

## CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

---

### INTRODUCCIÓN

El parto conducido, 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:

1. Acortar el tiempo del trabajo de parto cuando esto se requiera (ej. Patologías Gestacionales como Preeclampsia).
2. Aliviar el dolor no tolerado por la madre.
3. Redirigir a parámetros fisiológico alguno de los elementos del parto que se haya alterado.

Por lo tanto, la conducción del trabajo de parto considera la intervención que se hace necesaria cuando el proceso se aleja de la normalidad y debe llevarse hacia los parámetros normales de evolución. Lo anterior es muy importante, si consideramos que la evidencia muestra que la tendencia debe ser a permitir la evolución natural del trabajo de parto e intervenir sólo cuando sea necesario.

Existen tres metódicas fundamentales en la conducción del trabajo de Parto:

- Utilización de fármacos estimulantes de la contractibilidad uterina
- Rotura Artificial de Membranas o Amniotomía (RAM)
- Analgesia farmacológica

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, evaluación de la dinámica uterina, evaluación de los latidos cardíacos fetales, y todas las expuestas anteriormente dentro de la recomendación MINSAL.

*“Se recomienda intervenir en el curso espontaneo del parto, solo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o la dilatación o si existe una sospecha de compromiso de la unidad feto-placentaria. En el manejo del trabajo de parto fisiológico, se mantiene y refuerza el manejo personalizado, según orientaciones del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo” (disponible en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) - protección de la salud -salud de la mujer) Guía perinatal 2015.*

## INDUCCION / ACELERACION OCITOCICA

Es importante tener claro la diferencia entre Inducción y Aceleración del Trabajo de Parto.

### INDUCCION DEL PARTO

Se entiende por “*Inducción del Trabajo de Parto*” a todas las metódicas y/o intervenciones que se realizan, con el objeto de que este proceso comience cuando aún no se ha iniciado el trabajo de parto, en forma espontánea (contracciones uterinas aisladas y una dilatación cervical menor de 2 cm).

Para poder realizar una inducción exitosa se debe evaluar las condiciones cervicales a través del “Índice de Bishop”, el cual evalúa 5 parámetros a los que se asignan un puntaje de 0 a 3:

**Tabla N 1: Índice de Bishop.**

Parámetro	0	1	2	3
Consistencia del Cérvix	Firme	+/- Blando	Blando	-
Posición del Cérvix	Posterior	Semicentral	Central	-
Borramiento del Cérvix	0-30%	30-50%	50-80%	>80%
Dilatación	Sin dilatación	1 cm	2 cm	> o = 3 cm
Grado de Descenso cefálico (Espinas <sup>1</sup> )	-3	-2 a -1	0	+1

Para el Score de Bishop, se considera un cuello favorable un puntaje >8 y así disminuir las posibilidades de fracaso de la inducción. (guía perinatal 2015: puntaje > a 6)

#### Metódicas para inducción:

Posteriormente se debe decidir qué 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.

El misoprostol es un análogo de la Prostaglandina E1, que ha sido aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para ser administrada oralmente en la prevención y el tratamiento de úlceras gástricas asociadas al uso de antiinflamatorios no esteroideos. También 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.

Cuando las tabletas de misoprostol se colocan en el fondo de saco posterior de la vagina, el peak de la concentración plasmática del ácido de misoprostol, se alcanza en una a dos horas, para luego

<sup>1</sup> Planos de Lee (posición respecto a las espinas ciáticas).

disminuir lentamente.

En el 2004, un estudio randomizado demostró que el misoprostol logra un trabajo de parto activo en un promedio de 10 horas desde la primera dosis. El promedio de tiempo hasta la resolución del parto fue de 13 a 20 horas, tomando en cuenta las dosis e intervalos, la paridad y el índice de Bishop al inicio de la inducción.

Después de este metaanálisis se realizaron otros trabajos randomizados y controlados. El Cochrane Pregnancy and Childbirth Group revisó 26 trabajos randomizados que comparaban misoprostol con placebo, oxitocina y prostaglandina E2 para madurar el cuello uterino o como inductores de trabajo de parto en gestaciones con feto viable en el tercer trimestre. La administración de misoprostol vaginal (25 a 100 ug) fue más efectiva que el uso de oxitocina o prostaglandina E2 para inducir parto vaginal en las primeras 24 horas. Sin embargo, hubo mayor hiperestimulación uterina con cambios asociados en la frecuencia cardíaca fetal en el grupo de misoprostol (ya que tiene como reacción adversa polisistolía, lo que se ha observado en varios estudios).

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.) Esta dosis no aumenta la frecuencia de hiperestimulación uterina y mantiene iguales tasas de cesárea y tiempo entre la inducción y el parto, datos obtenidos de un trabajo que incluyó 522 mujeres.

La guía perinatal 2015 sugiere:

Forma de administración: Se recomienda colocar una dosis de 25-50 µg en el fondo de saco vaginal, se puede repetir a intervalos de 4 – 6 hrs, con un máximo de 3 dosis; idealmente una sola dosis para obtener el trabajo de parto. No se debe administrar una nueva dosis una vez alcanzada dinámica uterina mayor o igual a 3 en 10 minutos, o trabajo de parto activo. No es recomendable combinar análogos de prostaglandina E1 con Oxitocina como método de inducción. No se debe utilizar para acelerar los trabajos de parto.

Los productos farmacéuticos compuestos por Misoprostol son utilizados en el país de acuerdo a la evidencia científica que lo avala y respalda su uso seguro y eficaz; siendo empleados ya sea en las indicaciones autorizadas en el respectivo registro sanitario, según haya sido requerido por su titular, o en aquellos usos amparados por la evidencia clínico-científica reconocida por los organismos internacionales y en las guías clínicas del caso; debiendo ser usados bajo estricta supervigilancia médica. Lo mismo ocurre con otros fármacos, como el uso de corticoides en el manejo de la prevención de la membrana hialina.

Para estos efectos, queda bajo la responsabilidad de cada establecimiento de salud establecer un procedimiento ad-hoc para asegurar la debida supervigilancia profesional en el uso del fármaco antes señalado, tanto en su adquisición, almacenamiento, dispensación, uso, como administración.

Corresponderá a los encargados del área de farmacia de dichos establecimientos, evaluar estos medicamentos, llevando los registros y recetas que respalden su correcto uso.

En relación con la oxitocina esta se ha usado sola, en combinación con la amniotomía o después de

la maduración cervical con otros métodos farmacológicos (como el misoprostol, que ya se analizó). En general, la comparación de la oxitocina sola con prostaglandinas intravaginales revela que estos agentes prostaglandínicos tienen, probablemente, más beneficios en general que la oxitocina sola.

#### Indicaciones

- La inducción está indicada cuando el riesgo de continuar con la gestación excede el riesgo asociado con la inducción del Trabajo de Parto.
- La indicación debe ser convincente, necesaria, documentada y con el consentimiento de la mujer.
- No está indicada cuando es solo para la conveniencia particular del médico o la mujer.
- La realización debe ser priorizada, según la urgencia de la condición clínica y la disponibilidad de los recursos.

#### *Indicaciones de urgencia*

- Hipertensión gestacional con condiciones adversas.
- Enfermedad materna grave, que no responde a tratamiento.
- Hemorragia anteparto significativa, pero estable.
- Corioamnionitis.
- Sospecha de compromiso fetal.
- Rotura prematura de membranas a término, con colonización materna por Estreptococo
- Grupo B (GBS).

#### Otras indicaciones

- Diabetes mellitus (la evaluación de la glucosa puede determinar urgencia).
- Enfermedad aloimmune a término.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas GBS negativo.
- Gestación posttérmino o en vías de prolongación.
- Muerte intrauterina en gestaciones previas.
- Problemas de logística (trabajo de parto precipitado, distancia al hospital).

## ACELERACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Se entenderá por “Aceleración del Trabajo de Parto” al procedimiento a partir del cual, por la aplicación de alguna metódica, se influye sobre la dinámica uterina pero una vez que el trabajo de parto se ha establecido, es decir, la gestante presenta como mínimo 2 cm de dilatación. (Ver detalle más adelante)

### ROTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS (RAM) O AMNIOTOMIA.

Se define como RAM la metódica a partir de la cual se produce la pérdida de continuidad de las membranas ovulares, realizada en forma artificial a través del tacto vaginal y usando una pinza, manteniendo estrictamente las técnicas de asepsia y antisepsia. Este procedimiento busca influir en la actividad uterina aumentando su frecuencia, intensidad y duración.

El RAM como método tiene riesgos tanto maternos como fetales. Si la aplicación es inadecuada puede llevar a la muerte fetal, en este caso es importante asegurarse que la cavidad pélvica esté completamente ocupada por la presentación, para evitar incidencias de cordón que nos pueden llevar a un sufrimiento fetal agudo o muerte fetal. Para esto la amniotomía debe realizarse con el útero en reposo y permitir que el líquido amniótico escurra lentamente, de tal manera que no se arrastre el cordón, nunca se debe desalojar la cabeza fetal y un ayudante puede aplicar una presión en el fondo uterino. “Es fundamental auscultar los latidos cardíacos fetales antes y después de la Amniotomía”.

Otro riesgo es que al cambiar el polo dilatante de la bolsa de las aguas por la cabeza fetal, ésta comenzará a recibir en forma constante la fuerza de la contracción y además la presión del canal duro y blando, lo que puede condicionar la presencia de mayores deformaciones plásticas, cefalohematomas, bolsa serosanguínea.

En el caso de la gestante, si la amniotomía se realiza en tiempos inadecuados, se aumenta el riesgo de infección, debido a que aumenta el tiempo de exposición de membranas rotas.

Hoy en día, según los últimos estudios, se ha demostrado que la presencia de la bolsa de las aguas íntegras establece una evolución normal del trabajo de parto y su tendencia actual es mantenerlas así hasta final del período de dilatación. Fraser y col (1991) estudiaron la amniotomía electiva en comparación con la intervención en gestaciones de término con trabajo de parto espontáneo. Casi el 60% de las gestantes del grupo no sometido a ninguna intervención llegaron a 8 cm de dilatación o más antes de que las membranas se rompieran en forma espontánea. Es probable que una proporción todavía mayor de mujeres hubiera llegado al segundo estadio del trabajo de parto con las membranas íntegras porque se realizó una amniotomía en el 38% para monitorear al feto o incrementar la actividad uterina.

Es importante tener claro que, si su objetivo es mejorar la actividad uterina y acortar el tiempo del trabajo de parto, se ha visto que en el mejor de los casos se acorta unos 45 minutos dependiendo de los antecedentes obstétricos de la madre, por lo cual se reafirma su utilidad solo en casos específicos.

Por todo esto, la Amniotomía o RAM debe realizarse “sólo” con el fin de corregir una evolución

inadecuada del trabajo de parto que no responden a manejo oxitócico, y no adoptarla como una metódica rutinaria en todas las gestantes.

Indicaciones:

1. Con el fin diagnóstico, en los casos en que se requiere visualizar líquido amniótico durante el trabajo de parto, al sospechar presencia de meconio o sangre en los casos de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.
2. Para favorecer la evaluación del apoyo y descenso de la presentación cefálica en prueba de trabajo de parto.
3. Para mejorar la actividad uterina cuando existe hipodinamia o incoordinación de ésta y el tiempo de evolución del parto exceda lo fisiológico. Evaluar previamente la utilidad de realizarla.

Condiciones Obstétricas:

- Presentación Cefálica de Vértice.
- Trabajo de Parto Establecido, es decir, dilatación cervical mínima de 4 a 5 cm.
- Presentación al menos en I plano de Hodge.
- Edad Gestacional mayor de 37 semanas (Feto de Término).

Contraindicaciones:

- Presentaciones Distólicas.
- Gestación de Pretérmino (menor de 37 semanas).
- Feto muerto.
- Presentaciones Altas.

## ACELERACIÓN OCITÓCICA

La aceleración oxitócica es una de las metódicas más utilizadas para acelerar la progresión del parto, este fármaco se administra por vía endovenosa a través de una infusión continua en suero.

Fisiología:

El útero como un órgano compuesto por fibra muscular lisa, posee un elevado grado de actividad autónoma capaz de provocar ondas de despolarización que se propagan y que inducen contracciones espontáneas. La acción de la oxitocina se ejerce, en su mayor parte, a través de los respectivos receptores situados en la pared de las células musculares lisas; las consecuencias de la interacción entre los diversos ligandos y sus receptores pueden desencadenar cambios bruscos o modificar las condiciones de respuesta mediante procesos de sensibilización (caso del estrógeno) o hiposensibilidad (caso de la progesterona). En último término, son las modificaciones iónicas y muy particularmente las del Na y Ca<sup>2+</sup> las que van a desencadenar los cambios de potencial de membrana

y los cambios en la actividad contráctil. Aunque el parto se puede iniciar en mujeres que carecen de hipófisis, es bien conocido que la sensibilidad del útero a la oxitocina aumenta en las últimas semanas de la gestación, y que en la fase del parto la fibra uterina responde con elevada sensibilidad a la oxitocina. Este aumento de sensibilidad puede deberse al incremento del número de receptores de oxitocina que se observa en las últimas semanas de la gestación.

La oxitocina es una de las hormonas que junta con la arginina vasopresina es segregada por la glándula hipófisis posterior (Neurohipófisis), las cuales son consideradas nonapéptidos. Las hormonas de la glándula hipófisis posterior se sintetizan en los cuerpos celulares de las neuronas magnocelulares ubicadas en los núcleos supraóptico y paraventricular, y se transportan a lo largo de los axones de dichas neuronas hasta sus terminaciones en el lóbulo posterior, donde son segregadas en respuesta a la actividad eléctrica en las terminaciones. La oxitocina y la vasopresina son típicas neurohormonas, es decir, hormonas segregadas por células nerviosas hacia la circulación.

Acciones Fisiofarmacológicas:

La oxitocina incrementa el ritmo y la intensidad de las contracciones uterinas. La oxitocina actúa sobre receptores específicos, claramente diferenciados de los receptores de la vasopresina; no se han encontrado todavía, sin embargo, antagonistas que actúen con selectividad sobre los receptores oxitocínicos, ya que también muestran afinidad por los vasopresínicos. La forma de actuar de la oxitocina en los receptores de membrana estaría basada en la postulación de dos mecanismos probables:

1. Una opción es la hidrólisis de fosfatidilinositol (IP3) lo cual lleva a que aumente la liberación de calcio intracelular.
2. Otra opción es la apertura de canales de calcio dependiente de voltaje.

En los mamíferos, la oxitocina causa contracción de las células mioepiteliales, parecidas a las del músculo liso, que recubren los conductos de la glándula mamaria. Esto exprime la leche hacia fuera de los alvéolos en la mama en período de lactación, y la lleva hacia los conductos grandes (senos) y de ahí hacia fuera del pezón (eyección láctea).

A dosis bajas carece de efectos vasculares, pero a dosis altas puede producir hipotensión arterial. Hendricks y Brenner demostraron que con la inyección intravenosa rápida de 5 unidades de oxitocina postparto el útero se contraía en forma tetánica por varios minutos y la presión arterial materna disminuía en forma simultánea. Secher y col. observaron que, aun en mujeres sanas, un bolo intravenoso de 10 unidades de oxitocina provocaba una caída transitoria pero pronunciada de la presión arterial seguida por un aumento brusco del volumen minuto. También llegaron a la conclusión de que estos cambios hemodinámicos podían ser peligrosos para las mujeres que ya estaban hipovolémicas a causa de una hemorragia o que tenían una cardiopatía que limitaba el volumen minuto. Igualmente, a dosis altas muestra cierta actividad antidiurética que llega a ocasionar intoxicación hídrica, sobre todo si se acompaña de abundante líquido, ya sea por vía oral o por infusión endovenosa

En general, si se va a administrar oxitocina en dosis elevadas por un período considerable, su concentración debe aumentarse en lugar de incrementar el ritmo de flujo de una solución más diluida.

Farmacocinética y Farmacodinamia:

La vida media del fármaco es de 1 a 6 minutos y el comienzo de la acción se evidencia en forma inmediata si se administra por vía endovenosa y 3 a 5 minutos por vía intramuscular. El efecto a nivel de la actividad uterina se aprecia en forma regular a partir de los 15 minutos y se estabiliza a los 60 minutos.

Su unión con proteínas es baja, sólo un 30%, el metabolismo se realiza a nivel hepático y renal. Se elimina por vía renal.

Preparación y Manejo de la Aceleración Oxitócica:

- Presentación: 1 ampolla / 1cc corresponde a 5 unidades internacionales de Oxitocina.
- Dosis Inicial: 1 a 2 miliunidades (mU) Oxitocina por minuto.
- Método: Bomba de infusión continua (BIC) o control del goteo de la infusión.

*“Es importante tener claro que la dosis inicial que se infunde a la gestante siempre será 1 a 2 mu de Oxitocina por minuto independiente de la concentración, es decir, de las unidades de ocitocina colocadas en el suero de 500 o 1.000 cc.”*

Ejemplo:

Si quiero colocar 5 UI de Oxitocina en el suero de 500 cc.

Lo primero que se debe realizar es cargar la ampolla (1cc = 5U Oxitocina) en una jeringa y diluirlo en 500 cc de suero, con lo que se obtendrá:

- 500 cc solución con oxitocina= 5000 miliunidades, ó 1cc solución con Oxitocina = 10 miliunidades.

Si tenemos claro que 1cc corresponden a 20 gotas, sabremos que en 20 gotas hay 10 miliunidades.

Por lo tanto, si la dosis inicial es de 1 miliunidad /minuto, se deben regular 2 gotas por minuto y si se desea administrar 2 miliunidades/minuto serán 4 gotas por minuto y si se quiere 4miliunidades/minuto serán 8 gotas por minuto y así sucesivamente.

Así se pueden hacer muchos cálculos dependiendo de las unidades colocadas en el suero y de la dosis con la que se inicia la aceleración. Se ha establecido que la dosis máxima de Oxitocina a administrar es de 40 miliunidades por minuto, para evitar sus efectos adversos y el bloqueo de los receptores.

El método más exacto para la administración de una aceleración es a través de una bomba de infusión continua (BIC). En este caso se puede colocar 10 Unidades de ocitocina en 500 cc de suero, realizando la regla de tres, obtendremos que en 1cc hay 20 miliunidades de ocitocina, es decir 1 miliunidad está un una gota. En las bombas de infusión continua hay que programar los ml/hora que se profundirán,



por lo tanto, si quiero administrar 1 miliunidad = 1 gota minuto, esto en una hora serían 60 gotas y esto es igual a 3ml. Finalmente la bomba tendríamos que programarla a 3 ml/hora.

El manejo de la terapia con Oxitocina depende fundamentalmente de los objetivos que cada aceleración tiene y que va en directa relación con la etapa del trabajo de parto que se cursa y la paciente a la cual se le está administrando. Por lo tanto, para iniciar una aceleración se tiene que saber si la dinámica uterina es coordinada o no, es decir, si son rítmicas y regulares, se debe conocer su frecuencia en 10 minutos y su duración, la cual nos indica indirectamente su intensidad.

Teniendo esta información se pueden plantear los objetivos de la aceleración. Independiente de los objetivos de la aceleración se debe iniciar siempre con dosis mínimas de 1 a 2 miliunidades por minuto, una vez iniciada la aceleración se realiza una evaluación a los 30 minutos con una evaluación de la dinámica uterina, lo ideal es realizarlo de manera manual ya que deben recordar que el monitor puede registrar la frecuencia, pero no la intensidad).

En relación con esta evaluación, podemos tener tres resultados:

1. Que se logre con esta dosis inicial el objetivo planteado, es decir, aumentar la frecuencia y/ duración, logrando una regularización. En este caso se mantiene el goteo oxicítico.
2. Que se logran algunos de los cambios deseados, por ejemplo, aumentó sólo la duración de las contracciones o sólo aumentó la frecuencia. Si es así se debe aumentar la dosis en un 50%. Ejemplo: si se inició la aceleración con 2 miliunidades en este caso se debe aumentar 1 miliunidad, es decir, dejar el goteo a 3 miliunidades para evaluar en 30 minutos más y ver si se lograron los objetivos propuestos.
3. No se produce ningún cambio y en este caso se debe doblar la dosis inicial. Ejemplo: si se inició con 2 miliunidades en este caso se deben aumentar 2 miliunidades más, dejando una dosis de 4 miliunidades por minuto. Esta duplicación de la dosis se debe realizar hasta 8 mU/min; luego se harán incrementos de 2-4 mUI/min con un máx. de 40mUI/min.

Frente a la aparición de alteraciones en los siguientes parámetros que deben ser evaluados constantemente: latidos cardíacos fetales, frecuencia y duración de las contracciones uterinas, tono uterino, se debe suspender la administración de la infusión oxicítica, en otro equipo paralelo administrar suero fisiológico o Ringer solo rápido, colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo y realizar una evaluación constante de los latidos cardíacos fetales y tono uterino.

Indicaciones:

1. Hipodinamia. (que no produzca avance del trabajo de parto)
2. Falta de descenso de la presentación (pelvis compatible).
3. Trabajo de parto arrastrado o expulsivo detenido, por alteración de la dinámica uterina.
4. Rotura Prematura de Membranas.
5. Prueba de Trabajo de Parto.

6. Test de Tolerancia a las Contracciones (TTC).
7. Inercia Uterina

Contraindicaciones:

1. Parto Pretérmino (relativa).
2. Antecedente de cesárea (relativa).
3. Sufrimiento fetal (relativa).
4. Hipertonía uterina.
5. Desprendimiento Prematuro Placenta Normoinserta (DPPNI).
6. Polisistolía.
7. Hipersensibilidad al fármaco.
8. Hipotensión severa.
9. Desproporción céfalo pélvica.

En relación con los usos de la infusión oxitócica, además, es importante tener claro la diferencia entre el Test de Tolerancia a las Contracciones (TTC) y la Prueba de Trabajo de Parto.

#### **TEST DE TOLERANCIA A LAS CONTRACCIONES**

Su objetivo es evaluar la función de la Unidad Feto placentaria, mediante una monitorización fetal electrónica observar la respuesta cardiaca del feto ante la presencia de contracciones uterinas.

El Test de Tolerancia a las Contracciones se considera positivo cuando encontramos en el trazado del registro desaceleraciones tardías en tres o más contracciones uterinas seguidas o en un trazado de 20 contracciones en donde en el 50% de ellas hay presencia de desaceleraciones tardías, algunos autores son más exigentes y consideran positivo la presencia de dichas desaceleraciones en un 25% de las contracciones.

Conducta de la Matrona frente a un TTC:

1. Se asigna unidad a la gestante.
2. Se deja en posición semifowler o en decúbito lateral izquierdo.
3. Se evalúan signos vitales (pulso y presión arterial).
4. Se realiza un RBNS durante 20 minutos.
5. Se prepara fleboclisis oxitócica.
6. Se permeabiliza vena y se instala la infusión oxitócica con 1 mu. por minuto, idealmente con bomba de infusión continua.
7. Se evalúa dinámica uterina a los 30 minutos y se maneja la infusión según lo encontrado.

8. Se instala monitor cardiofetal.
9. Se deben conseguir 3 contracciones uterinas en 10 minutos, y se debe mantener el monitor conectado por lo menos durante 20 contracciones.
10. Se evalúa la respuesta cardiaca fetal y se relaciona con las contracciones uterinas.
11. Se mantiene informado al equipo médico.
12. Una vez cumplido el Test se deja a la gestante con un suero glucosado 5% solo y se sigue evaluando la dinámica y los LCF hasta su total regresión, o se sigue con actividad uterina se evalúa como un trabajo de parto inicial.
13. Si el Test es positivo se sigue la indicación de preparación para la resolución de la gestación.

### **PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO**

Consiste en poner en contacto íntimo la presentación cefálica con el estrecho superior de la pelvis garantizando un trabajo de parto del motor óptimo y sin que medie ningún otro obstáculo, como la bolsa de aguas, que puede entorpecer el encaje y descenso de la presentación por el canal pelviano, cuando se considera que existe una situación límite para que el encaje se verifique en forma natural. Se otorga un plazo de 2 a 4 horas para que esto se efectúe, la evaluación debe ser realizada siempre por la misma persona para evitar que exista una conducta inadecuada por la subjetividad que le imprime cada profesional. Si al cabo del tiempo no existen cambios se considera fracasada y se opta por la vía alta para la interrupción de la gestación.

Condiciones Obstétricas:

1. Trabajo de Parto en Fase Activa.
2. Mínimo 3 cm. De dilatación.
3. Presentación cefálica orientada hacia el vértice.
4. Amniotomía.

Conducta de la Matrona en la Prueba de Trabajo de Parto:

1. Colocar a la gestante en posición semifowler o sentada.
2. Mantener la dinámica uterina normal de acuerdo con el período del trabajo de parto.
3. Manejo de aceleración oxitócica que garantice la dinámica uterina adecuada.
4. Evaluación de la dinámica uterina, LCF, de las pérdidas vaginales.
5. Evaluación del descenso de la presentación por parámetros clínicos como la palpación por maniobras de Leopold, descenso del foco de auscultación máxima.
6. Solicitar evaluación médica cuando se cumpla el plazo establecido.

Consideraciones:

La oxitocina artificial o exógena es un medicamento catalogado como de alto riesgo, tanto por la Asociación Americana del Medicamento (FDA), como por el Instituto para el Uso Seguros de los Medicamentos (ISMP) en España, por tanto, su indicación y uso debe ser por estricta indicación. Adicionalmente, el uso de oxitocina exógena podría inhibir la síntesis de oxitocina endógena, disminuyendo los efectos que ésta produce en el sistema límbico fetal y materno y la secreción de endorfinas, por tanto, su uso debe ser estrictamente indicado. La utilización de oxitocina es algo muy difícil de evidenciar como necesario o justificable cuando supera el 10% de los casos.

### **ANALGESIA / ANESTESIA.**

La analgesia en el parto, principalmente la anestesia epidural es considerada también como una de las metódicas para intervenir en el trabajo de parto. Este método es revisado en profundidad en el apunte “Manejo Farmacológico del dolor en el parto”.

#### **RECORDAR:**

*“Se recomienda intervenir en el curso espontáneo del parto, solo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o la dilatación o si existe una sospecha de compromiso de la unidad feto-placentaria. En el manejo del trabajo de parto fisiológico, se mantiene y refuerza el manejo personalizado, según orientaciones del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo”*

### **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Cunningham, MacDonald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. “Williams Obstetricia” 20 Edición 1998 Editorial Médica Panamericana.
2. Córdova Andrés, becado de Obstetricia y Ginecología P. Universidad Católica de Chile / Hospital Dr. Sótero del Río. Revisión y traducción del artículo “Misoprostol and Pregnancy de Alisa B. Goldberg, Mara B.
3. Greendberg, Philip D. Darney; publicado en el New England Journal of Medicine 2001 (344:38).
4. Martínez A Fernando, Mitelman M Gabriel, Ramiro M Gabriel, Caro T Claudio, Navia L Fernando, González S Carlos. “Maduración Cervical con Misoprostol” Rev. Chilena Obstetricia Ginecol 1999; 64(4): 281 – 285.
5. Nelly Aj, Tan B. “Oxitocina intravenosa sola para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida), La Cochrane Library plus, número 2 - 2004.
6. Howarth GR, Botha DJ “Amniotomía más Oxitocina intravenosa para la inducción del trabajo de parto. La Cochrane Library plus, número 2 - 2004.
7. A. L Muñoz, O Herrera, J Rodríguez. “Anestesiología y Reanimación” Departamento de Anestesiología y Reanimación Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Editorial Mediterráneo Segunda Edición 1999.
8. Lacassie Héctor, “Anestesia en Obstetricia UC” Publicado en parte en Obstetricia 3 Ed. Pérez A, Donoso E, eds. Santiago 1999.
9. Bernal Castillo Gabriela, “Estudio Comparativo entre Bupivacaína+Fentanyl v/s Bupivacaína sola por vía epidural para el control del dolor obstétrico” Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.
10. Urrutia M.T, Abarca C, Astudillo R, Llevaneras S, Quiroga N “ Alimentación durante el trabajo de parto” ¿ es necesario el ayuno? Rev Chil Obst 2005:70(5):296- 302.