

MÉTODOS INVASIVOS EN LA
LABOR DE PARTO Y EL PARTO
¿SON NECESARIOS?



Admisión o momento del ingreso al centro obstétrico

<p>No se recomienda la admisión en la maternidad de forma temprana o durante la fase latente, ya que se asocia a mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, de analgesia epidural e intubaciones en neonatos), la evidencia en cuanto a sus efectos sobre la morbi-mortalidad de madres o neonatos sigue siendo aún insuficiente.^{16,17} (Véase anexo 2)</p>	E-3
<p>Los criterios de admisión de la embarazada en trabajo de parto en los centros obstétricos son los siguientes:¹⁷</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dinámica uterina regular2. Borramiento cervical > 50%3. Dilatación de 3-4 cm <p>Es decir, que se encuentre en fase activa del parto.</p>	E-4



Indicaciones para el parto eutócico, espontáneo

Se recomienda la resolución del embarazo a término por vía vaginal en embarazadas sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la misma. ¹	R-A
Se recomienda realizar la prueba de trabajo de parto a las embarazadas a término, en trabajo de parto, con patología asociada no complicada, bajo vigilancia estricta del especialista en Ginecología y Obstetricia. ^{9, 15}	R-A
Se recomienda realizar la prueba de trabajo de parto a la embarazada a término en trabajo de parto con cesárea previa, sin patología o estado materno y/o fetal que contraindique la vía vaginal, bajo supervisión de especialista en Ginecología y Obstetricia. ¹⁵	E-1 a
Se recomienda parto vaginal a las embarazadas a término con patología asociada no complicada: preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal; bajo supervisión del especialista en Ginecología y Obstetricia; a menos que exista contraindicación materna y/o fetal para ella. ¹⁵	E-1 a



CANALIZACION DE VIA INTRAVENOSA



No hay datos evaluar eficacia de tener canalizada una via intravenosa.
Parto no intervenido

Medidas para la preparación del parto

Asepsia

La higiene de las manos es la medida más importante de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención de salud. ²²	R - A
---	--------------

Se recomiendan los cinco momentos para la higiene de las manos para proteger a la embarazada, al personal de salud y al entorno sanitario, de la proliferación de patógenos. Estos cinco momentos son:

1. Antes de tocar a la paciente.
2. Antes de realizar una tarea de limpieza aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar a la paciente.
5. Después de contacto con el entorno de la paciente.²³

R - A

El lavado de manos simple o con gel alcohólico es eficaz en la disminución de infecciones asociadas al cuidado de pacientes.^{23, 24, 25}

E- 2a

Un lavado eficaz de manos con jabón líquido no-medicado elimina los microorganismos transitorios y consigue una limpieza efectiva de manos.²⁶

E- 1a

Ingesta de líquidos y sólidos durante el trabajo de parto

<p>Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros (agua, zumos de frutas sin pulpa, café y té sin leche) o bebidas isotónicas durante el parto.</p> <p>La ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto no influye negativamente sobre la evolución del mismo, el tipo de parto, la duración y el empleo de oxitocina, ni sobre los resultados del RN. Más bien se considera que mejora el confort y la satisfacción materna y no incrementa las complicaciones maternas.^{27, 28, 29}</p>	R-A
<p>Se recomienda que las mujeres sean informadas sobre la eficacia de las bebidas isotónicas para combatir la cetosis durante el trabajo de parto, y por ello es preferible a la ingesta de agua.^{28, 29}</p>	R-A
<p>No se ha encontrado que la ingesta de sólidos durante el parto influya en los resultados obstétricos (tipo de nacimiento y duración del parto) ni en los neonatales. Los estudios no tienen suficiente potencia como para poder evaluar la seguridad materna frente a eventos y complicaciones graves y extremadamente raros como el síndrome de Mendelson, cuya incidencia es de 10% a 0,05%.^{28, 29, 30, 31}</p>	E-1a
<p>Se puede ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, sin restricción frente a una posible cesárea, ya que, en la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dejado paso a las técnicas neuroaxiales, que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas.</p>	R-✓

Uso de enema

No se recomienda utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.¹

R-A

La utilización de enemas no reduce las tasas de infección materna o neonatal, ni las dehiscencias de la episiotomía y tampoco mejora la satisfacción materna. Su uso tiene poca probabilidad de proporcionar beneficios maternos o neonatales.³²

E-1a



Rasurado perineal

No se recomienda el rasurado perineal sistemático en mujeres en trabajo de parto.³³

R-B

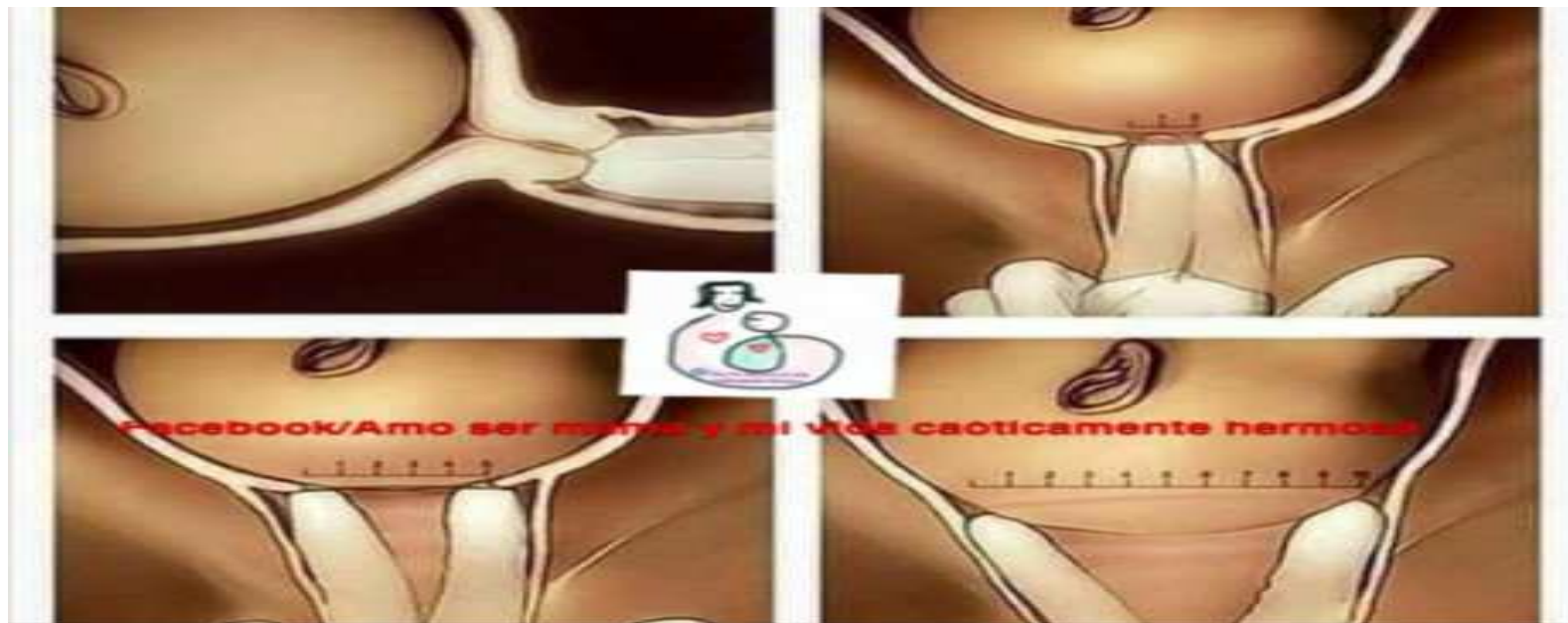
No existen pruebas suficientes sobre la efectividad del rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos en los resultados neonatales, aunque se observó una menor colonización bacteriana Gram negativa en las mujeres en las que no se realizó el rasurado.³³

E-2a

Posición de la embarazada durante el trabajo de parto

Se recomienda alentar y ayudar a las mujeres a la LIBRE POSICIÓN, que es la adopción de cualquier posición cómoda para la embarazada a lo largo de la fase activa y a moverse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, incluso a las que utilizan analgesia epidural. ³⁴	R- B
Con la libre posición no se encuentran diferencias significativas en cuanto al uso de oxitocina y de analgésicos, tipo de parto y resultados maternos o neonatales. ^{35, 36, 37, 38, 39,40}	E-1b
La evidencia sobre el efecto de la adopción de diferentes posiciones en la duración de la primera etapa de parto y en el confort materno es inconsistente y no concluyente. ^{35, 37, 39}	E - 1b





Frecuencia e indicación del tacto vaginal

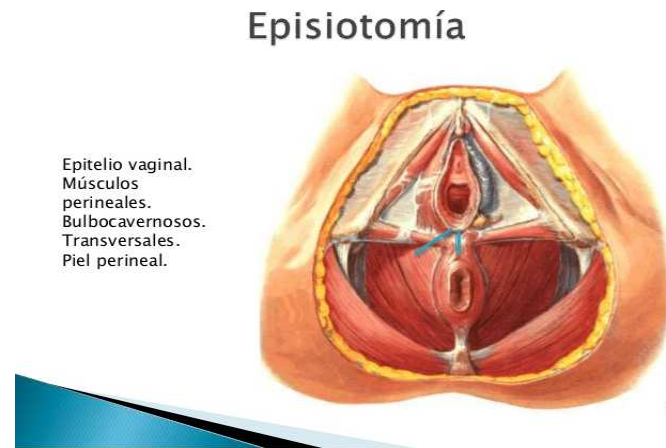
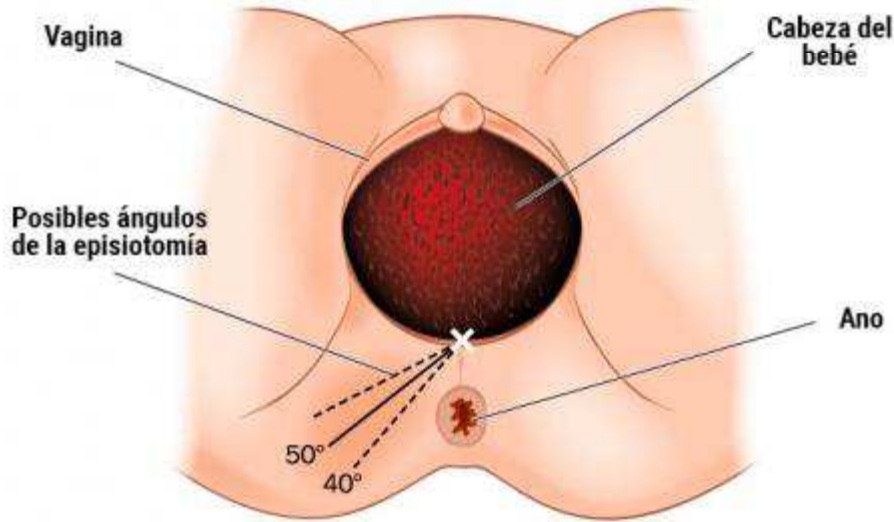
El riesgo de infección se incrementa con el número de tactos vaginales. ^{44, 45, 46, 47}	E-2a
El número de tactos vaginales en el manejo de la primera etapa del trabajo de parto, tras la rotura prematura de membranas, es el factor independiente más importante para predecir una infección materna y/o neonatal. ^{44, 45, 46, 47}	E-2a
Se recomienda que las exploraciones vaginales se realicen cada cuatro horas, en condiciones normales.	R-✓

Amniotomía/amniorrexis y uso de oxitocina en la fase activa del trabajo de parto

NO se recomienda realizar amniotomía/amniorrexis artificial, ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria en partos vaginales que progresan de forma normal, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados. ¹	R- A
No existen pruebas de diferencias en el tipo de nacimiento, uso de anestesia epidural, duración del parto o resultados neonatales entre la amniorrexis rutinaria y uso de oxitocina, frente a un manejo más conservador de la primera etapa del parto. ^{43, 49, 50, 51}	E-1b
La realización de la <i>amniorrexis</i> , comparada con el manejo expectante, no muestra mejores resultados. ³³	E- 1b
Cuando existe un retardo en el progreso del trabajo del parto comprobado, la amniorrexis seguida de infusión de <i>oxitocina</i> a bajas dosis acorta la duración de la primera etapa del trabajo de parto y mejora el grado de satisfacción materna, pero no mejora las tasas de partos vaginales ni otros resultados. ¹⁵	E- 1b
La evidencia sobre regímenes de dosificación de oxitocina alta para la estimulación del parto es limitada, por la falta de potencia de los estudios y porque utilizan diferentes comparaciones. ^{34, 35, 36, 37, 38}	E - 1a

Episiotomía

No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo. ⁸	R - A
La episiotomía selectiva vs. la sistemática incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta. ⁷³	E- 1a
Existe alta evidencia de que la utilización rutinaria de la episiotomía, comparada con la selectiva, no mejora los resultados perineales a corto y largo plazo en las mujeres. ^{74, 75}	E- 1a
Cuando se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es la de episiotomía mediolateral, comenzándola en la comisura posterior de la vulva, dirigida habitualmente hacia el lado derecho en un ángulo entre 45 y 60 grados. ¹	R - D



Maniobra de Kristeller

No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller en la segunda etapa del parto.¹

R - A

La evidencia actual no muestra diferencias significativas en la duración promedio de la segunda etapa de trabajo de parto entre mujeres a las que se realizó la maniobra de Kristeller y las que no se les realizó; por tanto, no existe beneficio de realizarla; además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto. Se concluye que la maniobra de Kristeller es ineficaz en la reducción de la segunda etapa del trabajo de parto.²

E- 1b



Maniobra de Kristeller: consiste en presionar el fondo del útero durante cinco a ocho segundos, sincrónicamente con la contracción uterina, con una pausa de 0,5 a 3 minutos, con el fin de facilitar el avance final y la expulsión de la cabeza fetal.

Aspiración nasofaríngea y sondaje gástrico-rectal en el período neonatal

No se recomienda la aspiración sistemática orofaríngea ni nasofaríngea del RN. ⁸	R - A
Los RN a los que no se ha realizado aspiración presentan una frecuencia cardíaca menor a los 3-6 minutos, un menor tiempo para obtener niveles de Sat O ₂ >92% y mejores resultados en el Apgar a los 5 minutos. ⁹⁸	E - 1b
No se recomienda realizar el paso sistemático de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el RN sano.	R - ✓
Se debe confirmar visualmente en las primeras horas la presencia de ano y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad. ⁹¹	R - ✓
No se recomienda utilizar los termómetros de mercurio. El mercurio es un metal contaminante peligroso para el medio ambiente y tóxico para el RN. ⁹⁷	R - D
Se recomienda el uso de termómetros digitales. ⁹⁷	R - D
La región del cuerpo que más se aproxima a la temperatura interna o central es la axilar, sitio indicado para medir la temperatura en el RN. ⁹⁷	E - 4
La temperatura rectal quedaría restringida exclusivamente para casos de hipotermia moderada-grave. Puede conllevar riesgos como la perforación de recto (No fuerce la inserción e introduzca solo la ampolla) y la capacidad de propagar contaminantes que se encuentran en las heces. ⁹⁷	R - D
La temperatura timpánica no está indicada en el RN debido a la dificultad de lecturas por la posición del conducto auditivo externo. ⁹⁷	R - D

