

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Facultad de Medicina. Clínica Ginecotocológica "B"

Universidad de la República

NORMAS PARA LA VIGILANCIA

Y

ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL

CLAP0587

Montevideo

1974

VIGILANCIA Y ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL

El parto es un acto fisiológico no obstante lo cual en lo que respecta a reglas de profilaxis debe ser equiparado a un acto quirúrgico, es por ello que desde el examen más simple (tacto vaginal) hasta la atención del parto mismo, exigen que sean respetadas rigurosamente las reglas de asepsia y antisepsia.

Para su atención deberán cumplirse las siguientes etapas:

1. Examen médico de admisión
2. Atención durante el período de dilatación
3. Atención del período expulsivo
4. Atención durante el período de recuperación

1. EXAMEN MEDICO DE ADMISION

Las prestaciones a brindar estarán destinadas a la comprobación del trabajo de parto y del estado fetal.

Se tendrán en cuenta dos situaciones:

- 1.1. Pacientes con control prenatal.- Cuando se debe asistir al parto de una mujer vigilada durante el embarazo se procederá a:
Solicitar la historia clínica: iniciada durante su control prenatal. Si no se dispone de la misma se realizará una historia resumida provisoria con los datos que suministra la paciente.
Se valorizarán los antecedentes registrados a fin de determinar su importancia en el transcurso del parto.
Diagnosticar el trabajo de parto: A fin de determinar si la paciente se encuentra en trabajo de parto se controlará durante el período de tiempo que sea necesario:
- Contracciones uterinas, su regularidad, frecuencia y duración
- Estado del cuello y sus modificaciones, se investigará el borramiento y la dilatación del mismo.

- Características de la bolsa de las aguas y antecedentes de expulsión del tapón mucoso.
- Condiciones del segmento inferior.

Diagnosticar el estado fetal:

- Evaluación del tamaño fetal y de la cantidad de líquido amniótico por medio de la altura uterina y palpación.
- Presentación, posición y altura de la misma.
- Proporción pélvico fetal.
- Vitalidad fetal, auscultación de los latidos cardíacos fetales
- Examen semiológico suscito de la paciente: control de la presión arterial, pulso, temperatura e investigación de edemas.

Los datos recogidos serán transcriptos en la historia clínica de la paciente.

Criterio de internación por trabajo de parto:

- Contracciones uterinas dolorosas o no de intensidad de una cruz o más y con una frecuencia de dos contracciones en 10 minutos o más.
- Cuello uterino con más de 3 cm. de dilatación aún cuando no haya franca dinámica de parto pero si la paciente refiere que ha tenido contracciones rítmicas y dolorosas previo a su ingreso.
- Rotura de membranas ovulares.

Establecido el trabajo de parto se procederá a la internación debiendo registrarse en la historia clínica los datos correspondientes. Dicha historia será remitida juntamente con la parturienta a sala de período de dilatación. Si no estuviera en trabajo de parto y se indicara por otros motivos su internación, se le trasladará al sector correspondiente.

1.2. Pacientes sin control prenatal.- Se iniciará la historia clínica, en la que se recogerán como mínimo los datos que a continuación se detallan, debiendo ser completada posteriormente: datos de identificación, antecedentes obstétricos, antecedentes de embarazos, partos y puerperios anteriores, número de hijos y su peso al nacer, antecedentes de embarazo actual, fecha de la última menstruación, peso, su incremento, edemas, trastornos visuales, análisis realizados. Se realizarán los mismos exámenes mencionados en el ítem anterior (1.1.). Si del examen practicado surge la necesidad de su internación se le solicitará sistemáticamente: grupo sanguíneo y Rh (urgente), y reacción serológica para sífilis. Otros exámenes estarán condicionados al estado de la paciente. Se procederá además como se describió en el ítem anterior (1.1.).

Si no hubiera indicación para su internación se la citará al consultorio de control prenatal.

Completado el examen y el diagnóstico se harán las indicaciones pertinentes.

2. PERIODO DE DILATACION

2.1. La paciente durante este período será asistida preferentemente en la sala del período de dilatación. Las acciones a realizar estarán destinadas a controlar la evolución del trabajo de parto hasta que la dilatación del cuello alcance 8 cm. en la multipara ó 10 cm. en la nulípara en cuya circunstancia es trasladada a la sala del período expulsivo o al quirófano en caso en que el parto evolucione anormalmente y sea necesario extraer el feto.

Durante este período se cumplirán las siguientes acciones:

- Higiene general, vestimenta cómoda y adecuada.
- Instalación de la paciente en una cama común, preferentemente alta.
- Higiene y rasurado de genitales externos y región perineal.
- Enema evacuante.
- Evacuación vesical espontánea (el sondeo vesical no debe ser realizado de rutina, sino bajo indicación precisa).
- La evacuación de los emuntorios se hará ambulatorio o clinostáticamente, según indicaciones del facultativo.

2.2. Vigilancia del trabajo de parto: La paciente deberá ser vigilada periódicamente durante el período de dilatación. Durante cada observación, el observador (médico, enfermera, auxiliar, partera) debe permanecer con la embarazada el tiempo necesario para observar 3 contracciones si la frecuencia de las mismas es de 3 o más en 10 minutos o por lo menos 15 minutos si esta frecuencia es menor. Durante este período establecerá los caracteres de la contractilidad uterina, de la frecuencia cardíaca fetal, de la dilatación del cuello, de la altura de la presentación y el estado general de la paciente, según las normas que se detallan más adelante.

2.2.1. Control de las contracciones uterinas: se realiza por palpación practicada en una zona depresible del útero (lado opuesto al dorso fetal) apoyando sobre ella la palma de la mano (en especial el pulpejo de los dedos) sin presionar.

Se debe observar: el grado de relajación entre las contracciones, el que debe permitir deprimir fácilmente la pared uterina, en caso contrario debe considerarse como hipertensión.

La duración de las contracciones, que se mide en segundos desde el endurecimiento del útero hasta su relajación.

La intensidad de las contracciones, que se clasifican como débiles (x) cuando el útero se puede deprimir en el acmé de la contracción, la duración en general es inferior a 40 segundos. De mediana intensidad (xx) en los casos en que el útero no se deja deprimir solamente en el acmé de la contracción. La duración es en general de 45 a 60 segundos.

La contracción es intensa cuando la dureza del útero es leñosa durante casi toda su duración (xxx). Dicha duración es también de 45 a 60 segundos.

La frecuencia de las contracciones. Para establecerla se mide el tiempo transcurrido desde el comienzo de una contracción hasta el comienzo de la siguiente, o mejor el tiempo entre 3 contracciones, o cuando son espaciadas, el número de contracciones observado durante 15 minutos.

La frecuencia se expresa por el número de contracciones en 10 minutos o por el intervalo entre las contracciones. Ritmo de las contracciones. Puede ser regular cuando el intervalo entre todas las contracciones es igual o irregular cuando dicho lapso varía. Son frecuentes 2 tipos de irregularidades:

a) Las contracciones se producen en salvas de 2 ó 3 contracciones con un intervalo regular entre ellas y luego de un lapso más prolongado se repite otra salva. La intensidad de las contracciones generalmente es máxima en la primera de la salva y va disminuyendo en las siguientes.

b) Las contracciones son muy irregulares y no se puede establecer un intervalo fijo entre ellas, su intensidad también es variable.

Características de la contractilidad uterina normal:

Tono: ausencia de hipertonia.

Intensidad: (x) al comienzo del parto o en cualquier etapa siempre que la dilatación progrese.

(xx) en cualquier etapa del parto.

(xxx) al final del período de dilatación y en el expulsivo; antes de los 6 cm. de dilatación estas contracciones pueden considerarse normales si su frecuencia es a lo sumo de 3 contracciones en 10 minutos.

Frecuencia: entre 2 a 4 contracciones en 10 minutos al comienzo del parto con la salvedad mencionada en el párrafo precedente. Después de los 6 cm. de dilatación y en período expulsivo la frecuencia puede aumentar hasta 5 en 10 minutos. Frecuencias mayores de 5 contracciones en 10 minutos deben considerarse siempre patológicas.

Ritmo: cualquier tipo de ritmo puede considerarse normal siempre que no vaya acompañado de hipertonia y progrese la dilatación cervical.

Dolor: se debe observar si:

La paciente expresa dolor de las contracciones.

La paciente tolera bien el dolor de las contracciones.

La paciente no tolera el dolor o está inquieta o ansiosa.

2.2.2. Auscultación fetal: se debe localizar el foco de mejor auscultación y ésta debe realizarse:

a) Inmediatamente después del acmé de la contracción y hasta que el útero esté completamente relajado (investigación de la presencia de dips II).

b) Entre contracciones durante un período de 15 segundos por lo menos (análisis de los caracteres de la frecuencia cardíaca fetal basal).

La auscultación debe realizarse a continuación del acmé de cada contracción y entre contracciones durante por lo menos 3 contracciones si la frecuencia es de 3 ó más. En el caso de que la frecuencia de las contracciones sea menor, se auscultará después de cada contracción observada y una o más veces en el intervalo entre contracciones (3 auscultaciones en 15 minutos).

Se considera auscultación fetal normal cuando:

No hay disminución de la frecuencia cardíaca fetal inmediatamente después del acmé de la contracción (dips II).

La frecuencia cardíaca fetal basal (la observada entre las contracciones) no es mayor de 155 ni menor de 120 latidos por minuto.

2.2.3. Altura de la presentación: en cada período de observación debe determinarse la altura de la presentación por palpación abdominal.

2.2.4. Características de las pérdidas: líquido amniótico claro o con meconio. Sangre. Olor.

2.2.5. Repetición de las observaciones y registros de los datos: los datos deben registrarse en la hoja correspondiente cada vez que la paciente es observada.

Las observaciones se repetirán cada 30 minutos al comienzo del trabajo de parto. Se puede extender en este período el intervalo entre observaciones a una/^{hora}si las contracciones son poco intensas y sobre todo poco frecuentes.

A medida que la dilatación va progresando las observaciones deben ser cada vez más frecuentes.

2.2.6. Tacto vaginal.

2.2.6.1 Condiciones para realizar un tacto:

Lavado cuidadoso de las manos y uso de guantes esterilizados.

Higiene y desinfección de los genitales externos.

Empleo de lubricante antiséptico.

Datos a recabar en el tacto:

Estado del cuello:

Posición respecto de la pelvis (posterior, intermedio, centrado en la pelvis, o anterior).

Presencia de edema.

Borramiento.

Dilatación de los orificios interno y externo.

Estado de las membranas y descripción de la bolsa de las aguas:

Características de las pérdidas.

Caracteres de la presentación - Datos a recabar.

Tipo.

Posición.

Variedad.

Altura.

Cabalgamiento.

Bolsa serosanguínea.

2.2.6.2 Repetición de los tactos y registro de los datos.

Los datos deben registrarse en la hoja correspondiente cada vez que éste se realice.

Los tactos se repetirán cada 3 horas al comienzo del período de dilatación, cada 2 horas desde los 6 cm. en adelante y cuando la paciente experimente deseos de pujo.

2.2.7. Actividades a cumplir por el personal de enfermería:

En los casos de evolución normal, el personal de enfermería convenientemente entrenado podrá observar y registrar los caracteres de la contractilidad uterina, del dolor, de las pérdidas y de la frecuencia cardíaca fetal, intercalando sus observaciones con las que realiza el médico. Al realizar estas observaciones dicho personal controlará y registrará por lo menos una vez cada 4 horas o más frecuentemente si el médico lo indica, la presión arterial y el pulso de la paciente, su temperatura y el balance de ingestas y excretas. La presión arterial debe ser tomada entre contracciones y en decúbito lateral.

2.3. Conducción del parto:

2.3.1. Si la contractilidad uterina es normal, no hay sufrimiento fetal, la dilatación progresa normalmente y no hay alteraciones de la salud materna, la conducta debe ser expectante. La actitud del obstetra y de todo el personal del Centro Obstétrico debe dirigirse a mantener las observaciones según se describió y a dar apoyo psicológico a la paciente. El ambiente de silencio, la suavidad en el trato, la ayuda a la parturienta adiestrándola en las técnicas de relajación muscular y respiración, manteniendo una actitud firme y tranquila más que autoritaria y compulsiva, son de gran importancia para conseguir que el parto continúe evolucionando normalmente.

Las pacientes deben estar separadas para evitar que el estado de excitación de una de ellas se transmita a las otras.

El personal se abstendrá de discutir discrepancias de diagnóstico, conducta o tratamiento en presencia de la paciente. La paciente debe tener la sensación de que se encuentra en un centro bien organizado que funciona correctamente.

- 2.3.2. Posición de la paciente:** Hay acuerdo generalizado de que la posición en decúbito dorsal no es la más conveniente durante el parto. Al comienzo del período de dilatación, si las membranas están sanas, la presentación apoya sobre el cuello, la paciente tolera bien las contracciones y si lo desea puede permitírsele la deambulaci3n y aún estimularla a que la realice. En caso de permanencia en cama debe permanecer en decúbito lateral.
- 2.3.3. Alimentaci3n de la paciente:** La paciente puede ingerir líquidos azucarados en pequeña cantidad por vez si no se prevee la necesidad de realizar una anestesia general. En los partos que se prolongan no es raro observar deshidrataci3n y acidosis de las pacientes si no se mantiene una correcta hidrataci3n. Si no se puede utilizar la vía oral se debe instalar una venoclisis de soluci3n dextrosada fisiológica.
- 2.3.4. Rotura artificial de las membranas:** Conviene respetar las membranas durante la primera mitad del período de dilataci3n por lo menos y romperlas solo si se tiene la impresi3n de que la dilataci3n cervical no progresa o se desea investigar los caracteres del líquido amniótico.
- Para realizar la rotura artificial de membranas se deben respetar las siguientes condiciones: la presentaci3n debe apoyar en el cuello uterino, se debe descartar la presencia de procúbito o laterocúbito de cord3n o manos.
- En los casos de exceso de líquido amniótico o de presentaci3n alta se puede proceder a la rotura alta de membranas dejando escurrir el líquido lentamente controlado por la mano vaginal.

No hay que olvidar que la rotura precoz de las membranas expone a infección amniótica, precidencia de cordón y aumenta el traumatismo cefálico por aumentar la compresión de la cabeza fetal contra el cuello uterino, durante la dilatación.

- 2.3.5. Empleo de analgésicos y sedantes del sistema nervioso central: La indicación correcta radica en el tratamiento del estado de ansiedad y excitación de la paciente particularmente estimulados por el dolor. La limitación de la indicación más importante, reside en la depresión ocasionada en el recién nacido por la medicación. Por estas razones se aconseja: 1) Intentar como primera medida apoyar psicológicamente a la paciente. 2) Emplear las dosis más bajas de meperidina o similares que puedan ser efectivas teniendo en cuenta el peso de la paciente (las dosis más corrientemente empleadas son 50 a 100 mg.). 3) Tratar de evitar esta medicación cuando se estima que el período expulsivo se producirá antes de 3 horas de administrada la droga.

3. ATENCIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

- 3.1. Posición de la parturienta: se la instalará en cama obstétrica en posición ginecológica, con el coxis a nivel del borde de la cama, mientras no se disponga de nuevos tipos de mesas obstétricas.
- 3.2. Preparación del campo para atender el parto: se procederá a hacer la "toilette vaginal" de la región pubiana y de la cara interna de los muslos con antisépticos. Se colocarán compresas esterilizadas para circunscribir el campo obstétrico. Las piernas y pies serán enfundadas en botas de lienzo esterilizados. Se procederá al sondaje vesical.

El personal que se encuentre en este sector y el sector mismo deberán mantener las reglas observables en un quirófano.

3. Atención del período expulsivo:

3.3.1. Por las contracciones uterinas y los esfuerzos de pujo la presentación debe descender y rotar hasta desprenderse. Este período debe cumplirse en un plazo máximo de 90 minutos en la nulípara y menor en la multípara.

Cuando el descenso de la presentación no progresa satisfactoriamente se debe investigar la razón que causa el enlentecimiento (hipocinesia uterina, defectos de rotación, desproporción pélvico-cefálica no diagnosticada previamente, etc.).

3.3.2. El médico debe vigilar: La dinámica uterina, la que debe ser similar a la descrita para el final del período de dilatación en intensidad, frecuencia y tono. La frecuencia cardíaca fetal frecuentemente con la misma técnica descrita en vigilancia del período de dilatación.

3.3.3. Se debe conducir el parto dando apoyo psicológico a la paciente estimulándola y adiestrándola para que puje correctamente. La colocación de la paciente en posición ginecológica, que en realidad sólo se necesita para el desprendimiento, puede diferirse en la primípara hasta que la presentación llegue a 4º plano. No es aconsejable el uso sistemático del fórceps, pero sí la episiotomía en la primípara.

3.3.4. La asistencia del recién nacido está descrita en las normas de asistencia del recién nacido.

3.4. Atención del período placentario normal.

3.4.1. Este se produce dentro de los 30 minutos que siguen a la salida del feto y consiste en la expulsión de los anexos ovulares completos sin otra acción que la de las contracciones uterinas y de los esfuerzos de la pared abdominal.

Después de este período se inicia el 4º período del parto o post-alumbramiento durante el cual se recupera la paciente y se realiza la hemostasis.

El obstetra mantendrá una actitud expectante mientras se realiza el desprendimiento placentario.

3.4.2. Recordar que:

El alumbramiento se cumple con una pérdida de sangre de hasta 400 cc. Que todo intento de ganar tiempo con maniobras intempestivas seguramente se convierte en dispendio del mismo.

La pérdida de sangre se valorará:

Por inspección directa.

Por recolección

Por los datos del estado general de la paciente: coloración, pulso, presión arterial, estado síquico.

Por el estado del útero: forma, tamaño, consistencia.

3.4.3. Se aprovechará el tiempo que sigue inmediatamente a la ligadura del corazón para realizar el aseo de la región y el examen de la región vulvoperineal. Se colocará una pinza de Kocher en el cordón umbilical a nivel de la horquilla vulvar después de haber desplegado el cordón de la vagina.

Comprobado el desprendimiento de la placenta, se facilitará su salida al exterior espontáneamente o por la acción de la mano del obstetra que realiza la expresión simple. Evitar la expresión de Credé propuesta y ejecutada con objeto de desprender una placenta adherida. La expresión puede necesitar el complemento de una ligera tracción del cordón que ayuda a orientar y salir la placenta.

3.3.4. Pese y revisión cuidadosa de la placenta y de las membranas para establecer su integridad y registrar sus posibles anomalías macroscópicas. Es aconsejable la administración de ocitócicos en forma sistemática después de la expulsión de los anexos ovulares.

Examen del canal del parto. Debe ser sistemático y con Valvas en casos de intervenciones obstétricas o cuando se sospechen desgarros.

Colocación de apósito vulvar estéril.

3.4.5. Antes de trasladar a la puérpera a la sala de recuperación deberá controlarse:

La integridad de la placenta y membranas.

El estado de vacuidad de la vejiga.

La contracción adecuada del útero.

La ausencia de hematomas de vagina o perineo.

Que las heridas y la episiotomía hayan sido correctamente suturadas.

Que la presión arterial, pulso y respiración estén dentro de las cifras normales.

3.4.6. Atención del post-alumbramiento.

El post-alumbramiento, también llamado puerperio inmediato o 4º período del parto es el período transcurrido desde la expulsión placentaria hasta 2 horas después del parto. Una vez expulsada la placenta la paciente será trasladada a la Sala o Sector de Recuperación donde deberá permanecer en observación durante un período de 2 horas, o más si en algún caso la presencia o sospecha de alguna patología lo aconsejare. Durante este período la persona encargada deberá cada media hora como mínimo:

- vigilar el estado general de la paciente: pulso, presión arterial, respiración, temperatura.

- vigilar la pérdida de sangre por los genitales.
- vigilar el perineo (aparición de hematoma).

Se comenzará la alimentación a base de líquidos.

Pasadas dos horas y si las condiciones son normales, la puérpera será trasladada a la sala de puerperio.