

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DEL PARTO

El parto es un proceso natural que, en la gran mayoría de los casos, cursa espontánea y normalmente, sobre todo si se dan las condiciones adecuadas.

El curso clínico del parto en presentación cefálica de vértice, como proceso biológico, presenta múltiples variaciones individuales en cuanto a su duración, pronóstico materno fetal y repercusión en la actitud de la mujer gestante. Además, los cambios ocurridos a lo largo del mismo no tienen límites precisos, debido a que todo el parto es un continuo desde su comienzo.

GENERALIDADES DEL PARTO

El **parto** es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto. Esta definición corresponde al parto vaginal y no incluye los partos operatorios por vía abdominal. La definición de Tarnier comprende a todos los partos: “el parto es el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno”.

Por lo anteriormente mencionado, según la vía del parto este se puede definir como:

- **Parto vaginal o por vía baja**, si este es a través del canal vaginal, ya sea espontáneo o con fórceps.
- **Parto por cesárea o por vía alta**, si éste se produce a través de una intervención en la pared abdominal.

Según la Edad Gestacional el parto se puede definir como:

- **Parto de Pretérmino**, si éste se produce entre las 22 y 37 semanas de gestación.
- **Parto de término**, si éste se produce entre las 37 y 40+6 semanas.
- **Parto de término en vías de prolongación** desde las 41 a las 41 semanas + 6 días.
- **Parto de post-término** si este se produce después de las 42 semanas.

Según la forma de comenzar se puede definir como:

- **Espontáneo**, cuando su inicio está dado por la naturaleza y la dilatación cervical se produce como consecuencia de las contracciones uterinas espontáneas.
- **Inducido**, cuando su inicio se debe al uso de diferentes técnicas obstétricas, que llevan a que se desencadenen las contracciones uterinas que permiten que el cérvix alcance la dilatación mínima para realizar el diagnóstico de trabajo de parto.

Según la evolución del parto este se puede definir como:

- **Espontáneo**, cuando no se interviene obstétricamente en su evolución y se deja que se alcance la dilatación completa, así como la expulsión del feto, sin la aplicación de ninguna

técnica que apresure o maneje su evolución.

- **Conducido o Gobernado**, cuando su evolución se maneja a través de técnicas obstétricas definidas (rotura artificial de membranas, uso de oxitocina y administración de anestesia.)

Otra clasificación, manteniendo el mismo criterio permite definir el parto como:

- **Fisiológico o eutócico**, si el parto se desarrolla sin dificultades en todos los períodos.
- **Patológico o distócico**, cuando existen dificultades en su progreso.

Según el número de fetos, el parto se puede definir como:

- **Único.**
- **Múltiple (por ejemplo, gemelar).**

ETAPAS DEL PARTO

El parto presenta dos etapas bien definidas:

1. **Pródromos de Parto:** Período que es de preparación donde las contracciones uterinas no son dolorosas y su gran objetivo es llevar al cuello uterino al estado de maduro (cuello centralizado, en borramiento, reblandecido y dilatado hasta los 2 centímetros de dilatación).
2. **Trabajo de Parto:** que a su vez comprende tres etapas:
 - **Período de Dilatación¹:** Se extiende desde que se alcanza la dilatación de 2 cm hasta que el cuello está totalmente dilatado, es decir, cuando su dilatación es suficiente como para permitir el pasaje de la cabeza fetal (aproximadamente 10 cm). Este período tiene generalmente una duración de 12 a 18 horas para las primigestas y 6 a 8 horas para las multíparas.
 - **Período Expulsivo:** Se extiende desde que se logra la dilatación completa hasta la expulsión del feto. En este período a la presión ejercida por la contracción uterina se le suma la presión desarrollada por los pujos maternos (prensa abdominal), y por lo tanto durante esta etapa el feto debe tolerar mayor dificultad en su intercambio gaseoso placentario y mayor compresión sobre su cabeza. Este período dura en forma aproximada 15 a 20 minutos en las multíparas y 30 a 45 minutos para la primigesta. Sin embargo, estos tiempos deben relacionarse con el estado fetal, lo cual determina las conductas a seguir y el máximo de tiempo a esperar.
 - **Período del Alumbramiento:** Se extiende desde la expulsión del feto hasta la salida de la masa placentaria y anexos ovulares. Al igual como en el período expulsivo este se define como

¹ El Período de Dilatación se puede dividir en etapas determinadas por el grado de dilatación cervical, las cuales pueden tener diferentes denominaciones de acuerdo con la nomenclatura que se utilice (Ver guía perinatal 2015. Capítulo XXV: "Evaluación y manejo del trabajo de parto y parto". En dicho texto aparecen más bien definiciones operacionales, sin embargo, existen etapas del trabajo de parto que dan cuenta del curso clínico de éste, las cuales recomendamos seguir).

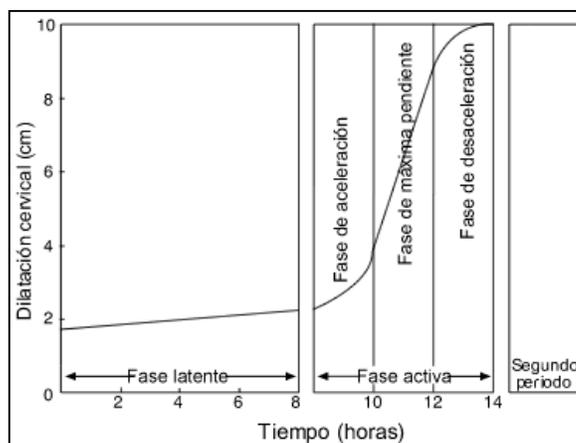
normal entre los 15 a 30 minutos, prolongado entre los 30 a 60 minutos y retención placentaria después de los 60 minutos. Sin embargo, la duración de esta etapa va en directa relación con el grado de sangramiento y evaluación hemodinámica de la paciente. De acuerdo con estos parámetros es que se determina esperar el tiempo ya mencionado.

CURSO CLÍNICO DEL PARTO, ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

El conocimiento del curso clínico de un parto normal es importante como patrón de comparación para la evaluación de la evolución del parto y el reconocimiento temprano de la desviación de la normalidad.

La evaluación de la evolución del parto se facilita cuando los parámetros que se observan llevan a una gráfica llamada Partograma, en el cual se incluyen los siguientes parámetros: latidos cardiacos fetales, dinámica uterina, dilatación cervical y grado de encajamiento de la presentación (descenso dentro la pelvis materna).

Partograma de Friedman (1978)



En 1978, Friedman describe gráficamente la progresión del parto relacionando la dilatación cervical, el descenso de la presentación y el tiempo transcurrido en horas. Con ello intenta establecer criterios para definir un trabajo de parto como “normal”, y así poder identificar alteraciones significativas durante este proceso.

En el Partograma de Friedman se distinguen dos etapas:

1. **Fase de latencia de la dilatación:** en ella las contracciones son escasas, poco intensas y persistentes, y las modificaciones del cuello y su dilatación, lentas y poco manifiestas. Empieza con el inicio de contracciones regulares y termina con el comienzo de la fase activa. En las nulíparas su duración promedio es de 6,5 hrs., con un máximo de 20, y las multíparas de 4,7 hrs., con un máximo de 14.

La larga evolución de la fase de latencia, la dificultad para determinar su comienzo, las escasas modificaciones que se producen en el cuello y su difícil separación de la etapa previa que es el

pródromos o de preparación para el parto, hacen muy complicado delimitarla en el tiempo; muchas mujeres cuando llegan al hospital han superado dicha fase, por lo que es recomendable una actitud expectante, informar a la gestante y a su familia de la naturaleza normal del proceso y descartar problemas subyacentes. En las próximas 24 horas la mayoría de las mujeres habrá avanzado hacia un trabajo de parto activo.

2. *Fase Activa*, ésta se subdivide a su vez en tres subfases:

- Fase de Aceleración
- *Fase de Pendiente Máxima*
- *Fase de Desaceleración*

En base a esto, Friedman también intentó establecer criterios que definiesen un trabajo de parto normal y permitiesen identificar alteraciones significativas durante este proceso.

Existe consenso general en admitir que el parto clínico ha comenzado cuando se produce **actividad uterina** regular, 2 a 3 contracciones de intensidad moderada o grande en 10 minutos y hay **modificaciones cervicales** evidentes: posición central, consistencia blanda, un grado de borramiento de 50% o más y al menos 2 cm. de **dilatación**.

Se debe tener en cuenta que en las multíparas la **fase activa** puede comenzar sin que se complete el borramiento cervical. En este momento se puede considerar que la fase de latencia ha terminado y comienza el parto clínico, que coincide con la fase *activa* de la dilatación descrita por Friedman y que conduce hasta la **dilatación completa**, que es aquella que permite el paso del feto a su través. Cuando el feto es de término, el diámetro de la dilatación cervical completa es de 10 cm.

La duración de la **fase activa** es extremadamente variable, desde 6 a 10 horas en las nulíparas y de 3 a 5 horas en las multíparas. La velocidad de la dilatación se estima que debe ser de 1,2 cm/hr, en las primigestas y 1,5 cm/hr en las multíparas, como mínimo; pero dicha velocidad no es uniforme, pudiendo diferenciarse tres tramos: el de aceleración, hasta los 4 cm; el de máxima pendiente, que transcurre desde los 4 hasta los 9 cm, con una velocidad media de 3 cm/hr en las nulíparas y de 5,7 cm/hr en las multíparas; y el tercer tramo, el de desaceleración, desde los 9 cm a 10 cm o dilatación completa, con una duración media en las nulíparas de 0,88 hrs. (con un límite superior de 2,7 hrs.) y en las multíparas una duración media de 0,53 hrs. (con un límite superior de 0,86 hrs.) (cuadro 1).

Por otra parte, la duración del período expulsivo es relativamente breve, en promedio dura 40 minutos en la nulíparas y 20 en multíparas, pero las variaciones individuales son muy grandes. En el 60% de las nulíparas y el 92% de las multíparas, el período expulsivo ha concluido antes de una hora.

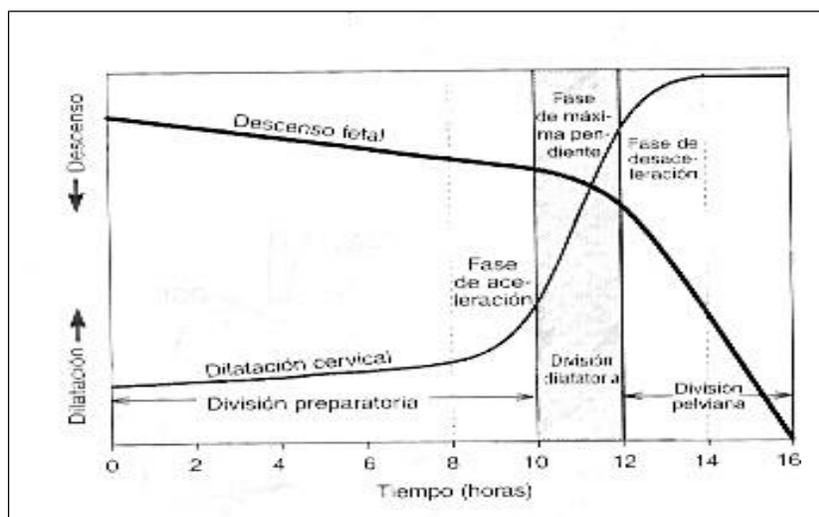
Por lo tanto, en la asistencia de parto el profesional a cargo debe valorar no sólo la duración de cada tiempo, sino también el progreso de la dilatación y del descenso de la presentación a través del canal de parto. Durante el expulsivo, en ausencia de compromiso fetal, si la dinámica uterina es adecuada y no existen problemas maternos que lo contraindiquen, se acepta como duración normal hasta dos horas en las nulípara y una en multíparas. En caso de estar usando analgesia regional se añadirá una hora más, tanto en nulíparas como multíparas.

Cuadro 1: Fases del Partograma de Friedman según dilatación y duración

Fase		Dilatación	Duración
Latencia		2-3 cms.	8 hrs. (<i>Primigestas</i>)
			5-6 hrs. <i>Múltipara</i>
Activa	Aceleración	2-4 cm.	2 hrs.
	Aceleración máxima	4-9 cm.	40 min a 2 hrs.
	Desaceleración	9-10cm	30 min a 2 hrs.

Cuando se ha diagnosticado el comienzo del parto clínico, la mujer debe ser ingresada a partos, donde se dispondrá de todos los medios necesarios para la evaluación del feto materno, y desde ese momento se iniciarán todas las anotaciones en los registros correspondientes (ficha clínica, partograma, documentos de la unidad) para poder valorar con mayor facilidad el progreso de la dilatación y el descenso de la cabeza respecto al tiempo.

División funcional de la evolución del trabajo de parto de acuerdo con la progresión esperada de las curvas de dilatación cervical y descenso fetal.



La evaluación del curso clínico del parto se realiza aplicando los elementos semiológicos, mediante la exploración vaginal principalmente y la observación de las características de las contracciones. En el tacto vaginal se determinará la posición, consistencia, grado de borramiento, grosor y dilatación cervical, altura de la presentación respecto de los planos de la pelvis (fig. 2), presentación y variedad de posición fetal.

Las contracciones duran (clínicamente) en promedio 45 a 60 segundos, y su frecuencia al comienzo de la dilatación es de una cada 3 a 5 minutos (2 a 3 en 10 minutos de control), para aumentar a una cada 2 a 3 minutos al final de este período (3 a 5 en 10 minutos). A la inspección se puede observar

como el útero se eleva durante las contracciones y por palpación se objetiva la dureza (tono) del útero contraído, así como la recuperación del tono basal entre contracciones.

DIAGNÓSTICO DE TRABAJO DE PARTO

Conocido el Curso Clínico del Parto y las etapas de éste, es posible establecer las conductas que deben seguirse para llegar al diagnóstico certero de un trabajo de parto.

Cuando la mujer consulta en Policlínico de Urgencia Maternal o en el Consultorio de Nivel Primario con posibles síntomas de trabajo de parto, debe realizarse una recopilación y análisis exhaustivo de los antecedentes de la gestante mediante la Anamnesis y la aplicación de todos los elementos Semiológicos para así lograr determinar las condiciones maternas y fetales, y llegar al diagnóstico certero de trabajo de parto o finalmente descartarlo y tomar las conductas correspondientes.

I. ANAMNESIS

La anamnesis debe ser dirigida y orientada a obtener la información que necesitamos para llegar al diagnóstico del cuadro que se nos presenta.

Debe tenerse en cuenta que muchos de los datos de interés para iniciar y/o completar la historia clínica pueden obtenerse del carné maternal, que es el documento particular que lleva la gestante como resumen de los datos importantes del seguimiento de la gestación junto con lo que ella misma relatará.

Primero se preguntará a la usuaria por su: Motivo de Consulta. Conociendo éste, se consulta por sintomatología que oriente a identificar si la mujer está en trabajo de parto. De ser así referirá contracciones uterinas que se irradian a la región sacropúbica y en algunas ocasiones hasta los muslos. Son frecuentes, persistentes y con una percepción de dolor que varía de una mujer a otra.

Luego deberá indagar sobre:

- a) El momento de comienzo de las contracciones – Tiempo de evolución -- Características de las contracciones desde su inicio: frecuencia, duración -- Percepción de dolor: ubicación, intensidad, evolución.
- b) Presencia de Flujo Genital: Sangre o flujo (tapón mucoso en etapa prodrómica o trabajo de parto inicial) y características de él -- Pérdida de líquido a través e los genitales (ruptura de membranas). Si hay pérdida de LA, se debe determinar fecha y hora en que se inició.
- c) Presencia y características de los Movimientos fetales.

II. EXAMEN FÍSICO GENERAL

Es imprescindible conocer el estado en que la gestante se encuentra al inicio del parto. Se deberá practicar un examen minucioso.

Siempre se controlará y registrarán los signos vitales: temperatura axilar, frecuencia cardiaca, la presión arterial y frecuencia al comienzo de la dilatación es de una cada 3 a 5 minutos (2 a 3 en 10 minutos de control), para aumentar a una cada 2 a 3 minutos al final de este período (3 a 5 en 10 minutos). A la inspección se puede observar como el útero se eleva durante las contracciones y por palpación se objetiva la dureza (tono) del útero contraído, así como la recuperación del tono basal entre contracciones.

- III. EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO: Siempre es importante realizarlo sin omitir ningún paso o segmento, pero también es necesario orientar nuestro examen sin olvidar el objetivo, que es realizar el diagnóstico de trabajo de parto.

Cabeza y Cuello: Observar las características de la piel y mucosas. En el cuello de la gestante debe palpar la tiroides y ganglios.

Tórax: Características de las mamas. Presencia de secreción láctea.

Abdomen: observar forma, tamaño, simetría, cicatrices, etc.

Genitales: Características de genitales externos y presencia de flujo genital (flujo patológico, líquido amniótico, sangre, tapón mucoso).

Extremidades Superior e Inferiores: simetría y movilidad.

IV. EXAMEN OBSTETRICO

a) **Palpación.** A través de las *Maniobras de Leopold* deberá:

- Comprobar la forma y volumen del útero.
- Reconocer tono, elasticidad, contractibilidad y excitabilidad del útero.
- Determinar cantidad de líquido amniótico.
- Determinar número de fetos y realizar una estimación del peso fetal.
- Evidenciar y objetivar movimientos fetales.
- Estimar grado de encajamiento.
- Evaluar elementos de la estática fetal.

b) **Mensuración.** Se mide la altura uterina para tener una estimación mas objetiva del contenido uterino; luego deberá relacionar este resultado con la edad gestacional estimada según la fecha de la última menstruación o por ecografía precoz. Debe considerar que desde el período prodrómico hasta el parto se observa un descenso del fondo del útero a medida que penetra la presentación en la pelvis, por lo que cambia la forma del vientre, dando paso de una convexidad uniforme entre la sínfisis pubiana y el apéndice xifoides a una concavidad en la parte alta de abdomen y en la inferior a un abombamiento.

c) **Auscultación.** Para valorar si la frecuencia de LCF está dentro de parámetros normales, primero hará la determinación del foco de auscultación máxima, el que depende de la ubicación del polo cefálico (situación y presentación), de la posición y variedad de posición (determinado por las maniobras de Leopold). En este proceso se deben valorar los LCF auscultando idealmente antes, durante y después de una contracción.

d) Tacto Vaginal (unimanual)

Objetivos	<p>Diagnóstico de trabajo de parto.</p> <p>Valorar evolución del parto.</p> <p>Realizar pelvimetría (medir diámetros de la pelvis).</p> <p>Estimar la compatibilidad feto pélvica.</p>
Durante el Trabajo de Parto y Parto el TV permite investigar	<p>Características de la Vulva, Vagina y Periné.</p> <p>Valoración de las características de la pelvis y su relación con el feto.</p> <p>Características del cuello del útero (Consistencia, Grosor, Grado de borramiento, Grado de Dilatación)</p> <p>Características de las membranas ovulares</p> <p>Tipo de presentación, actitud, posición y variedad de posición</p> <p>Grado de encajamiento y la relación con los planos de Hodge.</p>

Cuadro 2: Diagnóstico Diferencial de Pródromos v/s T. de Parto Inicial. Clínicamente se pueden distinguir tres grados de madurez cervical

Cuello Uterino	Pródromos	Trabajo de parto inicial
Posición	Intermedio	Central
Longitud	Acortándose	Corto o Borrado
Grosor	Adelgazándose	Adelgazándose
Consistencia	Reblandeciéndose	Reblandeciéndose
Dilatación	Menor a 2 cm	Más de 2 cm
Contractilidad Uterina	Pródromos	Trabajo de parto inicial
Frecuencia	Intermitente 1-2 en 10 min	2-3 en 10 min
Duración	20-25 seg	Mantenida, 30-50 seg
Intensidad	20-25 mmHg	30-50 mmHg
Ritmo	Irregulares sin TGD	Regulares, rítmicas, c/ TGD
Tono uterino	< 8 mmHg	10-12 mmHg
Actividad uterina	< 80 UM	80 a 100 UM

Cuadro 3: Características clínicas que distinguen los tres grados de madurez cervical

Cérvix	Inmaduro	Intermedio	Maduro
Posición	Posterior	Intermedia	Central
Consistencia	Igual a la gestación	Reblandeciéndose	Reblandecimiento máximo
Longitud	3 cm	Acortada o borrándose	Cero o borrado
Espesor	2 cm	Adelgazándose	Cero o adelgazado
Dilatación	Sin dilatación	Sin dilatación	Iniciándose

Una vez obtenida toda la información, se está en condiciones de plantear el **Diagnóstico de Trabajo de parto**, y determinar en qué etapa de él se encuentra el proceso.

En la práctica clínica existe una división del proceso en tres etapas:

- **Trabajo de parto inicial:** dilatación de 2-3 cm y dinámica uterina 2-3 en 10 minutos.
- **Establecido o Franco:** dilatación de 4-6 cm y dinámica uterina 3-4 en 10 minutos.
- **Avanzado:** dilatación de 7-10 cm y dinámica uterina 4-5 en 10 minutos.

Recordar: la dinámica uterina es un elemento que ayuda en el diagnóstico, pero lo que determina el diagnóstico de trabajo de parto son las modificaciones cervicales.

El diagnóstico se plantea describiendo primero la paridad de la gestante, luego la edad gestacional, etapa del trabajo de parto en que se encuentra y las patologías que la madre presenta (concomitantes con la gestación o crónicas) u otros diagnósticos.

Ejemplo:

- G2.P1. A0
- Gestación de 39 +3 semanas
- Trabajo de parto franco
- Diabetes Gestacional

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Falso Trabajo de Parto o Pródromos: se caracteriza por actividad uterina aislada. Generalmente frecuente en primigestas (cuadro 2).

Dilatación de Múltipara: al Tacto Vaginal, la múltipara presenta una dilatación del orificio cervical externo producto de dilataciones previas, por lo que un mal examen del cuello uterino puede llevar a confundir una dilatación de múltipara con un trabajo de parto inicial.

Hipo dinamia: Falta de dinámica uterina acorde a la etapa del trabajo de parto. Puede confundirse con Pródromos o Trabajo de Parto inicial.

Toda la información obtenida mediante la aplicación de la semiología nos orienta al diagnóstico final, pero lo único que nos asegura que una gestante está en trabajo de parto son las modificaciones cervicales.

POR LO TANTO

- a) Se considera trabajo de parto a partir de los 2 cm de dilatación.
- b) Las contracciones uterinas dolorosas solas o la rotura de membranas, sin presencia de modificaciones cervicales, no son criterio suficiente para considerar a la mujer en trabajo de parto.

PRONÓSTICO DEL PARTO

Pronosticar se define como “predecir” el futuro a partir de algunos indicios; y “Pronóstico”, se entiende como una inferencia a partir de ciertos datos que, en el área obstétrica, son los datos recolectados mediante la semiología. En este contexto entonces lo que se pretende realizar es un pronóstico con relación a la vía de parto y una estimación sobre la duración del trabajo de parto.

La identificación de las situaciones de riesgo previsibles para la madre y el feto, permitirán además planificar la atención de la usuaria, determinando y ordenando las conductas y acciones a seguir.

Además, el pronóstico depende de los cambios en ciertas variables o “factores” involucrados en el proceso y en la probabilidad de ser modificados o corregidos, por ello éste puede variar en el tiempo, es decir, un pronóstico planteado al inicio de un Trabajo de Parto podrá cambiar en la medida que los Factores que lo condicionan varían.

Cabe destacar que, sobre la factibilidad de ser modificados, habrá factores Modificables y otros No Modificables. La formulación del pronóstico del parto se basa en: Diagnóstico / Antecedentes / Elementos maternos, fetales y ovulares.

Es fundamental considerar y valorar todos los aspectos para identificar a las usuarias que tienen mejores condiciones para tener un parto normal o no intervenido de forma segura, y aquellas que requerirán conducción y gobierno de su trabajo de parto.

Los factores determinantes de un Pronóstico se clasifican de la siguiente forma: Factores Fundamentales / Factores Secundarios / Factores Ambientales.

FACTORES FUNDAMENTALES

Como su nombre lo indica tienen que ver con los elementos fundamentales para que se produzca el parto: **Motor, Móvil y Canal.**

Motor: es el útero, con sus contracciones, por lo que deberán considerarse para elaborar el pronóstico las características de la dinámica uterina, la relación de la dinámica uterina con la dilatación cervical, la relación de la dinámica uterina con el descenso de la presentación.

Móvil: el feto, y se deberá considerar su edad gestacional, número de fetos, tamaño fetal, elementos de la estática fetal, vitalidad y bienestar fetal, grado de encajamiento de la presentación.

Canal: pelvis ósea y canal blando. Se debe considerar: tipo de pelvis (características anatómicas), características del canal blando, la relación pélvico fetal.

FACTORES SECUNDARIOS

Son todos aquellos factores que siendo del ámbito biológico, no influirían directamente sobre el curso del parto ya que no incluyen ni el motor, móvil o canal. Entre ellos están:

- Edad Materna, Paridad, Antecedentes Gineco Obstétricos, Período Intergenésico, Estado Nutricional, Patologías previas a la gestación (crónicas), Patologías concomitantes con la

gestación, Patologías propias de la gestación, Antecedentes de esterilidad, Característica de la bolsa de las aguas, Estado de las membranas, Momento en que se rompen las membranas, Tiempo de membranas rotas, Características del Líquido Amniótico, entre otros.

FACTORES CIRCUNSTANCIALES

Tienen que ver con elementos externos o ambientales que podrían influir indirectamente en el buen término del proceso. Ellos incluyen:

- El personal que atiende el parto.
- El lugar físico donde se atiende el parto tiene que ver con planta física adecuada, grado de complejidad Hospitalaria, etc.
- La forma en que se realiza la asistencia del Parto, es decir, técnica de asistencia, medidas de prevención de infecciones, normativas locales, etc.

Teniendo en cuenta los factores que podrían interferir o condicionar el progreso normal del trabajo de parto hasta el momento del nacimiento en condiciones optimas para la madre y el Recién Nacido, se puede formular un Pronóstico, el que puede ir modificándose y mejorando o empeorando en el tiempo.

Es así como el Pronóstico puede ser:

- a) **BUENO:** si no hay ningún factor que pueda alterar el curso normal del parto. Está todo bien.
- b) **RESERVADO:** si 1 o 2 elementos medianamente importantes (factores circunstanciales o secundarios) están presentes, pero que no tienen directa relación con el curso del parto, pero pudieran comprometer el bienestar materno o fetal.
- c) **MALO:** si 2 o más de los elementos de menor importancia o 1 de los fundamentales están involucrados y ponen en riesgo el bienestar materno o fetal e influyen directamente sobre el parto.

RECUERDE: El Pronóstico de Parto es algo dinámico a través del trabajo de parto y realizarlo le permitirá organizar la información de la usuaria que se relaciona directamente con este proceso y que debe valorar para generar un plan de atención completo y ordenado, sin dejar al azar aspectos relevantes que deben ser atendidos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción L. Cabero Roura – E. Cabrillo Rodriguez. Tomo I, Capítulo Medicina Materno Fetal, Sección II: Asistencia prenatal al embarazo y parto normal: “Evolución del parto en presentación normal de occipucio. Diagnóstico, pronóstico y duración del parto”, pág. 422-426; año 2003.
- 2) Obstetricia Williams, Sección IV, Capitulo 11 “El Parto”, pág. 215- 248; 21° Edición, año 2002.
- 3) Obstetricia Schwarcz -- Sala – Duverges, Unidad 11, capitulo “El Parto Normal: Atención del Parto”, pág. 433-448; 6o Edición, año 2010.
- 4) Tratado de Obstetricia Juan León, Tomo I, VIIIa Parte “El Parto. Generalidades”, Capítulo VII y X. Pág. 885 a 910. Primera Edición, 1956.