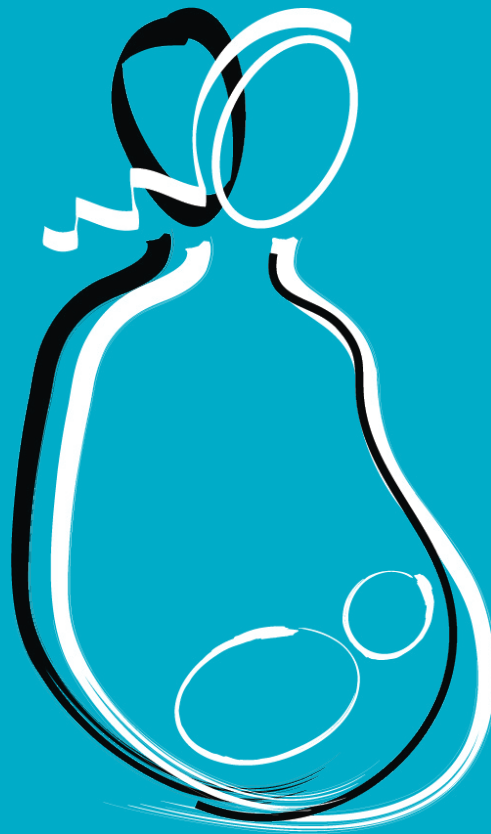


Guía OMS de cuidados
durante el trabajo de parto

MANUAL DEL USUARIO



Organización
Mundial de la Salud

human
reproduction
programme **hrp.**
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK

Guía OMS de cuidados
durante el trabajo de parto
Manual del usuario

Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto : manual del usuario [WHO labour care guide: user's manual]

ISBN 978-92-4-002853-1 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-002854-8 (versión impresa)

© **Organización Mundial de la Salud 2021**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Forma de cita propuesta. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto : manual del usuario [WHO labour care guide: user's manual]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.who.int/about/who-we-are/publishing-policies/copyright.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

| | |
|---|----|
| Agradecimientos | v |
| Siglas y abreviaturas | vi |
| Introducción | 1 |
| Objetivo de este manual | 2 |
| Público destinatario | 2 |
| La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | 2 |
| ¿Con quiénes debe usarse la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto? | 2 |
| ¿Cuándo debe comenzarse a usar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto? | 3 |
| ¿Dónde debe usarse la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto? | 3 |
| Estructura de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | 3 |
| Cómo utilizar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | 5 |
| Del monitoreo a la acción durante el trabajo de parto | 5 |
| Puesta en práctica de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | 6 |
| Nomenclatura para completar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | 7 |
| Cómo completar la sección 1: Identificación de la mujer y características del trabajo de parto en el ingreso | 8 |
| Cómo completar la sección 2: Atención de apoyo | 10 |
| Cómo completar la sección 3: Atención del bebé | 12 |
| Cómo completar la sección 4: Atención de la mujer | 15 |
| Cómo completar la sección 5: Progreso del trabajo de parto | 18 |
| Cómo completar la sección 6: Medicación | 22 |
| Cómo completar la sección 7: Toma de decisiones compartida | 23 |
| Referencias | 25 |
| Anexo 1: Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | 26 |
| Anexo 2: Adaptación de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | 27 |
| Anexo 3: Introducción de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto en las salas de maternidad | 28 |
| Anexo 4: Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva | 30 |
| Anexo 5: Equipamiento y suministros básicos para la atención durante el parto | 35 |

Agradecimientos

El Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación, y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y de Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) agradecen los aportes de numerosos individuos y organizaciones para la creación de este manual.

Fernando Althabe, Mercedes Bonet y Olufemi Oladapo, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, iniciaron y coordinaron el trabajo de este manual. Los siguientes miembros del personal de la sede de la OMS participaron en diversas etapas del proceso de elaboración del mismo: Maurice Bucagu, Frances McConville y Anayda Portela.

La OMS extiende su sincero agradecimiento a Richard Adanu, Stine Bernitz, Blami Dao, Soo Downe, Justus Hofmeyr, Caroline Homer, Vanora Hundley, Barbara Levy, Tina Lavender, David Lissauer, Robert Pattinson, João Paulo Souza, Mary Ellen Stanton, Jeff Stringer, Petra ten Hoope-Bender y Valerie Vannevel, que se desempeñaron como miembros del Grupo de Trabajo Técnico.

Agradecemos los comentarios aportados por un gran número de partes interesadas internacionales durante la encuesta internacional y la evaluación que se efectuaron como parte del proceso de formulación de este manual, y hacemos un reconocimiento especial a todos los socios investigadores por sus contribuciones al manual durante la evaluación multi-país de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto que fue coordinada por Joshua Vogel y Verónica Pingray. Verónica Pingray coordinó la encuesta internacional en la versión original de la guía, redactó la primera versión del manual y coordinó los aportes de las partes interesadas para la creación de este manual.

Este trabajo fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Programa Especial PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), que es un programa copatrocinado y ejecutado por la OMS. Los puntos de vista de los organismos financiadores no han influido en el contenido de este manual.

Siglas y abreviaturas

| | |
|--------|--|
| FCF | frecuencia cardiaca fetal |
| HPP | hemorragia posparto |
| IM | intramuscular |
| IV | intravenoso |
| l.p.m. | latidos por minuto |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAD | presión arterial diastólica |
| PAS | presión arterial sistólica |
| TCC | tracción controlada del cordón umbilical |
| UI | unidades internacionales |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |

Introducción

En la actualidad, más de un tercio de las muertes maternas, la mitad de las muertes fetales y una cuarta parte de las muertes neonatales se deben a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto (1,2). La mayoría de estas muertes suceden en entornos de recursos escasos y se pueden prevenir en gran medida a través de intervenciones oportunas (3). El monitoreo del trabajo de parto y el parto, y la detección y tratamiento temprano de las complicaciones, son esenciales para prevenir resultados perinatales adversos. La mejora en la calidad de la atención durante el parto es la estrategia con mayor impacto para reducir muertes fetales, maternas y neonatales, en comparación con las estrategias de atención prenatal o posteriores al parto (4).

En febrero de 2018, la OMS publicó un conjunto de recomendaciones sobre cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva (5). En ese documento se incluyen nuevas definiciones sobre la duración del periodo dilatante y el periodo expulsivo, y se proporciona orientación sobre el uso de intervenciones durante el trabajo de parto, y en qué momento realizarlas para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y sus bebés (5-7). Estas recomendaciones se basan en el principio de que el personal de salud puede darle apoyo a las mujeres para alcanzar los mejores resultados físicos, emocionales y psicológicos que desean para ellas, sus bebés y sus familias, utilizando prácticas efectivas durante el trabajo de parto y el parto, y evitando aquellas inefectivas y potencialmente perjudiciales (8).

Las recomendaciones de la OMS sobre los cuidados durante el parto especifican ciertas prácticas basadas en la evidencia que deben implementarse durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato, y desaconsejan otras prácticas ineficaces que deben evitarse. Las recomendaciones de la OMS abarcan:

- la atención durante el trabajo de parto y el parto: atención respetuosa de la maternidad, comunicación efectiva, acompañamiento durante el trabajo de parto y continuidad de la atención;
- el periodo dilatante: definición de las fases latente y activa del periodo dilatante, duración y progreso del periodo dilatante, política de ingreso en la sala de trabajo de parto, pelvimetría clínica en el ingreso, evaluación de rutina del bienestar fetal al ingreso, rasurado púbico, enema, tacto vaginal, limpieza vaginal, cardiotocografía continua, auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, alivio del dolor, líquidos y alimentos por vía oral, movilidad y posición materna durante el trabajo de parto, manejo activo del trabajo de parto, amniotomía de rutina, y el uso de oxitocina, antiespasmódicos y fluidos por vía intravenosa para prevenir el trabajo de parto prolongado;
- el periodo expulsivo: definición y duración del periodo expulsivo, posición materna durante el parto (con y sin analgesia epidural), métodos para pujar, técnicas para prevenir el traumatismo perineal, episiotomía y presión del fondo uterino;
- el alumbramiento: uterotónicos profilácticos, pinzamiento tardío del cordón umbilical, tracción controlada del cordón y masaje uterino;
- la atención del recién nacido: aspiración nasal u oral de rutina, contacto piel con piel, lactancia materna, vitamina K como profilaxis de la enfermedad hemorrágica, y el baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido;
- la atención de la mujer tras el nacimiento: evaluación del tono uterino, administración de antibióticos, evaluación materna de rutina después del parto y alta después del parto vaginal sin complicaciones.

Para facilitar la implementación efectiva de las recomendaciones mencionadas, la OMS revisó y modificó el formato del partograma previo. La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto ha sido diseñada para ayudar al personal de salud a monitorear el bienestar de las mujeres y los bebés durante el trabajo de parto mediante evaluaciones periódicas que detecten desviaciones de la normalidad. El objetivo de esta herramienta es estimular la toma

de decisiones compartida por el personal de salud y las mujeres, y promover la atención centrada en la mujer. La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto pretende ser un recurso que garantice atención de calidad basada en la evidencia, con especial énfasis en la seguridad, evitar intervenciones innecesarias y ofrecer cuidados de apoyo.

Objetivo de este manual

Este manual ha sido elaborado para ayudar al personal de salud que atiende a mujeres durante el trabajo de parto y el parto a utilizar de forma satisfactoria la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto.

Público destinatario

El principal destinatario de este manual es el personal de salud que prestan atención directa durante el trabajo de parto y parto en todos los niveles de atención. Este personal incluye parteras profesionales, enfermeras, médicos obstetras y generalistas. Este manual también será de interés para capacitadores, administradores de maternidades, implementadores y gestores de los programas de salud materno-infantil, organizaciones no gubernamentales (ONG) y sociedades profesionales que participan en el desarrollo de guías o recomendaciones para la atención de las mujeres embarazadas.

La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

Los principales objetivos de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto son:

- guiar el monitoreo y documentación del bienestar de las mujeres y sus bebés, y el progreso del trabajo de parto
- orientar al personal de salud en la atención de apoyo durante el trabajo de parto para favorecer que las mujeres tengan una experiencia de parto positiva
- ayudar al personal de salud a detectar y abordar precozmente las complicaciones que podrían desarrollarse durante el trabajo de parto, ya que se facilitan umbrales de referencia para los parámetros que se monitorean, y con los que se pretende desencadenar acciones específicas si se identifica una observación anómala
- evitar el uso innecesario de intervenciones durante el trabajo de parto
- facilitar la auditoría y mejora de la calidad del cuidado durante el trabajo de parto.

¿Con quiénes debe usarse la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto?

La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto puede utilizarse con todas las mujeres y sus bebés durante la atención del trabajo de parto y el parto. La Guía contiene una lista de parámetros a observar y evaluar que son fundamentales para la atención de todas las embarazadas, independientemente de su riesgo obstétrico. No obstante, la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto fue diseñada principalmente para ser utilizada en la atención de embarazadas aparentemente sanas y sus bebés (es decir, mujeres con embarazos de bajo riesgo). Las mujeres de alto riesgo obstétrico pueden precisar un tipo especializado de monitoreo y cuidado, y por lo tanto, la frecuencia de evaluaciones y los valores de referencia debería adaptarse a cada caso particular (9).

Al momento del ingreso a la sala de trabajo de parto, las mujeres deben recibir una evaluación inicial para comprobar si han iniciado el trabajo de parto. En el documento de la OMS titulado *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, 3rd ed. se puede encontrar orientación detallada sobre cómo hacer la evaluación inicial del

bienestar de la mujer y su bebé, y determinar en qué etapa del trabajo de parto se encuentra (10). Las mujeres que se encuentran en la fase activa del trabajo de parto son quienes necesitarán que se continúe el monitoreo del trabajo de parto usando la Guía OMS para la atención del trabajo de parto.

¿Cuándo debe comenzarse a usar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto?

El bienestar de la mujer y su bebé, y el progreso del trabajo de parto deben comenzar a documentarse en la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto cuando la mujer inicia la fase activa del periodo dilatante (5 cm o más de dilatación cervical), independientemente de su paridad y del estado de las membranas.

Aunque en la fase latente del trabajo de parto (4 cm o menos de dilatación cervical) no hay que utilizar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto, las mujeres y sus bebés deben ser monitoreados y recibir atención y apoyo. En el documento *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*, 3rd ed. se puede encontrar orientación detallada sobre la atención de las mujeres en la fase latente del trabajo de parto (10).

¿Dónde debe usarse la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto?

La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto se diseñó para utilizarse en todos los partos que se asistan en maternidades de primer, segundo o tercer nivel. Existe la posibilidad de que las mujeres que son asistidas en el primer o segundo nivel de atención requieran ser derivadas a un nivel de atención superior si surgen complicaciones. Las mujeres que son asistidas en este tipo de maternidades deben poder ser trasladadas de forma apropiada, segura y oportuna. El uso de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto puede facilitar la detección temprana de posibles complicaciones, y por ende, contribuir a lograr derivaciones oportunas cuando sea necesario.

Recuadro 1: Resumen de los puntos clave para empezar a usar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

¿Con quiénes debe usarse la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto?

Todas las mujeres en trabajo de parto. Las mujeres de alto riesgo pueden requerir un monitoreo específico y cuidados adicionales.

¿Cuándo debe comenzarse a usar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto? Cuando las mujeres han iniciado la fase activa del periodo dilatante (es decir, presentan dilatación cervical de 5 cm o más).

¿Dónde debe usarse la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto?

La Guía está diseñada para utilizarse en maternidades de todos los niveles de atención.

Estructura de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto tiene siete secciones que han sido adaptadas del partograma previo. Las secciones son las siguientes (véase la figura 1):

1. Identificación de la mujer y características del trabajo de parto en el ingreso
2. Atención de apoyo
3. Atención del bebé
4. Atención de la mujer
5. Progreso del trabajo de parto
6. Medicación
7. Toma de decisiones compartida

Figura 1. Secciones de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| GUIA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------|---|----|----|----|---|---|---|
| Sección 1 | Nombre | Paridad | Inicio del trabajo de parto | Diagnóstico de trabajo de parto activo [Fecha | | | | | | | | | | | | | |
| | Rotura de Membranas [Fecha | Hora | Factores de riesgo | | | | | | | | | | | | | | |
| | Columna de referencia | ALERTA | PERIODO DE DILATACIÓN ACTIVA | | | | | | | PERIODO EXPULSIVO | | | | | | | |
| | | Horas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
| Sección 2 | ATENCIÓN DE APOYO | Acompañamiento | N | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Alivio del dolor | N | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Líquidos por vía oral | N | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Postura | DD | | | | | | | | | | | | | | |
| Sección 3 | BEBÉ | FCF Basal | <110, ≥160 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Desaceleraciones de la FCF | Ta | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Líquido amniótico | M+++ , Sa | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Posición Fetal | P, T | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Caput | +++ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Modelaje | +++ | | | | | | | | | | | | | | |
| Sección 4 | MUJER | Pulso | <60, ≥120 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PA sistólica | <80, ≥140 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PA diastólica | ≥90 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Temperatura °C | <35,0, ≥37,5 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Orina | P++, A++ | | | | | | | | | | | | | | |
| Sección 5 | PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO | Contracciones cada 10 min | ≥2, >5 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Duración de las contracciones | <20, >60 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Dilatación cervical (marcar X) | 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 9 | ≥ 2h | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 8 | ≥ 2.5h | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 7 | ≥ 3h | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 6 | ≥ 5h | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 5 | ≥ 6h | | | | | | | | | | | | | |
| | | Descenso (marcar O) | 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| Sección 6 | MEDICACIÓN | Oxitocina (UI/L, gotas/min) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Medicamento | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Fluidos IV | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sección 7 | TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA | EVALUACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | PLAN | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | INICIALES | | | | | | | | | | | | | | | |

INSTRUCCIONES: HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE CUALQUIER OBSERVACIÓN QUE CUMPLA CON LOS CRITERIOS DE LA COLUMNA DE "ALERTA", ALERTE A LA PARTERA U OBSTETRA SENIOR Y REGISTRE LA EVALUACIÓN Y LAS ACCIONES REALIZADAS. SI EL TRABAJO DE PARTO SE EXTIENDE MÁS DE 12 HORAS, POR FAVOR CONTINUE EN UNA NUEVA GUIA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.
 Abreviaturas: S – Si, N – No, R – Rechazó, D – Desconocido, DD – Decúbito Dorsal, EM – En Movimiento, Te – Temprana, Ta – Tardía, V – Variable, I – Intactas, C – Claro, M – Meconio, Sa – Sanguinolento, A – Anterior, P – Posterior, T – Transversera, P+ – Proteínas, A+ – Acetona

En la sección 1 se documenta el nombre de la mujer y las características fundamentales del trabajo de parto al momento de la admisión: paridad, forma de inicio del trabajo de parto, fecha de diagnóstico del trabajo de parto activo, fecha y hora de la rotura de membranas, y factores de riesgo. Esta sección debe completarse con la información obtenida cuando se confirma el diagnóstico de trabajo de parto activo.

Las secciones 2 a 7 contienen una lista de parámetros clínicos y no clínicos a ser observados durante el trabajo de parto y parto. El profesional de salud ha de registrar las observaciones de todas las secciones luego de que la mujer fue evaluada en la admisión e ingresa en la sala de dilatación. El listado de parámetros a observar actúa como un recordatorio de las evaluaciones que se realizarán durante el transcurso del trabajo de parto y parto. Para cada parámetro hay un espacio en blanco para completar con los valores observados, un eje horizontal de tiempo, donde se registra la hora en la que se realiza la evaluación, y un eje vertical con los valores de referencia para detectar las observaciones que se desvíen de la normalidad. La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto también contiene una sección para continuar con el monitoreo durante el periodo expulsivo (excepto la valoración de la dilatación cervical, que finaliza cuando se completa el periodo dilatante).

Cómo utilizar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

Del monitoreo a la acción durante el trabajo de parto

Para garantizar el bienestar de las mujeres y sus bebés durante el trabajo de parto es necesario hacer evaluaciones periódicas durante este periodo. La decisión de intervenir en el curso del trabajo de parto se basa principalmente en la observación de una desviación de la normalidad durante las evaluaciones.

Para facilitar el monitoreo del trabajo de parto orientado a la acción, la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto facilita valores de referencia explícitos para cada observación e incluye una sección para documentar las decisiones compartidas tomadas ante desviaciones de la normalidad. Para lograr la aplicación sistemática y consistente de la Guía de la OMS se alienta a los profesionales de salud a que utilicen el enfoque Evaluar → Registrar → Verificar el umbral de referencia → Planificar, que consiste en:

- **Evaluar** (evaluar el bienestar de la mujer y su bebé, y el progreso del trabajo de parto con base al listado de parámetros detallados en la Guía de la OMS)
- **Registrar** (documentar cada una de las observaciones del trabajo de parto y parto)
- **Verificar el umbral de referencia** (comparar las observaciones del trabajo de parto con los valores de referencia que figuran en la columna «Alerta»)
- **Planificar** (decidir si es necesario intervenir y cómo – consultándolo con la mujer-, y documentarlo).

En las secciones a continuación se orienta a los profesionales de salud sobre cómo completar cada una de las secciones de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto. Cada sección se acompaña de un caso clínico para representar cómo utilizar la Guía de la OMS.

La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto solo pretende servir de orientación, y no puede sustituir al buen juicio clínico ante circunstancias individuales y las preferencias de la mujer.

En los documentos de la OMS titulados *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*, 3rd ed. (10) y *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*, 2. ed. (9) se puede encontrar orientación sobre el manejo clínico de la mujer durante el trabajo de parto y el parto, incluido el tratamiento de las complicaciones.

Por razones prácticas, en este manual se describen por separado la evaluación de parámetros relacionados con la salud y bienestar materno y de los bebés. Sin embargo, las decisiones no deben fundamentarse en resultados de observaciones individuales, sino más bien, en la evaluación integral de la salud y el bienestar de la mujer y su bebé.

Puesta en práctica de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

Eje del tiempo: el eje del tiempo tiene dos filas. La primera fila («Hora») es donde se registra la hora real de cada evaluación, mientras que la segunda fila («Horas») indica el número de horas transcurridas desde que se empezó a utilizar la Guía de la OMS (véase la figura 2). La fila «Hora» está dividida en columnas donde se registra la hora actual en horas y minutos. Cada columna representa 1 hora de reloj. La hora debe registrarse con el formato de 12 o 24 horas, según la práctica local.

Como se describe en el siguiente ejemplo, si la primera evaluación se realizó a las 6:30 y la segunda y tercera se hicieron una y dos horas más tarde (a las 7:30 y 8:30), éstas deben registrarse en las columnas respectivas. Si a las 12:30 la mujer alcanza la dilatación completa, se continuará con el registro de la hora en las celdas que se encuentran en la sección del periodo expulsivo.

Si el trabajo de parto dura más de 12 horas, se debe iniciar el registro del monitoreo en una segunda Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto (una segunda hoja impresa).

Figura 2. Cómo registrar la hora en la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------|------|------|------|-------|-------|-------|---|---|----|----|----|-------|---|---|
| Hora | 6:30 | 7:30 | 8:30 | 9:30 | 10:30 | 11:30 | 12:30 | : | : | : | : | : | 12:45 | : | : |
| Horas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |

Columna de referencia («Alerta»): en la columna de referencia («Alerta») se listan los umbrales de referencia para las observaciones anómalas del trabajo de parto que requieren medidas adicionales por de los profesionales de salud, tal y como se resume en las tablas 3 a 7. Si las evaluaciones no cumplen ninguno de los criterios de la columna «Alerta», el progreso y la atención del trabajo de parto han de considerarse normales, y no están justificadas las intervenciones médicas.

Los profesionales de salud deben rodear con un círculo las observaciones que cumplan los criterios de la columna «Alerta»; esto ayudará a resaltar las observaciones que requieren atención especial.

Si bien los umbrales de referencia se basan en gran medida en las recomendaciones de la OMS, algunos provienen de consensos de expertos. Es importante señalar que los umbrales de referencia están pensados para utilizarse como señales de alerta temprana y no como diagnóstico de complicaciones específicas. Una vez identificada la alerta, el profesional de salud y su equipo decidirá como continuar basándose en las guías de práctica clínica locales y su juicio clínico. Así pues, los valores de referencia no deben reemplazar el criterio clínico de los profesionales de salud.

Frecuencia de las evaluaciones: la frecuencia de las evaluaciones es igual a la del partograma previo, como se indica en las tablas 4 a 7. Si bien en la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto la frecuencia de evaluación se basa sobre todo en recomendaciones de la OMS, para algunos parámetros la frecuencia de monitoreo sugerida se basa en consensos de expertos en lugar de evidencia científica de alta calidad. Es importante que el personal de salud adapte la frecuencia de las evaluaciones a cada caso

clínico particular, y de acuerdo con los protocolos locales. Es de esperar que la frecuencia de evaluación que se necesite dependa de la evaluación integral del trabajo de parto y del estado de la mujer y su bebé, y no exclusivamente de un único parámetro clínico.

Nomenclatura para completar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

Cuando los parámetros evaluados son numéricos, se debe registrar la cifra real. Cuando se documenten parámetros no numéricos (es decir, aquellos que no se basan en un recuento sino en atributos o categorías), se sugiere utilizar las abreviaturas que se presentan en la tabla a continuación. De esta forma, se espera que los equipos de salud utilicen una nomenclatura estandarizada que facilite la comunicación entre profesionales y la interpretación de la columna «Alerta» (véase la tabla 1).

Tabla 1. Abreviaturas para registrar observaciones no numéricas

| Sección 1: Identificación de la mujer y características del trabajo de parto en el ingreso | |
|---|---|
| Rotura de membranas (fecha; hora) | D = Desconocido |
| Sección 2: Atención de apoyo | |
| Acompañamiento | S = Sí |
| | N = No |
| | R = La mujer lo rechaza |
| Alivio del dolor | S = Sí |
| | N = No |
| | R = La mujer rechaza la analgesia farmacológica o no farmacológica |
| Líquidos por vía oral | S = Sí |
| | N = No |
| | R = La mujer lo rechaza |
| Postura | DD = Decúbito dorsal |
| | EM = En movimiento |
| Sección 3: Atención del bebé | |
| Desaceleraciones de la FCF | N = No |
| | Te = Temprana |
| | Ta = Tardía |
| | V = Variable |
| Líquido amniótico | I = Membranas intactas (Bolsa de las aguas íntegra) |
| | C = Rotura de membranas (bolsa de las aguas), líquido claro |
| | M = Líquido meconial: registre +, ++ y +++ para representar el meconio fluido, moderado y espeso, respectivamente |
| | Sa = Líquido sanguinolento |
| Variedad de posición fetal | A = Cualquier posición occipitoanterior |
| | P = Cualquier posición occipitoposterior |
| | T = Cualquier posición occipitotransversa |
| Caput | No (0) |
| | + |
| | ++ |
| | +++ (Marcado) |

| | |
|---|---|
| Modelaje | No (0) |
| | + (Suturas yuxtapuestas) |
| | ++ (Suturas superpuestas, pero reducibles) |
| | +++ (Suturas superpuestas y no reducibles) |
| Sección 4: Atención de la mujer | |
| Proteínas en orina | P - (Sin proteinuria) |
| | P trazas (indicios de proteinuria) |
| | P 1+ |
| | P 2+ |
| | P 3+ |
| Acetona en orina | A - (Sin acetonuria) |
| | A 1+ |
| | A 2+ |
| | A 3+ |
| | A 4+ |
| Sección 5: Progreso del trabajo de parto | |
| No aplica | |
| Sección 6: Medicación | |
| Oxitocina | N = No |
| | Si la respuesta es «sí», UI y gotas/min |
| Medicamento | N = No |
| | Si la respuesta es «sí», especifique el nombre del medicamento, la dosis y la vía de administración |
| Fluidos IV | S = Sí |
| | N = No |
| Sección 7: Toma de decisiones compartida | |
| No aplica | |

Cómo completar la sección 1: Identificación de la mujer y características del trabajo de parto en el ingreso

En esta sección se registra el nombre de la mujer y la información fundamental que se necesita para conocer las características obstétricas al inicio de la fase activa del trabajo de parto, y los factores de riesgos si los hubiera. En la historia clínica deben incluirse datos demográficos y otros datos importantes relacionados con el embarazo y el trabajo de parto, como la edad materna, edad gestacional, resultados serológicos, determinaciones de hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, situación y causa del traslado (en caso de derivaciones), y altura uterina, entre otros.

En la tabla 2 se muestra cómo evaluar las variables de esta sección y cómo debe registrarse la información obtenida en la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto.

Tabla 2. Orientación para completar la sección 1

| Variable | Paso 1: Evaluar | Paso 2: Registrar |
|---|---|---|
| Nombre | Pregunte a la mujer su nombre completo. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Registre el nombre completo de la mujer y verifique que coincida con el nombre que figura en su historia clínica. |
| Paridad | Extraiga de la historia clínica el número de veces que la mujer ha dado a luz a un bebé de edad gestacional viable (según los protocolos locales). | <ul style="list-style-type: none"> ■ Utilice el sistema de codificación local para registrar la paridad, por ejemplo, paridad (o P) = número de embarazos que resultan en el nacimiento de un recién nacido vivo o muerto con edad gestacional viable (edad gestacional de viabilidad fetal definida a nivel local). |
| Inicio del trabajo de parto | ¿El inicio del trabajo de parto fue espontáneo o inducido (utilizando algún medio artificial)? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Escriba «espontáneo» si la mujer entró en el periodo de dilatación activa sin estimulación artificial para desencadenar el inicio del trabajo de parto (por medios farmacológicos o no farmacológicos). ■ Escriba «inducido» si el inicio del trabajo de parto se estimuló artificialmente administrando oxitocina o prostaglandinas, rompiendo artificialmente las membranas, introduciendo una sonda con balón en el cuello uterino, o por cualquier otro medio. |
| Diagnóstico de trabajo de parto activo | ¿En qué fecha y a qué hora se diagnosticó la fase activa del periodo dilatante? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Fecha del diagnóstico de trabajo de parto activo. Utilice el formato local para registrar las fechas (p. ej.: dd/mm/aa, o mm/dd/aa, o dd/mm/aaaa). |
| Rotura de membranas | ¿En qué fecha y a qué hora se produjo la rotura de membranas (si se produjo antes de empezar a usar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto)? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Fecha y hora [hh: mm] de la rotura de membranas. Estos datos pueden notificarlos la mujer o su acompañante, o ser extraídos de la historia clínica si la amniorraxis se produjo después del ingreso, pero antes de empezar a utilizar la Guía de la OMS. ■ Utilice el formato local para registrar la hora. ■ Escriba «D» o «desconocido» si se confirma la rotura de la membranas pero la mujer no puede indicar la fecha o la hora, y no están documentadas en la historia clínica. |
| Factores de riesgo | Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> ■ Factores de riesgo obstétricos, médicos y sociales conocidos que tengan implicancias en el monitoreo y manejo del trabajo de parto y en los resultados perinatales. Por ejemplo: una enfermedad pre-existente (como la hipertensión crónica), enfermedades propias del embarazo (como la preeclampsia), embarazo en la adolescencia, trabajo de parto pretérmino y colonización por estreptococos del grupo B, entre otros. |

Ejemplo de cómo completar la sección 1

Fecha: 7 de junio de 2020 Hora: 6:00

María es una embarazada de bajo riesgo que consulta por contracciones y refiere que en la última hora ha notado que le salía líquido por la vagina. Su edad gestacional es de 38 semanas.

Este es su cuarto embarazo. Anteriormente tuvo dos partos, uno de un bebé vivo y otro de un mortinato a término. También tuvo un aborto espontáneo. Está tomando hierro por vía oral para tratar la anemia.

La partera encargada del ingreso realiza la anamnesis, y le ofreció a María una evaluación clínica para comprobar el estado de salud del bebé y la etapa del trabajo de parto. Entre otros parámetros, la partera constató que María presenta contracciones regulares (3 contracciones cada 10 minutos), 5 cm de dilatación y rotura de membranas.

En la figura 3 se muestra cómo se completaría la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto con la información anterior.

Figura 3. Cómo completar la sección 1

| GUÍA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | | | |
|--|------------------|---|---|
| Nombre María López | Paridad 2 | Inicio del trabajo de parto espontáneo | Diagnóstico de trabajo de parto activo [Fecha 07/06/20] |
| Rotura de Membranas [Fecha 07/06/20 | Hora 5:00 | Factores de riesgo Antecedente de muerte fetal, anemia | |

Cómo completar la sección 2: Atención de apoyo

La atención respetuosa es un derecho humano fundamental de las embarazadas y un componente principal de las recomendaciones de la OMS sobre los cuidados durante el parto (5). La OMS también recomienda que exista una comunicación efectiva entre los profesionales de salud y las mujeres, que incluya el uso de un lenguaje sencillo y culturalmente apropiado en todas las etapas del proceso de atención. A todas las mujeres se les debe explicar de forma clara los procedimientos que se les vaya a realizar y su propósito; asimismo, se deben explicar los hallazgos de las evaluaciones físicas tanto a la mujer como a su acompañante y dejar claro el curso de acción posible para permitir la toma de decisiones compartida.

Esta sección de la Guía de la OMS tiene como objetivo fomentar la práctica consistente de la atención respetuosa durante el trabajo de parto y el parto, haciendo un seguimiento continuo de la atención de apoyo, que incluye el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, el acceso a métodos farmacológicos y no farmacológicos para el manejo del dolor, a líquidos por vía oral, y a técnicas para mejorar el bienestar de las mujeres (como fomentar la movilidad durante el trabajo de parto) (véase la tabla 3). Las prácticas relacionadas con la atención de apoyo deben ofrecerse y evaluarse de forma continua durante el trabajo de parto y parto; no obstante, para facilitar la documentación, las observaciones que hacen referencia a estas prácticas deben registrarse cada hora.

Tabla 3. Orientación para completar la sección 2 de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| | Paso 1: Evaluar | Paso 2: Registrar | Paso 3: Verificar el umbral | Paso 4: Planificar |
|------------------------------|--|--|---------------------------------|---|
| Acompañamiento | ¿Tiene la mujer un acompañante de su elección presente y brindándole apoyo en el momento de la evaluación? | S = Sí N = No R = La mujer lo rechaza | Alerta: N = No | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si usted escribió «no», ofrezca a la mujer un acompañante de su elección. ■ Si usted escribió «sí» o «rechaza», continúe evaluando la preferencia de la mujer a lo largo del trabajo de parto y el parto. |
| Alivio del dolor | ¿Ha recibido la mujer algún método para aliviar el dolor? | S = Sí N = No D = La mujer rechaza recibir métodos farmacológicos o no farmacológicos para aliviar el dolor | Alerta: N = No | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si usted escribió «no», facilite un método de alivio del dolor en función de las preferencias de la mujer, la disponibilidad de analgesia y su experiencia profesional. ■ Puede ofrecer analgesia epidural con la concentración efectiva más baja para evitar complicaciones, u opioides como fentanilo, diamorfina y petidina. También se pueden utilizar técnicas de relajación como las de relajación muscular, respiración, música, meditación de atención plena (mindfulness) y técnicas manuales, como masajes y paños fríos, dependiendo de las preferencias de la mujer. |
| Líquidos por vía oral | ¿Ha tomado la mujer líquidos por vía oral a demanda desde la última evaluación? | S = Sí N = No R = La mujer lo rechaza | Alerta: N = No | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si usted escribió «no», aliente a la mujer a que tome una dieta ligera y beba lo que quiera durante el trabajo de parto. |
| Postura | ¿Qué postura adopta la mujer durante el trabajo de parto y el parto? | DD = Decúbito dorsal EM = En movimiento (incluye caminar, balancearse o cualquier posición no supina, por ejemplo, decúbito lateral izquierdo, en cuclillas, de rodillas, de pie) | Alerta: DD = Decúbito dorsal | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si usted escribió «DD», aliente a la mujer a caminar libremente durante el periodo de dilatación. ■ Apoye la posición que la mujer haya elegido (decúbito lateral izquierdo, en cuclillas, de rodillas, de pie apoyada por un acompañante) en todas las etapas del trabajo de parto. |

Tabla 4. Orientación para completar la sección 3 de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| | Paso 1: Evaluar | Paso 2: Registrar | Paso 3: Verificar el umbral | Paso 4: Planificar |
|-----------------------------------|--|--|---|--|
| FCF basal | Escuche la FCF durante 1 minuto como mínimo. Ausculte durante una contracción uterina y continúe durante al menos 30 segundos después de la contracción. Examine el pulso de la mujer para diferenciar entre sus latidos y los del corazón del bebé. | Registre la FCF basal (número de latidos en 1 minuto). En el periodo expulsivo, registre el valor clínicamente más significativo de un periodo de 15 minutos. | Alerta: <110, ≥160 <i>Se recomienda la auscultación intermitente de la FCF para embarazadas sanas durante el trabajo de parto con un dispositivo de ultrasonido Doppler o un estetoscopio fetal de Pinard (5). Una frecuencia cardíaca fetal muy lenta en ausencia de contracciones o que persiste después de estas puede indicar hipoxia fetal. Si la madre no presenta taquicardia, la FCF rápida también debe considerarse un signo de hipoxia (9).</i> | Si la FCF es <110 o ≥160, pida a la mujer que se acueste sobre el lado izquierdo; después, avise a un profesional de salud experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. Si la FCF oscila entre 110 y 159, continúe evaluándola cada 30 minutos durante el periodo dilatante y cada 5 minutos durante el expulsivo (10). |
| Desaceleraciones de la FCF | Escuche la FCF durante 1 minuto como mínimo. Ausculte durante una contracción uterina y continúe durante al menos 30 segundos después. | Registre la presencia de desaceleraciones utilizando: N = No Te = Tempranas Ta = Tardía V = Variable | Alerta: Ta = Tardía <i>Registre la presencia de desaceleraciones (5). Una frecuencia cardíaca fetal muy lenta en ausencia de contracciones o que persiste después de estas puede indicar hipoxia fetal (9).</i> | Si hay desaceleraciones tardías o una sola desaceleración prolongada, pida a la mujer que se acueste sobre el lado izquierdo; después, ausculte de manera prolongada, avise a un profesional de salud experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. Si no hay desaceleraciones, continúe monitorizando la FCF cada 30 minutos durante el periodo de dilatación y cada 5 minutos durante el expulsivo (10). |
| Líquido amniótico | ¿Cuál es el estado de las membranas? ¿Hay pérdida de líquido amniótico? Si la respuesta es «sí», ¿de qué color es el líquido amniótico? | I = Membranas intactas C = Rotura de membranas, líquido claro M = Rotura de membranas, líquido meconial: utilice +, ++ y +++ para representar la presencia de meconio fluido, moderado y espeso, respectivamente Sa = líquido sanguinolento | Alerta: M +++ (meconio espeso), Sa = Sanguinolento <i>Tenga en cuenta el estado de las membranas; si están rotas, observe el color del líquido amniótico. La presencia de meconio espeso indica la necesidad de monitorización continua y posibilidad de intervención para el tratamiento del sufrimiento fetal (9). El líquido amniótico sanguinolento es frecuente en el desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, vasa previa y rotura uterina (11).</i> | Si hay líquido sanguinolento o meconio espeso, avise a un profesional de salud experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. Si las membranas están intactas, o rotas y el líquido amniótico es claro, evalúe el líquido amniótico durante el siguiente tacto vaginal dentro de 4 horas, a menos que se indique lo contrario. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>Variedad de posición fetal</p> | <p>Utilizando una técnica aséptica, realice con cuidado un tacto vaginal para evaluar la variedad de posición fetal, después de obtener el consentimiento de la mujer y garantizar su privacidad. No realice el tacto durante una contracción. Evalúe al mismo tiempo todos los parámetros que requieran un tacto vaginal.</p> | <p>A = Posición occipitoanterior P = Posición occipitoposterior T = Posición occipitotransversa</p> | <p>Alerta: P = occipitoposterior, T = occipitotransversa <i>Al descender, la cabeza fetal rota de modo que el occipucio del feto queda en contacto con la parte anterior de la pelvis materna. El fallo en la rotación de una variedad de posición occipitotransversa o posterior a una occipitoanterior debe tratarse como una anomalía de la variedad de posición fetal (9).</i></p> | <p>Si detecta una variedad de posición occipitoposterior u occipitotransversa, avise a un profesional de salud experimentado y siga guías de práctica clínica locales. Si diagnostica una variedad de posición occipitoanterior, vuelva a examinar la variedad de posición en el siguiente tacto vaginal dentro de 4 horas, a menos que se indique lo contrario.</p> |
| <p>Caput</p> | <p>Determine la presencia de caput succedaneum (edema difuso del cuero cabelludo) cuando realice un tacto vaginal para evaluar otros parámetros clínicos.</p> | <p>Clasifique el caput de 0 (ausente) a +, ++ o +++ (marcado).</p> | <p>Alerta: +++ <i>El personal de salud debe evaluar el caput succedaneum junto con otras observaciones maternas y fetales para monitorear el estado de salud de la mujer y su bebé e identificar los riesgos de resultados adversos del parto (5). Si la cabeza fetal tiene un caput succedaneum marcado, este (junto con otras observaciones anómalas) podría ser un signo de obstrucción (9).</i></p> | <p>Si caput = +++, avise a un profesional de salud experimentado y siga guías de práctica clínica locales. Si caput = 0 a ++, repita la evaluación en el siguiente tacto vaginal dentro de 4 horas, a menos que se indique lo contrario.</p> |
| <p>Modelaje</p> | <p>Al realizar un tacto vaginal para evaluar otros parámetros clínicos, examine la forma de la cabeza fetal y el grado de superposición de los huesos del cráneo.</p> | <p>Califíquelo de 0 (ausente) a +++ (marcado). Asigne: + (suturas yuxtapuestas), ++ (suturas superpuestas, pero reducibles), +++ (suturas superpuestas y no reducibles).</p> | <p>Alerta: +++ <i>El personal de salud debe evaluar el caput succedaneum junto con otras observaciones maternas y fetales para monitorear el estado de salud de la mujer y su bebé e identificar los riesgos de resultados adversos del parto (5). El modelaje de marcado (junto con otras observaciones anómalas) podría indicar un parto obstruido (9).</i></p> | <p>Si modelaje = +++, avise a un profesional experimentado y siga los protocolos locales. Si modelaje = 0 a ++, suele indicar normalidad (sobre todo si las ++ aparecen en las últimas etapas del trabajo de parto); vuelva a valorarlo en el siguiente tacto vaginal después de 4 horas, a menos que se indique lo contrario.</p> |

Ejemplo de cómo completar la sección 3

Fecha: 7 de junio de 2020 Hora: 6:00

El bebé se mueve durante la evaluación y muestra una frecuencia cardíaca fetal basal de 140 latidos por minuto (l.p.m.) sin desaceleraciones.

En el tacto vaginal muestra una dilatación cervical de 5 cm con presentación cefálica. No hay caput ni modelaje y la variedad de posición fetal es occipitoposterior. El líquido amniótico es claro.

Hora: 6:30

FCF: 136 l.p.m. sin desaceleraciones

Hora: 7:00

FCF: 132 l.p.m. con desaceleraciones variables

Hora: 7:30

FCF: 148 l.p.m. sin desaceleraciones. La partera revisa la compresa de María y observa que el líquido amniótico es claro. Dado que todos los demás parámetros clínicos son normales y que María está sobrellevando bien el trabajo de parto, la partera continúa monitoreando la FCF cada 30 minutos y revisará el líquido amniótico en el próximo tacto vaginal.

En la figura 5 se muestra cómo se completaría la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto con la información anterior. Las observaciones que cumplen con los criterios de la columna «Alerta» están resaltadas con un círculo rojo.

Figura 5. Cómo completar la sección 3

| GUIA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|------------------------------|------|---|-----|---|---|---|---|---|-------------------|----|
| Nombre María López | | Paridad 2 | | Inicio del trabajo de parto espontáneo | | Diagnóstico de trabajo de parto activo [Fecha 07/06/20] | | | | | | |
| Rotura de Membranas [Fecha 07/06/20 | | Hora 5:00 | | Factores de riesgo Antecedente de muerte fetal, anemia | | | | | | | | |
| Hora | | 6:00 | 7:00 | : | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Horas | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| ALERTA | | PERIODO DE DILATACIÓN ACTIVA | | | | | | | | | PERIODO EXPULSIVO | |
| ATENCIÓN DE APOYO | Acompañamiento | N | N | S | | | | | | | | |
| | Alivio del dolor | N | N | S | | | | | | | | |
| | Líquidos por vía oral | N | S | S | | | | | | | | |
| | Postura | DD | EM | DD | | | | | | | | |
| BEBÉ | FCF Basal | <110, ≥160 | 140 | 136 | 132 | 148 | | | | | | |
| | Desaceleraciones de la FCF | Ta | N | N | V | N | | | | | | |
| | Líquido amniótico | M+++ , Sa | C | | | | | | | | | |
| | Posición Fetal | P, T | P | | | | | | | | | |
| | Caput | +++ | 0 | | | | | | | | | |
| | Modelaje | +++ | 0 | | | | | | | | | |

Cómo completar la sección 4: Atención de la mujer

Esta sección sirve para facilitar la toma de decisiones que se tomen como resultado del monitoreo sistemático y periódico de la salud y bienestar de la mujer. En la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto, el seguimiento de la salud y el bienestar de la mujer se hace a través de la observación regular del pulso, presión arterial, temperatura y la búsqueda de proteínas y acetona en orina (véase la tabla 5).

Tabla 5. Orientación para completar la sección 4 de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| | Paso 1: Evaluar | Paso 2: Registrar | Paso 3: Verificar el umbral | Paso 4: Planificar |
|----------------------|--|--|---|--|
| Pulso | Cuente la frecuencia del pulso de la mujer durante al menos 1 minuto completo. | Registre el pulso materno (l.p.m.). | Alerta: <60, ≥120 <i>Si el pulso de la mujer se está acelerando, puede estar deshidratada, tener dolor o fiebre, o ser un signo de hemorragia o de shock (9). La bradicardia materna debe activar una serie de evaluaciones maternas (y fetales) para identificar la causa probable, que puede ser el uso de medicamentos específicos, posición supina, dolor, hemorragia o cardiopatía (12).</i> | <ul style="list-style-type: none"> Si pulso <60, ≥120 l.p.m., avise a un profesional de salud experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. Si pulso ≥60 o <120 l.p.m., evalúe la frecuencia del pulso cada 4 horas. |
| PA sistólica | Tome la presión arterial en sedestación (posición sentada). | Registre la presión arterial sistólica (PAS) de la mujer en mmHg. | Alerta: <80, ≥140 <i>El personal de salud debe evaluar la presión arterial para vigilar el bienestar de la mujer y su bebé e identificar los riesgos de resultados perinatales adversos (5). La presión arterial baja puede ser un signo de shock hemorrágico, shock séptico o hemorragia oculta o manifiesta. Una cifra de presión arterial sistólica de 140 mmHg podría ser un signo de hipertensión (para llegar a un diagnóstico se requieren evaluaciones adicionales) (10,12).</i> | <ul style="list-style-type: none"> Si PAS <80, ≥140, avise a un profesional experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. Si PAS ≥ 80 o <140, compruebe la PAS cada 4 horas. |
| PA diastólica | | Registre la presión arterial diastólica (PAD) de la mujer en mmHg. | Alerta: ≥90 <i>Una cifra de presión arterial diastólica ≥90 podría ser un signo de hipertensión (para llegar a un diagnóstico se requieren evaluaciones adicionales) (10).</i> | <ul style="list-style-type: none"> Si PAD ≥90, avise a un profesional de salud experimentado y siga guías de práctica clínica locales. Si PAD <90, compruebe la PAD cada 4 horas. |
| Temperatura | Tome la temperatura axilar. | Registre la temperatura de la mujer en grados Celsius. | Alerta: <35,0; ≥ 37,5 <i>Se debe controlar la temperatura durante el trabajo de parto para monitorear el bienestar de la mujer e identificar los riesgos de resultados perinatales adversos (5).</i> | <ul style="list-style-type: none"> Si temperatura <35,0; ≥37,5, avise a un profesional sanitario experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. Si la temperatura está entre 35,0 y 37,4 grados, tome la temperatura cada 4 horas. |

| | | | | |
|--------------|--|--|--|--|
| Orina | Compruebe la presencia de proteínas y acetona en la orina con una tira reactiva. | Registre las lecturas de proteínas (P) y acetona (A) como negativo, trazas, +, ++, +++, +++++. | <p>Alerta: P ++, A ++</p> <p>La proteinuria de 2+ (P ++) podría guiar el manejo clínico, aunque la confirmación se podría realizar con una segunda tira reactiva de 2+ en la siguiente micción. La proteinuria puede ser un signo de preeclampsia, infección del tracto urinario o pielonefritis, anemia grave, nefropatía o cardiopatía no diagnosticadas previamente. La presencia de cetonas en orina puede ser un signo de deshidratación secundaria a la ingesta reducida de líquidos o pérdidas excesivas (vómitos o diarrea), parto prolongado, o diabetes no diagnosticada con anterioridad (13).</p> | <p>Si el resultado es P ++, A ++ o más, interprete las mediciones en el contexto de un examen clínico completo. Avise a un profesional experimentado y guías de práctica clínica locales.</p> <p>Si P= negativo, trazas o +, compruebe cada 4 horas o cada vez que la mujer orine durante el trabajo de parto.</p> |
|--------------|--|--|--|--|

Ejemplo de cómo completar la sección 4

Fecha: 7 de junio de 2020 Hora: 6:00

María tiene un pulso de 88 l.p.m., presión arterial de 120/80 mmHg y temperatura de 36,5° C.

Orinó en el ingreso, y no presentaba proteinuria ni acetonuria

Como todos los parámetros clínicos de la mujer son normales, la partera planifica volver a controlar los signos vitales en 4 horas, a no ser que se indique lo contrario.

Hora: 10:00

María tiene un pulso de 96 l.p.m., presión arterial de 128/84 mmHg y temperatura de 36,9° C.

Volvió a orinar, sin presentar proteínas ni acetona en orina.

En la figura 6 se muestra cómo se completaría la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto con la información recopilada. Las observaciones que cumplen con los criterios de la columna «Alerta» están resaltados con un círculo rojo. Deje en blanco las casillas de los signos vitales que se evalúan y registran cada 4 horas, cuando no se necesite evaluarlas.

Figura 6. Cómo completar la sección 4

GUIA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Nombre **María López** Paridad **2** Inicio del trabajo de parto **espontáneo** Diagnóstico de trabajo de parto activo [Fecha **07/06/20**]

Rotura de Membranas [Fecha **07/06/20** Hora **5:00**] Factores de riesgo **Antecedente de muerte fetal, anemia**

| | | Hora | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : |
|-------------------|----------------------------|--------------|----------------------------------|------|------|------|-------|-----|-----|-----|------|-----|----|----|-----------------------|---|---|
| | | Horas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
| | | ALERTA | ← PERIODO DE DILATACIÓN ACTIVA → | | | | | | | | | | | | ← PERIODO EXPULSIVO → | | |
| ATENCIÓN DE APOYO | Acompañamiento | N | N | S | S | S | S | N | | | | | | | | | |
| | Alivio del dolor | N | N | S | S | S | S | N | | | | | | | | | |
| | Líquidos por vía oral | N | S | S | S | R | S | | | | | | | | | | |
| | Postura | DD | EM | DD | EM | EM | DD | | | | | | | | | | |
| BEBÉ | FCF Basal | <110, ≥160 | 140 | 136 | 132 | 148 | 133 | 145 | 138 | 128 | 151 | 133 | | | | | |
| | Desaceleraciones de la FCF | Ta | N | N | V | N | N | N | N | N | V | N | | | | | |
| | Líquido amniótico | M+++ , Sa | C | | | | | | | | + | | | | | | |
| | Posición Fetal | P, T | P | | | | | | | | T | | | | | | |
| | Caput | +++ | 0 | | | | | | | | + | | | | | | |
| | Modelaje | +++ | 0 | | | | | | | | + | | | | | | |
| MUJER | Pulso | <60, ≥120 | 88 | | | | | | | | 96 | | | | | | |
| | PA sistólica | <80, ≥140 | 120 | | | | | | | | 128 | | | | | | |
| | PA diastólica | ≥90 | 80 | | | | | | | | 84 | | | | | | |
| | Temperatura °C | <35,0, ≥37,5 | 36,5 | | | | | | | | 36,9 | | | | | | |
| | Orina | P++, A++ | -/- | | | | | | | | -/- | | | | | | |

Cómo completar la sección 5: Progreso del trabajo de parto

Esta sección tiene como objetivo fomentar en monitoreo sistemático y periódico del progreso del trabajo de parto. En la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto, el progreso del trabajo de parto se evalúa a través de la observación regular de la frecuencia y duración de las contracciones, la dilatación cervical y el descenso de la cabeza del bebé (véase la tabla 6).

Tabla 6. Orientación para completar la sección 5 de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| | Paso 1: Evaluar | Paso 2: Registrar | Paso 3: Verificar el umbral | Paso 4: Planificar |
|--------------------------------------|---|--|--|---|
| Contracciones en 10 min | Cuente el número de contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos. | Registre el número total de contracciones. | Alerta: $\leq 2, > 5$ <i>Si las contracciones son ineficaces, sospeche de actividad uterina insuficiente (9). Las contracciones continuas podrían ser un signo de trabajo de parto obstruido (10).</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si hay $\leq 2, > 5$ contracciones en 10 minutos, compruebe el número de contracciones durante otros 10 minutos. Si se confirma la frecuencia, avise a un profesional de salud experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. ■ Si hay entre 3 y 5 contracciones en 10 minutos, evalúe las contracciones uterinas cada 30 minutos durante el periodo de dilatación, y al menos cada 15 minutos durante el expulsivo. |
| Duración de las contracciones | Evalúe la duración de las contracciones. | Registre la duración de las contracciones en segundos. | Alerta: $< 20, > 60$ <i>Las contracciones cortas pueden indicar actividad uterina inadecuada. Más de cinco contracciones en 10 minutos o contracciones continuas son signos de trabajo de parto obstruido o de hiperestimulación (9).</i> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si las contracciones duran < 20 o > 60 segundos, compruebe el número de contracciones durante otros 10 minutos. Si se confirma la duración, alerte al personal experimentado y siga las guías de práctica clínica locales. ■ Si las contracciones duran > 20 y ≤ 60 segundos, compruebe las contracciones cada 30 minutos durante el periodo de dilatación, y al menos cada 15 minutos durante el expulsivo. |

| | Paso 1: Evaluar | Paso 2: Registrar | Paso 3: Verificar el umbral | Paso 4: Planificar |
|----------------------------|---|---|--|---|
| Dilatación cervical | <p>Realice con cuidado un tacto vaginal después de obtener el consentimiento de la mujer y garantizar su privacidad. Utilice una técnica aséptica para explorar el cuello del útero. No realice el tacto durante una contracción uterina. Evalúe al mismo tiempo todos los parámetros que requieran un tacto vaginal.</p> | <p>En el periodo de dilatación activa, marque «X» en la casilla que coincida con la hora y la dilatación cervical, cada vez que realice un tacto vaginal. En el periodo expulsivo, marque «P» para indicar cuándo comienzan los pujos.</p> | <p>Valores de alerta para el periodo de dilatación: 5 cm = ≥6 h (el cuello uterino permanece dilatado 5 cm durante 6 horas o más) 6 cm = ≥5h (el cuello uterino permanece dilatado 6 cm durante 5 horas o más) 7 cm = ≥3h (el cuello uterino permanece dilatado 7 cm durante 3 horas o más) 8 cm = ≥2,5h (el cuello uterino permanece dilatado 8 cm durante 2,5 horas o más) 9 cm = ≥2h (el cuello uterino permanece dilatado 9 cm durante 2 horas o más)</p> <p>Valor de alerta para el periodo expulsivo: ≥3h nulíparas; ≥2h en múltiparas (el nacimiento no se completa en 3 horas desde el inicio del periodo expulsivo en las nulíparas, y en 2 horas en las múltiparas) <i>La evidencia muestra variaciones importantes en la distribución de los patrones de dilatación cervical entre mujeres sin factores de riesgo de complicaciones. Muchas mujeres con una progresión del trabajo de parto más lenta que 1 cm/hora logran un parto vaginal con buenos resultados perinatales (5,14).</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Active la alerta cuando se exceda el periodo de latencia sin progresión de la dilatación cervical. ■ Durante el periodo de dilatación, si el trabajo de parto progresa según lo esperado, evalúe la dilatación cervical cada 4 horas, a menos que se indique lo contrario. Cuando vaya a hacer un tacto vaginal antes de que hayan pasado 4 horas del anterior, asegúrese de que el examen aportará información importante al proceso de toma de decisiones. |
| Descenso | <p>Evalúe el descenso mediante palpación abdominal; hágalo teniendo en cuenta las partes palpables de la cabeza fetal por encima de la sínfisis pubiana (dividida la cabeza fetal en cinco partes).</p> | <p>Marque «O» en la casilla que coincida con la hora y el nivel de descenso. Marque una «O» en cada tacto vaginal. Para describir la estación fetal mediante palpación abdominal se deben utilizar quintos de cabeza fetal (5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 y 0/5) (9).</p> | <p>Para esta observación no hay umbrales de referencia, ya que serán distintos en cada caso individual.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Durante el periodo de dilatación, evalúe el descenso cada 4 horas al mismo tiempo que evalúa todos los parámetros que requieren tacto vaginal, a menos que se indique lo contrario. ■ En el periodo expulsivo, tenga en cuenta el comportamiento de la mujer, la efectividad de los pujos, la variedad de posición y el bienestar fetal cuando decida el mejor momento para hacer una nueva evaluación. |

Ejemplo de cómo completar la sección 5

Fecha: 7 de junio de 2020

Hora: 6:00

En el momento del ingreso, María presentaba tres contracciones uterinas de intensidad moderada cada 10 minutos, de 40 segundos de duración.

En el tacto vaginal se observó dilatación cervical de 5 cm; presentación cefálica. El bebé muestra un descenso de 4/5.

Dado que todos los demás parámetros clínicos son normales y que María está sobrellevando bien el trabajo de parto, la partera evalúa el número y la duración de las contracciones uterinas cada 30 minutos. Se evitan los tactos vaginales innecesarios y solo se realizan cada 4 horas.

Hora: 10:00

María se queja de fuertes dolores. Su hermana ha salido de la sala de dilatación y ella está sola, acostada en la cama en decúbito dorsal. Sus signos vitales son: frecuencia cardíaca: 96 l.p.m.; presión arterial: 128/84 mmHg; FCF: 151 l.p.m., con desaceleraciones variables. María tiene tres contracciones fuertes en 10 minutos de 50 segundos de duración. El descenso fetal es 3/5. La dilatación cervical es de 8 cm, y el feto está en variedad de posición occipitotransversa. El líquido amniótico presenta meconio fluido (1+/4).

La partera le ofrece a María estar acompañada por alguien de su elección. María quiere estar acompañada por su hermana que se fue a la sala de espera a hablar con el resto de la familia. La partera orienta a la hermana de María sobre cómo darle apoyo de forma eficiente usando paños fríos en su cara y su cuerpo, y masajeando su espalda.

Hora: 13:00

María tiene tres contracciones fuertes en 10 minutos, de 50 segundos de duración. El descenso fetal es 2/5. La dilatación cervical es de 10 cm y el feto está en variedad de posición occipitoanterior. El líquido amniótico presenta meconio 1+/4. FCF: 132 l.p.m., sin desaceleraciones.

Hora: 13:30

María tiene cuatro contracciones fuertes en 10 minutos, de 50 segundos de duración. El descenso fetal es 0/5. FCF: 118 l.p.m., con desaceleraciones tempranas.

El nacimiento tiene lugar a las 13:45, por vía vaginal.

En la figura 7 se muestra cómo se completaría la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto con la información expuesta anteriormente.

Figura 7. Cómo completar la sección 5

GUIA OMS DE CUIDADOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Nombre **María López** Paridad **2** Inicio del trabajo de parto **espontáneo** Diagnóstico de trabajo de parto activo [Fecha **07/06/20**]

Rotura de Membranas [Fecha **07/06/20** Hora **5:00**] Factores de riesgo **Antecedente de muerte fetal, anemia**

| | | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 12:00 | 13:00 | : | : | : | 13:05 | 13:45 | : | : | : |
|-------------------------------|--------------------------------|--|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-----|------|-----|-------|-----------------------|-----|-----|-----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | |
| | | ← PERIODO DE DILATACIÓN ACTIVA → | | | | | | | | | | | | ← PERIODO EXPULSIVO → | | | |
| ATENCIÓN DE APOYO | Acompañamiento | N | N | S | S | S | N | S | S | S | | | S | | | | |
| | Alivio del dolor | N | N | S | S | S | N | S | S | S | | | S | | | | |
| | Líquidos por vía oral | N | S | S | S | R | S | S | R | S | | | S | | | | |
| | Postura | DD | EM | DD | EM | EM | DD | EM | EM | DD | | | DD | | | | |
| BEBÉ | FCF Basal | <110, ≥160 | 140 | 136 | 132 | 148 | 133 | 145 | 138 | 128 | 151 | 133 | 144 | 125 | 153 | 130 | 137 |
| | Desaceleraciones de la FCF | Ta | N | N | V | N | N | N | N | N | V | N | N | N | N | N | N |
| | Líquido amniótico | M+++ , Sa | C | | | | | | | | + | | | | | | + |
| | Posición Fetal | P, T | P | | | | | | | | T | | | | | | A |
| | Caput | +++ | 0 | | | | | | | | + | | | | | | + |
| | Modelaje | +++ | 0 | | | | | | | | + | | | | | | ++ |
| MUJER | Pulso | <60, ≥120 | 88 | | | | | | | | 96 | | | | | | |
| | PA sistólica | <80, ≥140 | 120 | | | | | | | | 128 | | | | | | |
| | PA diastólica | ≥90 | 80 | | | | | | | | 84 | | | | | | |
| | Temperatura °C | <35,0, ≥37,5 | 36,5 | | | | | | | | 36,9 | | | | | | |
| Orina | P++, A++ | -/- | | | | | | | | -/- | | | | | | | |
| PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO | Contracciones cada 10 min | ≤2, >5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 |
| | Duración de las contracciones | <20, >60 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 45 | 40 | 45 | 50 | 50 | 50 | 40 | 50 | 50 | 50 |
| | Dilatación cervical (marcar X) | 10 ≥ 2h 8 ≥ 2.5h 7 ≥ 3h 6 ≥ 5h 5 ≥ 6h | | | | | | | | | | | | | | | X |
| DESCENSO | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | o | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | o | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | | | o | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | o |

En el periodo de dilatación activa, marque 'X' para registrar la dilatación cervical. La alerta se activará cuando se exceda el tiempo de dilatación cervical sin progreso. En el periodo expulsivo, marque 'P' para indicar cuando comienzan los pujos.

Cómo completar la sección 6: Medicación

El objetivo de esta sección es facilitar el registro sistemático de toda la medicación utilizada durante el trabajo de parto, detallando si la mujer está recibiendo oxitocina y su dosis, y si se están administrando otros medicamentos o líquidos intravenosos (véase la tabla 7).

Tabla 7. Orientación para completar la sección 6 de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| | Paso 1: Evaluar | Paso 2: Registrar |
|-------------------|--|---|
| Oxitocina | ¿Se está administrando oxitocina a la mujer en este momento? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si no se está administrando oxitocina, escriba N = No. ■ Si se está administrando, registre la cantidad de oxitocina en unidades por litro (UI) y gotas por minuto (gotas/min). ■ Cuando utilice oxitocina, registre la cantidad que se administra cada 60 minutos. |
| Medicación | ¿Está la mujer recibiendo otros medicamentos? | <ul style="list-style-type: none"> ■ Si no se administran otros medicamentos, escriba N = No. ■ Registre el nombre, la dosis y la vía de administración de cualquier otro medicamento que se esté administrando a la mujer durante el periodo de dilatación activa o en el periodo expulsivo (ej.: 50 mg de petidina IM). |

| | | |
|-------------------|---|---|
| Fluidos IV | ¿Está la mujer recibiendo fluidos intravenosos? | Registrar: S = Sí N = No <i>No se recomienda la administración rutinaria de fluidos intravenosos a todas las mujeres en trabajo de parto, ya que reduce su movilidad y aumenta los costos innecesariamente. Se debe alentar a las mujeres de bajo riesgo a beber líquidos por vía oral, y solo deben recibir fluidos intravenosos si está clínicamente indicado (5).</i> |
|-------------------|---|---|

Cómo completar la sección 7: Toma de decisiones compartida

Los objetivos de esta sección son facilitar la comunicación continua con la mujer y su acompañante, y que todas las evaluaciones y planes consensuados se registren de manera regular (véase la tabla 8).

Tabla 8. Orientación para completar la sección 7 de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| Registrar | |
|-------------------|---|
| Evaluación | <ul style="list-style-type: none"> ■ Registre la evaluación general y cualquier hallazgo adicional no documentado previamente, pero que sea importante para el seguimiento del trabajo de parto. |
| Plan | <ul style="list-style-type: none"> ■ Registre el plan después de las evaluaciones. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ● continuar el monitoreo del trabajo de parto ● indicación de pruebas diagnósticas ● estimulación del trabajo de parto con oxitocina ● procedimientos, como la amniotomía ● parto asistido con ventosa o fórceps ● cesárea, entre otros. ■ Tenga en cuenta que las mujeres deben recibir información para poder tomar decisiones informadas. ■ Cada vez que termine una evaluación clínica del bienestar de la mujer y la salud del bebé, registre el plan teniendo en cuenta la decisión compartida con la mujer. |

Ejemplo de cómo completar las secciones 6 y 7

María tuvo un trabajo de parto de evolución normal.

Durante el trabajo de parto le alentó a caminar y tener presente un acompañante de su elección.

Los parámetros clínicos se mantuvieron dentro de los umbrales normales, por lo que no fueron necesarias más intervenciones.

A continuación, encontrará un ejemplo de cómo completar las secciones 6 y 7 de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto basándose en la información anterior (véase la fig. 8).

Referencias

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33.
2. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603.
3. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017. Cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de población de las Naciones Unidas (DPNU): resumen de orientación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Num. de referencia OMS: WHO/RHR/19.23.
4. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014;384(9940):347-70.
5. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
6. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2018;125(8):944-54.
7. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:123-32.
8. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):918-922.
9. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
10. WHO, UNFPA, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, 3rd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
11. Liabsuetrakula T. Algorithm of intrapartum care for abnormal vaginal loss: liquor abnormalities, blood and purulent discharge. *BJOG* 2020. (In press).
12. Haddad SM, Souza RT, Cecatti JG. Pulse and blood pressure: developing algorithms for supporting digital-Health for management of maternal intrapartum complications. *BJOG* 2020. (In press).
13. Cheung KW, Meher S. Clinical algorithm for the management of intrapartum maternal urine abnormalities. *BJOG* 2020. (In press)
14. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281-7.
15. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation - a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(3):36.
16. Vogel JP, Comrie-Thomson L, Pingray V, Gadama L, Galadanci H, Goudar S, et al. Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. *Birth*. 2020 Nov 22.
17. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

ANEXO 2

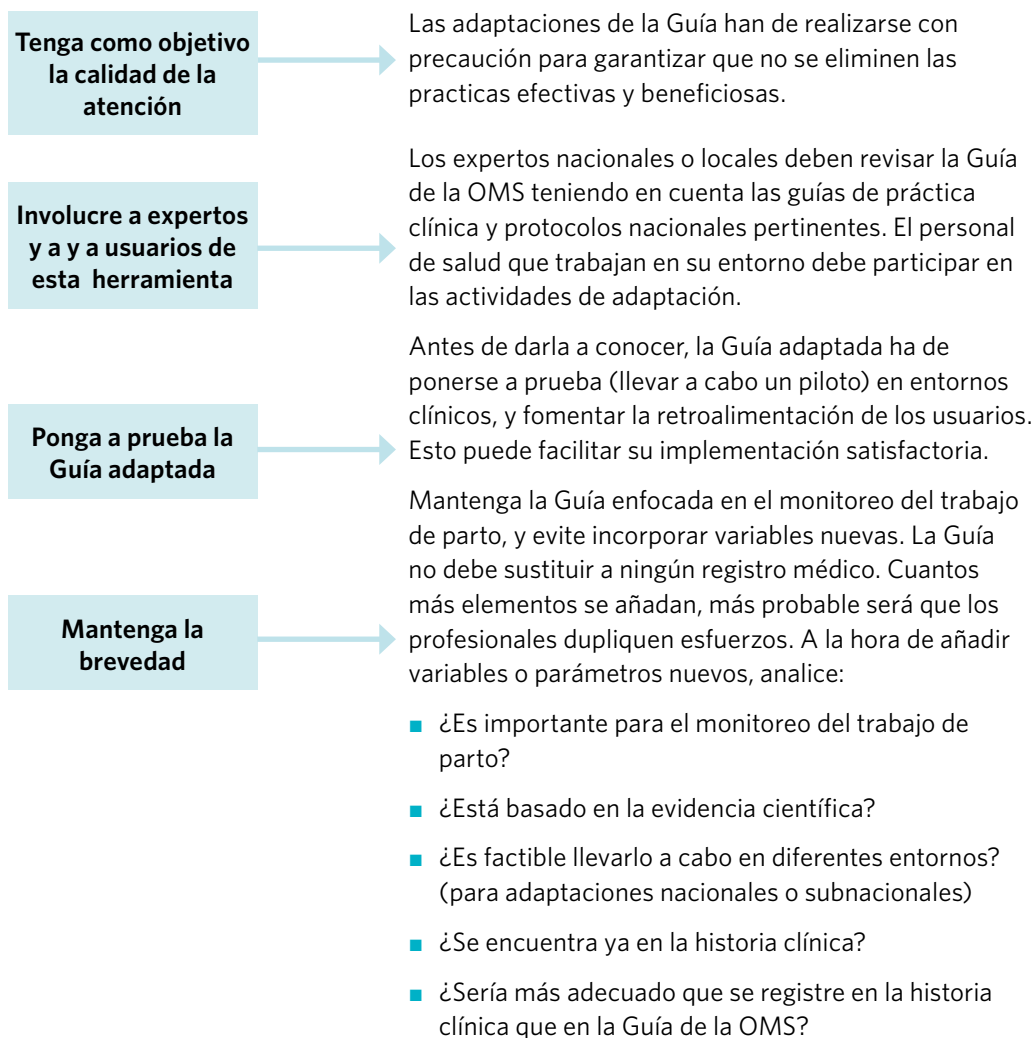
Adaptación de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto ha sido creada para incorporar las *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva* en una herramienta para el monitoreo del trabajo de parto (5). Es posible que la Guía de la OMS requiera adaptaciones que contemplen las convenciones locales (p. ej., utilizar los planos de Hodge o De Lee para la evaluación del descenso de la cabeza fetal, o registrar proteínas o acetona en orina).

A pesar de que algunas adaptaciones podrían ser necesarias, se desaconseja eliminar de la Guía las prácticas beneficiosas. Incluso en aquellos entornos en los que algunas prácticas son menos factibles, tienen baja cobertura o no siempre se puedan realizar, es importante conservarlas en la Guía de la OMS para monitorear su uso e impulsar mejoras en la calidad de atención.

A continuación, se describe el proceso recomendado para revisar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto e identificar los elementos que necesiten ser adaptados (véase la figura 9).

Figura 9. Proceso para revisar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto



ANEXO 3

Introducción de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto en las salas de maternidad

La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto es una herramienta que aspira a darle apoyo a la implementación de las *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva* (5). El grado de implementación real de las distintas prácticas puede variar ya que, por ejemplo, algunas prácticas pueden estar bien implementadas (como ofrecer analgesia farmacológica) y otras no. La Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto puede ayudar a los gestores y profesionales de salud a monitorear el nivel de implementación de las recomendaciones y establecer metas para mejorar la calidad de la atención durante el trabajo de parto y el parto.

Es bien sabido que la mera diseminación de recomendaciones no garantiza su adopción satisfactoria por parte de los profesionales de salud (15). También puede haber barreras adicionales para implementar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto, como por ejemplo, que los profesionales que trabajan en maternidades con mucha carga de trabajo o con menos recursos piensen que completar la Guía de la OMS lleva mucho tiempo, o que su uso es poco factible. Los profesionales de otras maternidades pueden no estar dispuestos a actualizar su práctica habitual, no cuentan con protocolos actualizados o desconocen los beneficios de ciertas prácticas. En esas situaciones, se debe diseñar una estrategia sólida de implementación para introducir la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto en las salas de maternidad.

La introducción de la Guía de la OMS en las salas de maternidad requerirá una estrategia de implementación con múltiples componentes. En un estudio piloto que se llevó a cabo en seis países se identificaron una serie de estrategias para implementar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto (véase la tabla 9).

Tabla 9. Estrategias para facilitar la implementación de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto

| Revisión y adaptación | Liderazgo y formación |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revise la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto de forma crítica, y decida si necesita alguna adaptación local. ✓ Asegúrese de que las abreviaturas que los profesionales han de utilizar en la Guía de la OMS sean comprensibles a nivel local. ✓ Involucre a líderes, administradores y usuarios locales en las actividades de adaptación. ✓ Optimice el tiempo de los profesionales: minimice la duplicación de registros entre la Guía de la OMS y la historia clínica. ✓ Evite añadir variables, sobre todo si no son importantes para la atención del trabajo de parto y el parto. ✓ aspire a la mejor calidad de atención; no remueva componentes de la Guía de la OMS solo porque no se pueden llevar a cabo. ✓ aspire a la implementación universal (en todos los turnos). La Guía de la OMS puede servir como ayuda para los pases de turnos/guardias. ✓ Revise las políticas, protocolos y procedimientos necesarios para proporcionar un entorno propicio para el uso de la Guía de la OMS. ✓ Traduzca la Guía, el manual y otros materiales educativos, si es necesario. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Forme un equipo de expertos en la Guía de la OMS de distintas disciplinas (obstetricia, partería, enfermería) para ofrecer entrenamientos. ✓ Pida a expertos reconocidos y a líderes locales que se familiaricen con la Guía de la OMS. ✓ Planifique un programa de entrenamiento inicial, actualizaciones, apoyo continuo, y actividades de mentoría. ✓ Incluya un componente práctico (ejercicios) en el programa de entrenamiento. ✓ Dé tiempo para la adquisición de habilidades. Puede que los profesionales de salud encuentren ciertos desafíos dadas las diferencias entre la Guía de la OMS y el partograma o las prácticas habituales. Sin embargo, una vez que se familiarizan con la herramienta y adquieren más experiencia en su uso, se sienten más cómodos y seguros. ✓ Realice la capacitación en el idioma local. ✓ Ofrezca la revisión y devolución de Guías de la OMS completas durante las primeras semanas que los profesionales comienzan a usarla. |
| Trabajo en equipo al completar la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto | Seguimiento y evaluación |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ El uso de la Guía de la OMS ha de ser responsabilidad de todo el equipo de salud. ✓ La Guía orienta en la toma de decisiones objetivas y basada en evaluaciones regulares. Tenga en cuenta que algunos miembros del personal pueden necesitar más apoyo y supervisión al completar la Guía y tomar decisiones. ✓ La Guía se puede utilizar para facilitar la comunicación durante cambios de turnos/guardias. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantenga o instale un sistema de monitoreo usando la Guía de la OMS para evaluar la evolución de los indicadores de calidad de atención, como por ejemplo, la proporción de mujeres acompañadas por una persona de su elección durante el trabajo de parto, o la tasa de uso de oxitocina para la conducción del trabajo de parto. ✓ Disemine y aliente la discusión entre los equipos de salud de indicadores de calidad de cuidado para ayudar a impulsar mejoras. |

ANEXO 4

Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

| Opción de atención | Recomendación | Categoría de la recomendación |
|--|---|--|
| Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento | | |
| Atención respetuosa de la maternidad | 1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. | Recomendado |
| Comunicación efectiva | 2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables. | Recomendado |
| Acompañamiento | 3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección. | Recomendado |
| Continuidad de la atención | 4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras – consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto – se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. | Recomendación específica en función del contexto |
| Periodo de dilatación | | |
| Definición de las fases latente y activa del periodo de dilatación | 5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del periodo de dilatación: <ul style="list-style-type: none"> • La fase latente del periodo de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluido un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. • El periodo de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. | Recomendado |
| Duración del periodo de dilatación | 6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del periodo de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del periodo de dilatación (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 en los en los partos subsecuentes. | Recomendado |

| Opción de atención | Recomendación | Categoría de la recomendación |
|---|---|--|
| Progreso del periodo de dilatación | 7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del periodo de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito | No recomendado |
| | 8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del periodo de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica. | No recomendado |
| | 9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre. | No recomendado |
| Política de ingreso en la sala de dilatación | 10. En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso en la sala de dilatación hasta el periodo de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa. | Recomendación en función del contexto de investigación |
| Pelvimetría clínica en el ingreso | 11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas. | No recomendado |
| Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto | 12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo. | No recomendado |
| | 13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto. | Recomendado |
| Rasurado púbico o perianal | 14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal. | No recomendado |
| Enema en el ingreso | 15. No se recomienda administrar enemas para reducir la estimulación del trabajo de parto. | No recomendado |
| Tacto vaginal | 16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. | Recomendado |
| Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto | 17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo. | No recomendado |
| Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal | 18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ultrasonidos Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto. | Recomendado |
| Analgesia epidural para el alivio del dolor | 19. Se recomienda la anestesia epidural para embarazadas sanas que solicitan analgesia durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. QUITAR | Recomendado |
| Opioides para el alivio del dolor | 20. Los opioides de administración parenteral, como fentanilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan analgesia durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. | Recomendado |

| Opción de atención | Recomendación | Categoría de la recomendación |
|---|--|-------------------------------|
| Técnicas de relajación para el control del dolor | 21. Se recomiendan técnicas de relajación, como la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación de atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. | Recomendado |
| Técnicas manuales para el control del dolor | 22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. QUITAR | Recomendado |
| Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto | 23. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir la estimulación del trabajo de parto. | No recomendado |
| Líquidos y alimentos por vía oral | 24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. | Recomendado |
| Movilidad y posición de la madre | 25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo. | Recomendado |
| Limpieza vaginal | 26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina para prevenir infecciones. | No recomendado |
| Manejo activo del trabajo de parto | 27. No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto. | No recomendado |
| Amniotomía de rutina | 28. No se recomienda realizar solamente la amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto. | No recomendado |
| Amniotomía temprana y oxitocina | 29. No se recomienda la amniotomía temprana con estimulación oxitócica para la prevención del retraso del trabajo de parto. | No recomendado |
| Oxitocina para mujeres con analgesia epidural | 30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural. | No recomendado |
| Antiespasmódicos | 31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. | No recomendado |
| Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso en el trabajo de parto | 32. No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto. | No recomendado |
| Periodo expulsivo | | |
| Definición y duración del periodo expulsivo | 33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del periodo expulsivo: <ul style="list-style-type: none"> • El periodo expulsivo es el periodo comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. • Se debe informar a las mujeres que la duración del periodo expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas. | Recomendado |

| Opción de atención | Recomendación | Categoría de la recomendación |
|---|---|--|
| Posición para dar a luz (para mujeres con analgesia epidural) | 34. Para las mujeres sin anestesia epidural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas. | Recomendado |
| Posición para dar a luz (para mujeres con analgesia epidural) | 35. Para las mujeres con analgesia epidural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas. | Recomendado |
| Método para pujar | 36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el periodo expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar. | Recomendado |
| Método de pujar (para mujeres con analgesia epidural) | 37. En el caso de mujeres con analgesia epidural en el periodo expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la sensación de necesidad de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el periodo expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal. | Recomendación específica en función del contexto |
| Técnicas para prevenir el traumatismo perineal | 38. En el caso de mujeres en el periodo expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. | Recomendado |
| Política de realización de episiotomía | 39. No se recomienda el uso liberal o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo. | No recomendado |
| Presión del fondo uterino | 40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el nacimiento durante el periodo expulsivo. | No recomendado |
| Alumbramiento | | |
| Uterotónicos profilácticos | 41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. | Recomendado |
| | 42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP). | Recomendado |
| | 43. En los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (en su caso, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg). | Recomendado |
| Pinzamiento tardío del cordón umbilical | 44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé. | Recomendado |
| Tracción controlada del cordón (TCC) | 45. En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el profesional sanitario y la parturienta consideran importantes una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento. | Recomendado |
| Masaje uterino | 46. No se recomienda el masaje uterino constante como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica. | No recomendado |

| Opción de atención | Recomendación | Categoría de la recomendación |
|---|--|-------------------------------|
| Atención del recién nacido | | |
| Aspiración nasal u oral de rutina | 47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz. | No recomendado |
| Contacto piel con piel | 48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. | Recomendado |
| Lactancia materna | 49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos. | Recomendado |
| Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica | 50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia). | Recomendado |
| Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido | 51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de capotas o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día. | Recomendado |
| Atención de la madre tras el nacimiento | | |
| Evaluación del tono muscular del útero | 52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación abdominal posparto del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina. | Recomendado |
| Antibióticos para el parto vaginal sin complicaciones | 53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones. | No recomendado |
| Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía | 54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía. | No recomendado |
| Evaluación materna de rutina después del parto | 55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer una evaluación rutinaria del sangrado vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas, a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La diuresis se debe documentar en el lapso de seis horas. | Recomendado |
| Alta después del parto vaginal sin complicaciones | 56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento. | Recomendado |

ANEXO 5

Equipamiento y suministros básicos para la atención durante el parto

Las maternidades requieren tener disponibles en cantidad suficiente y en todo momento, equipamiento y suministros básicos para la atención habitual y detección de complicaciones durante el trabajo de parto y parto (16).

La información que se incluye en esta sección no pretende ser una lista exhaustiva. Tampoco implica que, por omisión, no se precisen otros equipamientos y suministros para brindar cuidados de calidad durante el parto, lo cual depende en cierta medida de la disponibilidad de recursos, y las preferencias de las mujeres y los profesionales de salud.

| | |
|---|--|
| <p>Habitación limpia y cálida</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Suficientes mesas o camas/camillas con sábanas limpias ■ Fuente de luz ■ Fuente de calor ■ Baños limpios y accesibles para las mujeres durante el trabajo de parto ■ Cortinas, si hay más de una cama | <p>Equipamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Esfigmomanómetro, u otro aparato para medir la presión arterial ■ Estetoscopio ■ Termómetro corporal ■ Estetoscopio de Pinard o Doppler |
| <p>Lavado de manos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Suministro de agua limpia ■ Jabón ■ Cepillo o palillo de uñas ■ Toallas limpias ■ Desinfectante a base de alcohol para las manos | <p>Medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bolsa de suero para infusión intravenosa ■ Oxitocina ■ Sulfato de magnesio inyectable ■ Antibióticos ■ Antirretrovirales ■ Antihipertensivos ■ Analgésicos ■ Anestésicos |
| <p>Residuos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cubo para compresas e hisopos sucios ■ Contenedor para ropa de cama sucia ■ Recipiente para la eliminación de objetos punzocortantes | <p>Esterilización</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Esterilizador de instrumentos ■ Bote para pinzas ■ Extractor de vacío |
| <p>Varios</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Impresiones de la Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto ■ Reloj de pared ■ Linterna con pilas y bombillas de repuesto ■ Cuaderno de trabajo ■ Hojas de historia clínica ■ Formularios de consentimiento informado ■ Frigorífico ■ Servicios básicos de alojamiento para los acompañantes (silla, espacio para cambiarse, ropa, acceso a un baño) ■ Espacio físico privado para la mujer y su acompañante ■ Suministro de corriente ■ Alimentos y agua potable | <p>Suministros</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Guantes ■ Sonda urinaria ■ Jeringas y agujas ■ Bisturí o tijeras estériles ■ Sistema para infusión IV ■ Material de sutura para reparar desgarros o episiotomías ■ Solución antiséptica (yodóforos o clorhexidina) ■ Solución alcohólica (70% de alcohol) ■ Hisopos ■ Lejía (compuesto a base de cloro) ■ Mosquitero de cama impregnado (de insecticida) ■ Tiras reactivas de orina ■ Pinzas ■ Bala o concentrador de oxígeno |

Para más información póngase en contacto con:

Organización Mundial de la Salud
Avenida Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza

Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación
E-mail: srhmph@who.int.

