

ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL

ASPECTOS GENERALES

Trabajo de parto

Primer período

Segundo período

Tercer período

ASPECTOS HISTÓRICOS

PARTO

ADMISIÓN

Planos de Hodge

Primer plano

Segundo plano

Tercer plano

Cuarto plano

RUPTURA DE LAS MEMBRANAS

Indicaciones y contraindicaciones

PERÍODOS DEL PARTO

Primero

Segundo

Tercero

Mecanismo de Schultze

Mecanismo de Duncan

Signos de desprendimiento placentario

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ASPECTOS GENERALES

En la gran mayoría de los partos, el nacimiento ocurre primero con la salida de la cabeza en occípito-anterior, la cara mira hacia abajo, los hombros tienen una dirección antero-posterior y sale primero el anterior y luego el posterior y, por último, el resto del cuerpo. Cuando la posición de la cabeza fetal en la pelvis es diferente, ya sea porque viene en occípito-posterior o porque en vez de venir en cefálica viene en podálica, el parto generalmente se retrasa y puede que aparezcan complicaciones que ponen en peligro el bienestar materno-fetal. En el presente capítulo se analizan sólo las características y conductas para la atención del parto normal en presentación cefálica y las distocias se analizan en los Capítulos 36, 37 y 38.

Trabajo de parto

Es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, cuando el producto de la gestación es mayor de 20 semanas y su peso superior a 500 g. Se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto. Clásicamente se divide en tres períodos.

Primer período. Va desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta la dilatación completa. Dura como promedio 6 horas en la múltipara y 8 horas en la primípara.

Segundo período. Se extiende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. Dura como promedio de 15 a 30 minutos en la múltipara y de 30 a 45 minutos en la primípara.

Tercer período. Va desde el nacimiento del feto hasta la expulsión completa de la placenta y sus membranas. Dura como promedio de 5 a 10 minutos.

La identificación del inicio del trabajo de parto representa uno de los diagnósticos más importantes dentro de la práctica obstétrica porque una interpretación errónea puede aumentar la ansiedad de la madre, que ya es grande al final del embarazo, y pueden ocurrir complicaciones que ponen en peligro el bienestar materno-fetal, en caso de que no se haga el diagnóstico.

Durante los últimos meses del embarazo, la mujer presenta contracciones uterinas de intensidad variable que pueden ser confundidas con el trabajo de parto. Estas contracciones producen el descenso de la presentación, la formación del segmento uterino inferior y las modificaciones cervicales. El cuello pasa de ser posterior, largo y cerrado, a central, corto y cerrado o bien, escasamente permeable a uno o dos dedos. Cerca del término, las contracciones son más intensas y frecuentes y pueden hacer pensar que se está iniciando un trabajo de parto; sin embargo, estas contracciones, no producen ni un descenso marcado de la presentación, ni progreso de la dilatación, razón por la que a esta condición se la conoce con el nombre de "falso trabajo de parto". En la tabla 12-1 se observan las características que permiten diferenciar las contracciones del trabajo de parto de las del falso trabajo de parto (Ryberg, 1954; Friedman, 1978).

Tabla 12-1. Diferencias entre el trabajo de parto y el falso trabajo de parto.

Trabajo de parto	Falso trabajo de parto
Intervalos regulares entre contracciones Acartamiento entre los intervalos La intensidad aumenta gradualmente Dolor en hipogastrio irradiado a región lumbar Hay dilatación del cuello uterino Hay descenso progresivo de la presentación El dolor no cede con analgesia o sedación	Intervalos irregulares entre las contracciones Los intervalos permanecen largos La intensidad permanece sin cambios Sensación de presión en hipogastrio, a veces con dolor El cuello uterino no se modifica La presentación no desciende El dolor cede con analgésicos o sedación

ASPECTOS HISTÓRICOS

Al comienzo de la humanidad, probablemente 40000 a.C., el parto era atendido por el esposo; sin embargo, ya en el año 6000 a.C., algunas mujeres adquieren mayor experiencia que otras en el arte de la ayuda al nacimiento, por lo que son llamadas con más frecuencia durante el trabajo de parto en lo que se cree fue el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona.

La primera descripción de un parto normal fue hecha por **Hipócrates** (460-377 a.C.), en su libro **Naturaleza del niño**. El tenía la teoría que el feto adoptaba la presentación cefálica, debido a que el peso de la parte superior del cuerpo, desde el ombligo a la cabeza, era mayor que el peso de la parte inferior, desde el ombligo a los pies y que la ruptura espontánea de las membranas ovulares se producía porque el feto hacía movimientos de sus manos o pies para romperlas.

Más tarde **Soranos** (138-98 a.C.), célebre médico griego, describe que el parto debe ser atendido por una comadrona y sus ayudantes, que el trabajo de parto debía realizarse en una cama y que durante el período expulsivo se pasaba a la silla de parto. La comadrona se colocaba delante de los muslos de la embarazada y un ayudante se colocaba cerca de la cabeza para disminuir la ansiedad, otra ejercía presión a nivel del fondo uterino y una tercera protegía el ano para evitar que se lesionara.

La mayoría de los informes antiguos señalan que casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que este arte era enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio durante el presente siglo, cuando se estudia el mecanismo del parto y se desarrollan las bases de la obstetricia dentro de la medicina, atendiendo sólo los casos complicados que no podían ser atendidos por las comadronas (O`Dows and Phillipp, 1994).

PARTO

Es el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno. También se define como el mecanismo por el cual un mamífero acuático es convertido en un mamífero aéreo. Según el Diccionario Salvat (1984), es el conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno de un feto y sus anexos. El parto puede ser pretérmino cuando la expulsión del producto se realiza entre la semana 20 y la 36, contadas a partir de la fecha de última regla. A término cuando sucede entre la semana 37 y la 42 y posttérmino, cuando ocurre después de la semana 42 (Queenan and Hobbins, 1996).

ADMISIÓN

La gestante en trabajo de parto presenta contracciones uterinas dolorosas que pueden ser variables en cuanto a intensidad, duración y frecuencia, pero con las características descritas en la tabla 12-1. Varias horas antes de iniciar el trabajo de parto, en algunos casos, ocurre la expulsión de abundante moco espeso con o sin sangre que es el llamado "tapón mucoso cervical" y que se debe a la expulsión del moco que está en el canal del cuello uterino, producido por los cambios cervicales previos al trabajo de parto. Es importante diferenciar la expulsión del tapón mucoso con la ruptura de membranas, en la que el líquido que sale por los genitales externos es abundante, fluido, color blanco claro y con un olor característico. La expulsión del tapón mucoso no necesariamente indica un inicio de trabajo de parto inminente.

Durante el examen de admisión, se debe evaluar si el embarazo fue o no controlado con el fin de identificar posibles complicaciones, así como valorar los signos vitales y anotarlos. Se debe administrar un enema para vaciar el recto y evitar la salida de heces durante el descenso fetal, también se debe hacer la antisepsia del área perineal preferiblemente con preparados a base de yodo. El tacto de ingreso se debe hacer con guantes estériles.

Si la paciente se presenta con historia de sangrado genital, el examen digital debe ser precedido de examen mediante espéculo con el que, en algunos casos, se puede diagnosticar una causa cervical de la pérdida sanguínea. Si se cuenta con el equipo, la ecosonografía es ideal en estos casos. Si se sospecha una ruptura prematura de las membranas, se deben hacer las pruebas diagnósticas de la misma (ver cap. 23).

A continuación se hace el examen digital, con el objeto de precisar las características del cuello uterino, estado de las membranas, tipo de presentación y grado de encajamiento. El cuello se debe evaluar en cuanto al grado de borramiento y se considera completamente borrado, cuando se ha retraído completamente, de tal manera que no se puede diferenciar ni orificio interno ni externo. Estados previos al borramiento se definen como no borrado o borrándose. A continuación se mide el grado de dilatación, introduciendo y separando los dedos índice y medio en la parte interna del cuello. La máxima dilatación ocurre cuando la separación de los dedos es de 10 cm.

Las modificaciones cervicales inducidas por las contracciones varían según la paciente sea primípara o múltipara (fig. 12-1); en esta última, la dilatación ocurre a medida que el cuello se borra, mientras que en la primípara la dilatación comienza una vez que el cuello está borrado.

Las membranas se sienten como un acolchonamiento de superficie lisa entre el dedo explorador y la presentación; si existe duda de la integridad de las membranas, la presentación se puede desplazar hacia arriba, con el fin que salga líquido a través del cuello uterino. La parte fetal que se presenta se debe evaluar en cuanto al tipo de presentación, variedad de posición y grado de encajamiento; éste último se hace con relación a los planos de Hodge que son los siguientes (fig. 12-2).

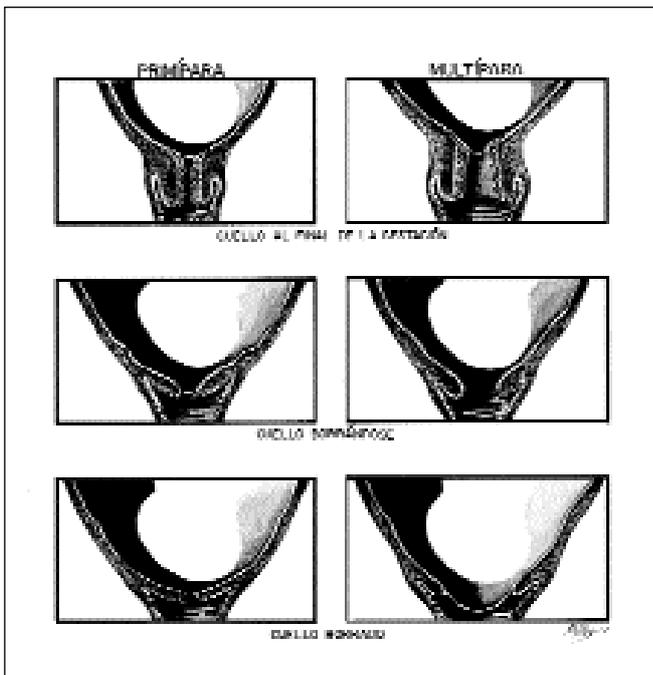


Figura 12-1. Modificaciones cervicales inducidas por las contracciones según la paridad.

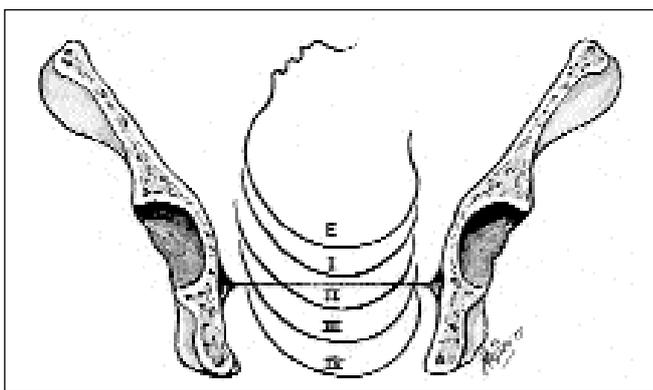


Figura 12-2. Planos de Hodge. E: encajándose. I: primer plano. II: segundo plano. III: tercer plano. IV: cuarto plano.

Planos de Hodge

Primer plano. Es cuando el diámetro biparietal, en caso de presentación de vértice o el bitrocanterio en las podálicas, está a nivel del estrecho superior y el punto más saliente del ovoide fetal escasamente llega al plano de las espinas ciáticas. Cuando la presentación está en este plano se considera encajada; por encima puede estar encajándose o móvil, en este último caso, si la presentación se empuja, el polo fetal se separa completamente para luego regresar al dedo con que se hace el tacto, mientras que con el feto encajándose, se puede movilizar pero sin lograr el efecto anterior.

Segundo plano. Es cuando el diámetro biparietal o el bitrocanterio está a nivel de la línea que une la segunda y tercera vértebra sacra, con el borde inferior del pubis y la parte más saliente del ovoide se encuentra un poco por debajo del plano de las espinas ciáticas.

Tercer plano. Es cuando el diámetro biparietal o bitrocanterio está a nivel de las espinas ciáticas y la parte más prominente del ovoide sobresale de la vulva sólo entre contracciones.

Cuarto plano. Es cuando el biparietal o bitrocanterio está por debajo de las espinas ciáticas y la parte más prominente del feto sobresale de la vulva aún entre contracciones.

RUPTURA DE LAS MEMBRANAS

Del total de embarazadas que llegan al hospital en trabajo de parto espontáneo, entre 25% y 50% vienen con ruptura de membranas, por lo que en el resto debe tomarse la decisión acerca de realizarla artificialmente, por un procedimiento llamado amniotomía, o esperar su ruptura espontánea. En mujeres con un embarazo a término y trabajo de parto espontáneo, la amniotomía temprana disminuye entre 30 y 90 minutos la duración del trabajo de parto, particularmente cuando se realiza antes de los 3 cm de dilatación (ver cap. 11). Por otro lado, permite observar las características del líquido amniótico que dan una idea del estado del bienestar fetal.

Para realizar la amniotomía, es preferible que la cabeza fetal esté firmemente apoyada sobre el cuello uterino y no se pueda rechazar con facilidad, con el fin de disminuir al mínimo cualquier riesgo de prolapso de miembro o cordón. Una vez identificada la presentación, se coloca el amniotomo entre los dedos índice y medio, para prevenir lesión de las paredes de la vagina, se apoya sobre las membranas y se realizan movimientos laterales hasta observar la salida de líquido a través de los genitales. Se recomienda no retirar los dedos hasta que no haya salido abundante líquido y la presentación esté bien apoyada sobre el cuello para evitar la prociencia de cordón.

Después de la amniotomía pueden aparecer desaceleraciones precoces y variables de la frecuencia cardíaca fetal, las últimas suelen ser bien toleradas por el feto a término con crecimiento normal. En los casos poco frecuentes en que estos cambios sean importantes, el tratamiento debe ser conservador con cambio de posición a decúbito lateral y administración de oxígeno para mejorar el patrón de la frecuencia cardíaca. Es importante insistir en que la amniotomía

temprana no parece aumentar el riesgo de asfixia perinatal (Frazer and Sokol, 1992).

Indicaciones y contraindicaciones

Las indicaciones y contraindicaciones para practicar la amniotomía se pueden apreciar en la tabla 12-2.

Tabla 12-2. Indicaciones y contraindicaciones para la amniotomía.

Indicaciones	Contraindicaciones
Parto normal en trabajo de parto activo, presentación cefálica, cuello borrado y dilatación de 2 ó más centímetros Anomalías de la contracción uterina Desproporción cefalo-pélvica, como parte de la prueba de trabajo Desprendimiento prematuro de placenta Placenta previa sangrante, marginal o parcial Previa a la aplicación de fórceps Inducción del parto	Algunas presentaciones viciosas Parto pretérmino porque aumenta el trauma fetal Procúbita de cordón o de miembro con dilatación incompleta Vasa previa Intoxicación vaginal activa, sobre todo herpes genital

PERÍODOS DEL PARTO

Primero

Se ha dividido en fase latente y fase activa, la primera suele ser difícil de definir porque se inicia con contracciones, que a pesar de ser infrecuentes e irregulares, originan borramiento y dilatación del cuello. Se considera prolongado cuando excede 20 horas en la nulípara y 14 en la multípara y es sensible a cambios como la sedación y la analgesia con

ductiva que lo alargan (ver cap. 11), y a los oxitócicos, que lo acortan. La fase activa se ha subdividido en una fase de aceleración, una de máxima pendiente y otra de desaceleración. Durante ésta última, la dilatación cervical ocurre más rápidamente que en la fase latente y no se afecta por la sedación o la anestesia conductiva (Friedman, 1978) (fig. 12-3).

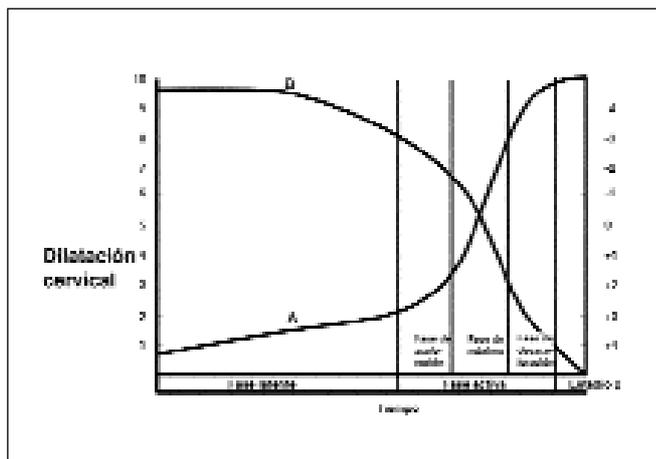


Figura 12-3. Fases del trabajo de parto. A: progresión de la dilatación. B: descenso de la presentación.

Durante un trabajo de parto normal, la mujer puede adoptar la posición que ella desee, preferiblemente en erecta o decúbito lateral izquierdo. Las posiciones erectas parecen vincularse con una duración más breve del primer período que las de decúbito dorsal y similares a las de decúbito lateral. Se ha observado una mejor tolerancia al dolor en posiciones erectas, particularmente antes de los 6 cm de dilatación, aunque después algunas mujeres prefieren acostarse. Si se utiliza la anestesia peridural, la paciente debe permanecer en decúbito, preferiblemente lateral izquierdo. La desventaja de las posiciones erectas es que el monitoreo electrónico continuo puede ser difícil y no se puede administrar la sedación o anestesia conductiva por el peligro de lesiones al deambular (Stewart and Calder, 1984).

La paciente debe ser examinada cada 1 a 3 horas, según la fase del trabajo en que se encuentre y de la paridad. Se deben evaluar los signos vitales, actividad uterina, descenso de la presentación, grado de dilatación, frecuencia cardíaca y su relación con las contracciones. La frecuencia cardíaca fetal se puede controlar con la ayuda del **estetoscopio de Pinard**, con un aparato de Doppler fetal o con el uso del monitoreo fetal electrónico que permite observar en una gráfica la dinámica uterina y la frecuencia cardíaca. El tacto vaginal debe ir precedido de aseo perineal y otras normas de antisepsia. Su frecuencia varía de acuerdo al tacto previo, grado de actividad uterina, estado de membranas, etc.; de tal manera que, en un parto normal de 8 horas, no se deben practicar más de 3 a 4 tactos. Si se hacen más frecuentes, aumenta la incidencia de corioamnionitis, edema vulvar e infección puerperal.

Segundo

El comienzo de esta fase usualmente se anuncia con la ruptura espontánea de las membranas, si estaban intactas, y por un deseo inevitable de pujar con cada contracción. En dos estudios para valorar el efecto de la posición materna sobre el segundo período del parto, no se encontraron diferencias al comparar la posición erecta y las convencionales de decúbito dorsal y lateral, en cuanto a la duración del segundo período, la vía del parto, el riesgo de traumatismo perineal o la puntuación de Apgar al nacer; sin embargo, las mujeres que realizaron el parto en posición erecta tuvieron mayor sangrado genital en el postparto inmediato. Por otro lado, esta posición dificulta el monitoreo fetal intraparto y es más incómodo para la actuación del personal médico y paramédico (MacManus and Calder, 1978; Waldenstrom and Gottvall, 1991).

A continuación se describen los pasos a seguir en el parto convencional en decúbito dorsal, por ser el más usado. La paciente se pasa a la sala de parto donde se administra la anestesia, si ésta no se había administrado antes y si la paciente lo desea. Se coloca en una mesa especial en posición de litotomía y se procede a la preparación quirúrgica de la zona. El tocólogo y el personal que va a tomar parte activa en el parto, deben seguir las mismas normas de antisepsia que las de un caso de cirugía mayor. Cuando la sala de parto tiene aire acondicionado, es preferible apagarlo antes del parto para evitar la hipotermia del recién nacido; además, se debe contar con un equipo de reanimación, lámpara de calor radiante y atención pediátrica. La incubadora de transporte se debe tener disponible, sobre todo cuando se anticipen problemas.

En embarazadas con fetos de bajo riesgo para asfixia perinatal, la frecuencia cardíaca fetal debe ser auscultada cada 15 minutos, mientras que en los de alto riesgo se recomienda evaluarla cada 5 minutos. En caso de contar con equipos electrónicos de monitoreo fetal, se debe usar en forma continua hasta que se produzca el nacimiento en los casos de alto riesgo, cuando el caso es de bajo riesgo no está indicado el monitoreo fetal electrónico, siempre que se cuente con un personal especializado que ausculte el latido cada 15 minutos (ACOG, 1995). Durante el período expulsivo se pueden presentar desaceleraciones de la frecuencia cardíaca que aumentan con cada contracción pero que ceden al desaparecer la misma. Las alteraciones del patrón normal en la frecuencia cardíaca fetal pueden ser indicativas de sufrimiento fetal (ver cap. 39).

Una vez bajo el efecto de la anestesia, se procede a practicar la episiotomía para permitir un parto espontáneo o bien a la aplicación de un fórceps, espátulas o ventosa con el fin de acelerar el período expulsivo. El parto espontáneo

se atiende de la siguiente manera: cuando la cabeza esté coronando, se practica la episiotomía y se protege el periné durante la expulsión mediante la **maniobra de Ritgen** (fig. 12-4). Esta consiste en la colocación de una compresa entre el recto y la horquilla vulvar para hacer presión con los dedos hacia arriba y adentro en el área perineal correspondiente al mentón fetal, mientras que con la otra mano se empuja el occipucio hacia abajo y afuera. Esta maniobra favorece la flexión de la cabeza, facilita su salida y evita la expulsión violenta que puede ocasionar desgarros perineales y hemorragia fetal intracraneal por la descompresión brusca.

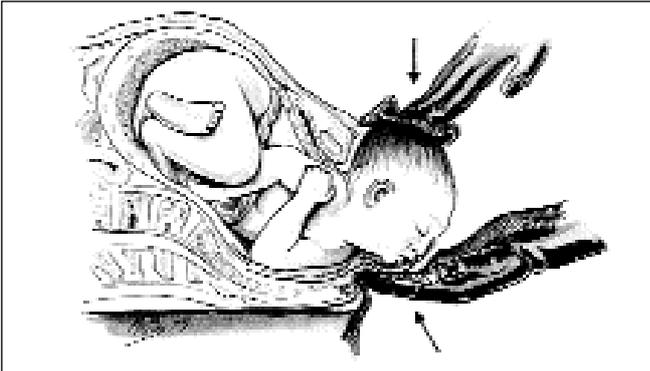


Figura 12-4.
Maniobra de Ritgen.

Una vez que sale la cabeza, ésta rota espontáneamente; aunque en ocasiones no sucede así y hay que hacerlo manualmente. Se procede a la limpieza de la cara y, si se dispone de equipo de aspiración, se deben aspirar las gleras en ese momento. El feto se deja en esa posición unos 30 segundos y no hay necesidad de la extracción urgente, generalmente violenta y brusca que hace el médico inexperto; por el contrario, la permanencia del feto en esa posición tiene las siguientes ventajas.

1. Favorece la expulsión de las gleras porque la compresión vaginal sobre el tórax incrementa el drenaje del moco a través de las vías respiratorias superiores (fig. 12-5); esto no ocurre durante la cesárea, lo que pudiera explicar, en parte, por qué los fetos nacidos por esta vía, requieren resucitación frecuentemente y tienen más tendencia a desa-rrrollar dificultad respiratoria.
2. El útero puede adaptarse al nuevo volumen que quedó en su interior; de tal manera que, la siguiente contracción actúa directamente sobre las nalgas del feto y favorece su expulsión.
3. El tercer período se acorta y el sangrado del postparto inmediato es menor.



Figura 12-5.
Expulsión de gleras cuando el feto se deja en esa posición.

La extracción del feto se completa colocando ambas manos alrededor del cuello con los dedos índice y medio en forma de tijera (fig. 12-6) ejerciendo tracción hacia abajo y afuera para la extracción del hombro anterior, seguido de tracción hacia arriba y afuera para el hombro posterior y el resto del cuerpo.

Una vez que ocurre en la expulsión, el neonato se agarra por los tobillos y se suspende en posición invertida para favorecer la salida de las gleras y a un nivel por debajo del plano de la vulva. Si el niño se suspende a un nivel superior o se acuesta sobre el abdomen materno, antes de ligar el cordón, la presión hidrostática ocasiona paso de sangre del niño a la placenta, en forma tal, que se calcula que en esa posición es capaz de perder una cantidad importante de su volemia en un minuto. Por el contrario, si se sigue la técnica antes mencionada el neonato aumenta su volemia, y se debe mantener al niño en esa posición entre 30 y 60 segundos mientras se limpia la cara. En casos de incompatibilidad Rh, la ligadura debe hacerse rápidamente después de la salida del feto; lo mismo es aplicable para casos de sufrimiento fetal con feto deprimido al nacer (Cunningham et al, 1997).

Se completa la aspiración de las gleras, se liga el cordón y el feto se puede colocar sobre el abdomen materno para un primer contacto con el recién nacido a menos que haya depresión neonatal, en cuyo caso es preferible entregar el recién nacido a personal especializado para su reanimación. Luego de la salida de la cabeza, se puede administrar oxitocina por vía intravenosa que favorece la salida del feto, acorta el tercer período y disminuye el sangrado postparto. Tiene la desventaja del peligro que ofrece su administración en un embarazo múltiple no diagnosticado después de la salida del primer feto y el aumento transitorio pero importante de la tensión arterial que ocasiona, por

tanto no debe usarse en pacientes con hipertensión o cardiopatías.

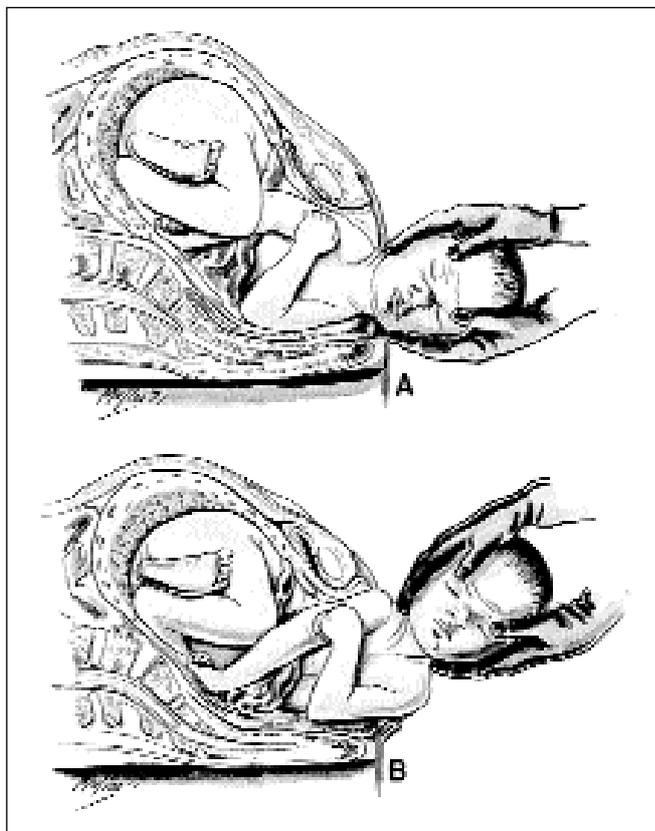


Figura 12-6. Técnica para la extracción del feto. A: tracción hacia abajo. B: tracción hacia arriba.

Tercero

Unos 5 a 10 minutos luego del nacimiento se produce la expulsión de la placenta llamada también "alumbramiento", el cual puede seguir dos mecanismos diferentes (fig. 12-7).

Mecanismo de Schultze. La placenta se despega en su parte central y aparece en la vulva con la cara fetal mirando al médico con sangrado abundante luego de su salida. Ocurre en el 75% de los casos.

Mecanismo de Duncan. En éste el desprendimiento es lateral, de tal manera que hay sangrado antes de la salida de la placenta y aparece en la vulva con la cara materna mirando al médico. Ocurre en el 25% de los casos.

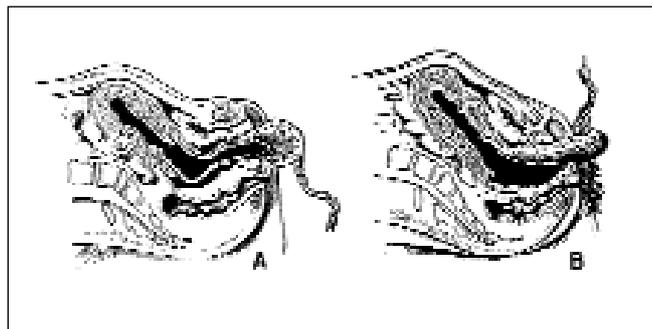


Figura 12-7. Mecanismos de desprendimiento placentario. A: mecanismo de Schultze. B: mecanismo de Duncan.

Durante este período es importante evitar la tracción violenta del cordón; así mismo, la **maniobra de Credé**, que consiste la expresión enérgica del fondo uterino con el fin de acelerar el desprendimiento placentario, se debe hacer con cuidado para evitar ocasionar una inversión uterina.

Signos de desprendimiento placentario.

Dado que la placenta está dentro del útero, es difícil saber con seguridad cuándo ha ocurrido el desprendimiento, por esto para hacer el diagnóstico se recurre a los siguientes signos.

1. A medida que la placenta se desprende, el útero se torna más globuloso, firme, asciende por encima del ombligo y se lateraliza hacia el flanco derecho.
2. Si se coloca una pinza en el cordón al nivel de la vulva, esta desciende a medida que se desprende la placenta.
3. Cuando se imprime un movimiento al fondo uterino no repercute sobre la pinza.
4. Si se eleva el fondo uterino y la pinza no se introduce en la vagina se considera que la placenta está desprendida.
5. Cuando se hace tracción sobre el cordón el útero no se mueve.
6. Si la placenta se desprende siguiendo el **mecanismo de Duncan** (fig. 12-7), la salida brusca de la sangre anuncia el comienzo del desprendimiento.

Una vez que la placenta pasa la vulva, se la sostiene con las manos y se puede realizar la **maniobra de Dublin**, que consiste en imprimir un ligero movimiento de rotación sobre el eje de la placenta que ocasiona torsión de las membranas y facilita su despegamiento.

Una vez completada la expulsión de la placenta y sus membranas, y si no se administraron oxitócicos luego de la salida de la cabeza, se procede a la inyección de derivados de cornezuelo del centeno tipo maleato de metilergobasina o tartrato de ergotamina a la dosis de 1 a 2 cc, por vía IM, o bien 1 cc, por vía IV, de acuerdo con las necesidades (Thilaganathan et al, 1993).

Si la paciente tiene una anestesia adecuada, se debe proceder a la revisión uterina, para lo cual es recomendable el cambio de guantes. La revisión comienza en la cavidad uterina, buscando restos placentarios retenidos, ruptura uterina, fibromas, pólipos, malformaciones uterinas, etc. El cuello se debe revisar buscando desgarros; así como también de la vagina y periné, los cuales se deben reparar al igual que la episiotomía. La revisión uterina debe hacerse en forma sistemática, siempre que la anestesia lo permita, aun después de un parto normal espontáneo. Antes de abandonar la sala de partos, el médico debe revisar la placenta, membranas y el cordón, con el fin de buscar anomalías, cambios degenerativos, etc.

CONCLUSIONES

A pesar que el embarazo y el parto son hechos naturales, cabría pensar que el parto puede ocurrir en forma espontánea y que no se requiere de ninguna atención profesional o de cuidados especiales, al igual que ocurre en todos los animales; sin embargo, pueden ocurrir complicaciones materno-fetales. Por eso, y con el fin de evitar estas complicaciones, es que la atención del parto normal debe seguir una serie de pasos que permitan un final feliz con un mínimo de complicaciones.

El diagnóstico del trabajo de parto puede ser difícil, sobre todo en mujeres aprensivas con un umbral bajo al dolor. Por esto se debe recurrir al criterio clínico para hacer un diagnóstico correcto y no confundirlo con un falso trabajo de parto. El parto normal está dividido en tres períodos, del comienzo de las contracciones hasta la dilatación completa, de ésta a la expulsión del feto y la de expulsión de la placenta y sus membranas.

Cuando ingresa la paciente y durante todo el trabajo de parto, se deben seguir una serie de pasos para hacer que todo culmine en forma satisfactoria para el binomio materno-fetal.

REFERENCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologist. Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation, and management. Washington: ACOG Technical Bulletin 1995; No. 207.
- Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hanksins GD, et al. Williams Obstetrics 20th ed. Stanford: Appleton Lange, 1997.
- Fraser WD, Sokol R. Amniotomy and maternal position in labour. Clin Obstet Gynecol 1992; 35(3):535-45.
- Friedman EA. Labor: clinical evaluation and management. 2nd ed. New York: Apple Century Croft, 1978.
- MacManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. Lancet 1978; 1(8055):72-4.
- O`Dowd ML, Phillip EE. Antenatal care and the early diagnosis of pregnancy, In: The history of obstetrics and gynaecology. New York: Parthenon Publishing Group, 1994.
- Queenan JT, Hobbins JC. Protocols for high-risk pregnancy. 3rd ed. Cambridge: Blackwell Science Inc., 1996.
- Ryberg S. The mechanism of labor. Springfield: Thomas, 1954.
- Salvat. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12ava ed. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1984.
- Stewart P, Calder AA. Posture in labour: patient`s choice and its effect on performance. Br J Obstet Gynaecol 1984; 91(11):1091-5.
- Thilaganathan B, Cutner A, Latimer J, Beard R. Management of the third-stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 48(1):19-22.
- Waldenstrom U, Gottvall K. A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. Birth 1991; 18(1):5-10.

