

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Vigilancia y manejo del parto

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como Guía para la Vigilancia y el Manejo del Parto, México: Secretaría de Salud; 2009

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

O80 Parto Único Espontáneo

Guía de Práctica Clínica Para la Vigilancia y el manejo del Parto

Autores:

Dr. Alfredo Colón Lucach	Ginecología y Obstetricia	IMSS	HGZ/MF 1 Baja California Sur
Dra. Reyna Erika Franco Laguna	Ginecología y Obstetricia	IMSS	HGZ 1A Venados Sur D.F.
Dr. Edgar Alfonso Herrerías Alfaro	Ginecología y Obstetricia	IMSS	HGZ 2A Troncoso. Sur D.F.
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Medicina Familiar	IMSS	División de Excelencia Clínica. Coordinación UMAE
Dra. Leonora Velázquez Gómez	Ginecología y Obstetricia	IMSS	UMAE HGO CMNO Jalisco

Validación Interna:

Dr. Joaquín Oliva Cristerna	Ginecología y Obstetricia	IMSS	HGO Tlatelolco. Norte D.F.
-----------------------------	---------------------------	------	----------------------------

Validación Externa:

Dr. Jesús Carlos Briones Garduño	Ginecología y Obstetricia y Medicina Crítica	Academia Mexicana de Cirugía A.C.
Dr. Jorge Ralf Kunhardt Rasch	Ginecología y Obstetricia	
Dr. Víctor M Vargas Hernández	Ginecología y Obstetricia, Ginecología Oncológica y Biología de la reproducción	
Dr. Juan Gerardo Barroso Villa	Ginecología y Obstetricia	Academia Nacional de Medicina de México

Índice

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. antecedentes generales	7
3.1 Justificación	7
3.2 Objetivo de esta Guía	7
3.3 Definición	8
4. Evidencias y Recomendaciones	9
4.1 Diagnóstico.....	10
4.1.1 Diagnóstico clínico.....	10
4.2 Tratamiento.....	11
4.2.1 Tratamiento farmacológico.....	11
4.2.2 Tratamiento no farmacológico	13
4.3 Vigilancia y Seguimiento	15
4.4 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando proceda	21
Algoritmos.....	22
5. Definiciones Operativas.....	25
6. Anexos	28
6.1 Protocolo de búsqueda.....	28
6.1.1 Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación	29
6.2 Clasificación o escalas de la enfermedad	30
6.3. Medicamentos.....	34
7. Bibliografía.....	36
8. Agradecimientos	37
9. Comité Académico.....	38
10. Directorio	39
11. Comité Nacional Guías De Práctica Clínica	40

1 CLASIFICACIÓN

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos Ginecólogos y Obstetras, Médico Familiar
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	O 80 PARTO UNICO ESPONTÁNEO O 809 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
GRD	Parto Vaginal sin Diagnóstico complicado 373
CATEGORÍA DE GPC	Segundo Nivel de Atención Vigilancia Manejo
USUARIOS POTENCIALES	Médico Ginecólogo y Obstetra, Médicos en formación (pregrado, servicio social y residentes)
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Delegaciones o UMAE participantes: Baja California Sur, Sur D.F, Jalisco, Coordinación de Excelencia Clínica. Unidades Médicas participantes: HGZ/MF 1 de BCS, HGZ 1A Venados Sur D.F, HGZ 2A Troncoso Sur D.F, UMAE HGO CMNO Jalisco.
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres con embarazo de bajo riesgo a termino en trabajo de parto
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Vigilancia y manejo de los periodos del trabajo de parto - Conducción y sus indicaciones - Analgesia obstétrica - Amniotomía Atención del parto - Episiotomía - Revisión del canal del parto - Episiorrafia Atención del puerperio inmediato
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Mejorar la calidad de la atención de la paciente en trabajo de parto Disminuir la morbi-mortalidad del binomio madre-hijo
METODOLOGÍA¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 8 Guías seleccionadas: 3 del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Revisión Externa : Academia de Cirugía/Academia Nacional de Medicina de Mexico
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08 Fecha de Publicación: 2009, Fecha de actualización: de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Se justifica el uso rutinario de enema en las pacientes en trabajo de parto?
2. ¿Se justifica el realizar tricotomía de la zona perineal de la paciente en trabajo de parto?
3. ¿Cuáles son las indicaciones para la conducción del trabajo de parto?
4. ¿Se justifica la amniotomía para acortar la fase activa del trabajo de parto?
5. ¿Se justifica el vaciamiento vesical durante el trabajo de parto?
6. ¿Cuál es el momento adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical?
7. ¿Existe evidencia suficiente para indicar de forma rutinaria el uso de oxitócicos posterior al alumbramiento?
8. ¿Esta indicada la revisión de cavidad uterina en forma rutinaria posterior al alumbramiento?

3 ANTECEDENTES GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La atención obstétrica en nuestro país y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), representa una de las principales causas de atención médica.

La atención del parto eutócico se ha visto afectada por la intervención creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico y que actualmente tiene una gran variabilidad en su manejo.

La tendencia de resolver el embarazo por medio de una operación cesárea no se ha disminuido a pesar de múltiples estrategias, tan sólo en el 2007, de los 525,474 nacimientos que se atendieron en el IMSS en régimen ordinario, 241,062 (45.8%) fueron por cesárea (Data Mart 2007), este porcentaje de cesáreas se encuentra por arriba del indicador de 15%, sugerido de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En los últimos años se han realizado diferentes estudios para mejorar la calidad de la atención del parto y disminuir la mortalidad materna y perinatal. El desarrollo de la investigación en este campo ha mostrado aspectos que deben ser incorporados y otros que deben ser abandonados en la práctica clínica.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Para la Vigilancia y el Manejo del Parto”** forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- 1.- Mejorar la calidad asistencial en la paciente obstétrica y promover la atención del parto eutócico, en el segundo nivel de atención del IMSS.
- 2.- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, que puedan aplicarse en la mayoría de las unidades hospitalarias con atención obstétrica de segundo nivel de atención.
- 3.- Ofrecer un apoyo en la vigilancia y manejo del trabajo de parto, sin sustituir el criterio médico y de acuerdo a las características específicas de cada paciente.

4.- Que el personal de salud involucrado en la atención del parto favorezca un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las pacientes

5.- Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Parto normal: Se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones (OMS 1996).

Primer período del trabajo de parto (Dilatación): tiene un promedio de duración en nulíparas de 9.7 horas y en multíparas de 8 horas.

Fase latente: es el período de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4 cm y que en promedio dura 6.4 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 4.8 horas.

Fase activa: Hay contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de 4 cm.

Segundo período del trabajo de parto (Expulsión): Se inicia desde que se completa la dilatación y concluye con la expulsión del producto y tiene una duración promedio de 33 minutos en pacientes primigestas y 8.5 minutos en pacientes multigestas.

Tercer período del trabajo de parto (Alumbramiento): Período comprendido desde la expulsión del producto hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 5 minutos.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

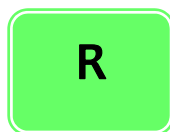
Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.1.1.



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA

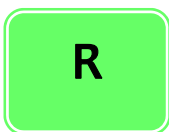
4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación



En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, ésta será la preferida, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea sin una indicación médica.



La resolución del embarazo a término por vía vaginal, es la indicada en pacientes sin patología asociada y sin condición materna y/o fetal que contraindique a la misma.



Paciente con embarazo de término en trabajo de parto con cesárea previa, sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, será candidata a realizar una prueba de trabajo de parto.

Nivel / Grado

I a
GPC España, 2007

A
GPC España, 2007

I a
The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006

R

La mayoría de las pacientes con cesárea previa con una incisión transversa baja y un período intergenésico mayor a 18 meses son candidatas para una prueba de trabajo de parto.

A

The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006

E

En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto y patología asociada no complicada, (Preeclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, enfermedades tiroideas, cardiopatías, epilepsia, asma crónica, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal) la vía de resolución preferida debe ser la vaginal, a menos de que exista contraindicación materna y/o fetal para ella.

I a

The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006

R

La mayoría de las pacientes con embarazo de término en trabajo de parto, con patología asociada no complicada son candidatas para una prueba de trabajo de parto con vigilancia estrecha.

A

The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2006

4.2 TRATAMIENTO

4.2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

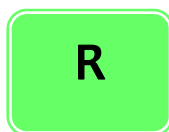
Evidencia / Recomendación

E

Durante el período de dilatación el uso rutinario de soluciones glucosadas intravenosas (I.V.) con un aporte mayor de 25 gr de glucosa, produce aumento de niveles de glucosa en sangre materna, seguida de un aumento de los niveles de insulina. Esto produce un aumento de los niveles de glucosa en plasma del producto y una disminución del PH en sangre arterial del cordón umbilical. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a hiponatremia tanto a la madre como a los recién nacidos.

Nivel / Grado

No especificada
GPC Argentina, 2004



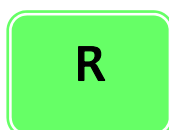
En caso de utilizar solución I.V. glucosada al 5 %, no rebasar el aporte de 25 gr de glucosa durante el trabajo de parto.

✓
Consenso del grupo que elaboró la guía



La colocación rutinaria de venoclisis, disminuye la posibilidad de que la embarazada se mueva libremente.

No especificada
GPC Argentina, 2004



No utilizar en forma rutinaria soluciones I.V., en fase temprana de trabajo de parto, iniciarlas hasta la administración de la analgesia obstétrica u oitóticos.

✓
Consenso del grupo que elaboró la guía



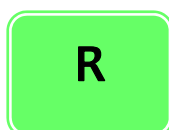
Para el manejo del dolor la analgesia epidural es la más efectiva y duradera.

1 a
GPC Argentina, 2004



Su uso se asocia con más partos vaginales instrumentales, trabajos de partos más largos en mujeres nulíparas, sobre todo sí se inicia antes de los 5 cm de dilatación.

2 a
GPC Argentina, 2004



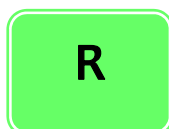
No usar la analgesia epidural en forma rutinaria. En los casos necesarios, usarla posterior a los 5 cm de dilatación.

B
GPC Argentina, 2004



La aplicación de analgesia epidural requiere de un equipo y personal especializado.

No especificada
GPC Argentina, 2004



La aplicación de analgesia epidural debe ser con el equipo y personal especializado.

✓
GPC Argentina, 2004

R

En nuestro medio, para la aplicación de analgesia obstétrica, se requiere el consentimiento informado de la paciente.

✓

Consenso del grupo que elaboró la guía

4.2.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación PERIODO DE DILATACIÓN

E

La educación de la paciente en control prenatal, para reconocer los signos y síntomas del trabajo de parto, disminuye el número de consultas por falso trabajo de parto.

2 a
GPC España, 2007

R

Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de trabajo de parto verdadero.

B
GPC España, 2007

E

No hay diferencias significativas en la duración del trabajo de parto, uso de oxitócicos, analgésicos, fórceps o cesáreas entre las mujeres que caminan libremente o permanecen en decúbito lateral ($p>0.05$).

2 a
GPC España, 2007

R

Facilitar que la embarazada pueda deambular y adopte la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias en caso de que no exista patología que complique la evolución del trabajo de parto y/o ruptura de membranas

B
GPC España, 2007

E

La restricción severa de líquidos a la madre puede producir deshidratación y cetosis.

2 a
GPC España, 2007

R

Permitir la ingesta de líquidos de acuerdo a las necesidades de la paciente.

B
GPC España, 2007

RASURADO PERINEAL Y APLICACIÓN DE ENEMA EVACUANTE

E

No se han encontrado diferencias con respecto a morbilidad infecciosa materna en pacientes con rasurado perineal y sin rasurado perineal.

I a
GPC España, 2007

R

No realizar en forma rutinaria el rasurado perineal en pacientes en trabajo de parto.

A
GPC España, 2007

R

Realizar rasurado parcial del vello del área perineal, exclusivamente si se considera necesario al realizar una sutura.

A
GPC España, 2007

R

En caso de que se requiera la tricotomía, sólo informar a la paciente que se le va a realizar el procedimiento

✓
NOM-007-SSA2-1993

E

No se encontraron diferencias significativas en la tasa de infecciones puerperales y neonatales, en la duración del parto y en la frecuencia de dehiscencia de episiotomía con el uso de enema o sin él.

I a
GPC España, 2007

R

No realizar en forma rutinaria la aplicación del enema.

A
GPC España, 2007

4.3 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

TRABAJO DE PARTO

Nivel / Grado



El uso del partograma predice el modo de nacimiento y duración de trabajo de parto.

2 a
GPC España, 2007



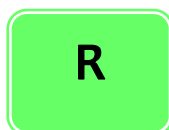
Con el uso del partograma se disminuye el trabajo de parto prolongado (6.4% vs 3.4%), las cesáreas de urgencias (9.9 % vs 8.3%), el número de cesáreas en embarazos únicos sin factores de riesgo (6.2% vs 4.5%) y las complicaciones intraparto (0.5% vs 0.3%).

2 a
GPC Argentina, 2004



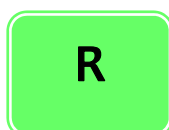
El uso de partogramas que incluyen líneas de acción, aumenta la frecuencia de partos vaginales reduciendo la morbilidad materna, predice el modo de nacimiento y la duración del trabajo de parto.

1 a
NCC – WCH, 2007



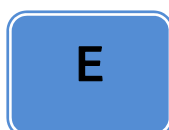
Para la vigilancia del trabajo de parto, utilice partogramas que incluyan líneas de acción.

A
España 2007, Argentina, 2004
y
NCC – WCH, 2007



Utilice el partograma como método de evaluación del progreso del trabajo de parto.

B
GPC España, 2007



Cuando se utiliza el monitoreo fetal continuo, se asocia a un número mayor de cesáreas, partos instrumentales y uso de analgesia.

1 a
GPC España, 2007

R

Realizar auscultación intermitente con doptone o estetoscopio de Pinard en mujeres con embarazo de riesgo bajo, en trabajo de parto.

A
GPC España, 2007

MANEJO ACTIVO DEL TRABAJO DE PARTO

E

La práctica de la amniotomía aunado al uso de oxitocina, reduce el periodo de dilatación (de 65 a 120 minutos).

1 a
NCC – WCH, 2007

R

La práctica de la amniotomía más oxitocina será indicada en pacientes con fase activa de trabajo de parto.

A
NCC – WCH, 2007

R

En pacientes con fase latente prolongada (tabla 5) no realizar amniotomía hasta llegar a la fase activa y encajamiento del producto.

✓
Consenso del grupo que elaboró la guía

R

No realizar amniotomía de rutina.

B
GPC España, 2007

E

El monitoreo fetal continuo para evaluar el uso de oxitocina posterior a la amniotomía “en el trabajo de parto activo”, no mostró diferencias en cuanto a la calificación de Apgar e internamiento del recién nacido.

1a
GPC Argentina, 2004

E

El 80 % de las mujeres a quienes se les aplicó oxitocina tuvieron más dolor.

1a
GPC Argentina, 2004

R

La oxitocina es una medicación, que sólo debe ser utilizada bajo indicaciones válidas y con un control estricto de las contracciones y de la salud materno-fetal.

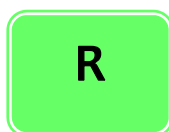
A
GPC Argentina, 2004

CONTROL DE LA SALUD FETAL DURANTE TRABAJO DE PARTO



La bradicardia (<120/min), taquicardia (>160/min) o las desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) pueden reflejar una alteración de la salud fetal.

No especificada
GPC Argentina, 2004



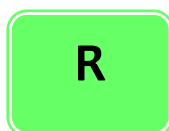
Realizar monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal con doptone o estetoscopio de Pinard, cada 30 minutos en el primer período y cada 15 minutos durante el segundo periodo; registrarla en el partograma.

✓
NCC – WCH, 2007



El monitoreo electrónico continuo de la FCF, no disminuye la mortalidad perinatal y se asocia con un aumento significativo de cesáreas y de partos vaginales asistidos.

1a
GPC Argentina, 2004



El monitoreo electrónico continuo de la FCF, sólo se recomienda en embarazos y partos de alto riesgo.

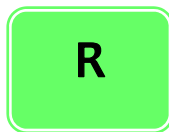
A
GPC Argentina, 2004

SEGUNDO PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO (EXPULSIVO)



No hay evidencia suficiente de que dirigir el pujo durante el período expulsivo, otorgue beneficio

No especificada
GPC Argentina, 2004



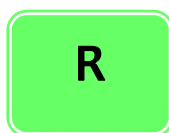
Si el trabajo de parto se desarrolla en forma normal no se hará pujar a la paciente si no lo desea (a excepción de que cuente con bloqueo peridural).

✓
GPC Argentina, 2004



Ejercer la maniobra de Kristeller en este período puede ser perjudicial tanto para el útero, periné y feto.

No especificada
GPC Argentina, 2004



No debe realizarse la maniobra de Kristeller durante el segundo período de trabajo de parto.

✓
Argentina, 2004



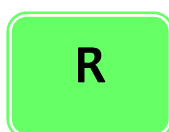
La duración promedio del segundo período de parto (expulsivo) es de 8.5 minutos en pacientes multíparas y de 33 minutos en nulíparas.

III
Clínicas de Norteamérica
2005



En una mujer nulípara luego de 2 horas y en una multípara luego de una hora, las posibilidades de parto espontáneo se ven reducidas a medida que pasa más tiempo.

III
GPC Argentina, 2004



Si las condiciones maternas y fetales son buenas, no intervenga en el proceso del mismo, antes del tiempo recomendado.

C
GPC Argentina, 2004

POSICIÓN MATERNA DURANTE EL SEGUNDO PERÍODO DE PARTO (EXPULSIVO)



No se conoce evidencia suficiente para indicar una posición que mejore la evolución del segundo período del trabajo de parto.

II b
GPC España, 2007



Hay evidencia suficiente de que la posición semisentada (vertical) o en decúbito lateral tienen mayores ventajas que la posición en decúbito dorsal (las mujeres refieren menos dolor, hay menos trauma perineal y menos infecciones).

II b
GPC Argentina, 2004



La posición vertical (vs decúbito dorsal o litotomía) durante el período expulsivo, acorta su duración (media 4.29' IC 95% 2.95 a 5.64'), reduce el número de partos asistidos (R.R: 0.84; IC 95% 0.73-0.98) y episiotomías (R.R: 0.84; IC 95% 0.79-0.91).

II b
GPC España, 2007



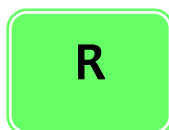
Se recomienda la posición semisentada (semifowler) en la atención del segundo periodo del parto.

✓
Consenso del grupo que
elaboró la guía



No se han encontrado diferencias con respecto al riesgo de trauma perineal con el uso vs no uso de maniobras para proteger el periné.

1a
GPC Argentina, 2004



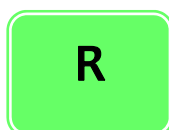
Se recomienda usar la maniobra de protección del periné y control de la salida de la cabeza del feto, durante el segundo periodo del trabajo de parto.

✓
Consenso del grupo que elaboró la guía



No se han encontrado diferencias con respecto al riesgo de trauma perineal con el uso del masaje perineal o depresión perineal.

1 a
GPC Argentina, 2004



No hay evidencias suficientes para recomendar el uso de masaje o depresión perineal.

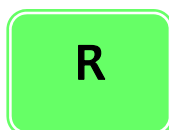
A
GPC Argentina, 2004

EPISIOTOMÍA



La práctica selectiva de la episiotomía, se asoció con un riesgo menor de traumatismo perineal posterior (RR: 0.74, IC95% 0.71-0.77) y menos complicaciones en la cicatrización (RR: 0.69, IC 95% 0.56-0.85).

1 a
GPC España, 2007



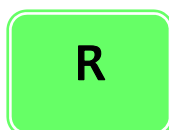
Se recomienda realizar la episiotomía de forma selectiva y no sistemática.

A
GPC España, 2007



Da mayor beneficio dejar los desgarros de primer grado sin suturar.

No especificada
GPC España, 2007



Los desgarros de primer grado, deben ser suturados para mejorar la cicatrización; dejar sin suturar si los bordes están bien afrontados y sin sangrado.

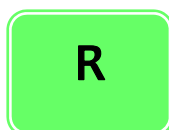
✓
España, 2007 y
NCC – WCH, 2007

PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL



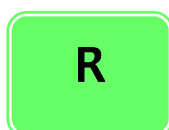
El colocar al recién nacido (posterior a su expulsión), por debajo del nivel de la vulva durante 3 minutos o hasta que el cordón umbilical deje de latir, antes de su pinzamiento, permite el paso de 80 ml de sangre de la placenta al RN, lo que le aporta 50 mg de hierro a sus reservas y disminuye la frecuencia de anemia por déficit de hierro, en el primer año de vida.

1 a y III
GPC Argentina 2004



Coloque al recién nacido por debajo ó a nivel de la vulva durante 3 minutos y realice el pinzamiento del cordón umbilical hasta que este deje de latir.

A y B
GPC Argentina, 2004



La ligadura tardía del cordón umbilical, no se recomienda en los siguientes casos:
_ Madre Rh negativa sensibilizada
_ Circular de cordón apretada al cuello
_ Sufrimiento fetal agudo con asfixia al nacer
_ RN pretérmino

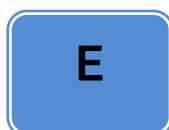
No especificada
GPC Argentina 2004

TERCER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO (ALUMBRAMIENTO)



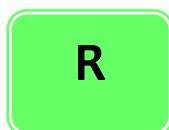
El uso de la oxitocina y derivados de la ergotamina disminuyen la pérdida de sangre posparto sobre todo en las mujeres con riesgo de hemorragia (OR=0.41 IC 95% 0.33-0.52).

1 a
GPC Argentina 2004



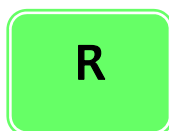
La presencia de náuseas, vómitos, cefalea e hipertensión posparto se presentan con mayor frecuencia con el uso de la ergotamina.

1 a
GPC Argentina, 2004
GPC España, 2007



Se recomienda la administración de 10 UI de oxitocina, vía intramuscular, inmediatamente posterior al nacimiento del recién nacido.

A
GPC Argentina 2004 y
NCC – WCH, 2007



Realice el examen minucioso de la placenta por su cara fetal y materna y de las membranas para evaluar su integridad.

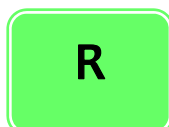
✓
GPC Argentina 2004

CONTACTO PRECOZ MADRE-RECIÉN NACIDO



El contacto precoz madre-recién nacido, se asocia con efectos benéficos respecto a la lactancia del 1° al 4° mes postparto (OR: 1.82, IC 95% 1.08-3.07), al vínculo, acortamiento de la duración del llanto y estabilidad cardio respiratoria.

1a
GPC España, 2007



El recién nacido y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento, si la salud de ambos lo permite.

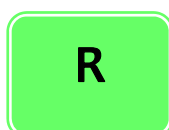
A
GPC España, 2007

CUIDADOS POSTPARTO



La atención del periodo postparto inmediato deberá realizarse con vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado transvaginal.

No especificada
GPC Argentina, 2004

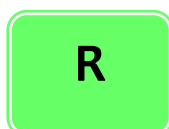


Evaluar en la madre: temperatura, pulso, presión arterial, involución uterina, loquios, estado emocional y uresis espontanea.

✓
GPC Argentina, 2004 y
NCC – WCH, 2007

4.4 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación



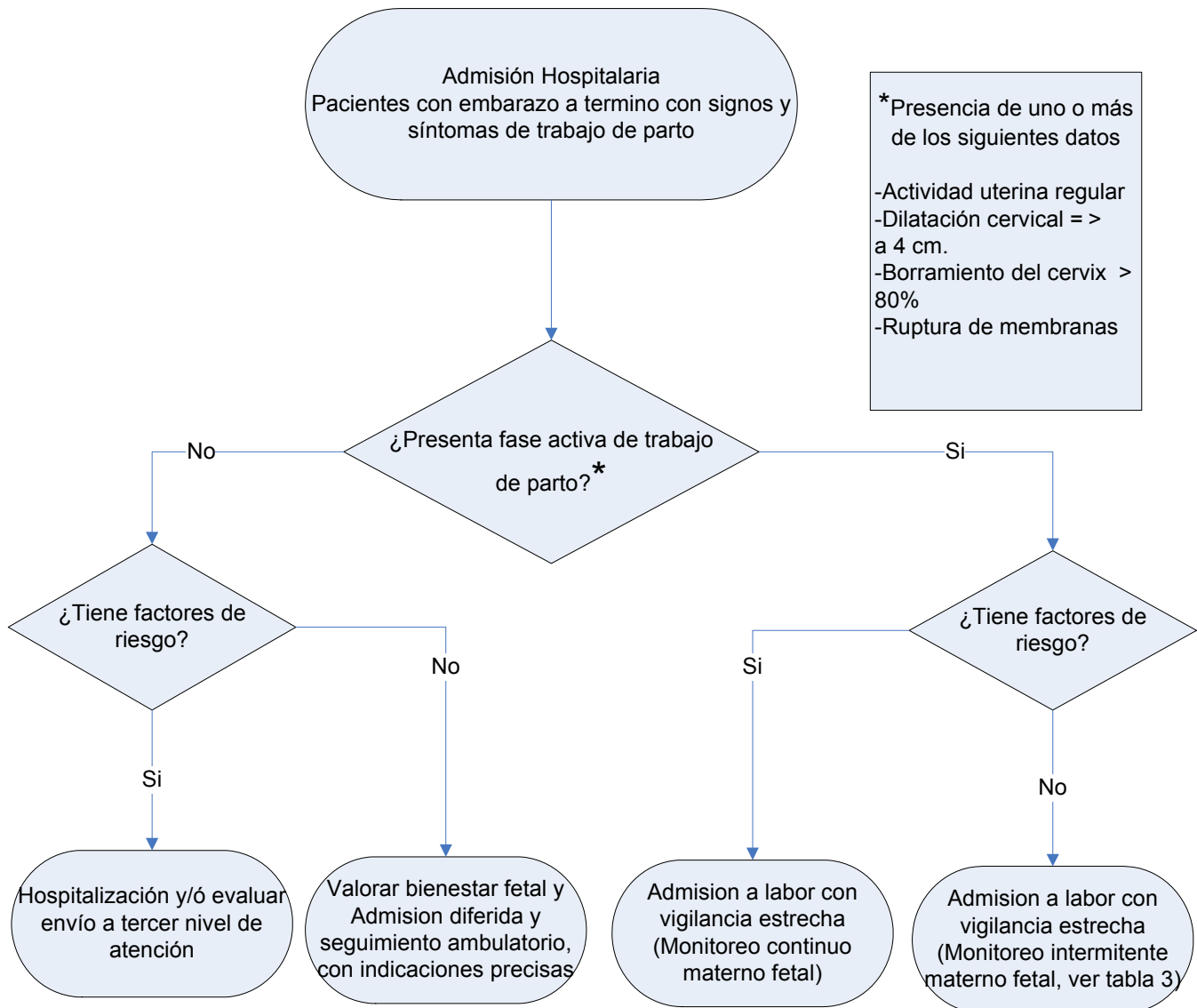
En caso de que la paciente sea trabajadora, extender incapacidad por 42 días a partir de la fecha de parto

Nivel / Grado

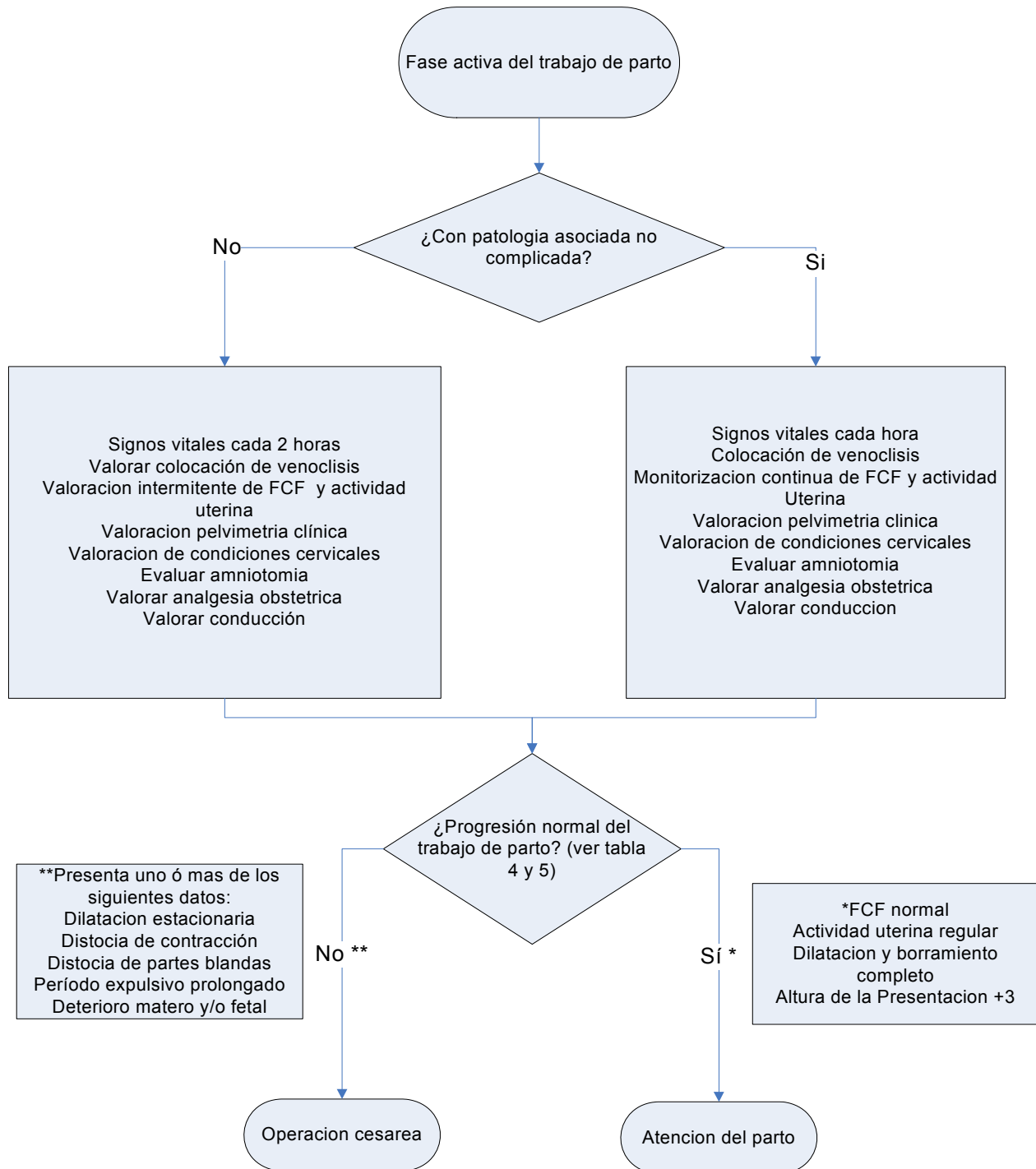
Norma IMSS

ALGORITMOS

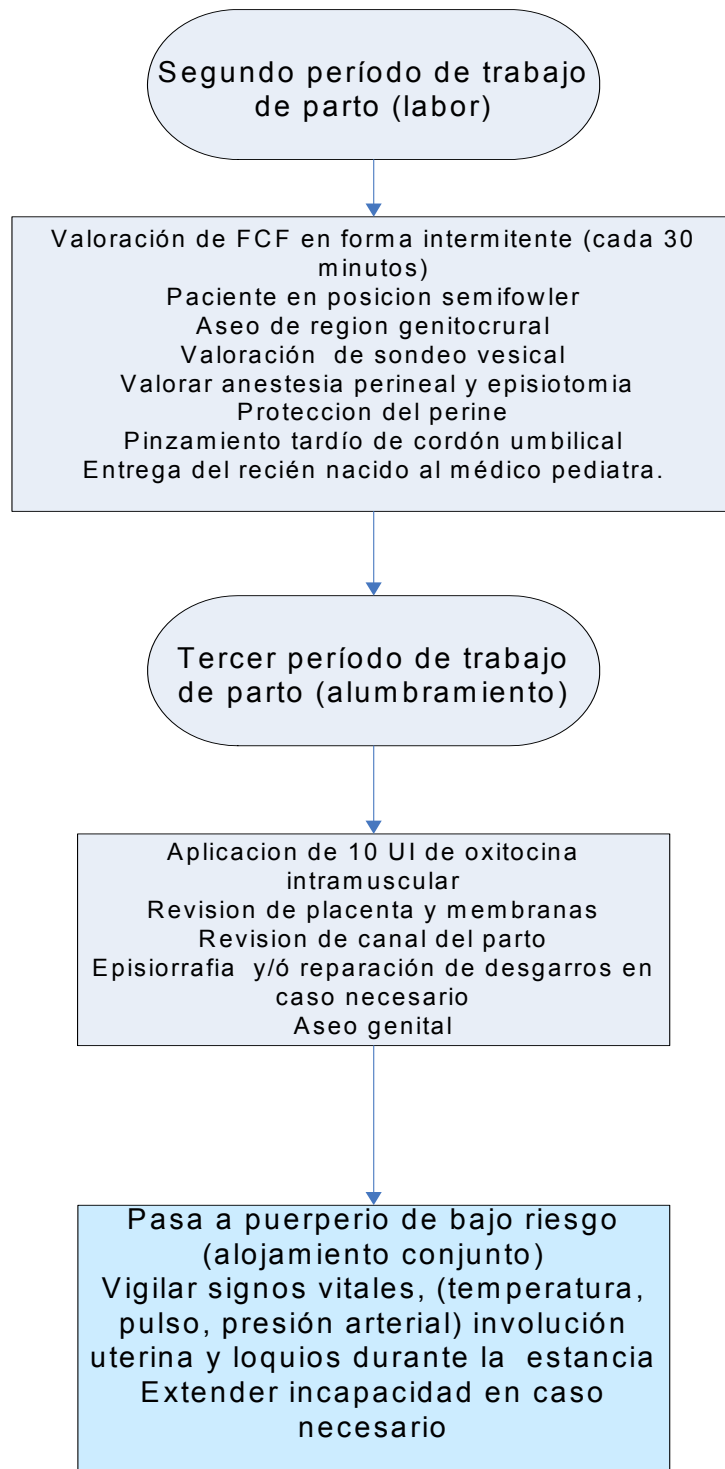
 Algoritmo 1. Valoración inicial en admisión de tococirugia.



Algoritmo 2. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en el servicio de labor



Algoritmo 3. Atención del parto: segundo y tercer período



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Alojamiento conjunto: la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente así como la lactancia materna exclusiva.

Amniotomía: ruptura artificial de las membranas amnióticas, para iniciar o acelerar el trabajo de labor.

Analgesia: alivio del dolor sin pérdida de la conciencia.

Apgar: es un examen clínico, empleado en gineco-obstetricia al momento de nacimiento, donde el médico pediatra obtiene una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos y anatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado de la prueba.

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

Calidad de la atención: atención en salud con los siguientes atributos, un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos y alto grado de satisfacción en el paciente e impacto final en la salud.

Cérvix favorable: se dice que un cérvix es favorable cuándo sus características clínicas corresponden a un Bishop mayor de 6 (Tabla 2).

Conducción del trabajo de parto: intervención médica para regularizar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas mediante el uso de oxitocina, con el propósito de completar el trabajo de parto.

Dehiscencia: el término designa la apertura espontánea de una herida quirúrgica.

Desgarro perineal: daño a los tejidos del periné

-Grado I: sólo daño en piel.

-Grado II: daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal

-Grado III: daño a músculos perineales involucrando al esfínter anal:

3 a- Lesión con afectación < de 50% del esfínter anal

3 b- Lesión con afectación > de 50% del esfínter anal

3 c- Desgarro con afectación del esfínter anal interno

-Grado IV: Daño al perineo involucrando el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

Doptone (fonodetector de frecuencia cardíaca fetal): dispositivo portable utilizado para amplificar y contar la frecuencia cardíaca fetal.

Edad gestacional: duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable, sin uso de metodología anticonceptiva tres meses previos a la concepción y expresada en semanas y días.

Embarazo de alto riesgo: aquel en el que existen factores que condicionan una mayor probabilidad de eventos y resultados desfavorables para la salud materna o perinatal. Los factores pueden ser biológicos, socioeconómicos y/o ambientales.

Embarazo de término: embarazo con 37 a 41 semanas de gestación, calculados a partir de la fecha última de menstruación confiable.

Embarazo normal: estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo prolongado: embarazo de más de 42 semanas de gestación o mayor de 294 días, calculados a partir de la fecha última de menstruación confiable.

Episiorrafia: sutura por planos de la episiotomía.

Episiotomía: Incisión del perineo en el momento del parto, utilizada para prevenir los desgarros perineales severos.

Estetoscopio Pinard: dispositivo simple con forma de cono, que colocado sobre el vientre materno ayuda a escuchar la frecuencia cardíaca fetal.

Feto: producto de la concepción, desde la decima tercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del seno materno.

Hemorragia postparto: Es una de las principales causas de mortalidad materna, y se define como la pérdida sanguínea de 500 ml o más después de terminado el tercer período de trabajo de parto.

Loquios: es la secreción vaginal normal durante el puerperio, que contiene sangre y moco. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y huele similar al olor del flujo menstrual. Un olor fétido de los loquios puede indicar una posible infección (endometritis).

Manejo activo del parto: Es la combinación de la amniotomía con la administración de oxitocina con la finalidad de acelerar el trabajo de parto.

Maniobra de Kristeller: Consiste en ejercer presión sobre el fondo del útero durante el período expulsivo.

Maniobra de protección del periné (Ritgen modificada): Durante la expulsión de la cabeza fetal se colocan sobre el periné los dedos extendidos de una mano de manera que el espacio entre el pulgar abierto y el índice contacten con el ángulo perineal, mientras la segunda mano aplica una presión suave sobre la cabeza fetal para controlar su expulsión.

Monitoreo fetal: evaluación del bienestar fetal durante el trabajo de parto, a través de auscultación intermitente con estetoscopio de Pinard, doptone, cardiotocografía continua ó por ultrasonido. Las

alteraciones en los patrones de la frecuencia cardíaca fetal pueden indicar la necesidad para una intervención.

Múltipara: mujer que ha tenido más de un parto de uno ó más fetos viables.

Nulípara: mujer que nunca ha parido un feto viable.

Partograma: es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir los centímetros de la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

Perinatal: es el período comprendido entre la semana 28 de gestación y los 7 días después del nacimiento.

Primigesta: mujer que cursa con un primer embarazo.

Puerperio normal: Período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Prueba de trabajo de parto: Requisitos para darlo y su definición

Recién nacido: es un bebé en el momento posterior del nacimiento ya sea por cesárea o parto vaginal y que muestra signos de vida.

Ruptura prematura de membranas: ruptura de membranas amnióticas antes de la semana 37 de gestación.

6. ANEXOS

6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre vigilancia y manejo del trabajo de parto normal.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre parto normal en las siguientes bases de datos: Fisterra, Guidelines International Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron 3 guías que fueron seleccionadas:

1. Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline. September 2007. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC – WCH).
2. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España 2007.
3. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2004

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: intrapartum care, obstetrical care y atención del parto normal.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.1.1 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes	D. Directamente basadas en evidencia categoría

opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III
--	---

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

6.2 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

TABLA 1. PRINCIPIOS EN EL CUIDADO PERINATAL DE LA OFICINA REGIONAL EUROPEA DE LA OMS

Debe ser no medicalizado (con el menor número de intervenciones posibles)
Basarse en la tecnología apropiada (reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando los procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores)
Basarse en la mejor evidencia científica disponible
Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencias a unidades de cuidado especializado
Ser multidisciplinario (obstetras, neonatólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.)
Ser integral y de acuerdo a los valores regionales
Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja
Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales
Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres
Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres

Fuente: Modificado de Reunión Regional Europea de la OMS en el cuidado perinatal. 2001

Tabla 2. Sistema de puntuación de Bishop para la evaluación de la inducibilidad

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Altura (con relación a las espinas ciáticas)				
Borramiento (%)	-3	-2	-1,0	+1,+2
Consistencia	0-30	40-50	60-70	80
Dilatación (cm)	Firme	Medio	Blando	-
Posición	Cerrado	1-2	3-4	5-6
	Posterior	Intermedio	Anterior	-

Fuente: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia 21° edición. España; 2003, p 405-15

Tabla 3. Mediciones a realizar en la primera fase del trabajo de parto

Revisión de historia clínica
Medición de temperatura, presión arterial y frecuencia cardíaca materna al inicio y posteriormente cada 4 horas
Duración, fuerza y frecuencia de las contracciones al inicio y cada 30 minutos
Palpación abdominal: altura del fondo uterino, situación y presentación del producto
Apariencia de pérdidas vaginales: líquido, sangre
Percepción del dolor por la embarazada y su deseo de recibir opciones para aliviarlo
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) mínimo un minuto inmediatamente después de la contracción, con palpación simultánea del pulso materno para diferenciarlos. Posteriormente en forma intermitente cada 15 minutos con estetoscopio de Pinard o Doppler.
Realización de tacto vaginal en caso de que haya datos de establecimiento de la fase de labor (con privacidad, dignidad y confort para la mujer) y posteriormente cada 4 horas o antes en caso necesario
Explicar los hallazgos del tacto vaginal a la mujer

Fuente: NHS Intrapartum care, september 2007

Tabla 4. Progresión del trabajo de parto espontáneo en embarazo de término

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
Múltiparas		
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

Fuente: Norwitz ER, Robinson JN, Repke JT. Labor and delivery. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies 4° edición. New York: Churchill-Livingstone; 2001. p 353-400; con datos de Friedman EA. Labor: clinical evaluation and management. 2° edición. Norwalk (CT): Appleton-Century-crofts; 1978.

Tabla 5. Criterios diagnósticos del 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

Fuente: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia 21° edición. España; 2003, p 367-89.

EJEMPLO DE PARTOGRAMA

Posición	Vertical	Horizontal			
Paridad	Todas	Multiparas		Nuliparas	
Membr.	Integras	Integras	Rotas	Integras	Rotas
	0,15	0,15	0,05	0,30	0,20
	0,25	0,25	0,10	0,35	0,35
	0,35	0,40	0,25	0,40	0,50
	1,00	0,55	0,35	1,00	1,05
	1,15	1,25	1,00	1,30	1,25
	2,10	2,20	2,30	2,15	2,30

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

Planos de Hodge y Variedad de posición..... 0
 Dilatación cervical.....
 Rotura espontánea memb.....REM.
 Rotura artificial membranas... RAM

DOLOR
 INTENSIDAD
 Fuerte..... +++
 Normal..... ++
 Débil..... +
 LOCALIZACION
 Suprapúbico..... SP
 Sacro..... S

OBSERVACIONES
 .Meconio..... M
 Dip I..... I
 Dip II..... II
 Dips variables..... V

POSICION MATERNA
 Lateral derecha..... LD
 Lateral izquierda..... LI
 Dorsal..... D
 Semisentada..... SS
 Sentada..... S
 Parada o caminando..... PC

DIA MES AÑO

HORAS DE TRABAJO DE PARTO

HORA REAL

PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS

APELLIDO Y NOMBRE

N° HISTORIA CLINICA

Parto

DILATACION CERVICAL (CM)

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

POSICION MATERNA

TENSION ARTERIAL

PULSO

FREC. CARDIACA FETAL

DUR. CONTRACCIONES

FREC. CONTRACCIONES

DOLOR / LOCALIZACION

OBSERVACIONES

6.3. MEDICAMENTOS

CUADRO II. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE VIGILANCIA Y MANEJO DEL PARTO

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
1542	Oxitocina	Iniciar con 2 mU/min, con incrementos de 2 mU cada 15 minutos, con dosis máxima de 40 mU/min	Ámpula 5UI/ml	Variable	Ruptura uterina, colapso vascular, taquicardia, trastornos electrolíticos, contracción uterina tetánica, náusea, vómito, pulso rápido e irregular, convulsiones, muerte materna por hemorragia subaracnoidea.	Otros oxitócicos y vasoconstrictores aumentan su efecto.	Polisistolia, hipertonia uterina, sufrimiento fetal, desproporción céfalo - pélvica, situación anormal del feto, placenta previa, cesárea corporal, cicatrices uterinas por metroplastias, cesárea iterativa, presentación pélvica.
0262	Lidocaína 2 %	10 ml	Frasco ámpula 50 ml	Dosis única	Reacciones hipersensibilidad, nerviosismo, somnolencia, parestesias, convulsiones, prurito, edema local, eritema.	Aumenta efectos adversos con depresores del sistema nervioso. Produce hipotensión y bradicardia con opioides y antihipertensivos, aumenta o disminuye efectos en el corazón de los antiarrítmicos.	Hipersensibilidad a la lidocaína, hipotensión, infección en el sitio de aplicación, insuficiencia cardíaca.

0104	Paracetamol	1 gr VO	Caja de 10 tabletas de 500 mg	Cada 6 horas	Erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis tubulorenal e hipoglucemia	Aumento de riesgo de hepatotoxicidad en pacientes alcohólicos o con uso de fenobarbital, fenitoína y carbamazepina. Aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al paracetamol, enfermedad hepática o insuficiencia renal grave.
------	-------------	---------	-------------------------------	--------------	---	--	--

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
2. F. Gary Cunningham, Norman F Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C Gilstrap III, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom. Williams Obstetricia. 2003
3. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382
4. Guía: Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. España 2007
5. Guía: Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline. September 2007. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCC – WCH)
6. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina 2004.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993: 270 (17); 2096-2097
8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>
9. John B. Liao, Catalin S Buhimeschi, Errol R. Norwitz. Normal labor: Mechanism and Duration. Obstet Gynecol Clin N Am 32 (2005) 145 (164): pag 157
10. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
11. Manual de normas y procedimientos en obstetricia. Hospital de Gineco Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". 2005
12. NOM-007-SSA2-1993: Norma oficial mexicana de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido con criterios y procedimientos para la prestación de servicios dirigida al equipo de salud que asisten a mujeres y recién nacidos sanos durante el período perinatal.
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's Health Care Physicians. "Compendium of Selected Publications. 2006

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE MN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO MN S. XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE División de Excelencia Clínica Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Lic. Daniel Karam Toumeh Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Subdirector General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en C Adriana Velázquez Berumen Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dra. Ma. Elena Barrera Tapia Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Rodolfo Torre Cantú Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Emilio García Procel Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. José Antonio Carrasco Rojas Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico