

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUB DIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"LINEAMIENTOS PARA
EL MANEJO DEL
TRABAJO DE PARTO
EN EL ISSS"**

FEBRERO - 2008

Presentación



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, quién a través del Departamento de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las "LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EL ISSS" serán el documento normativo que tendrá como objetivo guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan estos procedimientos en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



A handwritten signature in black ink, appearing to be "N. Perla", written over a light blue background.

DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"LINEAMIENTOS PARA
EL MANEJO DEL
TRABAJO DE PARTO
EN EL ISSS"**

FEBRERO - 2008

COMITÉ NORMATIVO

JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
JEFE DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS FLORES
COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	DR. ROBERTO ÁGUILA CERÓN

LISTADO DE PROFESIONALES
QUE ELABORARON LOS PRESENTES LINEAMIENTOS

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Roberto Peña Chang	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dr. Mauricio Vides	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dr. José Antonio Bonet Miró	HOSPITAL AMATEPEC
Dr. Miguel Botto Rosales	HOSPITAL REGIONAL SANTA ANA
Dr. Carlos Rosales Pastori	CONSULTA EXTERNA HOSPITAL SONSONATE
Dra. Rebeca Guandique	HOSPITAL REGIONAL SAN MIGUEL

LISTADO DE PROFESIONALES
QUE VALIDARON LOS PRESENTES LINEAMIENTOS

NOMBRE	PROCEDENCIA
Dr. Roberto Peña Chang	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dr. Mauricio Vides	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dr. Francisco Nieto	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dr. Eduardo Córdova	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dra. Cecilia Patiño	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dra. Gudelia Hernández Lazo	HOSPITAL 1° DE MAYO
Dr. Ernesto Mendoza	HOSPITAL AMATEPEC
Dra. Ángela de Linares	HOSPITAL AMATEPEC
Dra. Flora de Araniva	HOSPITAL AMATEPEC
Dra. Gilda de Aguilar	HOSPITAL AMATEPEC
Dr. Miguel Botto Rosales	HOSPITAL REGIONAL SANTA ANA
Dr. José Guillermo Santana	HOSPITAL REGIONAL SANTA ANA
Dr. Carlos Rosales Pastori	CONS. EXTERNA HOSP. REG SONSONATE
Dr. Miguel Ángel Martínez Vanegas	HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE
Dr. Ricardo de Paz	HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE
Dr. José Mauricio González García	HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE
Dra. Rebeca Guandique	HOSPITAL REGIONAL SAN MIGUEL
Dr. Carlos Ernesto Contreras Alvarado	HOSPITAL REGIONAL SAN MIGUEL
Dra. Irma Esperanza Vásquez de Velis	HOSPITAL REGIONAL SAN MIGUEL
Dr. José Alberto Villeda Bejarano	U. M. ZACATECOLUCA
Dra. Grisela Azucena Martínez	U. M. USULUTÁN
Dr. Carlos Zepeda Fuentes	U. M. USULUTÁN
Dra. Nancy Marjorie Alonzo Callejas	U. M. PUERTO EL TRIUNFO
Dr. Julio César Velis Argueta	U. M. SANTIAGO DE MARÍA
Dra. Georgina Santamaría	DPTO. PREVENCIÓN EN SALUD

Contenido

1. INTRODUCCIÓN:	- 1 -
2. OBJETIVO.....	- 1 -
3. CAMPO DE APLICACIÓN	- 1 -
4. DEFINICIONES,	- 2 -
5. MANEJO DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO	- 4 -
6. MANEJO DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO,	- 14 -
7. MANEJO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO.....	- 18 -
8. DISPOSICIONES FINALES:	- 21 -
9. VIGENCIA:.....	- 21 -
10.ANEXO 1	- 22 -

1. INTRODUCCIÓN:

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social anualmente atiende alrededor de veinte mil partos¹, por lo que se vuelve necesario que el personal involucrado en la prestación de estas atenciones esté actualizado en el tema del manejo activo del trabajo de parto.

Estos lineamientos fueron elaborados y validados por personal idóneo y en ellos se describen el manejo del primer, segundo y tercer periodo del trabajo de parto. Está dirigida a los médicos generales, residentes y especialistas de ginecología y obstetricia quienes en su ejercicio profesional deben poner al alcance del derechohabiente todos los medios que dispongan para obtener un resultado satisfactorio en el proceso del trabajo de parto y el parto, para beneficio de las madres y los recién nacidos.

2. OBJETIVO

Definir los lineamientos técnicos asistenciales para el manejo del primer, segundo y tercer periodo del parto en los centros de atención que ofrecen este servicio en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

3. CAMPO DE APLICACIÓN

El documento "Lineamientos para el Manejo del Trabajo de Parto en el ISSS" es de observancia general y sus disposiciones son obligatorias para los Centros de Atención del ISSS que cuenten con atención de parto en su portafolio de servicio.

¹ Fuente: Sistema Estadístico de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social



4. DEFINICIONES^{2,3}

Para fines del actual documento, las recomendaciones aquí vertidas son de aplicación exclusiva para aquellos casos en los que el estado materno-fetal lo permita y la evaluación de cada caso individual.

- A. TRABAJO DE PARTO: Es el proceso por medio del cual los productos de la concepción son expulsados de la cavidad uterina, posterior a las 20 semanas de gestación o un producto con peso mayor a los 500 gramos.
- B. INICIO DEL TRABAJO DE PARTO: Cuando se presentan contracciones regulares y dolorosas que producen dilatación y borramiento del cérvix. Puede incluir la expulsión del tapón mucoso y/o ruptura de membranas.
- C. FALSO TRABAJO DE PARTO: Presencia de contracciones uterinas a intervalos irregulares y largos, que no progresan en frecuencia ni intensidad, con dolor localizado principalmente en el bajo abdomen, sin provocar borramiento ni dilatación cervical.
- D. FASE DE LATENCIA: el periodo que transcurre desde el inicio de la actividad uterina efectiva hasta alcanzar 4 cm. de dilatación con al menos 2 contracciones uterinas de 20 o más segundos de duración en un lapso de 10 minutos.
- E. FASE ACTIVA: 4 o más cm. de dilatación con al menos tres contracciones de 20 a 45 segundos de duración en 10 minutos.⁴
- F. LATENCIA PROLONGADA: Duración de la fase de latencia mayor de 20 horas en primigestas y de 14 horas en multíparas.

² Essential Obstetrics, Chapter 12: Normal Labour, 2002

³ Obstetricia de Williams, 21^a Edición, 2001

⁴ Instructivo para el uso del Partograma, ISSS, Octubre 2006



G. PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO:

- a. PRIMER PERIODO: Inicia con el trabajo de parto clínicamente evidente hasta la dilatación total (cérvis no palpable). El primer periodo del parto incluye la fase de latencia y la fase activa.
- b. SEGUNDO PERIODO O PERIODO DE EXPULSIÓN: Inicia con la dilatación cervical total (cérvis no palpable) y finaliza con la expulsión del feto.
- c. TERCER PERIODO: Inicia con la expulsión del feto y finaliza con el alumbramiento de la placenta.

Tabla 1.

Diagnóstico del periodo y la fase del trabajo de parto.

Signos y síntomas	Periodo	Fase
Cuello uterino no dilatado y/o sin borramiento.	Falso trabajo de parto	
Cuello uterino dilatado hasta 4 cm.	Primer	Latente
Cuello uterino dilatado de 4 a 10 cm. Velocidad de dilatación de 1 cm. por hora o más. Descenso fetal.	Primer	Activa
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.) Continúa descenso fetal. No hay deseos de pujar.	Segundo	Temprana no expulsiva
Cuello uterino totalmente dilatado (10 cm.) La parte fetal que se presenta llega al piso de la pelvis. La gestante tiene deseos de pujar.	Segundo	Avanzada expulsiva
Útero se torna globoso, firme y se eleva, salida súbita de sangre, alargamiento del cordón.	Tercero	Desprendimiento de placenta

5. MANEJO DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO

MANEJO DE LA FASE DE LATENCIA⁵

No se recomiendan, en forma sistemática, los enemas ni el rasurado del vello púbico, salvo indicación médica. Recomendaciones generales:

- A. En cuanto a la alimentación, se puede permitir la ingesta de líquidos o dieta blanda solamente durante la fase de latencia y, principalmente, en pacientes sin complicaciones, ya que el riesgo de aspiración de contenido gástrico es un peligro real en señoras que son sometidas a procedimientos bajo anestesia.
- B. No es una indicación de amniotomía ni de parto por cesárea la falta de progreso durante la fase de latencia, cuando el riesgo y la condición materna y fetal así lo permitan.
- C. La sedación es una opción de manejo para la fase de latencia prolongada, si el bienestar fetal así lo permite. Los medicamentos recomendados son: Prometazina y Clorhidrato de Nalbufina)

EN LOS CASOS QUE AMERITEN MADURACIÓN CERVICAL O INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO:

- D. Nulíparas y multíparas con cérvix desfavorable (puntaje de Bishop menor o igual a seis, Tabla 3) con indicación materna o fetal de evacuación, se deben manejar con evolución espontánea ambulatoria o maduración cervical según el riesgo materno y fetal. La maduración cervical debe ser intrahospitalaria.
- E. El tiempo de duración de la fase de latencia en partos inducidos no está definido y debe basarse en el estado de la madre y el feto o de la condición por la que se indicó la inducción. (Ver factores de riesgo durante el parto en Tabla 2).

⁵ Management of the latent phase of labor, Koontz WL, Bishop EH, 2006



Tabla 2.
FACTORES DE RIESGO DURANTE EL PARTO.
(Complicaciones Mayores)⁶

✓ Preeclampsia-eclampsia-Síndrome HELLP.
✓ Inserción baja de placenta.
✓ Ruptura prematura de membranas.
✓ Malformaciones congénitas.
✓ Desprendimiento prematuro esencial de placenta normo inserta.
✓ Restricción en el crecimiento intrauterino.
✓ Embarazo múltiple.
✓ Muerte fetal.
✓ Anormalidades de la situación y posiciones fetales (al inicio del trabajo de parto).
✓ Prematurez.
✓ Gran Multiparidad

F. La inducción está indicada cuando la madre o el feto se beneficiarán con la terminación del embarazo. Sólo debería ser considerada si la vía vaginal es la más apropiada para el nacimiento. Por lo tanto, se recomiendan máximo tres etapas de inducción de ocho horas cada una, repartidas en tres sesiones, con la finalidad de darle descanso a la madre y permitirle sus periodos de sueño y alimentación. El parto vaginal no logrado en 24 horas es un parámetro para

⁶ Práctica Médica Efectiva, Atención del Embarazo con Enfoque de Riesgo, Centro Nacional de Información para Decisiones en Salud (CENIDS), Instituto Nacional de Salud Pública, México, Septiembre 2000



medir la eficacia de un método de inducción.⁷ No se recomiendan inducciones mayores a este periodo de 24 horas, a no ser que la valoración individual de cada caso lo amerite.

G. Para la inducción de cuellos no favorables (puntaje de Bishop menor de seis), se recomienda utilizar la maduración cervical. Los métodos más utilizados son el Misoprostol y el balón intracervical más oxitocina.⁸

a. Misoprostol (uso exclusivo de obstetras):

1. Disponible en tabletas de 200 microgramos. Se utiliza 1/4 de tableta (50 mcg.) colocada en fondo de saco posterior.
2. Si no se logran cambios cervicales o actividad uterina de al menos 2 contracciones en 10 minutos, tomar y registrar un monitoreo fetal electrónico y evaluación por obstetra antes de colocar la segunda dosis de 50 mcg. en un lapso de 4-6 horas, según respuesta.
3. Si después de transcurrir ese segundo lapso, la situación no es exitosa, la paciente puede ser trasladada al servicio de encamados para reposar, toda vez que esté documentado el bienestar fetal y materno y la contractilidad uterina sea compatible con fase de latencia.
4. Si la maduración es exitosa y la labor es activa dejarla que continúe espontáneamente.
5. Efectos secundarios: Taquisistolia, patrón anormal de Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), fiebre, vómitos y diarrea.
6. Antes de 4-6 horas de colocada la última dosis de Misoprostol, no debe usarse oxitocina.
7. Contraindicaciones de misoprostol:
 - i. Corioamnionitis.

⁷ Guías de Manejo: Inducción al Trabajo de Parto, Dr. Eduardo Valenti, División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 2002.

⁸ Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2005.



- ii. Cesárea previa.
 - iii. Glaucoma de ángulo cerrado.
 - iv. Sufrimiento Fetal Agudo.
 - v. Alergia al medicamento.
- b. Balón intracervical:
1. Éste método es una alternativa cuando se carece de Misoprostol.
 2. Consiste en posicionar a la paciente en litotomía, luego colocar el espéculo y realizar asepsia, traccionar el cuello con pinza Anillo, introducir una sonda Foley de balón de 50 cc con ayuda de pinza de anillos o Allis a través del canal endocervical; posterior a su introducción de unos 3 cm. a partir del orificio cervical interno (OCI), insuflar el balón con unos 30-40 cc de solución salina, traccionar gentilmente y fijar al muslo con esparadrapo manteniendo tracción moderada.
 3. Usualmente la expulsión se realiza en unas 4 horas y con 3cm. de dilatación.
 4. Si el balón no es expulsado después de 6 horas, retirarlo y evaluar otro método de inducción.
 5. La continuación con oxitocina dependerá de la actividad uterina y se utilizarán las dosis normales de inducción.

Todo lo anterior aplica solamente a embarazos con estados materno fetales que permitan la operativización de los lineamientos aquí propuestos y con indicación clara de evacuación vaginal.

Tabla 3.

Puntaje de Bishop⁹

Puntaje de Bishop	0	1	2	3
Consistencia	Firme	+/- Blando	Blando	-
Posición	Posterior	Semicentral	Central	-
Borramiento	0-30%	30-50%	50-80%	> 80%
Longitud	> 4 cm.	2 – 4 cm.	1 – 2 cm.	< 1 cm.
Dilatación	Sin dilatación	1-2 cm.	2-3 cm.	> 3 cm.
Estación	-3	-2	-1/0	+1/+2

MANEJO DE LA FASE ACTIVA^{10,11,12}

A. PRÁCTICAS NO BENEFICIOSAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO:

- a. Uso rutinario de enema.
- b. Rasurado público.
- c. Uso rutinario de catéter y/o líquidos endovenosos.
- d. Posición supina de la madre.

⁹ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Induction of Labor, Evidence Based Clinical Guideline, Junio 2001.

¹⁰ Active Management of Labor, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 2005

¹¹ Care in Normal Birth: a practical guide, World Health Organization, 1996

¹² Management of First and Second Stages of Labor, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 2005



B. ADMISIÓN AL SERVICIO DE TRABAJO DE PARTO:

- a. Ingreso ante la presencia de contracciones uterinas regulares, dolorosas que han causado dilatación cervical de 4 o más cm. y borramiento del cérvix (con puntaje de Bishop mayor a los 6 puntos).
- b. Al ingreso, examen físico completo, incluidos los signos vitales (pulso, presión arterial sentada, frecuencia respiratoria y temperatura), examen obstétrico del abdomen (maniobras de Leopold, actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal) y tacto vaginal (dilatación, borramiento, estado de las membranas y presentación fetal, estación, variedad de posición y evaluación clínica de la pelvis).
- c. Abrir partograma según instructivo vigente.

C. DURANTE EL MANEJO DE ESTA FASE DEL TRABAJO DE PARTO, LOS PROFESIONALES DEL ISSS DEBERÁN, EN TODOS LOS CASOS:

- a. Tomar la presión arterial, pulso y temperatura seriados según cada caso y por los medios disponibles.
- b. Deberán instruir a la paciente sobre la importancia de la micción espontánea frecuente, con la finalidad de evitar que se forme globo vesical que dificulte el descenso de la cabeza fetal durante el segundo periodo del parto.
- c. Ya que no se recomienda el uso de rutina de líquidos endovenosos, en caso de ser necesario, se sugiere el uso de soluciones isotónicas.

El trabajo de parto requiere del gasto de grandes cantidades de energía que puede llevar a deshidratación y cetosis, sobre todo en trabajos de parto prolongados. Muchas veces, se corrige la deshidratación con líquidos endovenosos glucosados, pero una cantidad mayor a los 25 gramos de glucosa, puede llevar a hiperinsulinismo materno con los consiguientes efectos en el producto, como son, hiperglicemia y, posteriormente, hiperinsulinismo fetal. Todo esto puede reducir el pH



sanguíneo de la arteria umbilical; por lo tanto, la administración endovenosa de glucosa debe manejarse con cautela y para propósitos diferentes a la hidratación endovenosa. Por lo que se sugiere el uso de soluciones isotónicas para fines de rehidratación (Solución de Hartmann o Solución Salina Normal).

D. MONITOREO FETAL:

El monitoreo del bienestar fetal es una parte esencial del manejo del trabajo de parto. La posible presencia de un estado fetal no alentador nunca debe excluirse aún cuando el trabajo de parto sea considerado "normal". El riesgo de sufrimiento fetal es mayor durante el segundo periodo del trabajo de parto y en casos de parto prolongado. No se ha demostrado que el monitoreo fetal electrónico intraparto en los embarazos de bajo riesgo mejore el resultado perinatal en comparación a la auscultación intermitente, por lo que ambos métodos son útiles, según cada caso.

- a. Determinar las características del líquido amniótico: lo cual se logra a través de la amniotomía temprana, cuando está indicada.
- b. Auscultación intermitente: se recomienda cada 30 minutos en la fase activa, antes durante y después de una contracción. En fase expulsiva cada 5 minutos.
- c. Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal: a través de monitorización fetal electrónica. La relación entre ritmos de frecuencia cardiaca fetal anormales y presencia de sufrimiento fetal está más que evidenciada. Bradicardia, taquicardia, pérdida de variabilidad y desaceleraciones tardías o variables con componente hipóxico son evidencias de distress fetal.



E. CLASIFICACIÓN DE MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO INTRAPARTO:

1) Monitoreo Normal:

- i. FCF de 120 a 160 latidos por minuto (lpm) con variabilidad mayor o igual a 5 lpm, con o sin ascensos.
- ii. Las desaceleraciones variables leves (duración menor de 30 seg. y nadir superior a 80 lpm) se consideran un suceso normal que no modifica la clasificación del trazo.

2) Monitoreo no alentador:

- i. Taquicardia (más de 160 lpm).
- ii. Desaceleraciones variables moderadas a intensas, con variabilidad presente.
- iii. Desaceleraciones tardías con variabilidad presente.
- iv. Tipo sinusoidal de la FCF.

3) Sufrimiento Fetal:

- i. Desaceleraciones variables moderadas a intensas sin variabilidad.
- ii. Desaceleraciones tardías sin variabilidad.
- iii. Bradicardia fetal.

4) Un trazo normal de la FCF tiene un valor predictivo de 99.7% para una puntuación APGAR de 7 o más, en tanto que uno anormal brinda una predicción del 50% de una cifra menor. Incluso los tipos ominosos suelen vincularse con un valor predictivo de solo 50 a 65% de puntuaciones APGAR muy bajas. LA PRESENCIA DE VARIABILIDAD DE FCF SIGUE SIENDO EL ÍNDICE MÁS CONFIABLE DE BIENESTAR FETAL EN EL MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO.¹³

¹³ Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2005



F. AMNIOTOMÍA¹⁴

- a) Objetivo: determinar el color y volumen del líquido amniótico, cuando la paciente se encuentre en fase activa de trabajo de parto.
- b) Si se encuentra líquido meconial, la vigilancia de la paciente y el producto será más estrecha y se debe manejar con mayor cautela la administración o el aumento en las dosis de útero estimulantes.
- c) Además, ante la presencia de líquido meconial espeso, se debe evaluar el uso de amnioinfusión para tratar de prevenir la aspiración de meconio por parte del feto (Anexo 1).
- d) El uso de la amniotomía de rutina no incrementa el riesgo de infecciones o anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, siempre y cuando se realice en pacientes en verdadera fase activa del trabajo de parto.
- e) Indicaciones de amniotomía temprana:
 - 1. Acelerar el trabajo de parto en aquellas patologías maternas las cuales se benefician con la terminación del embarazo a corto plazo.
 - 2. Enlentecimiento del trabajo de parto, cuando el progreso de la dilatación no se da a una velocidad de 1 cm./hora.
 - 3. Evaluar el líquido amniótico en casos de estado fetal no alentador.

G. ASEGURAR EL PROGRESO EN EL TRABAJO DE PARTO:

- a) Se debe monitorear cercanamente el progreso en la dilatación y el descenso de la cabeza fetal acorde a las normas de partograma institucionales.
- b) La dilatación debe progresar al menos 1 cm./hora, evidenciado en evaluaciones vaginales cada 2 a 4 horas o según la condición materno-fetal.

¹⁴ Obstetricia de Williams, 21^a Edición, 2001



- c) Si la dilatación no progresa a este ritmo, se hace un diagnóstico de enlentecimiento o detención del trabajo de parto, debiendo tomar las medidas necesarias según cada caso en particular.
- d) Si ya se cuenta con la amniotomía temprana, el manejo apropiado para el enlentecimiento o la detención del trabajo de parto es la administración de oxitocina para incrementar la actividad uterina, de acuerdo al estado materno fetal en cada caso individual.

H. USO DE OXITOCINA:

- a. La oxitocina está indicada a 5 mUI/min., incrementando 5 mUI/ min. cada 30 minutos hasta verificarse la presencia de 3 a 5 contracciones en 10 minutos usualmente hasta dosis de 40 mUI/min, regulando dosis según respuesta.
- b. La presencia de estado fetal no alentador por monitoreo fetal o líquido amniótico meconial espeso son las únicas contraindicaciones relativas para el uso de este protocolo.

c. Dosis de la oxitocina

1. Para bomba de infusión:

Diluir 20 Unidades de oxitocina (4 ampollas) en un litro de Dextrosa al 5%, iniciar con 5 mUI/minuto (15 cc/hora), incrementando 5 mUI/minuto cada treinta minutos hasta un máximo de 40 mUI/minuto (120 cc/hora) o presentarse de tres a cinco contracciones en diez minutos.

2. Sin bomba de infusión:

Diluir 5 Unidades (1 ampolla) de oxitocina en 1 litro de Dextrosa al 5%, iniciar con 5 mUI/minuto (20 gotas), incrementando 5 mUI/minuto cada treinta minutos hasta un máximo de 40 mUI/minuto o presentarse de tres a cinco contracciones en diez minutos.



Nuevamente, se recalca que estas recomendaciones aplican solamente a pacientes en verdadera fase activa del trabajo de parto (más de 4 cm. de dilatación y borramiento importante) y con un estado de riesgo materno-fetal que permita la evacuación por la vía vaginal.

Nota:

Si durante la fase activa del trabajo de parto, el Médico de Labor de Partos indicara una cesárea con la cual el Médico de Sala de Operaciones no está de acuerdo; a solicitud de cualquiera de ambos se consultará al Jefe de Servicio o Coordinador de Turno, quien decidirá si procede el parto abdominal o la paciente continua en el servicio de Labor. Todo lo anterior, deberá quedar escrito claramente en el expediente clínico de la paciente, con firma y sello de los profesionales involucrados en la toma de la decisión, incluido el coordinador o jefe de turno.

6. MANEJO DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO^{15,16}

Durante el segundo periodo del parto, la oxigenación del feto se ve restringida debido a contracciones fuertes y el pujo materno que reducen el flujo útero placentario. Por lo anterior, se debe monitorizar la frecuencia cardiaca fetal más estrechamente durante este periodo, idealmente por personal médico o paramédico disponible, según el estado materno fetal de cada caso individual.

A. INICIO DEL SEGUNDO PERIODO:

Se caracteriza por los siguientes signos y síntomas:

- a. Deseo de pujar, se debe recomendar a la paciente hasta que esté total dilatada, ya que en ciertos casos este deseo de pujar puede aparecer antes de que el cérvix esté totalmente dilatado, especialmente cuando la ampolla rectal está llena. Se recomienda que el esfuerzo del pujo dure el

¹⁵ Care in Normal Birth: a practical guide, World Health Organization, 1996

¹⁶ Management of First and Second Stages of Labor, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 2005



equivalente a la duración de la contracción, es decir, entre 30 y 40 segundos, con la finalidad de no afectar aún más la oxigenación fetal.

- b. Dilatación cervical total, en la cual se recalca que el cérvix ya no debe ser palpable. Si aún se palpa algún reborde cervical al tacto vaginal, la paciente todavía no está total dilatada y, por lo tanto, no ha iniciado el segundo periodo del parto.

B. DURACIÓN DEL SEGUNDO PERIODO:

- a. Se ha estipulado tradicionalmente que el segundo periodo debe durar alrededor de una hora. Si las condiciones maternas y fetales se encuentran estables y esto se acompaña de progreso adecuado en el trabajo de parto (descenso de la cabeza fetal y dinámica uterina), no debe haber razón para adherirse rígidamente a un tiempo estimado, siempre que el estado materno-fetal así lo permita. Sin embargo, es importante aclarar que, las probabilidades de un parto vaginal se reducen significativamente cuando el segundo periodo sobrepasa una hora en multíparas y dos horas en nulíparas.
- b. No se ha encontrado evidencia que relacione la duración del segundo periodo con bajos puntajes de Apgar, convulsiones neonatales o ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. La presencia de un estado fetal no alentador se debe basar en el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal electrónico o humano y no en el tiempo de duración del segundo periodo.
- c. En conclusión, la decisión de indicar cesárea durante el segundo periodo se debe basar en la evaluación del producto, la pelvis y la contractilidad uterina.



C. CUIDADO DEL PERINÉ:

- a. Se puede "proteger" el periné brindando soporte a éste con los dedos de una mano, generalmente la derecha, sin introducirlos a vagina, mientras que la otra mano sostiene la cabeza fetal al momento que ésta corona para controlar la velocidad con la que atraviesa el introito. Con esta maniobra se espera disminuir el riesgo de desgarros perineales.
- b. No se recomienda la maniobra de "masajear" el periné o la pared posterior de la vagina durante el segundo periodo con el objetivo de "ablandar" los tejidos. Esto puede resultar en mayor incidencia de desgarros, ya que se trata de tejidos muy vascularizados o que pueden presentar edema durante el segundo periodo.



Figura 1. Maniobra de protección del periné

D. EPISIOTOMÍA Y DESGARROS:

- a. No se recomienda el uso rutinario de la episiotomía, incluyendo a las nulíparas.
- b. No se recomienda la episiotomía media ya que se asocia a mayor incidencia de desgarros perineales grado tres o cuatro; tomando en cuenta que, nuestra población tiene, por características étnicas, perinés cortos.

- c. Los desgarros perineales son muy frecuentes, especialmente en primíparas. Generalmente, los desgarros grado uno no necesitan sutura, los grado dos pueden ser suturados fácilmente con anestesia local y no presentan problemas en su cicatrización. La necesidad o no de sutura debe quedar a criterio del profesional responsable de atender el parto.
- d. Los desgarros perineales grado tres o cuatro deben ser suturados por el personal con mayor experiencia, con la finalidad de prevenir incontinencia fecal o fístulas.
- e. El uso rutinario de la episiotomía no garantiza menor incidencia de desgarros perineales que el uso restringido de ésta. Se ha comprobado mayor incidencia de desgarros labiales o anteriores con el uso restringido que con el uso rutinario de la episiotomía; pero, los desgarros perineales, desde el grado I hasta el IV, tienen similar incidencia en ambos grupos, incluso reportándose en algunos estudios mayor riesgo de desgarros grado III y IV con el uso rutinario de la episiotomía. El dolor perineal, la presencia de dehiscencias y la dispareunia se reportan en todos los estudios con menor frecuencia cuando se utiliza la episiotomía en forma restringida.¹⁷

¹⁷ Agency for Healthcare Research and Quality, The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review, Mayo 2005



7. MANEJO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO¹⁸

Durante este periodo se producen el desprendimiento y la expulsión de la placenta. El mayor riesgo para la madre durante este periodo es la presencia de las hemorragias post parto, la segunda causa de muertes maternas a nivel nacional.

A. USO DE OXITÓCICOS:

a. MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO¹⁹:

El manejo activo del tercer periodo (expulsión activa de la placenta) ayuda a prevenir la hemorragia posparto. En este se incluye:

1. La administración inmediata de oxitocina.
2. La tracción controlada del cordón umbilical.
3. El Masaje uterino.

b. OXITOCINA:

1. Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, palpe el abdomen para descartar la presencia de otro u otros bebés y administre oxitocina 10 unidades IM. Si la paciente se encuentra recibiendo líquidos endovenosos, se le aplica en el suero.
2. La oxitocina se prefiere porque produce efecto 2 – 3 minutos después de su aplicación, tiene efectos colaterales mínimos y se puede utilizar en todas las mujeres. Si no se dispone de oxitocina, administre ergonovina 0.2 mg IM o prostaglandinas. Antes de administrar estos medicamentos asegúrese de que no exista ningún otro feto in útero.
3. No administre ergonovina a mujeres con Preeclampsia, Eclampsia o presión arterial alta porque aumenta el riesgo de convulsiones y accidentes cerebro vasculares.

¹⁸ Care in Normal Birth: a practical guide, World Health Organization, 1996

¹⁹ Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2005



4. En caso de cesárea se administrarán 20 UI en un litro de suero, a 40 gotas por minuto, posterior a la extracción del producto.

c. TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN:

Implica la tracción del cordón combinada con contra tracción del cuerpo uterino por medio de la presión suprapúbica (Maniobra de Brandt-Andrews) (Figura 2). Nunca se debe ejercer tracción sin la presencia de contracción uterina, cuidando de no ejercer presión sobre el fondo uterino. La tracción controlada del cordón reduce la duración del tercer periodo y disminuye el riesgo de hemorragia post parto, incluyendo retención placentaria e inversión uterina.

d. MASAJE UTERINO:

1. Masajee de inmediato el fondo del útero a través del abdomen de la mujer hasta conseguir que el útero se contraiga.
2. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas.
3. Asegúrese de que el útero no se relaje (ablande) después de detener el masaje uterino.

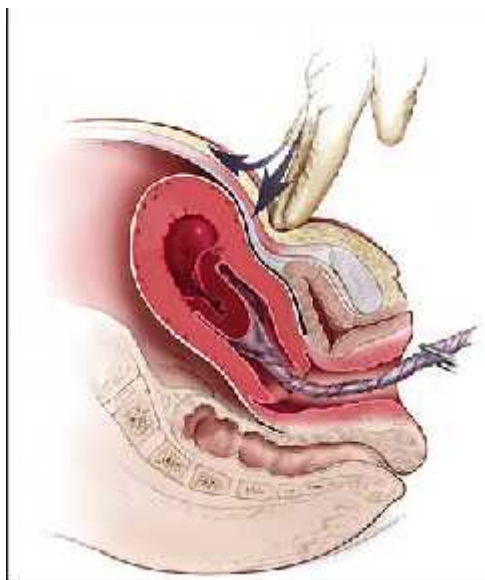


Figura 2. Tracción controlada del cordón

B. PINZAMIENTO DEL CORDÓN:

En los casos en los que se recomienda la tracción controlada del cordón, como es el caso de esta guía, el pinzamiento temprano del cordón es mandatorio. Se entiende por pinzamiento temprano del cordón aquel que se realiza antes de tres minutos después del nacimiento del producto. Cuando se realiza el pinzamiento del cordón tardíamente, después de tres minutos, se produce "transfusión" de sangre placentaria hacia el producto, cuando éste se encuentra al mismo nivel o por debajo de la vulva. Esta "transfusión" hacia el neonato mejora los niveles de hemoglobina y hematocrito, pero también se asocia a mayor incidencia de hiperbilirrubinemia, hipervolemia, policitemia y aumento de la viscosidad sanguínea.

C. CUIDADO DE LA MADRE POSTERIOR AL ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA:

- a. Examinar cuidadosamente la placenta, con el fin de asegurarse que se encuentre completa y reportar otras anomalías, como infartos, hematomas, inserción anormal del cordón, etc.
- b. Masaje uterino, con el propósito de estimular la contracción uterina y disminuir la pérdida sanguínea.
- c. No se recomienda la revisión manual de la cavidad uterina rutinaria, a excepción de los casos en los que se sospeche retención de restos y partos inmaduros (en estos casos se recomienda bajo anestesia general) o cuando haya partos vaginales con cesárea previa para verificar la integridad de la cicatriz uterina inmediatamente después del tercer período.
- d. La observación durante la primera hora post parto es fundamental. Además del monitoreo de los signos vitales, se debe calcular la cantidad de pérdida sanguínea transvaginal y si el útero se encuentra contraído o no.



8. DISPOSICIONES FINALES:

LISTADO DE ANEXOS:

El siguiente anexo forma parte de los "Lineamientos para el Manejo del Trabajo de Parto en el ISSS": Anexo 1: Protocolo para Amnioinfusión.

ACTUALIZACION:

Los "Lineamientos para el Manejo del Trabajo de Parto en el ISSS" serán revisados cada tres años o antes a solicitud de los Centros de Atención que cuentan con atención de parto entre su portafolio de servicios, con el fin de actualizarla y mantenerla coherente a las necesidades reales y objetivos de la Institución.

9. VIGENCIA:

Los presentes "Lineamientos para el Manejo del Trabajo de Parto en el ISSS" entraran en vigencia con la firma de las Autoridades y posterior a su Implantación y Divulgación, sustituyendo a todos los Documentos Normativos emitidos anteriormente para tal fin.

San Salvador, febrero de 2008.

Revisión:

DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS
Jefe Departamento de Normalización y Estandarización

DR. SIMÓN BALTAZAR ÁGRED A
Jefe División Técnica Normativa

Autorización

DR. JOSÉ GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA
Subdirector de Salud ISSS

The image shows the official signatures and stamps of the ISSS authorities. On the left, the signature of Dr. Guillermo José Valdés is written in blue ink over a circular stamp that reads "INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL - Jefe Depto. Normalización y Estandarización". To the right, the signature of Dr. Simón Baltazar Ágreda is written in black ink over a circular stamp that reads "INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL - JEFE DIVISION TECNICA NORMATIVA". Below these, the signature of Dr. José Guillermo González García is written in black ink over a circular stamp that reads "INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL - SUBDIRECTOR DE SALUD". In the bottom right corner, there is another circular stamp that reads "INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL - JEFE DIVISION TECNICA NORMATIVA" with a signature over it.

PROTOCOLO PARA AMNIOINFUSIÓN²⁰

DEFINICIÓN:

Técnica que consiste en la infusión de líquido (solución salina isotónica estéril) en la cavidad amniótica, vía transcervical cuando las membranas están rotas, sin signos de corioamnionitis.

INDICACIONES:

- A. Tratamiento de desaceleraciones variables.
- B. Visualización ultrasonográfica de oligohidramnios severo.
- C. Profilaxis de aspiración de meconio en trabajo de parto o pre-cesárea en presencia de líquido meconial espeso.

BENEFICIOS DE LA AMNIOINFUSION:

- A. Disminuye los efectos de las contracciones uterinas sobre el cordón umbilical y la cabeza fetal (desaceleraciones variables o tempranas respectivamente).
- B. Mejoría de la variabilidad de la FCF latido a latido.
- C. Dilución del líquido meconial (disminución del síndrome de aspiración meconial).
- D. Mejora la visualización ecográfica fetal en oligohidramnios severo.

²⁰ Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2005



ANTES DE REALIZAR AMNIOINFUSIÓN SE DEBEN REALIZAR LAS SIGUIENTES EXPLORACIONES:

- A. Tacto vaginal para conocer las características del cuello, integridad de las membranas y presentación.
- B. Cardiotocografía de hasta 15-20 minutos de duración para establecer el patrón de FCF y la existencia de una posible dinámica uterina (en el caso de amnioinfusión transparieto-abdominal).

VÍAS DE ABORDAJE: TRANSCERVICAL:

- A. Transcervical

Indicada en los casos de líquido meconial espeso y desaceleraciones variables.

TÉCNICA:

- A. Material necesario: Aplicar las normas de asepsia y emplear material totalmente estéril. El equipo consta de:
 - a. Sonda nasogástrica número 18 ó catéter para medir presión intrauterina.
 - b. Solución salina fisiológica estéril al 0.9% a una temperatura lo más cercana posible a la temperatura corporal humana normal (37°C).
 - c. En la cama de trabajo de parto en posición de litotomía, sobre un pato realizar antisepsia vulvar.
 - d. Introducir dedos de la mano derecha como un tacto dentro de la dilatación cervical entre la cabeza fetal y la cara posterior del útero.
 - e. Separar los dedos para guiar la colocación de la sonda, introducirla gentilmente hasta que haya pasado de la cabeza fetal.
 - f. Si se encuentra resistencia, no insistir y cambiar el lugar de introducción al lugar de menor resistencia.
 - g. Retirar la mano de la vagina.



- h. Conectar la sonda al descartable con la bolsa de solución salina colocada a altura de al menos un metro sobre la paciente e infundir en bolo 500 CC, luego dosis de sostén a 100cc por hora.
- i. Monitorear a continuación para descartar prolapso oculto de cordón o comprobar como mejoran las desaceleraciones variables según el caso.
- j. En caso de líquido meconial espeso, este se diluirá con el lavado y la experiencia ha demostrado su utilidad aún cuando la evacuación sea por cesárea, la cual es conocida que no impide la posibilidad de aspiración.

CONTRAINDICACIONES:

- A. Embarazo múltiple.
- B. Ruptura prolongada de membranas.
- C. Sospecha de corioamnionitis.
- D. Hemorragia transvaginal.
- E. Anomalías fetales incompatibles con la vida.
- F. Presentación fetal anormal.

COMPLICACIONES:

- A. Hipertonía uterina 14%.
- B. Trazo anormal 9%.
- C. Embolismo de líquido amniótico (raro).
- D. No hay incremento de sepsis materno fetal.





DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2008