

Conducción del Trabajo de Parto Gobierno y Dirección Parte I

Mat. Prof. Patricia Elgueta V
**Departamento Promoción de
la Salud**

**de la Mujer y el Recién
Nacido**

Facultad de Medicina
Universidad de Chile

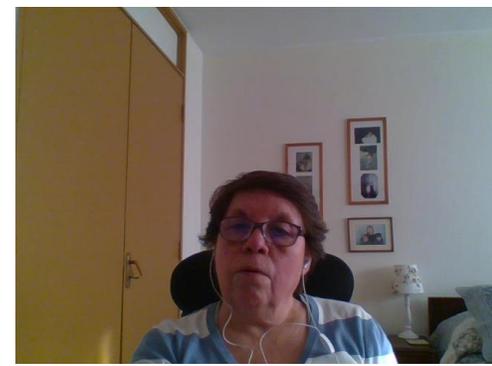


FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE



Temas

- ✓ **Definiciones**
- ✓ **Etapas del parto**
- ✓ **Conducción**
- ✓ **Inducción-aceleración**
- ✓ **Elementos que se integran a la conducción**



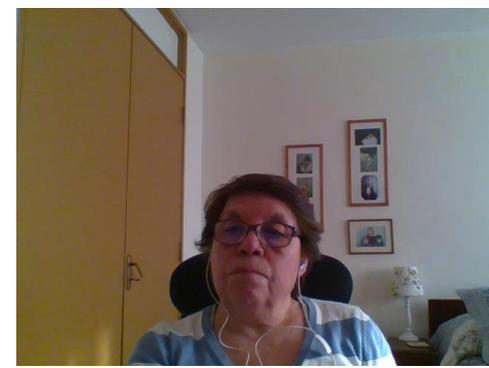
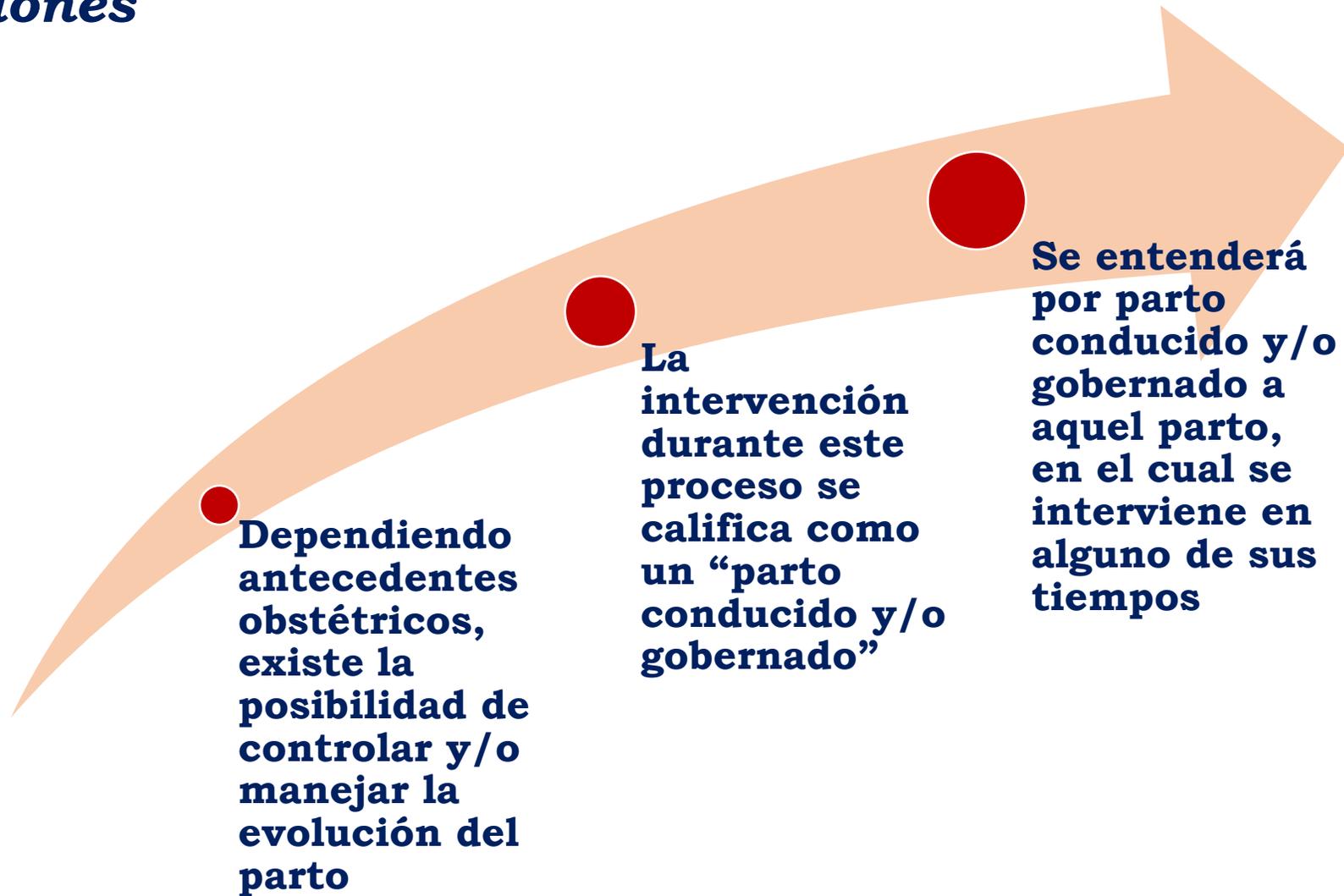
Definiciones



El parto es un proceso fisiológico y de duración variable que no requeriría intervención

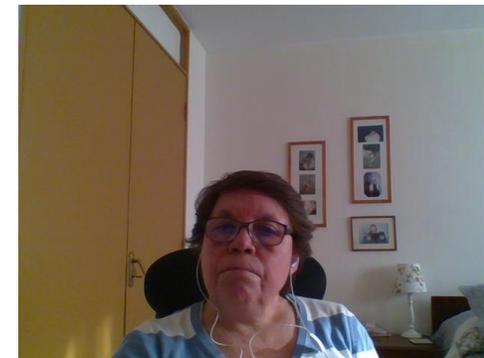
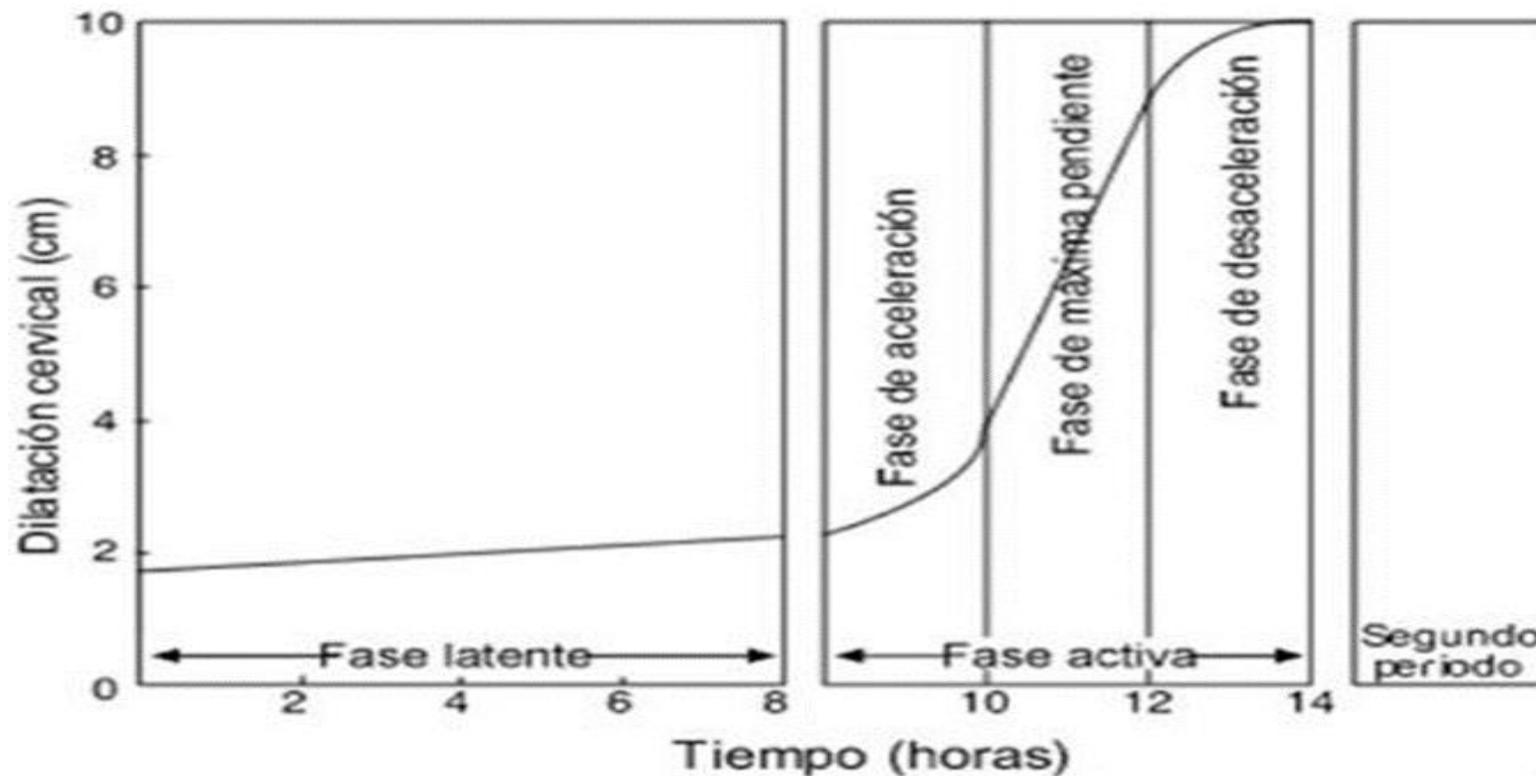
Existiendo un buen pronóstico y cumplimiento de las etapas y tiempos de evolución fisiológica, enfrentamos un PARTO NATURAL, que no necesita el uso de metódicas o procedimentales

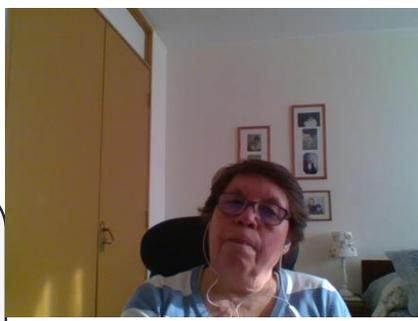
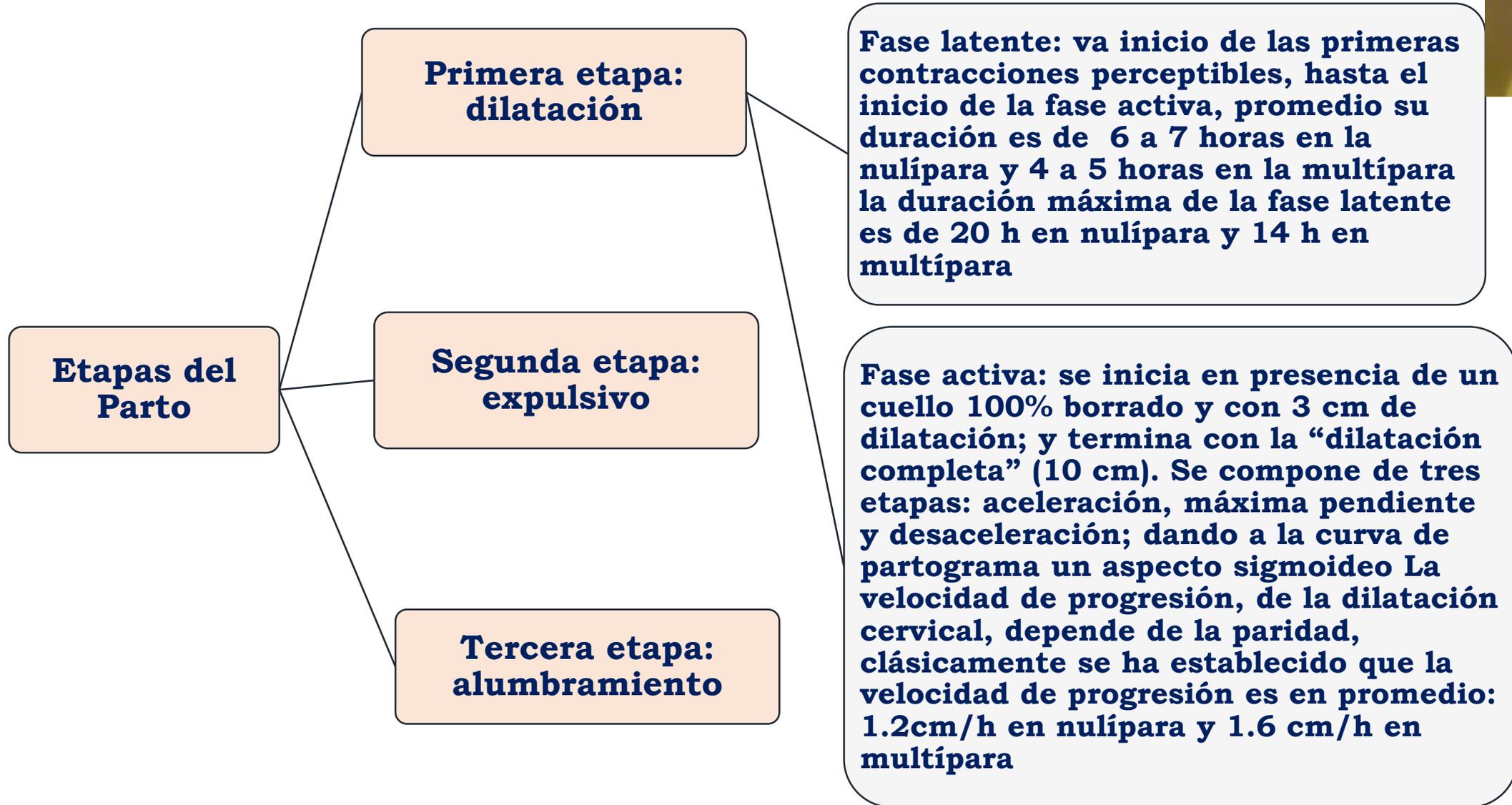
Definiciones

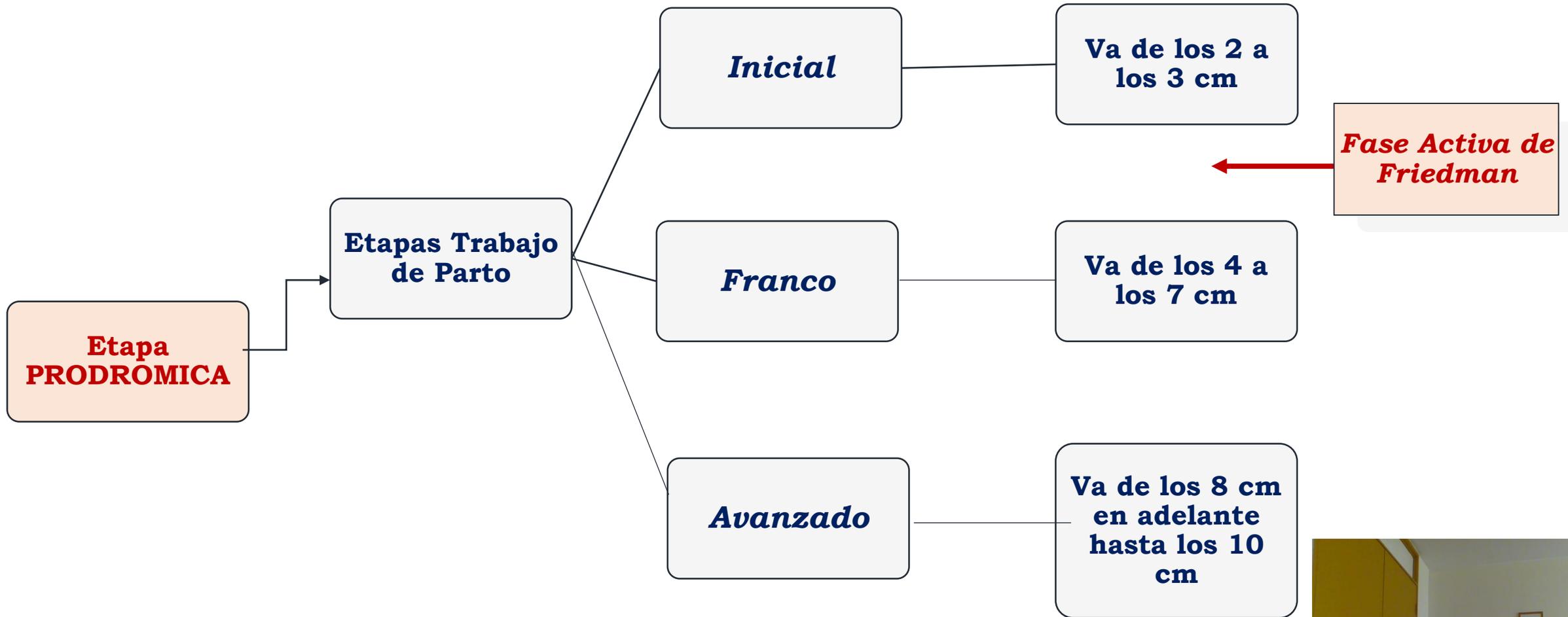


Etapas del parto

Las fases clínicas del trabajo de parto establecidas por Friedman se representan en una gráfica de la progresión del trabajo de parto. En el partograma se dibuja el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación fetal, en función del tiempo. En base a las curvas de partograma de Friedman se han establecido los tiempos máximos que puede durar cada una de las fases del trabajo de parto







Conducción

Conducción

El parto conducido y/o gobernado es aquel parto, en el cual se interviene en alguno de sus tiempos, con tres objetivos fundamentales, que se logran a partir de la intervención con diferentes metódicas aplicadas a la gestante

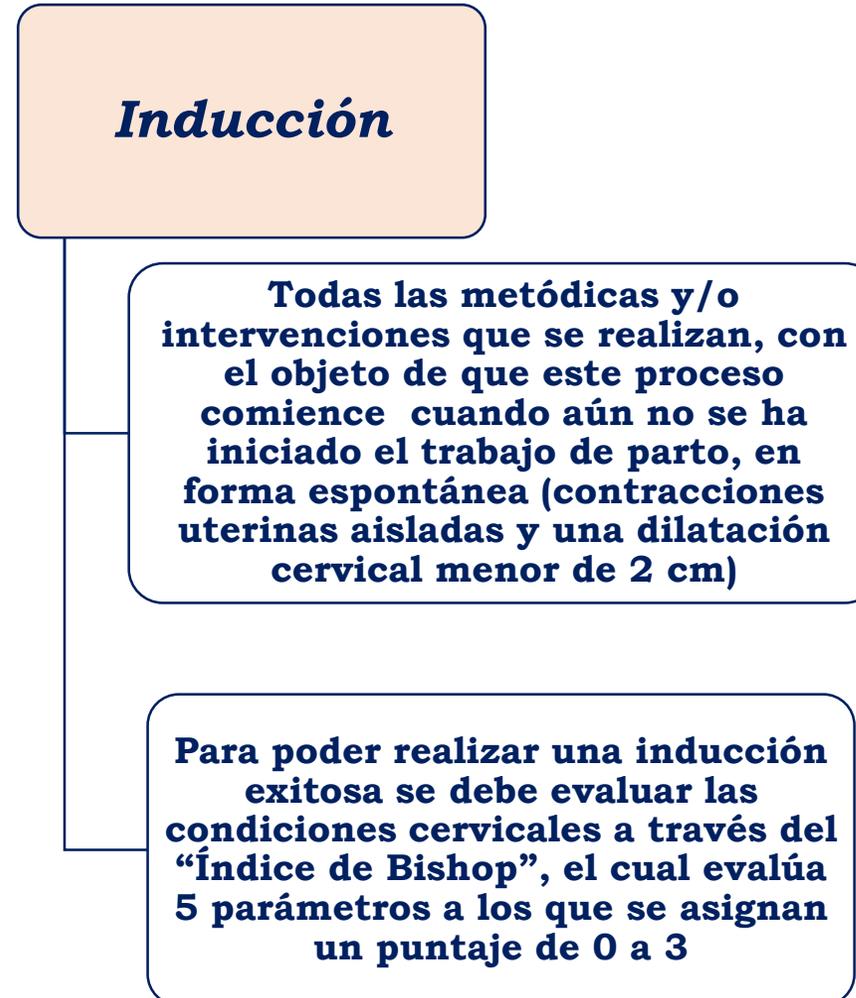
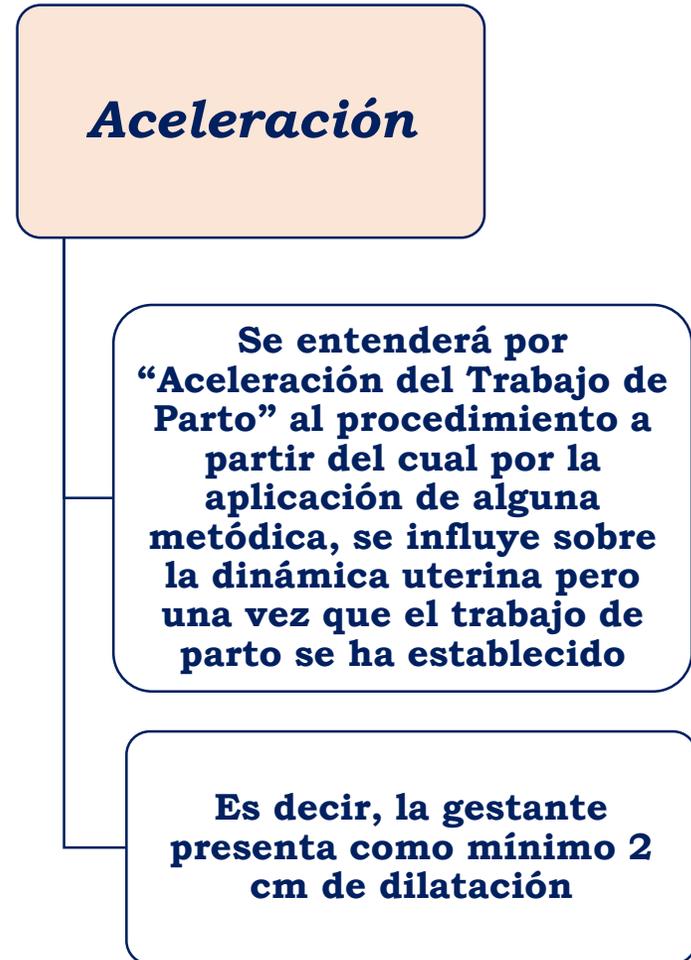
**Acortar el tiempo del trabajo de parto
Aliviar el dolor no tolerado por la madre
Redirigir a parámetros fisiológico alguno de elementos del parto que se haya alterado**

**Utilización de fármacos estimulantes de la contractibilidad uterina
Rotura Artificial de Membranas o Amniotomía
Analgesia/Anestesia**

Además, no hay que olvidar que en cualquier manejo de un Trabajo de Parto existen otras conductas inherentes a la matrona/matrón como es el tipo de reposo y posición de la gestante, la hidratación, eliminación, apoyo psicológico, control de la dinámica uterina y control de los latidos cardíacos fetales, evolución de la dilatación



Inducción - Aceleración



Índice de Bishop

Parámetro	0	1	2	3
Consistencia del Cervix	Firme	+/- Blando	Blando	—
Posición del Cervix	Posterior	Semi Central	Central	—
Borramiento del cervix	0-30%	30-50%	50-80%	>80%
Dilatación	Sin Dilatación	1 cm	2 cm	> 0 = 3 cm
Grado de Descenso Cefálico (Espinas)	-3	-2 a -1	0	+1



Índice de Bishop

Para el Score de Bishop, se considera un cuello favorable un puntaje >8 y así disminuir las posibilidades de fracaso de la inducción

Posteriormente se debe decidir que método se utilizará para realizar la inducción. Si las condiciones cervicales son muy iniciales, se recomienda iniciar maduración del cuello, de tal manera se presenten condiciones favorables para una posterior inducción

La maduración consiste en provocar contracciones uterinas a partir de la aplicación de fármacos estimulantes como son las Prostaglandinas (Misoprostol – Misotrol) y la Oxitocina





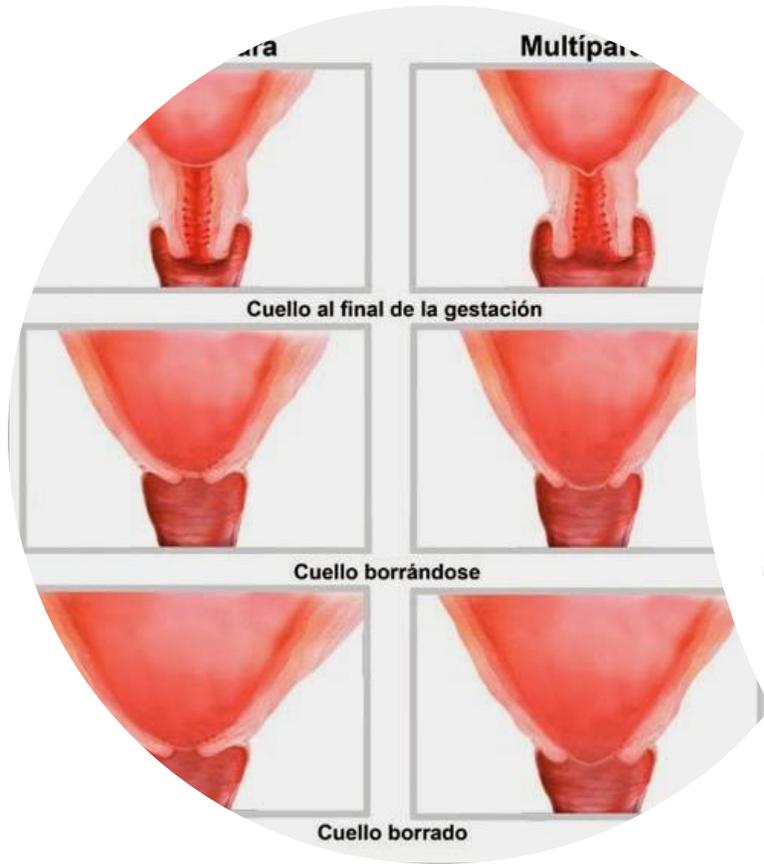
Inducción- Uso Prostaglandinas /Misoprostol

El misoprostol es un análogo de la Prostaglandina E1, se ha convertido en una droga importante en la práctica obstétrica y ginecológica, debido a su acción uterotónica y su capacidad de madurar el cuello uterino

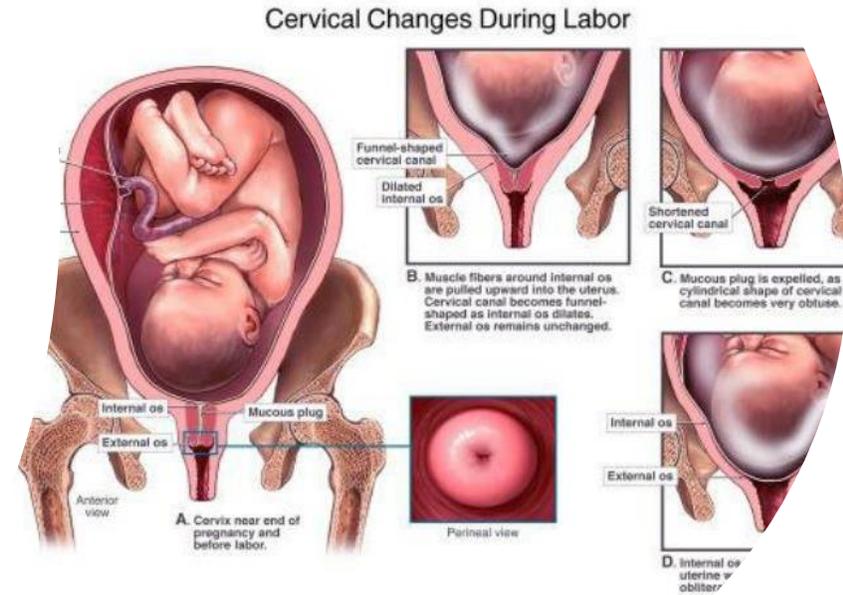
El misoprostol logra un trabajo de parto activo en un promedio de 10 horas desde la primera dosis La información disponible sugiere que la mejor dosis de misoprostol para la inducción de trabajo de parto es 25 ug vaginal cada 4 a 6 horas (tabletas ranuradas de 200ug.)

Dispositivo vaginal (Propess) 10 mg de PGE2, dinoprostona en reservorio de 10 mg con una liberación constante de 0,3-0,4 mg/h y una dosis media de 4 mg a las 12 h. Se suele administrar en una dosis única y se coloca en la parte alta del fondo del saco vaginal posterior. En caso necesario, puede extraerse rápida y fácilmente tirando de la cinta. Se puede administrar oxitocina a los 30 mi de su retirada

Según su farmacodinamia, las PG producen cambios histológicos en el cérvix similares a los del inicio del parto espontáneo, como son la disolución de los haces de colágeno, aumento del contenido hídrico de la submucosa y cambios en los glicosaminoglicanos de la matriz extracelular



MADURACION CERV



Contraindicaciones y Complicaciones del uso de Prostaglandinas



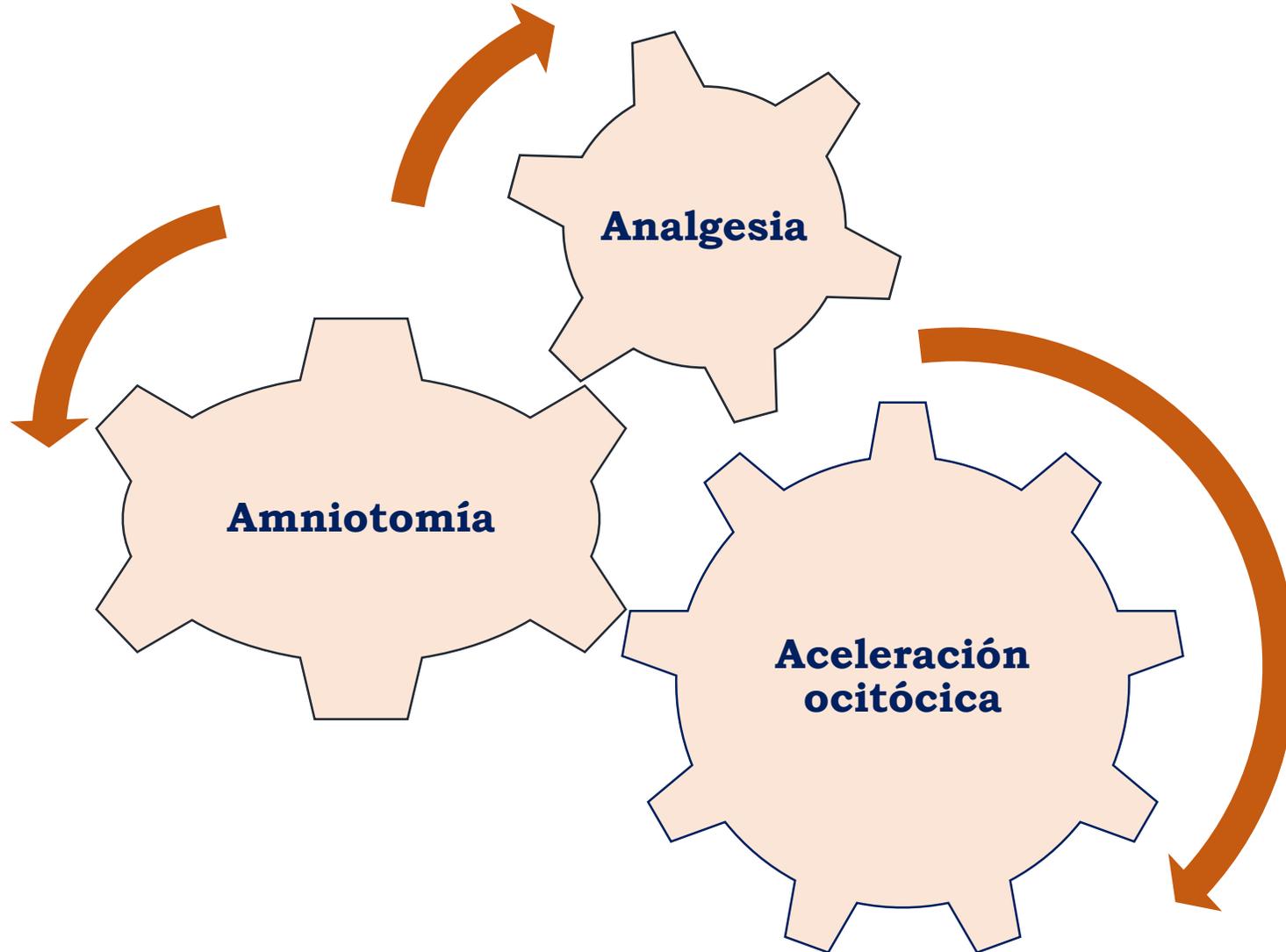
Contraindicaciones

- Trabajo de parto instaurado**
- Administración simultánea de oxitocina**
- Multiparidad (6 o más partos)**
- Contraindicación de parto vaginal**
- Antecedente de hipersensibilidad a Pg**
- Cardiopatía moderada-grave**

Complicaciones y Efectos Adversos

- Frecuentes (1/10-1/100): alteraciones de la FCF, hipertoniá, taquisistolia, hiperestimulación uterina, hipotensión o taquicardia**
- Poco frecuentes (1/100-1/1.000): náuseas, vómitos, diarrea**
- Raros (1/1000-1/10.000): cid, rotura uterina, reacción anafiláctica, asma, glaucoma, aumento de la presión intraocular, hipersensibilidad a Pg, hemorragia vaginal**

Elementos que lo componen conducción





GRACIAS



Referencias

- ❑ **Fescina RH, Schwarcz R, Duverges C. Obstetricia. 7ma ed. Buenos Aires: El Ateneo; 784 p. Cunningham. Panamericana. Buenos Aires. Argentina**
- ❑ **Varney Helen, Kriebs Jan M., Gegor Carolyn, "Partería Profesional" 2006, OPS, 4º edición**
- ❑ **Dra. Constanza Ralph, Dr. Jorge Carvajal, Obstetricia Ginecología, 3º Edición, Agosto 2012. <http://medicina.uc.cl/docman/doc-•-view/920>**

