

PRACTICA OBSTETRICA SEGURA ESTRATEGIAS BASADAS EN EVIDENCIA

MAURICIO VIDES
MARZO 2017



ABORDAJE PARA LIMITAR LA INTERVENCIÓN DURANTE LA LABOR DE PARTO



INTRODUCCIÓN

- Vamos a revisar la evidencia que existe para los cuidados practicados durante el trabajo de parto que facilitan un proceso fisiológico y minimizar las intervenciones en mujeres que están en trabajo de parto espontáneo a término y de bajo riesgo

TIEMPO DE ADMISIÓN AL HOSPITAL (RETRASO EN LA ADMISION)

- Múltiples estudios han encontrado que el ingreso en fase de latencia está asociado con mas arrestos y partos por cesáreas , incrementa el uso de oxitocina , uso de antibióticos por fiebre intraparto.

PUNTO CLAVE

MANEJO DEL PRIMER PERÌODO

- ◉ Diagnosticar adecuadamente el inicio del trabajo de parto activo .
- ◉ Si el dx es incorrecto : mayor riesgo de intervenciones innecesarias :
amniotomìa , oxitocina
- ◉ Los datos actuales sugieren un tratamiento expectante entre 4 a 6 cms

MANEJO DEL PRIMER PERÍODO

- ◉ Posición materna: no hay evidencia que apoye la posición supina durante la labor
- ◉ La posición de pie mejora la intensidad de la contracción
- ◉ Se recomienda fomentar la movilidad y postura erguida durante el trabajo de parto a las parturientas de bajo riesgo.

MANEJO DEL PRIMER PERÍODO

- Uso de partograma durante la fase activa con una línea de acción a las 4 horas para monitorizar el progreso del parto
- Tactos vaginales cada 4 horas
- Se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos
- Acompañamiento continuo : reduce la duración del parto, disminución de cbt



MANEJO DEL PRIMER PERÍODO

- Cuidados de enfermería regulares, apoyo emocional uno a uno , están asociados a mejoras en los resultados .
Cochrane
- Partos por CBT (RR 0.78% ci, 0.67-0.91)
- Disminuyó APGAR bajos 5 min (RR 0.69, CI 0.5-0.95)
- Disminuye la duración de labor de parto

MANEJO DEL PRIMER PERÍODO

- Evaluación de la FCF con auscultación intermitente versus monitoreo fetal electrónico continuo
- El MFE fue introducido para reducir la incidencia de muerte perinatal y parálisis cerebral
- MFE no ha mejorado esos resultados cuando es utilizado en mujeres de bajo riesgo

MFE vrs AUSCULTACIÓN INTERMITENTE

- Revisión Cochrane 13 RCT 37,000 mujeres
- MFE asociado a mayor tasa de CBT
(RR 1.63, 95% 1.2 – 2.07)
- Partos vaginales instrumentados
(RR 1.15 CI:1.2-2.07)
- Disminuyó el riesgo de convulsiones neonatales
- No hubo diferencias significativas en las tasas de muerte perinatal ni parálisis cerebral

AMNIOTOMIA

- ◉ Es una intervención común en la labor del parto
- ◉ Utilizada para el tratamiento de un parto prolongado
- ◉ Sin embargo si la amniotomía electiva sin una indicación específica ha sido cuestionada



AMNIOTOMIA

- ◉ Cochrane 15 estudios : 5,583 pacientes
- ◉ No hubo diferencia entre amniotomía y el grupo control en la duración del trabajo del parto , tasa de cesárea , satisfacción materna, puntuación de APGAR bajos
- ◉ Por lo tanto no se recomienda la amniotomía de rutina como parte del manejo del parto

**Cochrane Database of Systematic Reviews .
January 2013**

OXITOCINA

- ◉ Utilizada junto amniotomía
- ◉ Ha sido ampliamente utilizada durante el parto especialmente cuando se ha realizado amniotomía temprana y prevenir el parto prolongado
- ◉ Puede originar hiperestimulación uterina con reacciones adversas como asfixia fetal, rotura uterina y aumentar el intervencionismo obstétrico

**COMMITTEE OPINION. NUMBER 687. FEBRUARY
2017.ACOG.**

OXITOCINA

- ◉ Por lo tanto no está claro el uso liberal de la oxitocina para obtener beneficio materno fetal
- ◉ Debe de usarse para indicaciones claras como las alteraciones de la dinámica uterina
- ◉ No hay ninguna evidencia de que se evite el parto prolongado por el uso liberal de oxitocina

**COMMITTEE OPINION. NUMBER 687.
FEBRUARY 2017.ACOG.**

ANALGESIA DURANTE EL PARTO

- ◉ No se recomienda el alivio del dolor para prevenir la prolongación de la dilatación
- ◉ No se recomienda el uso de antiespasmódicos como prevención
- ◉ No existe evidencia que recomiende el uso de sustancias analgésicas durante el parto, sean o no opiáceos

ANALGESIA EPIDURAL

- Se ha demostrado que es el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto sin cambios en los resultados materno fetales
- Puede producir hipotensión materna , prolongar el período del parto, aumentar la necesidad de parto instrumentado (fórceps/ventosa)

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS

- Uso de partograma durante la fase activa
- Evaluaciones sistemáticas con tactos vaginales cada 4 horas
- Permitir movilidad y postura erguida
- Ofrecer líquidos orales suficientes durante la labor y expulsión
- Acompañamiento continuo
- Monitorización de la FCF auscultación intermitente

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS INAPROPIADAS Y FRECUENTEMENTE USADAS

- ◉ Enema de rutina
- ◉ Restricción de líquidos o alimentos durante el parto
- ◉ Líquidos EV rutinarios
- ◉ Posición supina
- ◉ Drogas sistémicas para prevenir el dolor
- ◉ Amniotomía temprana
- ◉ Estimulación precoz con oxitocina antes de confirmar el dx de parto prolongado

MANEJO DEL 2º PERÍODO

● PUNTO CLAVE :

Identificar con precisión que se está en el período expulsivo (dilatación completa)

● Duración : en nulípara 2 horas y en multípara 1 h



EL PUJO

- ◉ No hay ninguna evidencia que demuestre que incitar al pujo tempranamente sirva para mejorar el 2º período
- ◉ Los esfuerzos del pujo deben ser lo más fisiológicos posibles sin esforzarlos ya se pueden asociar a acidosis fetal



USO DE EPISIOTOMIA



- Fue descrita por primera vez 1742 , no ganó mayor aceptación por morbilidad infecciosa y no anestesia
- Fue popularizada por DeLee 1920 , debido a la transición del parto domiciliario al hospitalario, a pesar de la falta de evidencia científica que demostrara seguridad y beneficios
- En la década 70 y 80 surgimiento movimiento naturalista en USA, el uso rutinario comenzó a ser cuestionado

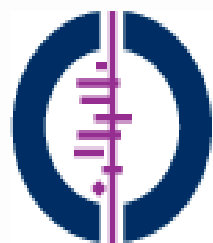
EPISIOTOMIA . VENTAJAS TEORICAS

- Previene el daño perineal : prevención de desgarros perineales severos III y IV
- Disminuye el trauma neonatal
- Acorta el período expulsivo



EVIDENCIA

- La episiotomía rutinaria tiene un efecto protector nulo en la prevención de desgarros perineales severos
- No hay diferencia significativa en la tonicidad del piso pélvico
- No reduce el período expulsivo
- No hay diferencia en la prevención del trauma fetal, incluyendo asfixia perinatal y hemorragia interventricular



Cochrane
Library

Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Cochrane Database of Systematic Reviews

 Open Access   Creative Commons

Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth

First published: 8 February 2017

Editorial Group: [Cochrane Pregnancy and Childbirth Group](#)

DOI: [10.1002/14651858.CD000081.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3) [View/save citation](#)

conclusiones

- Se incluyeron 12 estudios , (6177 mujeres)
- La episiotomía selectiva tuvo menos trauma perineal severo 30%
(RR 0.70,95% CI 0.52-0.94)
- No hubo diferencias en la puntuación APGAR
- No diferencias en la infección perineal, dolor perineal moderado a severo, dispareunia (6 meses), incontinencia urinaria ni prolapso genital 3 años después

CUIDADOS DEL TERCER PERÌODO

- Puntos Clave :

Principales complicaciones son la retención placentaria y la hemorragia postparto

- Duración 30 a 40 minutos



Manejo activo del tercer período

- ◉ Uso profiláctico de oxitócicos
- ◉ Tracción controlada del cordón
- ◉ La evidencia actual es contundente en demostrar que el manejo activo del 3er período reduce el riesgo de hemorragia
- ◉ OR 0.34 , IC 95% 0.28-0,41

RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS INAPROPIADAS Y FRECUENTEMENTE USADAS EN EL 2º Y 3er PERÍODO

- Esfuerzos de pujo innecesarios
- Masaje del periné para distenderlo
- Hacer pujar a la madre con dilatación incompleta o que la presentación no esté bien descendida
- Ser muy estricto en los tiempos de duración de los períodos
- Intervención del parto innecesaria
- Episiotomía de rutina
- Revisión manual de la cavidad uterina después del parto
- Operación cesárea no indicada claramente

MUCHAS
GRACIAS

