preciso del inicio del trabajo de parto. El cambio es gradual. Las contracciones de Braxton Hicks (contracciones tipo b) se intensifican progresivamente después de la semana 30, y las contracciones tipo a, disminuyen hasta desaparecer en los trazados de los partos normales. Igualmente ocurre con los cambios en el segmento uterino inferior y las modificaciones bioquímicas en el cuello que llevan a transformaciones progresivas de la consistencia, posición, borramiento y dilatación del cuello (ver patrón contráctil normal en el capítulo 67).

Es necesario recordar que puede haber cierto grado de dilatación, sin que exista trabajo de parto, o incluso alguna dilatación sin borramiento del cuello (múltiparas).

PARÁMETROS DE LA CONTRACTILIDAD UTERINA

	Tono (mm Hg)	Frecuencia (Contr/10 min)	Duración (s)	Intensidad (mm Hg)
Presión intrauterina	8-12	2-5	30-60	30-70
normal		alerta 6-7		

	Tono (mm Hg)	Frecuencia (Contr/10 min)	Duración (s)	Intensidad (mm Hg)
Presión intrauterina anormal	> 12 mm Hg	< 2 > 7	< 30 > 60	> 70 Hipersistolia
Clínica normal	Se palpan partes fetales. Se deprime el útero entre las contracciones	2-5	20-50	El útero no deprime en el acmé de la contracción
Clínica anormal	Hipertonía, imposible palpar partes fetales. Dolor	> 7	> 50	Hipersistolia. Útero no deprimible en ningún momento de la contracción

PROTOTIPO DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL

1. **Etapa de dilatación.** Consta de dos fases:

- a) **Fase latente (de preparación).** Comprende desde el inicio de las contracciones, hasta llegar a una dilatación de 2,5 cm. Su pendiente es poco pronunciada. Su duración en la nulípara es de 8 a 10 h. Nunca debe llegar a 20 h y en las multíparas es de menos de 14 h.
- b) **Fase activa.** Tiene un duración aproximada de 6 a 7 h, comprende:
 - **Fase de aceleración inicial:** comienza con el ascenso de la curva hasta que llega a 4 cm. La pendiente es pronunciada, su duración es de 2 horas aproximadamente.
 - **Fase de máxima inclinación:** se extiende desde la dilatación de 4 hasta 9 cm. La pendiente es muy pronunciada. Dura algo menos de 2 h.
 - **Fase de desaceleración.** Desde los 9 cm hasta alcanzar 10 cm (dilatación completa). La pendiente es poco pronunciada. Su duración es de 2 h.

2. **Etapa de descenso.** Tiene dos fases:

- a) **Fase latente.** Desde el grado de penetración inicial, hasta que la curva de dilatación ha entrado en la etapa de máxima aceleración.
- b) **Fase activa:** Se inicia al comienzo de la fase de inclinación máxima de la dilatación; el descenso alcanza el máximo al comenzar la etapa de desaceleración y termina con la expulsión.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Se realiza por la anamnesis:

1. La gestante refiere contracciones uterinas acompañadas o no de dolor en el hipogastrio que se irradia hacia la región lumbosacra, las que van aumentando en frecuencia, tiempo de duración e intensidad.
2. Puede referir la expulsión de flemas, en ocasiones sanguinolentas, que se correspondería con la eliminación del tapón mucoso cervical.
3. Ocasionalmente puede mencionarse la pérdida de líquido amniótico.

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA

Quedará establecido por el examen físico:

1. Palpación abdominal. Se comprobará la existencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 o más en un período de 10 min con una duración de 30 s o más y las características siguientes:
 - a) Rítmicas.
 - b) Tienen un carácter progresivo creciente en cuanto a su frecuencia, duración e intensidad.
2. Examen vaginal que puede ser por espéculo o por tacto vaginal (acorde con el caso). Debe haber madurez cervical con cuello acortado menor que 2 cm y cerrado, con una dilatación de 2 cm o más, la que progresa según la intensidad la frecuencia y la duración de las contracciones.

ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO

ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Fase de latencia. La paciente se trasladará a la sala de cuidados perinatales, salvo excepciones, en caso de bajo riesgo, que puede ser seguida en otra sala.

Situada ya la paciente en la sala de cuidados especiales perinatales su correcta atención implica las acciones siguientes:

1. Revisión y reevaluación de la historia clínica con especial interés en lo referente a:

- a) Antecedentes obstétricos y personales.
 - b) Análisis complementarios: hemograma.
 - c) Datos del examen físico obtenidos en el cuerpo de guardia o en la sala.
 - d) Signos vitales cada 4 h.
2. Proporcionar sostén emocional y apoyo psicológico a la gestante. Es el momento de brindar la atención psicoprofiláctica para el parto si no la ha recibido en la atención prenatal.
 3. Controlar frecuencia cardíaca fetal y dinámica uterina cada 2 h.
 4. Si a las 20 h para las nulíparas y 14 para las multíparas no se ha iniciado la fase activa del parto, tomar conducta acorde (ver capítulo 62).

Fase activa del trabajo de parto. A estas pacientes, al ser recibidas en la sala de partos, deberán realizárseles:

1. Hoja de recibimiento, donde se establecerá pronóstico del parto y clasificación del caso por niveles de atención.
2. Evaluación para determinar la posición que tendrá la paciente durante el período de dilatación, que resumimos en permitir libertad de movimientos y deambulación, evitar la posición en decúbito supino y aconsejar la adopción de decúbito lateral izquierdo.
3. Control de la alimentación durante el trabajo de parto, que será ligera (dieta blanda).
4. Examen obstétrico de la parturienta que comprende:
 - a) Medición de la altura uterina (cálculo del peso aproximado del feto).
 - b) Palpación (buscar situación, posición, presentación, y grado de penetración del polo interior inferior fetal, la pelvis, macrosomía y crecimiento intrauterino retardado).
 - c) Valoración de las características de la dinámica uterina tomada cada 1 h con la mano colocada sobre el abdomen. Determinar durante 10 min la frecuencia, la intensidad y la duración de las contracciones uterinas.
 - d) La auscultación del foco fetal tomado durante 1 min cada 30 ó 60 min; se acortará el intervalo en la medida en que el parto progrese. Se apreciará la frecuencia, la intensidad y el ritmo de los latidos del corazón del feto.
 La auscultación se debe practicar antes, durante y después de la contracción, para poder detectar con mayor anticipación los signos de sufrimiento fetal. Esto debe realizarse de forma exhaustiva por su gran importancia.
 Se debe auscultar con más frecuencia el foco fetal o realizar, de acuerdo con las posibilidades, una cardiotocografía simple monitoraje si existen, entre otras, las circunstancias siguientes:
 - Presencia de líquido meconial.
 - Alteración de la frecuencia cardíaca fetal.
 - Afecciones maternas (toxemia, cardiopatía, etcétera).
 - Crecimiento intrauterino retardado.

- Embarazo prolongado.
- Período expulsivo.
- Alteraciones imprevistas.
 - e) Tacto vaginal. Se debe realizar cada 3 h, después de haber cumplido con las normas de asepsia y de antisepsia, y se espacia o acorta el intervalo de acuerdo con múltiples circunstancias como la rotura prematura de las membranas ovulares, fiebre intraparto, contracciones uterinas anormales y otras.

La aparición de sangramiento vaginal contraindica el tacto hasta que se haya hecho una evaluación completa (posibilidad de una placenta previa). Si hubiera rotura prematura de las membranas, deben llevarse a cabo los estudios de laboratorio para confirmar el caso antes de efectuar el tacto, pues la sangre, los lubricantes y las soluciones antisépticas pueden interferir en estas pruebas.

Se valorará en el tacto las características del cuello, de la presentación y de su altura, de la pelvis y de las relaciones fetopélvicas.

Parámetros clínicos para evaluar una pelvis:

- Espinas ciáticas.
 - Ángulo subpúbico.
 - Accesibilidad o no del promontorio .
 - Características del sacro.
 - Espacio interisquiático.
5. La elaboración de una gráfica (partograma) que contenga la dilatación, la altura de la presentación y la duración del trabajo de parto, sobre la base de los tactos realizados, es un elemento importante para seguir el trabajo de parto y evaluarlo.
 6. Vigilancia estrecha de la temperatura, el pulso y la presión arterial. Confrecuencia el primer signo de la eclampsia, la amnionitis y otras afecciones es una anomalía en los signos vitales maternos, los que deben controlarse periódicamente durante todo el trabajo de parto. La presión arterial se tomarán cada 1 o 2 h y los demás con un intervalo de 3 h.
 7. Amniotomía. Debe retrasarse hasta la dilatación avanzada o completa, a menos que hayan indicaciones obstétricas.
 8. Uso de la oxitocina. Su empleo para acelerar un trabajo de parto normal es incorrecto y peligroso.
 9. Analgesia y anestesia. Debe tenderse a una aplicación limitada de los medicamentos analgésicos y anestésicos, y emplearlos en su dosis mínima efectiva. En correspondencia con estos principios debemos:
 - a) Recomendar una preparación prenatal para el parto (psicoprofilaxis).
 - b) Proporcionar sostén emocional durante el parto.
 10. La paciente debe ser trasladada a una habitación diferente para efectuar el parto, debe tomarse el tiempo necesario y evitar precipitaciones.
 11. Instruir a la paciente, si no lo hubiese hecho con anterioridad, o recordarle cómo lograr que los esfuerzos expulsivos sean más efectivos (evitar los pujos dirigidos y prolongados).

58

AMNIOTOMÍA

CONCEPTOS

Es el proceder mediante el cual se produce la rotura artificial de las membranas ovulares, las que deben conservarse íntegras en el trabajo de parto normal hasta bien avanzado el período de dilatación.

INDICACIONES

El procedimiento es adecuado:

1. En el trabajo de parto normal, cuando hay presentación cefálica y la dilatación es completa o casi completa.
2. Como parte de la prueba de trabajo de parto en aquellas pacientes en quienes sospechamos una desproporción fetopélvica.
3. En el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta, independientemente de la dilatación y de la altura de la presentación.
4. Cuando se trate de una inserción baja de la placenta, donde el apoyo de la presentación puede suprimir el sangramiento.
5. En el polihidramnios, cuando la paciente se encuentre en trabajo de parto, se debe evitar la rotura espontánea de las membranas que puedan provocar una procidencia del cordón o un desprendimiento prematuro de la placenta. En tales casos se debe realizar la amniotomía cuidadosamente y evitar la salida brusca del líquido amniótico.
6. Cuando se sospeche un sufrimiento fetal por alteraciones de la frecuencia cardíaca del feto, se valorará si es prudente realizarla para conocer las características del líquido amniótico.
7. En la inducción del parto después de un análisis muy cuidadoso de sus ventajas y desventajas.

CONTRAINDICACIONES

No debe realizarse la amniotomía en los casos siguientes:

1. Presentaciones viciosas: de hombros y pelviana.
2. Parto pretérmino.

3. Procúbito del cordón o sospecha de otra afección funicular (procidencia iatrogénica).
4. Inserción velamentosa del cordón con vasos previos. (Consideramos que esta contraindicación es sólo relativa, pues puede realizarse en el período expulsivo.)
5. Presentación cefálica alta. Si existe realmente una indicación para la amniotomía, ésta puede hacerse si previamente se fija la presentación y se le hace descender manualmente.
6. Oligohidramnios.

DESVENTAJAS DE LA AMNIOTOMÍA PRECOZ

1. Aumenta la compresión de la cabeza fetal.
2. Reduce la oxigenación y el pH sanguíneo en el feto.
3. Aumenta las desaceleraciones precoces del ritmo cardíaco fetal (*dips* tipo I).
4. Facilita la compresión de los vasos umbilicales durante las contracciones uterinas (*dips* tipo variable).
5. Aumenta el «*caput succedaneum*» y la desalineación entre los huesos parietales en el recién nacido.
6. Produce un mayor riesgo potencial de infección posparto y neonatal, comprobables después de las 6 h de rotas las membranas ovulares.
7. Altera el momento fisiológico de la rotura de las membranas.

59

ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL PARTO

CONCEPTOS

Los cuidados de asepsia y antisepsia hay que realizarlos necesariamente en cada momento de la asistencia al parto, unidos a cada una de las acciones que en él se realicen.

El obstetra debe recordar que:

1. El respeto a las reglas de asepsia y antisepsia es hoy, no sólo un principio médico sino también moral.
2. «Quien asiste un parto sin sujetarse a reglas de profilaxis no puede ser considerado como ignorante, sino como un delincuente»(*Runge*).
3. Han sido las medidas preventivas convencionales, más que la administración profiláctica o terapéutica de drogas antimicrobianas específicas las que han proporcionado la clave para el control de las infecciones.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL CUERPO DE GUARDIA

Por parte del médico y del personal paramédico:

1. El médico y el personal paramédico tendrán en consideración su propio estado de salud -afección infectocontagiosa- a la hora de atender a la gestante en el cuerpo de guardia. No deben prestar atención a pacientes si padecen una afección contagiosa.
2. Antes de examinar a una paciente hay que lavarse las manos y los brazos con agua y jabón (si va a realizar un proceder invasivo, se cepillarán) como se establece en las reglas de prevención de infecciones. Terminado el examen, se repetirá el lavado de las manos; cuando se trate de una paciente séptica o supuestamente infectada se hará con cepillado.
3. El personal médico debe describir en la historia clínica de la paciente cualquier foco infeccioso que se detecte o se sospeche, de manera que cuando la parturienta llegue a la sala se esté alerta y se tomen todas las medidas de control establecidas al respecto.

MEDIDAS GENERALES

1. El material y el equipo que se vayan a utilizar en la manipulación de la gestante se deben mantener en condiciones óptimas de limpieza.

Antes de utilizar los equipos la enfermera deberá comprobar que han sido esterilizados, si tienen la fecha de esterilización anotada y que no esté vencido el tiempo de esterilización reglamentario.

2. La enfermera cuidará que el paño o papel estéril que cubra el cojín de goma sobre el que se acuestan las pacientes sea renovado en cada examen.
3. Donde sea posible se tendrá un local aparte para los casos sépticos, en el cual deberán tomarse todas las medidas de control y desinfección estipuladas en las ordenanzas de control y prevención de infecciones.

La región pudenda se lava con agua tibia y jabón, utilizando paños o compresas. Requiere especial atención la región del clítoris. La experiencia ha permitido comprobar, igualmente, que los intentos sistemáticos de desinfectar la vagina son completamente infructuosos.

4. Se debe indicar un enema evacuante amplio a las gestantes que se encuentren en trabajo de parto, de acuerdo con el grado de dilatación cervical. La enfermera se cerciorará de que el enema cumpla su objetivo, y de no ser así, deberá repetirlo.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN LA SALA DE GESTANTES

1. Se debe tener un local apropiado para el reconocimiento de la paciente en trabajo de parto. En dicho sitio se cumplirán las normas de limpieza y desinfección mecánica establecidas.
2. El médico se lavará las manos con cepillo durante 2 min antes del reconocimiento vaginal:
 - a) Tendrá en cuenta, antes de proceder al tacto vaginal, si la paciente tiene la membrana ocular rota y/o alguna afección vulvovaginal, ya que el tacto podría transmitir gérmenes patógenos al canal cervical. De ser así, debe prescindirse de la vía vaginal y utilizar el examen con espéculo como vía de elección. Para tectar el cuello interior se le recorre externamente, pero sólo se atraviesa el canal cervical en busca de algún detalle muy específico, pues si lo hacemos ascendemos los gérmenes de la vagina.
 - b) Se anotará convenientemente en la historia clínica el día y la hora en que se realizó el tacto, con el fin de poder orientar los exámenes posteriores y establecer el posible momento de comienzo de una infección ovular o posparto.
 - c) Antes de remitir a la paciente a la sala de trabajo de parto, se indicará un enema evacuante si no ha sido realizado previamente, o se repetirá si fuera necesario.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN LA SALA DE TRABAJO DE PARTO

1. Cuando la paciente llegue a la sala de trabajo de parto, deberá realizarse una embrocación vaginal con solución yodada y colocarle un apósito es-

- téril que se mantendrá durante el trabajo de parto y se cambiará cada vez que sea necesario.
2. Antes del tacto vaginal, deberán tomarse las medidas higiénicas (igual que en el cuerpo de guardia y en la sala de gestantes).
 3. De existir alguna paciente con sospecha de infección de causa ovular o del aparato genital, se diferirá su exploración hasta después de haber concluido los reconocimientos de las otras pacientes.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL SALÓN DE PARTOS

1. En toda paciente que vaya a terminar su gestación por la vía transperineal, se tendrá en cuenta que:
 - a) El recto esté debidamente desocupado.
 - b) Cuando exista un globo vesical o vaya a instrumentarse a la paciente, se realizará el cateterismo vesical si no pudiera obtenerse la micción espontánea, y se cuidará el cumplimiento de las normas de asepsia.
 - c) Se realizará la antisepsia del campo operatorio hasta cuatro traveses de dedos por encima de la sínfisis del pubis, la cara interna de los muslos, la vulva y el perineo, en ese orden. Se utilizará agua yodada o cualquier otra solución antiséptica y se deben desechar las compresas y gasas utilizadas.
 - d) Deberán colocarse paños y medias ginecológicas estériles, para dejar expuesta la menor superficie posible del perineo.
 - e) El obstetra utilizará bata, gorro, tapaboca y botas estériles en cada parto.
 - f) Se emplearán guantes estériles para la realización del parto, que se cambiarán después del alumbramiento para suturar el perineo. De estar indicada la revisión de la cavidad uterina debe hacerse previo cambio de guantes.

60

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO EN EL SALÓN DE PARTOS

CONCEPTOS

El obstetra, la enfermera obstétrica y la enfermera reanimadora, estarán responsabilizados con la atención inmediata de los niños en el salón de partos. Tanto, ellos como el neonatólogo y el anestesista deberán estar correctamente entrenados en las técnicas de atención al recién nacido normal o al patológico, así como en los procedimientos de reanimación. El miembro más experimentado del grupo debe dirigir la actuación y coordinar la participación de los otros miembros del equipo.

SALÓN DE PARTOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPOS

La temperatura en el salón no debe ser inferior a los 22°C.

Todo salón de partos estará habilitado con los medicamentos y los equipos mínimos, que estarán dispuestos para su utilización inmediata:

1. Fuente de oxígeno.
2. Sondas de goma para aspiración mecánica y manual.
3. Equipos de aspiración mecánica y manual (peras de goma y aspiradores de succión bucal).
4. Cánulas faríngeas.
5. Laringoscopio infantil con espátulas para recién nacidos maduros y prematuros.
6. Tubos endotraqueales con su guía:
 - a) Tipo Cole (Nos. 10, 12 y 14).
 - b) Tipo Portex (de 2,5 y 3,5 mm).
7. Equipos para administrar oxígeno a presión positiva (mecánicos o manuales).
8. Fuentes de calor para evitar el enfriamiento del niño.
9. Equipos para cateterismo umbilical (que incluirán catéteres Nos. 5 y 6).
10. Sondas para aspiración endotraqueal (calibres 5 y 6 mm).
11. Bicarbonato al 4 % dextrosa al 20 % y expansores plasmáticos.
12. Adrenalina.
13. Gluconato de calcio al 10 %.
14. Nalline y Lorgan.

CONDUCTA QUE SE SEGUIRÁ EN EL SALÓN DE PARTOS CON TODO RECIÉN NACIDO

1. Extracción superficial de las secreciones gruesas bucofaríngeas. Tener mucho cuidado en la manipulación nasal, la que se hará preferentemente con expresión manual, para evitar que se desencadenen reflejos broncoaspirativos.
2. Permitir la rotación espontánea de la cabeza fetal y realizar la extracción del cuerpo sin maniobras bruscas. Se proscribieron el uso de la maniobra de Kristeller. Mantener al niño sostenido a una altura inferior a la placenta en posición horizontal.
3. Pinzamiento y sección del cordón umbilical cuando deje de latir, excepto en los niños asfícticos severos y en las pacientes portadoras de hepatitis B, en cuyos casos se hace de inmediato. Observar si existe una arteria umbilical única.
4. Colocación del recién nacido sobre la mesa, en posición supina, con la cabeza más baja (inclinación de 38°) y rotación lateral de ésta; manténgase la temperatura corporal.
5. Aspiración de las secreciones, suavemente, comenzando siempre por las bucales, sin maniobrar excesivamente la faringe, que por ser extremadamente reflexógena puede desencadenar una depresión respiratoria. Posteriormente se aspirarán las secreciones nasales, nunca a la inversa, pues puede producirse una broncoaspiración.
Evitar el bazuqueo en la aspiración (es innecesario y dañino). Al final, se deberá aspirar el contenido gástrico, con el fin de descartar la presencia de una atresia esofágica, evitar una broncoaspiración, así como observar este contenido y su cantidad, que puede poner sobre aviso acerca de la existencia de malformaciones digestivas. En casos con líquido meconial intenso, a pesar de que el niño no nazca asfíctico, debe examinarse la laringe con el laringoscopio, para precisar si es necesaria la aspiración endotraqueal.
6. Secar pronto al recién nacido y reemplazar los paños húmedos por otros secos.
7. Recuento de Apgar al minuto y a los 5 min.
8. Ligadura del cordón a 3 cm de su base, preferiblemente con una banda de goma. Aplicación de tintura de yodo a la superficie cruenta y limpieza final con alcohol al 70 %; no se usará faja abdominal.
9. Profilaxis ocular con solución de nitrato de plata al 1 %, de reciente preparación. Se aplicarán 2 gotas en cada ojo; después se irrigarán con solución salina normal y se secarán con algodón estéril. Se puede usar, también, un ungüento oftálmico de tetraciclina, cloranfenicol o una solución de sulfa al 5 %.
10. Debe hacerse un examen de las características somáticas más relevantes. Prestar principal atención al llanto y a la respiración del recién nacido.
11. Identificación del niño con una manilla y su podograma, y realización de un dactilograma del pulgar de la madre.

12. Pesarlo desnudo, previa asepsia de la pesa. Debe expresarse el peso en gramos.
13. Establecer de inmediato la relación madre-hijo, al permitir que lo sostenga sobre su cuerpo y le dé inicio a la lactancia materna.
14. Vestir al recién nacido y enviarlo a la sala de recuperación de partos (alojamiento conjunto) donde será observado junto a la madre.

La inyección de 0,5 mg de vitamina K puede administrarse en el salón de partos o en el Servicio de Neonatología en la primera hora de nacido el niño.

Los recién nacidos de bajo peso y otros de alto riesgo se atenderán en el salón de partos de manera similar. Se extremarán los cuidados con respecto al mantenimiento de la temperatura, para lo cual se colocarán y trasladarán en una incubadora. En estos casos el neonatólogo debe estar en el salón de partos.

Recuento de apgar

Signo	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente 100/min	Menor que 100/min	Mayor que
Respiración	Ausente respiración irregular	Bradipnea o	Buen llanto
Tono	Atonía	Semiflexión de las extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja al catéter	No hay respuesta	Ligera respuesta	Tos o estornudo
Coloración	Azul, Cianosis palidez o ambos	Rosado de las extremidades	completo

Nota: de 7 a 10 puntos: estado vigoroso; 4 a 6: moderadamente deprimido; 0 a 3: severamente deprimido.

61

ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO NORMAL

CONCEPTOS

Se denomina alumbramiento normal al que se produce dentro de los 30 minutos siguientes a la salida del feto, con pérdida de sangre de hasta 400 mL y expulsión completa de los anejos ovulares, sin otra acción que la de las contracciones uterinas y las de la pared abdominal y/o de la expresión simple del útero o de maniobras equivalentes.

El tercer período del parto comienza al finalizar la expulsión del feto y termina con la salida de los anejos; se inicia entonces el cuarto período, de posalumbramiento, recuperación y hemostasia, cuya duración podemos extender hasta unas 2 h después.

TRATAMIENTO

1. Si la persona que asiste el parto tiene algún ayudante capacitado, entregará a éste el recién nacido para su atención inmediata y así poderse concentrar en la recién parida. De no darse esta circunstancia, se ocupará de atender al niño en el mismo local del parto, teniendo a la madre accesible a la vista (en ningún momento abandonará a la paciente durante el alumbramiento).
2. Mantendrá una actitud expectante mientras se realiza el desprendimiento placentario (dentro del mismo tiempo señalado). Saber esperar es la regla fundamental. Deberá recordarse que:
 - a) El alumbramiento normal es un proceso que se verifica con una pérdida de sangre que puede llegar hasta los 400 mL.
 - b) Toda manipulación puede ser seguida de complicaciones.
 - c) Todo intento de ahorrar tiempo con maniobras intempestivas seguramente se convertirá en una mayor demora.
3. Es necesario intentar una valoración de la pérdida de sangre por:
 - a) Inspección directa.
 - b) Recolección.
 - c) Los del estado general: pulso, presión arterial y estado psíquico.
 - d) El aspecto del útero: forma, tamaño, consistencia y otros.

La pérdida real suele ser mayor que la considerada por el obstetra poco experto.

4. Se aprovechará el tiempo que sigue al pinzamiento del cordón para:
 - a) Asear la región.
 - b) Extender el cordón umbilical para evitar su plegamiento en la vagina y colocar la pinza de Kocher (o similar) a nivel de la horquilla vulvar.
 - d) Observar el estado de la recién parida: facies, respiración, pulso, presión arterial y estado psíquico.
 - e) Observar el abdomen: la altura uterina y sus modificaciones, así como las del cordón umbilical: su turgencia y descenso.
5. Atender los signos de desprendimiento placentario:
 - a) **Signo de Schroeder:** ascenso del fondo del útero a 2 ó 4 traveses de dedo por encima del ombligo, con endurecimiento, lateralización y disminución del diámetro transversal.
 - b) **Signo de Ahlfeld:** descenso del cordón umbilical.
La pinza colocada en el cordón a nivel de su salida de la vulva se aleja de ella; cuando llega a 10 cm la placenta ya está desprendida.
 - c) **Signo de Küstner:** retroceso del cordón si no hay desprendimiento, al deprimir con la punta de los dedos la pared abdominal por encima de la sínfisis (para corregir la anteversión uterina con la compresión del útero sobre la columna vertebral).
 - d) **Signo de Klein:** la compresión del útero hacia el interior de la pelvis hace descender el cordón, al retirar la mano reasciende el útero; si una parte del cordón penetra de nuevo en la vagina, demuestra que la placenta no está todavía desprendida.
 - e) **Signo de Strassman:** la expresión del fondo del útero pone turgentes los vasos del cordón cuando todavía hay continuidad vascular uteroplacentaria.
 - f) **Signo placentario:** la placenta desprendida hace peso sobre el recto y el ano, y produce contracciones de la prensa abdominal para su expulsión.
Estos signos son fáciles de obtener, pero en su búsqueda se condena cualquier brusquedad. Lo mismo quedan prohibidos los masajes, pellizcos de la pared o tracciones inmoderadas del cordón.
6. Comprobando el desprendimiento de la placenta, se facilitará su salida al exterior:
 - a) Espontáneamente, invitando a la mujer a que puje.
 - b) Por la acción de la mano del partero, que realiza la expresión simplemente (maniobra de pistón). Se toma el útero con toda la mano, colocando el pulgar por delante y los otros dedos por detrás, y suavemente se empuja sobre la placenta en el eje del estrecho superior. Esta maniobra puede necesitar como suplemento una ligera tracción del cordón que ayudará a orientar y salir la placenta.

Insistimos, la mano que hace descender la placenta es la mano abdominal. La tracción tiene que ser suave; llevarla más allá, sin seguridad de que ya se ha realizado el desprendimiento, constituye una de las mayores faltas que pueden cometerse en la asistencia al alumbramiento.

- c) Es aconsejable la maniobra de Brandt o tracción gentil del cordón con una mano, mientras la otra, con las puntas de los dedos sobre la pared abdominal entre el pubis y el fondo (aproximadamente en la unión del cuerpo y el segmento inferior), hace presión hacia el dorso de la paciente y algo hacia arriba, desplazando el cuerpo del útero en esa dirección.

Se proscribe la maniobra de Credé, que no es fisiológica y puede ser peligrosa.

7. La placenta sale al exterior por la vulva y arrastra por su peso las membranas ovulares, que son recibidas por las manos del partero, rotándolas sobre sí mismas para evitar su desgarro (maniobra de Dublin).

Si se iniciara el desgarro de las membranas, se recurre a pinzarlas y retener el extremo proximal e ir corriendo las pinzas en la medida en que se hace la tracción de las membranas.

Para algunos casos es aconsejable la maniobra que consiste en hacer ascender y enderezar el útero, que al distender el segmento inferior facilita la salida de las membranas (Freund).

8. Se hará una revisión cuidadosa de la placenta y de las membranas.

9. Examen del canal genital:

a) Se establece en todos los casos la revisión cuidadosa del cuello uterino y de los fondos de saco de la vagina, la vulva y el perineo con ayuda de valvas y pinzas de anillos.

b) Es indispensable una buena iluminación y, de ser posible, un ayudante.

c) En algunas circunstancias después del alumbramiento deberá hacerse la revisión de la cavidad uterina, guiándose por las indicaciones siguientes:

- Partos realizados con maniobras o con el empleo de instrumentos.
- Casos con el útero distendido (embarazo gemelar, polihidramnios o feto grande).
- Úteros sobre los que se haya realizado alguna operación quirúrgica previa.
- Sangramiento anormales.
- Atonía uterina.
- *Shock*.
- Sospecha o existencia de retenciones placentarias o de membranas.
- Malformaciones o tumores uterinos confirmados o sospechados.
- Sospecha de rotura uterina.

- d) La maniobra requiere cumplir los requisitos siguientes:
- Medidas estrictas de asepsia.
 - Nueva antisepsia de la región.
 - Cambio de paños de campo.
 - Cambio de guantes.
 - Anestesia previa (si es posible).
- e) La técnica para la revisión manual del útero después del alumbramiento exige la revisión de sus 2 partes:
- El cuerpo, por cuyas caras debe pasarse la mano interna ordenadamente, mientras la mano exterior abdominal lo abarca o acerca. Generalmente éste se encuentra endurecido y engrosado.
 - El segmento inferior (de paredes flácidas y que difícilmente se presta al examen si no recurrimos a su estiramiento), valiéndonos de la mano abdominal que rechaza el cuerpo hacia arriba.
10. Sutura de la episiotomía y de todas las laceraciones encontradas.
11. Colocación de apósito vulvar estéril.
12. Antes de trasladar a la recién parida al local donde pasará el resto del cuarto período del parto, el obstetra deberá cerciorarse de:
- a) La integridad de la placenta y las membranas expulsadas.
 - b) El estado de vacuidad de la vejiga.
 - c) La contracción adecuada del útero (globo de seguridad).
 - d) La ausencia de sangramiento interno o externo.
 - e) Que no existan hematomas en la vagina ni en el perineo.
 - f) Que todas las heridas y la episiotomía hayan sido correctamente suturadas, que no haya tapón o gasa vaginal ignorados ni puntos penetrantes en el recto (tacto rectal).
 - g) Que la presión arterial, el pulso y la respiración estén dentro de las cifras normales.
13. La atención del cuarto período del parto se extenderá por 4 h o más si fuera necesario. Estará a cargo de un médico o personal competente que permanecerá con la paciente durante ese intervalo crítico.
- Frente al escalofrío inicial se abrigará adecuadamente a la púerpera. Cada hora o menos, la persona encargada de la observación deberá vigilar:
- a) El estado del útero, que debe seguir contraído (por debajo del ombligo, en la línea media).
 - b) El perineo (aparición de hematomas).
 - c) La pérdida de sangre por los genitales.
 - d) El estado general de la paciente: pulso, presión arterial, respiración y temperatura.

Se comenzará la alimentación con líquidos por vía oral.

Pasadas 4 h, si las condiciones antes expresadas son normales, la recién parida será objeto de los cuidados habituales del puerperio.