

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**PRÁCTICAS MÉDICAS APLICADAS POR EL PERSONAL
MÉDICO Y PARAMÉDICO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO**

Estudio prospectivo realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en mujeres gestantes durante la atención del parto eutócico, en el período del 1 de mayo al 12 de junio del 2009.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

**MARIO FERNANDO LÓPEZ RAMÍREZ
JOSÉ FERNANDO ESTRADA PAZOS
VIVIAN MARÍA BARRIOS GONZÁLEZ
OMAR ALEJANDRO MORALES REYES**

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2009

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**PRÁCTICAS MÉDICAS APLICADAS POR EL PERSONAL
MÉDICO Y PARAMÉDICO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO**

Estudio prospectivo realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en mujeres gestantes durante la atención del parto eutócico, en el período del 1 de mayo al 12 de junio del 2009.

**MARIO FERNANDO LÓPEZ RAMÍREZ
JOSÉ FERNANDO ESTRADA PAZOS
VIVIAN MARÍA BARRIOS GONZÁLEZ
OMAR ALEJANDRO MORALES REYES**

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2009

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Mario Fernando López Ramírez	199912398
José Fernando Estrada Pazos	200012044
Vivian María Barrios González	200110164
Omar Alejandro Morales Reyes	200110472

han cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

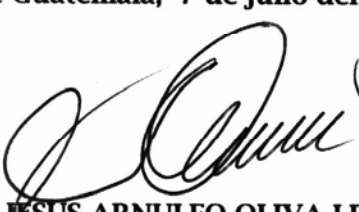
**"PRÁCTICAS MÉDICAS APLICADAS POR EL PERSONAL
MÉDICO Y PARAMÉDICO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO"**

Estudio prospectivo realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en mujeres gestantes durante la atención del parto eutócico, en el periodo del 1 de mayo al 12 de junio del 2009

Trabajo asesorado por el Dr. Antonio Petzey Reanda y revisado por el Dr. Emerson Baldomero Godínez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, 7 de julio del dos mil nueve


DR. JESUS ARNULFO OLIVA LEAL
DECANO



Los infrascritos Director del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud y el Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

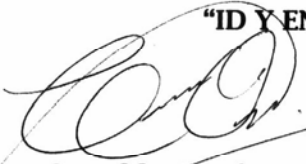
Mario Fernando López Ramírez	199912398 ✓
José Fernando Estrada Pazos	200012044 ✓
Vivian María Barrios González	200110164 ✓
Omar Alejandro Morales Reyes	200110472 ✓

han presentado el trabajo de graduación titulado:

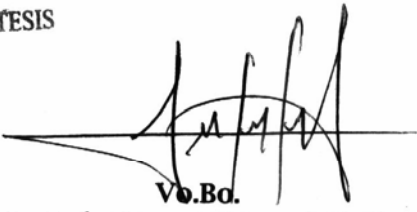
**"PRÁCTICAS MÉDICAS APLICADAS POR EL PERSONAL
MÉDICO Y PARAMÉDICO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO"**

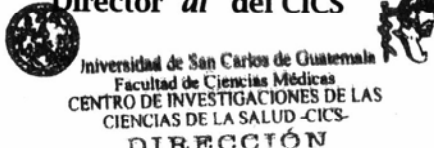
Estudio prospectivo realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en mujeres gestantes durante la atención del parto eutócico, en el período del 1 de mayo al 12 de junio del 2009

El cual ha sido revisado y corregido, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el siete de julio del dos mil nueve.


"ID Y ENSEÑAD A TODOS"
Dr. César Oswaldo García García
Coordinador
Unidad de Trabajos de Graduación




Vo.Bo.
Dr. Luis Manuel López Dávila
Director *ai* del CICS



Guatemala, 7 de julio 2009

Doctor
César Oswaldo García García
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

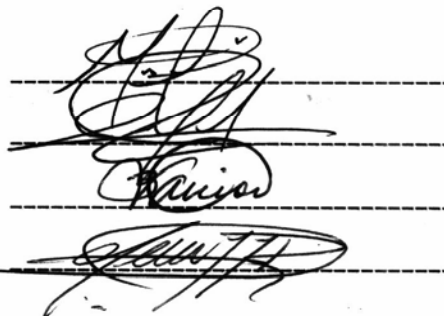
Le informo que las estudiantes abajo firmantes,

Mario Fernando López Ramírez

José Fernando Estrada Pazos

Vivian María Barrios González

Omar Alejandro Morales Reyes



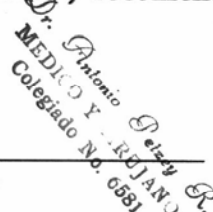
Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"PRÁCTICAS MÉDICAS APLICADAS POR EL PERSONAL
MÉDICO Y PARAMÉDICO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO"**

Estudio prospectivo realizado en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en mujeres gestantes durante la atención del parto eutócico, en el período del 1 de mayo al 12 de junio del 2009

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.


Firma y sello
Asesor




Firma y sello
Revisor

No. de Reg. de Personal 20040181

RESUMEN

El presente estudio se realizó con base a la atención del trabajo de parto y sus períodos. **Objetivo:** Identificar las prácticas médicas utilizadas por personal médico y paramédico en la atención del parto de la mujer gestante en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala. **Metodología:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo en el cual se tomaron en cuenta todos los casos de partos eutócicos simples atendidos en el servicio de Labor y Partos, durante el período comprendido del 1 de mayo al 11 de junio del 2,009, realizando turnos de 24 horas por cada investigador, lo cual favoreció que la información recopilada fuese confiable, objetiva, y por ende, libre de sesgo, la cual se ingresó en una hoja electrónica en Excel, para formar una base de datos de todos los casos. **Resultados:** Se llevó a cabo el seguimiento del trabajo de parto de 584 pacientes. De las prácticas de la categoría A se realizó el 74.9%, de la categoría B el 46.1%, de la categoría C el 92.1%. Los estudiantes externos atendieron 483 partos. **Conclusiones:** El personal médico que más participó en la atención del parto fueron los estudiantes externos con un 83%. Este estudio evidenció que la categoría C, prácticas sin clara evidencia para fomentarlas, fue la que más se utilizó, mostrando que la mayoría de partos se atienden sin una base teórica y práctica, por lo que se recomienda realizar un protocolo adecuado a las necesidades de la institución para atender adecuadamente el trabajo de parto.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Contextualización del área de trabajo	5
3.2 Conceptualización	7
4. METODOLOGÍA	31
4.1 Tipo y diseño de la investigación	31
4.2 Unidad de análisis	31
4.3 Población y muestra	31
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	31
4.5 Definición y operacionalización de variables	32
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	33
4.7 Aspectos éticos de la investigación	34
4.8 Procesamiento y análisis de datos	35
5. RESULTADOS	37
5.1 Categorías más frecuentemente utilizadas en la atención del parto eutócico por el diferente personal médico y paramédico	38
5.2 Práctica médicas menos frecuentemente utilizada de la categoría A en cada periodo del parto	41
5.3 Prácticas médicas utilizadas en la categoría B y categoría C	44
6. DISCUSIÓN	47
7. CONCLUSIONES	51
8. RECOMENDACIONES	53
8.1 Al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt	53
8.2 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	53
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
10. ANEXOS	63

1. INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) la razón de mortalidad materna en Guatemala en el 2008 fue de 148.88 x 100,000 nacidos vivos, y de estos en el área de Sacatepéquez fue de 99.09 x 100,000 nacidos vivos. (1,2).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala, reportó de 378 a 420 muertes anuales relacionadas a la atención del parto en el período de 1998 al 2000. (3,4)

En Guatemala el 54% del total de los embarazos ha tenido algún tipo de complicación durante la atención del parto como retención placentaria, atonía uterina, distocias y sepsis. En el año 2008, en los meses de enero a mayo, se registró un 28% de morbilidad materna en Sacatepéquez, correspondiendo un 38.67% al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala. En este hospital el 5% de los casos complicados fue trasladado a Hospitales de Referencia Nacional. (5,6,7)

Las prácticas médicas en la atención del parto y sus períodos en la paciente guatemalteca, son una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario cumplir los parámetros mínimos que permitan garantizar una atención de calidad, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos. (8,9)

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), organizó las prácticas médicas en categorías según su efectividad. (10,11)

En las Prioridades de Investigación en Salud 2006-2010, se establece que en los problemas prioritarios en el país se incluyen las cuatro demoras en la atención del parto. (12,13)

En el plan estratégico para reducir la morbimortalidad materna 2004-2008 del MSPAS se definen intervenciones integrales, incluyendo a la cuarta demora, como: 1) Parto limpio y seguro, 2) Atención oportuna del post parto: garantizando que la paciente tenga un buen seguimiento en el post parto, por ser este el período de mayor riesgo; utilizando recursos como: un manual de guías de manejo de la emergencia obstétrica, el uso adecuado del Partograma para los servicios de maternidad, entre otros. (3,14,15)

Por lo tanto, fue de vital importancia realizar el presente trabajo prospectivo descriptivo para identificar las prácticas médicas aplicadas en la atención del trabajo de parto en sus distintos períodos en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Las categorías de las prácticas médicas son: A) Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas, B) Prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas, C) Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clasifiquen el tema y D) Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente. (10, 11)

Las prácticas médicas de la categoría A, según la teoría, debieron ser utilizadas en un 100%, sin embargo únicamente se aplicó el 74.9%. La categoría B, aún siendo prácticas dañinas, fueron utilizadas en un 46.1% de los casos.

Este estudio evidenció que la categoría C, prácticas sin clara evidencia para fomentarlas, fue la que más se utilizó (92%), mostrando que la mayoría de partos se atienden sin una base teórica y práctica, por lo que se recomienda realizar un protocolo adecuado a las necesidades de la institución para atender adecuadamente el trabajo de parto.

Las prácticas médicas de la categoría D no se tomaron en cuenta ya que el presente estudio es de tipo descriptivo y debido a que para poder determinar éstas prácticas se necesita un estudio comparativo.

Lo expresado anteriormente favorecerá implementar medidas que permitan brindar una atención de calidad en dicha Institución.

2. OBJETIVOS

2.1 General:

- Identificar las prácticas médicas utilizadas por personal médico y paramédico en la atención del parto de la mujer gestante en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

2.2 Específicos:

- Identificar las categorías más frecuentemente utilizadas en la atención del parto eutócico por el diferente personal médico y paramédico.
- Identificar la práctica menos frecuentemente utilizada de la categoría A en cada periodo del parto.
- Identificar las prácticas médicas utilizada en:
 - Categoría B
 - Categoría C

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 Generalidades

La República de Guatemala es uno de los países que forman América Central. Limita al Norte y el Oeste con México, al Norte y el este con Belice y el mar Caribe, al Sur con el Océano Pacífico y al Sur y el Este con Honduras y El Salvador. Tiene una extensión de 108.890 km², la capital es Ciudad Guatemala, que es la ciudad más poblada del país. (16)

Según la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el 2009 la población total de Guatemala es de 13,677,815 habitantes. A diferencia de otros países americanos en Guatemala son mayoría los descendientes de los indígenas, principalmente mayas, que suponen hasta el 55% de la población. Los mestizos y los criollos son un 39%, y en conjunto se les conoce como ladinos. (16)

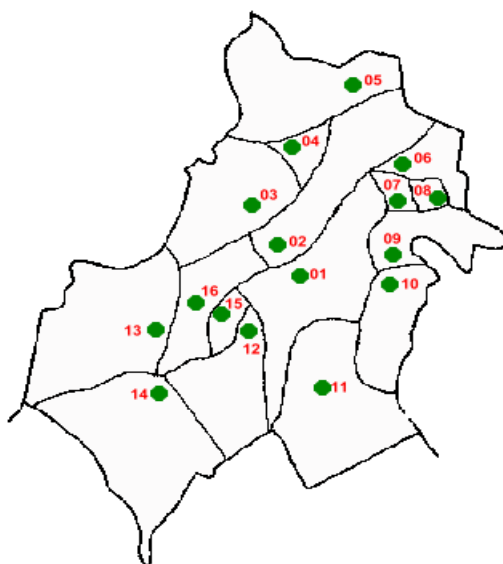
Posee veintidós departamentos dentro de los cuales está Sacatepéquez que pertenece a la región central. (16)

3.1.2 Sacatepéquez

El departamento de Sacatepéquez está situado en la región V o Central de la República a 1,530 metros sobre el nivel del mar y pertenece al "Complejo Montañoso del Altiplano Central". Su cabecera departamental es Antigua Guatemala y se encuentra a 54 kilómetros de la ciudad capital de Guatemala. Cuenta con una extensión territorial de cuatrocientos sesenta y cinco (465) kilómetros cuadrados, con los siguientes límites: Al Norte, con el departamento de Chimaltenango; al Sur, con el departamento de Escuintla; al Este, con el departamento de Guatemala; y al Oeste, con el departamento de Chimaltenango, posee una temperatura máxima de 25 grados centígrados y una mínima de 13 grados centígrados. El idioma oficial es el español. (17, 18)

Sacatepéquez está integrado por 11 municipios. Según el INE la población para el 2009 es de 296,890. Uno de sus municipios, Antigua Guatemala, tiene una población de 47,049, de la cual el 7.92% es indígena y el 78.4% es población urbana. En el año 2008, el MSPAS reportó una población de mujeres en edad fértil de 68,773, esperando 7,505 embarazos. La tasa de natalidad es de 22.1 y la tasa de fecundidad de 86.4. (6, 17, 18)

Departamento de Sacatepéquez



1. Antigua Guatemala, 2. Jocotenango, 3. Pastores, 4. Santo Domingo Xenacoj, 5. Sumpango 6. Santiago Sacatepéquez, 7. San Bartolomé Milpas Altas, 8. San Lucas Sacatepéquez, 9. Santa Lucía Milpas Altas, 10. Magdalena Milpas Altas, 11. Santa María de Jesús, 12. Ciudad Vieja, 13. San Miguel Dueñas, 14. Alotenango, 15. San Antonio Aguas Calientes, 16. Santa Catarina Barahona (17)

3.1.3. Hospital Pedro de Bethancourt

En el municipio de Antigua Guatemala, se encuentra la aldea San Felipe de Jesús en donde está ubicado el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, el cual tiene 6 departamentos (medicina interna, cirugía, traumatología, pediatría, gineco-obstetricia y nutrición).

El departamento de gineco-obstetricia cuenta con 17 médicos especialistas, 4 de ellos realizan guardias, junto con 1 residente, 2 internos y 6 externos por turno, los cuales están encargados del manejo de las pacientes embarazadas en el servicio de labor y partos, que son en promedio 513 mensualmente. (17, 18)

3.2 Conceptualización

3.2.1 Trabajo de parto normal

Se conoce como trabajo de parto normal desde el inicio de las contracciones uterinas regulares hasta la expulsión de la placenta. (19, 20)

En 1996 la OMS definió el parto como aquel de comienzo espontáneo, desde el inicio del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. (21, 22)

Por definición, el comienzo del trabajo de parto normal es espontáneo, por lo tanto se inicia en la casa, y es la propia mujer y su familia quienes controlan sus condiciones y evolución durante las primeras etapas. (21)

El parto, como práctica natural que ha acompañado el desarrollo de la especie humana, ha estado influido por el desarrollo de la profesión médica y su impacto sobre las prácticas sanitarias. A ello debemos sumar el cambio en las percepciones, valoraciones y expectativas de la comunidad, especialmente de las mujeres, en torno al significado de este momento único e irrepetible de la vida de las personas. Estas circunstancias han condicionado la aparición de puntos de encuentros donde se produce un debate entre el saber y el quehacer. (23, 24)

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres. (23, 24)

El conocer las prácticas médicas aplicadas en la atención del parto permite a la Institución mejorar la calidad de atención a las pacientes que acuden a la misma y de esa forma disminuir la morbilidad materna, así como las complicaciones del parto.

El parto, como práctica natural que ha acompañado el desarrollo de la especie humana, ha estado influido por el desarrollo de la profesión médica y su impacto sobre las prácticas sanitarias. A ello debemos sumar el cambio en las percepciones, valoraciones y expectativas de la comunidad, especialmente de las mujeres, en torno al significado de este momento único e irrepetible de la vida de las personas. Estas circunstancias han condicionado la aparición de puntos de encuentros donde se produce un debate entre el saber y el qué hacer. (23)

El trabajo de parto es un fenómeno normal para la mujer, tiene como objetivo la salida del feto a través de los genitales maternos.

Para que esto suceda se producen modificaciones a nivel materno y fetal, de las cuales nombraremos algunas:

- Contracciones uterinas: Son involuntarias, se presentan de 3 a 5 en 10 minutos en forma regular durante la progresión del trabajo de parto, duran entre 40 a 60 segundos y se acompañan de dolor cuya intensidad es muy variable. El dolor de las contracciones durante el trabajo de parto es mejor tolerado por las mujeres que cuentan con buena información y apoyo familiar. Durante el trabajo de parto la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones se controlan en forma clínica y/o mediante un monitoreo electrónico. (19, 20)
- Borramiento y dilatación del cuello uterino: Como consecuencia de las contracciones uterinas el cuello del útero se borra (se afina) y se dilata (se abre) para permitir que progresivamente descienda la cabeza fetal a través del canal del parto. La dilatación cervical define el inicio del trabajo de parto cuando ésta es de 3 cm o mayor. Cuando es completa (10 cm) permite el pasaje del feto por la pelvis materna. La dilatación cervical será controlada mediante tacto vaginal durante la progresión del trabajo de parto a juicio del profesional actuante. (19, 20)

- Trabajo de parto verdadero:
 - Las contracciones se presentan a intervalos regulares
 - Los intervalos se acortan de modo gradual
 - La intensidad aumenta de manera gradual
 - Hay molestias en el dorso y el abdomen
 - Las molestias no se detienen por la sedación
- Falso trabajo de parto:
 - Ocurren contracciones a intervalos irregulares
 - Los intervalos siguen siendo prolongados
 - La intensidad se mantiene sin cambios
 - Las molestias ocurren en la porción inferior del abdomen
 - El cuello uterino no se dilata
 - Las molestias suelen aliviarse por sedación (19, 20)

En el segundo período del parto, los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. (19, 20)

El trabajo de parto se caracteriza por su brevedad y variación biológica considerable. Se puede diagnosticar de manera confiable el trabajo de parto activo cuando la dilatación del cuello uterino es de 3 cm o más en presencia de contracciones uterinas. Una vez que se alcanza ese umbral de dilatación del cuello uterino, puede esperarse un avance normal hasta el parto, dependiendo de la paridad, en las siguientes 4 a 6 horas. Se vigila el avance previsto durante un segundo período de 1 a 2 horas para favorecer la seguridad fetal. Por último, casi todas las mujeres en trabajo de parto espontáneo, independientemente de su paridad y sin auxilio, darán a luz en casi 10 horas después del ingreso por trabajo de parto espontáneo. La actividad uterina insuficiente es una causa frecuente y corregible del avance anormal del trabajo de parto. (19, 20)

3.2.2 Períodos del parto

Se conoce como períodos del parto las etapas por las cuales pasa una mujer durante el transcurso del trabajo de parto. Los períodos son tres:

- Primer período: dilatación.
- Segundo período: expulsión.
- Tercer período: alumbramiento. (21, 25)

3.2.2.1 Primer período del trabajo de parto: Dilatación

El reconocimiento del inicio del trabajo de parto es uno de los aspectos más importantes en la vigilancia del mismo, dado que si ésta es incorrecta, puede resultar en intervenciones innecesarias. Los signos del comienzo del trabajo de parto son:

- Contracciones regulares, que pueden ser dolorosas o no.
- Reblandecimiento y centralización del cuello.
- Borramiento y/o dilatación del cuello uterino. (19, 21, 25)

La pérdida de líquido amniótico no necesariamente implica el inicio del trabajo de parto (rotura prematura de membranas). El inicio del trabajo de parto puede no ser tan claramente reconocido ya que existe un período de duración variable llamado pre-parto durante el cual se manifiestan contracciones de intensidad intermedia (entre las del embarazo y las de trabajo de parto) y frecuencia no regular. Son estas contracciones las que pueden llevar a un diagnóstico erróneo de comienzo del trabajo de parto. (22,25)

Es importante destacar que la pérdida del tapón mucoso, acompañado o no por estrías sanguinolentas, no es un signo de comienzo de trabajo de parto dado que el mismo puede expulsarse hasta varios días antes o no aparecer aunque el parto haya comenzado. A pesar de estas dificultades, el profesional responsable de la admisión debe ser capaz de distinguir entre un falso comienzo y un comienzo verdadero del trabajo de parto. Es necesario un examen vaginal cuidadoso para detectar las modificaciones del cuello dado que la subjetividad del observador puede involuntariamente sesgar el diagnóstico. Es conveniente, frente a la duda, realizar un corto período de observación y un nuevo tacto a las dos horas para evaluar cambios, antes que una internación no apropiada o apresurada. (21, 22, 25)

3.2.2.2 Segundo período del trabajo de parto: Expulsión

Corresponde al momento de la expulsión del niño. Las contracciones uterinas disminuyen la circulación placentaria reduciendo la oxigenación del feto. Además de las contracciones intensas y frecuentes, características de este período, el pujo y el decúbito dorsal pueden reducir aún más la circulación útero placentaria. Esta disminución de la oxigenación, si es marcada, se acompaña de acidosis fetal. Si bien hay grandes diferencias en el grado y efecto de estos procesos, es necesario vigilar

cuidadosamente la condición fetal durante este período. El comienzo del segundo período del trabajo de parto está dado por los siguientes síntomas:

- La mujer siente presión en el recto, ya sea por la bolsa de las aguas o por la presentación.
- Usualmente la dilatación es completa, aunque a veces la mujer siente la necesidad de pujo antes que ésta se complete. (21, 22, 25)

3.2.2.3 Tercer período del trabajo de parto: Alumbramiento

El manejo activo del alumbramiento o tercer período del parto consiste en un conjunto de intervenciones para la prevención de la hemorragia postparto. Estas intervenciones comprenden: la administración profiláctica de un uterotónico en el momento o inmediatamente después del parto, pinzamiento y corte del cordón umbilical, y tracción controlada del mismo para la expulsión de la placenta. Por otra parte, la conducta expectante implica una política de "no intervención", donde se espera la aparición de signos de separación de la placenta y su expulsión espontánea, y el pinzamiento tardío del cordón umbilical. Los componentes de la conducta activa no se emplean de rutina. Como uterotónicos se han estudiado: oxitocina, derivados del cornezuelo de centeno (ergometrina), sintometrina (oxitocina + ergometrina) y prostaglandinas (misoprostol). Pinzamiento temprano del cordón es el que se realiza antes de los 3 minutos del parto o antes de que deje de latir. (19, 20, 23, 25)

En el tercer período del trabajo de parto se produce la separación de la placenta y la expulsión de la misma; esto tiene potenciales riesgos de hemorragia para la madre. La hemorragia postparto es una de las principales causas de mortalidad materna; la mayoría de los casos ocurre en países en desarrollo. La incidencia de hemorragia postparto y retención de placenta se encuentra aumentada cuando existen factores predisponentes como embarazo múltiple, oligohidramnios y cuando se producen complicaciones durante el trabajo de parto, como trabajo de parto prolongado, parto obstruido y/o parto instrumental. La hemorragia postparto y la retención placentaria pueden ocurrir más frecuentemente si estas complicaciones están presentes en la historia obstétrica de la mujer, por lo que constituyen factores de riesgo que deben identificarse durante el control prenatal y el trabajo de parto. Sin embargo, también pueden ocurrir en mujeres de bajo riesgo. (19, 20, 21, 25)

El manejo del tercer período del trabajo de parto puede influenciar en la incidencia de estas complicaciones. (19, 25)

3.2.3 Prácticas médicas

Como prácticas médicas se conoce a las actividades, procedimientos e intervenciones realizadas en la atención en salud. Existen prácticas médicas específicas para el área de gineco-obstetricia, así para la atención del parto. (9)

3.2.3.1 Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto:

En muchos lugares se prohíbe la ingesta de alimentos y se limita la administración de líquidos durante todo el trabajo de parto. Esto se debe al temor de que, si se utiliza anestesia general, se produzca una aspiración de contenido gástrico - Síndrome de Mendelson. Sin embargo, la morbilidad materna por aspiración de contenido gástrico es de 7/10,000,000 de casos. Una restricción en la ingesta no garantiza una reducción del contenido gástrico y la anestesia general es usada excepcionalmente en las intervenciones obstétricas. En general, la suspensión de la ingesta de alimentos no molesta a las mujeres en trabajo de parto, ya que la mayoría no experimenta deseos de comer durante el mismo, pero muchas necesitan tomar líquidos los que no deben ser restringidos. Por otra parte, el parto requiere una gran cantidad de energía. Como la duración del mismo no puede predecirse, no debería restringirse en forma absoluta el ingreso de alimentos. En un parto prolongado esta restricción puede conducir a deshidratación y cetosis. Estas complicaciones pueden evitarse permitiendo una alimentación ligera y líquidos por boca. La imposición de restricciones favorece la idea de que el parto es un evento médico y no un evento natural. (21, 22, 26).

3.2.3.2 Dolor y analgesia:

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, aunque la reacción frente al mismo tiene características distintas según la personalidad de la misma. Una de las tareas más importantes que debe realizar la persona que asiste el parto es la de ayudar a la mujer a tolerar el dolor. Sin duda, distintas circunstancias pueden ocasionar mayor dolor. Los partos prolongados, los inducidos, los conducidos con oxitocina, los complicados por distocia, y los terminados en forma instrumental producen mayor dolor que los partos “normales”. (21, 27)

Se describen métodos farmacológicos y no farmacológicos para el alivio del dolor durante el parto; como métodos no farmacológicos se conoce: acompañamiento, inmersión en agua, acupuntura, masajes, pelotas de goma. (21, 22)

3.2.3.2.1 Control del dolor con analgesia epidural

La analgesia epidural es el método para el alivio del dolor más estudiado y difundido. Consiste en el bloqueo nervioso central mediante la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que transmiten dolor, en la región lumbar, para el alivio del dolor durante el parto. En algunos países se está utilizando como alternativa al bloqueo, la administración inhalatoria de óxido nitroso al 50%. (23)

Una forma de aliviar el dolor es la administración de fármacos o de analgesia epidural. Sin embargo, es importante el manejo no farmacológico del dolor. Este comienza durante el cuidado prenatal, y continúa durante la atención del trabajo de parto y del parto, brindando toda la información necesaria acerca de la evolución del mismo. Esto hace que la mujer sepa qué le pasará y porqué, y en consecuencia esté preparada para enfrentar el dolor. El apoyo brindado por el acompañante es el factor más importante para el alivio del dolor. Se ha comprobado que disminuyen el stress y el temor, ambas causas de aumento del dolor. Se debe dar la oportunidad a la mujer para que adopte la posición en la que se sienta más cómoda, ya sea en la cama o fuera de ella. Puede caminar, permanecer sentada o acostarse según ella lo desee. La única posición que debe desaconsejarse es el decúbito dorsal durante el primer estadio del trabajo de parto. Muchas mujeres se sienten aliviadas con una ducha, un baño o algún tipo de masaje, que puede ser brindado por el familiar. En algunas culturas aborígenes el rezo durante el trabajo de parto produce alivio. Otras técnicas como acupuntura, baños de inmersión, hierbas y aromaterapia con aceites no han demostrado ser efectivas en trabajos randomizados hasta el momento (OMS 1996). (21, 26, 27)

3.2.3.3 Toma de signos vitales:

Al ingresar la mujer se deben medir la temperatura axilar, el pulso y la presión sanguínea. Estas tres determinaciones pueden tener implicancias en el resultado final y por lo tanto no deben ser menospreciadas y se reiterarán cada 4 horas. La medida de la temperatura, como recomienda la OMS, es importante ya que una elevación de la misma puede ser el

primer signo de una infección, especialmente en casos de partos prolongados y/o de roturas prematuras de membranas. Un tratamiento precoz puede prevenir una sepsis. (21, 26, 27)

3.2.3.4 Monitorización fetal:

La relación entre bienestar y frecuencia cardíaca fetal (FCF) ha sido investigada en numerosos estudios. Es sabido que anomalías de la FCF como bradicardia ($<120/\text{min}$), taquicardia ($>160/\text{min}$), disminución de la variabilidad y desaceleraciones, pueden reflejar una alteración de la salud fetal. Hay dos métodos para controlar la frecuencia cardíaca: auscultación intermitente y monitoreo fetal electrónico continuo. La auscultación intermitente puede realizarse con un estetoscopio de Pinard o con aparato de ultrasonido doppler manual. (21, 25)

Se realiza habitualmente cada 30 minutos en el período dilatante y después de cada contracción en el período expulsivo. Sus ventajas son su simplicidad y su escaso costo. El monitoreo electrónico continuo se realiza durante el trabajo de parto de alto riesgo. Su uso está habitualmente limitado a instituciones de mediana y gran complejidad. (21, 25, 26)

Aunque la información es más objetiva con este método que con la auscultación intermitente, la interpretación de los trazados puede ser difícil y puede que la misma sea distinta con diferentes observadores y aún con el mismo observador en distintos momentos. La sensibilidad de este método para detectar alteraciones de la salud fetal es alta, pero su especificidad es baja. Por lo tanto, existe un alto porcentaje de falsos positivos con un número elevado de intervenciones innecesarias, sobre todo si se usa en casos de bajo riesgo. (25, 26, 27, 28)

3.2.3.4.1 Comparación entre auscultación intermitente y monitoreo electrónico continuo:

Estos dos métodos han sido comparados en numerosos estudios (Haverkamp et al. 1976, Kelso et al. 1978, Mac Donald et al. 1985, todos los grupos de monitoreo electrónico continuo. Lo mismo ocurrió con los partos instrumentales. La revisión Cochrane evaluó nueve ensayos clínicos en los cuales se encontraron 18,000 embarazadas. Los resultados indican que el monitoreo electrónico continuo de la FCF no disminuyó la mortalidad perinatal y se asoció con un aumento significativo en la tasa de operación cesárea y de

partos vaginales asistidos. En uno de estos ensayos, el grupo con monitoreo continuo tuvo un menor número de convulsiones neonatales. El monitoreo electrónico continuo cuenta con una aceptación muy grande por parte de los equipos de salud y de las mujeres embarazadas. Los primeros creen que es el método más conveniente para la valoración fetal y que puede ser más útil en caso de problemas médico legales. Las embarazadas creen erróneamente que el uso de tecnología más sofisticada produce mejores resultados neonatales. (21, 22)

3.2.3.5 Posición y movimiento durante el primer período del trabajo de parto:

Estudios clínicos muestran que la posición supina durante el primer período del trabajo de parto afecta el flujo sanguíneo en el útero, dado que el peso del mismo puede causar la compresión aortocava, reduciendo el flujo sanguíneo y comprometiendo así la condición fetal. (21, 23, 26)

También la posición supina reduce la intensidad de las contracciones y esto interfiere en el progreso del trabajo de parto. En cambio, en posición de pie y en decúbito lateral, las contracciones son de mayor intensidad facilitando así el progreso del trabajo de parto. Algunos estudios demostraron que cuando se da libertad de movimientos se requiere menos analgesia. Un estudio (Flynn 1978) halló una significativa reducción de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal en la posición de pie, pero otros estudios no detectaron diferencias en los resultados neonatales. Gupta et al. en el año 2003 demostraron una reducción en la tasa de nacimientos por operación cesárea, en episiotomías y en el dolor en el segundo estadio del parto en las embarazadas que permanecieron de pie versus las que permanecieron en posición supina. (21, 26, 29)

A pesar de que se conoce la evidencia sobre el efecto positivo de las distintas posiciones que puede adoptar la mujer en el primer período del trabajo de parto, la posición supina prevalece sobre otras, dado que la libertad de movimiento se ve limitada por el uso indebido de vías intravenosas y el equipamiento en la monitorización. Esto impide que las mujeres puedan caminar, pararse, sentarse, tomar una ducha relajante, etc. (22, 29, 30, 31)

3.2.3.6 Uso de partograma:

El control del progreso del trabajo de parto es de fundamental importancia, dado que la prolongación del mismo se asocia frecuentemente con resultados adversos tanto maternos como fetales. (21, 22, 25)

La evaluación se realiza con la observación y el examen de la mujer: apariencia, comportamiento, contracciones, dilatación del cuello y descenso de la presentación. Clásicamente se acepta que, una vez iniciado el trabajo de parto, éste se encuentra detenido cuando luego de una hora en la multípara y de tres horas en la nulípara con contractilidad normal y sin desproporción céfalo-pélvica, la cabeza fetal no ha descendido, ni rotado y la dilatación cervical permanece estacionaria. (21, 22, 25)

Una forma de evaluar desde el comienzo el progreso de la dilatación cervical es por medio de la utilización del partograma con sus curvas de alerta. Estas fueron desarrolladas por el CLAP-OPS/OMS sobre 1188 partos eutócicos, con feto único y presentación cefálica, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con la evolución normal de sus recién nacidos. Estas curvas consideran la evolución de la dilatación cervical en diferentes condiciones maternas: paridad (nulípara o multípara), posición materna (vertical u horizontal) y estado de las membranas ovulares. De la combinación de estas variables se cuenta con cinco diferentes curvas de alerta que parten de los cuatro/cinco centímetros de dilatación. (21, 22, 30, 32, 33, 34)

El partograma constituye un recurso práctico para evaluar el progreso del trabajo de parto de un caso individual. Marca un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Permite alertar precozmente ante aquellos casos que insinúan un enlentecimiento del trabajo de parto. Evita el uso innecesario de maniobras y medicamentos ya que supone evaluación y eventual conducta activa cuando el registro efectuado traspasó la línea de alerta. Brinda tiempo suficiente para corregir la anomalía en el propio lugar o para referirla a un centro de mayor complejidad. Por todas estas razones debe realizarse en forma simultánea con lo que está sucediendo y no reconstruirlo al finalizar el parto. (25, 30, 32)

Un estudio multicéntrico (Souverbielle B.E., O'Brien M.E. 1994) demostró que con el uso del partograma disminuye: trabajo de parto prolongado (6,4% vs. 3,4%), número de intervenciones (20,7% vs. 9,1%), operación cesárea de urgencia (9,9% vs. 8,3%), cesárea en embarazos simples sin factores de riesgo (6,2% vs. 4,5%) y complicaciones intraparto (0,5% vs. 0,3%). En el partograma se toman en cuenta los siguientes requisitos: nombre de la paciente, número de historia clínica, fecha y hora, signos vitales maternos, valores para la línea de alerta; y los indicadores del progreso del trabajo de parto son variedad de posición, paridad, membranas ovulares, frecuencia cardíaca fetal, dilatación, frecuencia de contracciones. (anexo 1) (21, 25, 30, 32, 34)

3.2.3.7 Medida preventiva: uso de oxitócicos:

La oxitocina debería usarse en forma profiláctica en el tercer período del trabajo de parto en todas las mujeres con alto riesgo de hemorragia. La anemia produce consecuencias importantes sobre la salud de la madre y el cuidado de su hijo. Teniendo en cuenta la elevada incidencia de anemia en las mujeres de Argentina, se recomienda la administración rutinaria de oxitocina en los lugares donde la prevalencia de anemia supera al 30%. En estos casos, se administran 10 UI de oxitocina en el momento de la salida del hombro anterior o luego del parto del recién nacido, por vía intramuscular (o vía endovenosa si hay una venoclisis colocada). Las dos drogas usualmente utilizadas en el tercer período del trabajo de parto (oxitocina y derivados de la ergotamina) han sido investigadas en muchos estudios. Ambas disminuyen la pérdida de sangre pos-parto. (21, 22, 25, 28)

Las complicaciones con el uso de estas drogas son náuseas, vómitos, cefalea e hipertensión pos-parto y ocurren más frecuentemente con los derivados de la ergotamina. Además, el uso de ergotamina se asocia, muy raramente, con hemorragia intracerebral, infarto de miocardio, convulsiones y edema pulmonar. La evidencia disponible sugiere que la oxitocina es mejor que los derivados de la ergotamina. (30, 35, 36, 37, 38).

En esta práctica médica se recomienda:

- No pinzar el cordón con latido como práctica habitual.
- Al no existir uniformidad respecto al alumbramiento expectante o activo como práctica en el Sistema Nacional de Salud, se recomienda realizar una investigación sobre el riesgo de sangrado en la tercera fase del parto, en partos seguidos en condiciones fisiológicas no intervenidos y en aquellos con manejo activo, que aporte conocimiento útil para poder elaborar las oportunas recomendaciones. (22, 23, 25, 38).

3.2.3.8 Examen sistémico de la placenta y membranas ovulares:

Una vez eliminada la placenta se debe proceder al examen minucioso de la misma colocándola sobre una superficie plana a los efectos de reconocer su integridad. Se observa primero la cara fetal y luego se invierte para evaluar la cara materna. La superficie desgarrada de la placenta es índice de retención parcial de cotiledones. El examen de las membranas comprende la observación de su orificio de rotura tratando de reconstruir la bolsa amniótica para evaluar la integridad de la misma y la existencia o no de cotiledones aberrantes. En algunas comunidades aborígenes, el tratamiento respetuoso de la placenta es un componente cultural del parto que debe ser tenido en cuenta. (21)

3.2.3.9 Uso rutinario de enemas:

Es la administración de enema a la parturienta durante el primer período del parto con la finalidad de reducir las infecciones puerperales y neonatales. Supuestamente evitaría el contacto de la materia fecal materna con posibles heridas en el recién nacido. Es un procedimiento incómodo para la madre y aumenta en forma injustificada el gasto sanitario. Se administra de acuerdo a las preferencias del profesional que asiste el parto, sin considerar la incomodidad que produce en las mujeres y el incremento de los costos en la atención del parto. (22, 23, 26, 29, 30, 39)

Los enemas todavía son utilizados en muchísimos lugares, debido a la creencia que estimulan las contracciones uterinas y que el intestino grueso evacuado permite un mejor descenso de la presentación. (26)

En el pasado se pensaba que reducían la contaminación perinatal y, por lo tanto, la infección de la madre y del niño. Sin embargo, los enemas son indudablemente molestos, llevan implícito un riesgo potencial de

lesión intestinal y aumentan innecesariamente los costos de la atención y el tiempo no útil del personal. Se han comunicado casos de colitis, gangrena y shock anafiláctico tras la aplicación de enemas. Dos estudios randomizados controlados (Romney y Gordon 1981) (Drayton y Rees 1984) mostraron que, con el uso de enema, la tasa de escurrimiento fecal no se modifica en el primer período del parto, aunque se reduce durante el segundo. No se detectaron efectos sobre la duración del parto, ni sobre la infección neonatal o la herida perineal. (21, 22, 26, 29, 30, 39)

En esta práctica médica se recomienda:

- Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante.
- Aplicar opcionalmente, previa información, si la gestante lo desea por algún motivo. (23, 26, 33, 39)

3.2.3.10 Rasurado perineal:

Rasurado del periné en forma habitual durante el trabajo de parto con el propósito de disminuir el riesgo de infecciones maternas en caso de episiotomía o desgarro, y facilitar la sutura del perineo si es necesario. (21, 22, 23, 26)

Desde hace muchísimos años se ha demostrado que el rasurado perineal no es una práctica beneficiosa, sin embargo es todavía muy usado, con el criterio de reducir la infección y facilitar la sutura de la episiotomía o de los desgarros. Se cuestiona su indicación, ya que por el contrario, podría haber infección en la piel por micro abrasión en la zona afeitada. (22, 26, 29)

Las evidencias científicas muestran que el riesgo de infección no disminuye, incluso su uso rutinario puede aumentar el riesgo de infección por VIH y por el virus de Hepatitis B. También aumenta los costos sin ningún beneficio. El nuevo crecimiento del vello produce molestias e incomodidad. Se practica sin tener en consideración las preferencias de las mujeres. Es posible reemplazar el rasurado por el recorte del vello perivulvar/perineal con tijera. (29, 30, 33, 40)

En esta práctica médica se recomienda:

- Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto.

- Opcionalmente, y si se considera necesario al momento de realizar una sutura, se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, o según preferencia de la parturienta. (22, 23, 26, 33, 40)

3.2.3.11 Posición materna durante el segundo periodo del parto:

La posición adoptada por las parturientas durante el periodo expulsivo está influenciada fuertemente por normas culturales que se han adaptado a las demandas de los profesionales y a las restricciones impuestas por los procedimientos médicos, lo que restringe las opciones de posición que adoptan las mujeres. La posición de decúbito dorsal o semirecostada es ampliamente utilizada, con el argumento de facilitar el rápido acceso del médico al abdomen materno y facilitar dichos procedimientos. Existe controversia acerca de las ventajas o desventajas de la posición vertical (sentada, semidecúbito, arrodillada, en cuclillas) respecto a la supina o litotomía durante el periodo expulsivo. (23, 29, 33, 36, 41)

Hay un gran número de estudios que sugieren que la posición semisentada (vertical) o en decúbito lateral durante el segundo período del trabajo de parto tienen mayores ventajas que la posición en decúbito dorsal. Además, la posición vertical es más confortable, las mujeres refieren menos dolor y hay evidencias de menor trauma perineal y menos infecciones. (21, 26, 31, 33)

En esta práctica médica se recomienda:

Ya que los resultados de la literatura disponible deben interpretarse con precaución, y hasta que se disponga de datos de estudios clínicos más rigurosos, las recomendaciones deberían considerarse como tentativas.

Teniendo en cuenta los potenciales beneficios, se sugiere:

- Permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran.
- Decidir libremente qué posición adoptar durante todo el proceso, incluido el expulsivo.
- Capacitar a profesionales de la atención al parto en las diferentes posiciones.
- Investigar las percepciones de las mujeres y los factores que influyen en la elección de las posiciones que adoptan. (23)

3.2.3.12 Inserción de cánula intravenosa profiláctica de rutina:

La colocación rutinaria de una cánula intravenosa (venoclísis) con soluciones glucosadas ha sido evaluada en numerosos trabajos. El aumento de los niveles de glucosa en la sangre materna se acompañan del aumento de niveles de insulina y esto produce aumento en plasma de los valores de glucosa en el recién nacido y disminución del pH en la sangre arterial en el cordón umbilical. Si la madre recibe más de 25 g de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto y parto, se puede producir hiperinsulinismo fetal. Esto puede producir hipoglucemia neonatal y aumentar los niveles de lactato en sangre. El uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a la hiponatremia, tanto a la madre como al recién nacido. La colocación rutinaria de venoclísis, además, interfiere con el proceso natural del parto y disminuye las posibilidades de las mujeres de moverse libremente. (21, 29)

3.2.3.13 Manejo activo del trabajo de parto

Dos procedimientos se utilizan para el “manejo activo del trabajo de parto”: amniotomía temprana e infusión intravenosa de oxitocina. Hay evidencias científicas que demuestran que su utilización rutinaria no produce beneficios en la evolución de un trabajo de parto normal. (21, 36)

3.2.3.13.1 Amniotomía temprana:

La amniotomía temprana interfiere con el tiempo fisiológico en el cual se rompen las membranas. En condiciones normales las membranas permanecen intactas hasta que la dilatación es completa, lo que ocurre en el 75% de los casos. En estudios controlados se observó un aumento en la aparición de desaceleraciones tipo I en la frecuencia cardíaca fetal en el grupo con rotura de membranas y un aumento estadísticamente significativo del modelaje cefálico. Estudios randomizados sugieren que la amniotomía temprana reduce entre 60 y 120 minutos la duración del trabajo de parto, con una tendencia hacia el aumento del porcentaje de cesáreas no significativa. Estos trabajos no muestran evidencia de efectos favorables ni desfavorables sobre el recién nacido. (21, 22, 25)

3.2.3.13.2 Infusión intravenosa de oxitocina:

La administración de oxitocina es de uso frecuente para acelerar el trabajo de parto, tanto con membranas íntegras como rotas. La

combinación con la amniotomía temprana se denomina “manejo activo del trabajo de parto”. Esta técnica, con diferentes modificaciones, fue ampliamente adoptada. De acuerdo con los protocolos originales en el manejo activo del trabajo de parto se realiza la amniotomía y luego, una hora después, se realiza el tacto vaginal; si la dilatación avanzó menos de 1 cm se administra oxitocina. Esta práctica ha sido estudiada en un gran número de ensayos clínicos controlados, sólo uno mostró acortamiento del trabajo de parto con el uso de oxitocina. No hubo diferencias entre los grupos tratados y controles en cuanto al Apgar e internación en unidades especiales del recién nacido. Las mujeres del grupo oxitocina refirieron una experiencia menos placentera que las del grupo control y más del 80% tuvo más dolor. De las mujeres del grupo control que pudieron deambular normalmente, un 50% refirió que la movilidad se asoció a una reducción del dolor. (21, 22)

En esta práctica médica se recomienda:

- No colocar vía venosa periférica profiláctica de rutina.
- El empleo de la oxitocina se limitará a los casos de necesidad. No se considera necesaria si el progreso del parto es el adecuado. (23)

3.2.3.14 Analgesia farmacológica:

Varias drogas han sido usadas para aliviar el dolor en el parto. La más común es la meperidina, pero también se usan derivados de la fenotiazina y las benzodiazepinas. Todas producen un razonable alivio, pero al mismo tiempo ocasionan efectos indeseables en la madre y en el recién nacido (Dickersin 1989). Sobre la madre pueden producir hipotensión, náuseas, vómitos y mareos. Todas las drogas pasan al feto y tienen efectos sobre el recién nacido, desde dificultades en la succión, hipotonía, hasta depresión respiratoria. De todas las técnicas de analgesia usadas en el parto, la epidural es la más usada en todo el mundo. Sus efectos han sido investigados en numerosos ensayos, los cuales comparan esta técnica con otras usadas para aliviar el dolor en el parto. (21, 22, 27).

Esta técnica ofrece una mejor y más duradera supresión del dolor. Sin embargo, su realización requiere cierta complejidad: el parto debe realizarse en un centro asistencial bien equipado, el equipo a utilizarse debe ser el apropiado, debe haber un profesional con entrenamiento

disponible en forma continua y debe realizarse un constante monitoreo de las condiciones maternas y fetales. (21, 22, 27).

Con la analgesia peridural la duración del primer período suele ser un poco mayor y la oxitocina suele usarse más frecuentemente. Ciertos ensayos mostraron que el parto instrumental fue más utilizado, sobre todo cuando el efecto analgésico se mantenía en el segundo período y por lo tanto estaba suprimido el reflejo del pujo. En un ensayo realizado en EE UU el número de cesáreas aumentó, especialmente cuando se inició el procedimiento antes de los 5 cm de dilatación (Thorpf et al. 1993). En una reciente revisión sistemática (Lieberman, O'Donoghue 2002) concluyen que hay suficiente evidencia para asegurar que la anestesia epidural se asocia con menos partos vaginales espontáneos, más partos vaginales instrumentales y trabajos de parto más largos, particularmente en mujeres nulíparas. Las mujeres tienen más posibilidad de presentar fiebre intraparto y sus hijos más frecuentemente son evaluados y tratados por sospecha de sepsis. En cambio, no hay evidencia suficiente para determinar que la anestesia epidural aumente el riesgo de operación cesárea o de malposición fetal. (21, 22, 27, 36)

En esta práctica médica se recomienda:

- Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos.
- Informar a las mujeres de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad.
- Informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura.
- Considerar la aplicación de la anestesia epidural sin bloqueo motor.
- No realizar analgesia de rutina.
- Ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir uno o varios métodos, si lo desean.
- Para aquellas mujeres que no desean emplear fármacos durante el parto, se deberá informar sobre la evidencia de otros métodos alternativos disponibles.
- Permitir que las mujeres estén acompañadas de manera continuada durante todo el proceso. (23)

3.2.3.15 Exámenes vaginales frecuentes:

El examen vaginal es fundamental en el diagnóstico del trabajo de parto y para la evaluación del progreso del mismo. Debe ser realizado siempre en condiciones de asepsia, con lavado de manos y uso de guantes estériles descartables. El tacto debe realizarse cuando sea estrictamente necesario, en el comienzo cada 4 horas como lo recomienda el partograma (OMS 1993). Si el progreso del trabajo de parto es muy rápido los exámenes vaginales pueden limitarse a uno. Hay situaciones en las cuales es necesario realizarlo con mayor frecuencia: cuando la intensidad y frecuencia de las contracciones disminuyen, ante la pérdida repentina de líquido amniótico, cuando la embarazada refiere necesidad de pujar o antes de administrar analgesia. En el pasado, en ocasiones se realizaba el examen rectal para reconocer las condiciones del cuello a través de la pared rectal y vaginal, con el propósito de disminuir las infecciones ascendentes por vía vaginal. Estudios que compararon el examen vaginal versus el rectal mostraron similares tasas de infección puerperal (Crowther 1989). En un estudio randomizado quedó demostrado que las mujeres prefieren el examen vaginal (Murrphy 1986). (21, 22, 31)

3.2.3.16 Uso sistémico de episiotomía:

Incisión del perineo en el momento del parto, utilizada para prevenir los desgarros perineales severos. Su práctica rutinaria o sistemática ha sido cuestionada. (23, 31, 33, 36, 41). "Evita el dolor". Falso. En lo que respecta al dolor perineal, vaginal severo y a la dispareunia, la revisión no muestra diferencias entre la episiotomía rutinaria y la selectiva. Más aún, el riesgo de sufrir dolor en el grupo al que se le practicó episiotomía en forma selectiva fue 29 % menor que en el grupo de episiotomía rutinaria. (22, 31, 41, 42, 43)

"Previene desgarros". Falso. El uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3° y 4° grado y su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad incluyendo menor trauma perineal posterior, menor necesidad de sutura de trauma perineal y menos complicaciones en la cicatrización a los 7 días. La evidencia que surge de la revisión nos informa que, por el contrario, el riesgo de desgarros perineales severos (3° - 4° grado), cuando se practica una episiotomía selectivamente, es 16 % menor para nulíparas y 29 % menor para multíparas. La única ventaja demostrada derivada de la práctica rutinaria, es un riesgo menor de traumatismo perineal

anterior, pero si bien la episiotomía reduce el riesgo de desgarros anteriores, lo hace a expensas de un aumento en el daño perineal posterior. (22, 31, 42, 43)

"Acorta el parto y por ende disminuye la morbilidad perinatal". Falso. Sólo un estudio confiable sugiere una reducción en la duración del 2º estadio del parto en tanto que otros estudios encuentran un efecto contrario o nulo sobre este resultado. En cuanto a la morbilidad perinatal, el riesgo de depresión moderada al minuto de nacer fue igual para ambos grupos, en tanto el riesgo de ingresar a cuidados especiales para los recién nacidos del grupo de episiotomía selectiva fue 26 % menor que en el grupo de episiotomía rutinaria. (22, 37, 41, 42)

"Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum vésico-vaginal y su consiguiente larga cadena de secuelas", no comprobado. Hasta el momento, no hay investigaciones clínicas aleatorias que hayan evaluado como resultado la presencia de prolapso, dado que su evaluación requeriría un seguimiento a largo plazo, costoso y difícil de implementar. (41, 42, 43)

La justificación del uso rutinario de la episiotomía surgió a principios del siglo XX, basado en creencias personales y sin una justificación científica que avalara esta recomendación. Esto llevó a la incorporación de la misma en la práctica diaria siendo una rutina sobre todo en las mujeres durante su primer parto. A partir del año 1985 se generaron una serie de investigaciones de buen diseño experimental que buscaban comprobar si los argumentos que se esgrimían justificando su uso rutinario eran válidos. La serie de investigaciones realizadas demostró que la episiotomía no debe utilizarse en forma rutinaria dado que no presenta beneficios ni para la mujer ni para el recién nacido. (22, 26, 31, 33, 41, 42, 43)

A partir de ellas surgen recomendaciones nacionales e internacionales, incluso desde la Organización Mundial de la Salud, que recomiendan un uso restringido de la misma. Como consecuencia de ello, en varios países desarrollados se ha producido una disminución en el uso de la episiotomía y asimismo reacciones mundiales sobre la agresión innecesaria a la mujer, llegándose incluso a decir que la episiotomía es una mutilación genital. (22, 37, 41, 42, 43).

En esta práctica médica se recomienda:

- Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.
- No suturar los desgarros leves o cortes menores.
- De ser necesaria, se aconseja realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbible.
- Mejorar la formación sobre la protección del periné. (23, 30, 35, 37, 42, 43)

A pesar de la amplia evidencia disponible acerca de los beneficios de la práctica restrictiva de la episiotomía, parece que se sigue aplicando en una proporción importante de los partos y sin un criterio común (amplia variabilidad). Es necesaria una información de más calidad para monitorizar esta práctica. (23)

3.2.3.17 Protección del periné:

La protección del periné durante el segundo período del trabajo de parto ha sido recomendada en diversos libros de obstetricia, con la siguiente maniobra: durante la expulsión de la cabeza fetal colocar los dedos extendidos de una mano de manera que el espacio entre el pulgar abierto y el índice contacten con el ángulo perineal, mientras la segunda mano aplica una suave presión sobre la cabeza fetal para así controlar su expulsión. Otros piensan que no tocar la cabeza fetal ni presionar el periné (hand off) es mejor que proteger y presionar la cabeza fetal (hand on). Un estudio controlado multicéntrico comparando estas dos actitudes demostró un ligero incremento del dolor en el grupo no intervencionista (hand off), no habiendo diferencia entre los dos grupos respecto al riesgo de trauma perineal. Dado que esta técnica no ha sido evaluada profundamente, deberían realizarse más investigaciones clínicas aleatorizadas para recomendar su utilización Otra práctica habitual sobre el periné y frente a la expulsión de la cabeza, es el “masaje perineal” o depresión perineal. Un estudio clínico aleatorizado que incluyó 1,340 mujeres, describió no haber encontrado diferencias estadísticas cuando se lo utilizó. (21, 22, 29)

3.2.3.18 Uso de guantes:

La necesidad de prácticas seguras durante la atención de los pacientes creció desde el advenimiento de la epidemia del SIDA. El uso de un conjunto de medidas de protección de barrera eficiente por parte del

personal que trabaja en el área de salud es imperativo, constituyendo parte de las precauciones estándar. La finalidad del uso de guantes es:

- Proporcionar una barrera protectora.
- Reducir probabilidad de transmisión de microorganismos del personal a paciente y viceversa.
- Disminuir la probabilidad de transmisión de microorganismo a otros pacientes. (9,21,22,44)

3.2.3.19 Uso de bata y mascarilla:

El empleo de vestuario limpio especial de protección corporal, como bata y mascarilla, está justificado para prevenir la transmisión de microorganismos del paciente al personal de salud y viceversa, en caso de posible contacto con exudados, secreciones o salpicaduras y cuando la infección es muy grave y de elevada transmisibilidad (varicela o herpes zoster diseminado). Sólo en estas situaciones, dicha vestimenta será de uso específico. (9,22,44)

3.2.3.20 Maniobra de Ritgen:

Compresar en parte inferior perineal haciendo presión para facilitar el desprendimiento de la cabeza. Cuando la cabeza distiende el perineo durante una contracción hasta un diámetro de 5 cms. es aconsejable coger una toalla con una mano para protegerla del ano y ejercer así presión hacia arriba sobre la barbilla del feto a través del perineo, mientras que con la otra mano se ejerce presión contra el occipucio. (15,45)

Un estudio controlado multicéntrico comparando estas dos actitudes demostró un ligero incremento del dolor en el grupo no intervencionista (hand off), no habiendo diferencia entre los dos grupos respecto al riesgo de trauma perineal (Kettle 2000). (21,45)

3.2.3.21 Maniobra de Kristeller:

Esta consiste en la aplicación de una fuerte presión manual, sobre el costado izquierdo del cuerpo de la parturienta a la altura del fondo del útero sujetando el lado derecho en forma considerable utilizando para ello todo el peso del cuerpo de una persona adulta contra el cuerpo de la parturienta, a fin de lograr la expulsión del bebé.(40,46)

Esta maniobra se encuentra desaconsejada en medicina, por los graves riesgos que la misma trae aparejada. Sin embargo, no hay evidencia que avale que deba ser realizada, es más, puede ser perjudicial tanto para el útero como para el periné y el feto (Simpson KR 2001). (21, 46)

3.2.4 Categorías

Según el consenso de representantes de los centros asociados al CLAP-OPS/OMS, celebrado en Fortaleza, Brasil en 1985, se clasifica a las prácticas médicas en categorías según su efectividad para reducir la morbilidad o la mortalidad materna y perinatal o para reducir los factores de riesgo asociados con ellas e igualmente prácticas que a pesar de que se ha demostrado que son inefectivas o incluso perjudiciales aún se continúan utilizando. (9)

Como categorías de las prácticas médicas aplicadas en la atención del parto se conocen:

3.2.4.1 Categoría A: Prácticas médicas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas:

- * Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
- * Monitorización fetal con auscultación intermitente.
- * Libertad de posición y movimientos.
- * Uso de guantes en los tactos vaginales.
- * Uso de partograma.
- * Uso de guantes en la atención del parto.
- * Libertad de posición y movimientos.
- * Uso de oxitocina.
- * Examen sistemático de la placenta y membranas ovulares.
- * Uso de guantes.

(9, 22, 24). (Anexo 2).

Por lo que todas las prácticas anteriormente descritas, si se deben aplicar, en su totalidad, durante la atención del parto eutócico simple en sus diferentes períodos.

3.2.4.2 Categoría B: Prácticas médicas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas:

- * Enema evacuador
- * Rasurado perineal
- * Infusión endovenosa
- * Cateter endovenoso

- * Pelvimetría ósea
- * Masaje y estiramiento del periné
- * Extracción manual de la placenta
- * Revisión rutinaria manual uterina

(9, 22, 24). (Anexo 2).

Las prácticas médicas arriba mencionadas, no se deben aplicar durante el trabajo de parto eutócico simple, en ninguno de sus períodos ya que son perjudiciales para la paciente.

3.2.4.3 Categoría C: Prácticas médicas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema:

- * Amniotomía precoz de rutina
- * Maniobra de Kristeller
- * Maniobra de Ritgen
- * Manejo activo del tercer período
- * Estimulación de los pezones

(9, 22, 24). (Anexo 2).

Por no haber suficientes evidencias que fomenten las prácticas médicas de la categoría C, no se deben aplicar durante el trabajo de parto eutócico simple, ya que nuevos estudios podrían afirmar que son tanto útiles como perjudiciales y poner en riesgo la vida de la paciente.

3.2.4.4 Categoría D: Prácticas médicas que a menudo se utilizan inadecuadamente.

- * Restricción de líquidos y alimentos durante la dilatación
- * Control del dolor con agentes sistémicos
- * Control del dolor con analgesia epidural
- * Monitorización fetal electrónica
- * Exámenes vaginales frecuentes
- * Estimulación con oxitocina
- * Uso de batas y mascarillas
- * Cateterización vesical
- * Uso sistemático de episiotomía
- * Exploración manual del útero después del alumbramiento

(9, 22, 24). (Anexo 2).

Todas las prácticas médicas de la categoría D se pueden aplicar durante la atención del parto, siempre exista una indicación para realizarla.

Las diferentes prácticas médicas de las distintas categorías deben ser aplicadas por los profesionales sanitarios, personal médico y paramédico, que participan atendiendo el parto.

3.2.5 Personal médico y paramédico

Como personal médico y paramédico se conoce como todo el personal en salud que participa en la atención del parto. El personal médico está conformado por especialistas, residentes, internos y externos; por otro lado, el personal paramédico por las enfermeras auxiliares.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de la investigación:

El estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo.

4.2 Unidad de análisis:

Prácticas médicas aplicadas en la atención del parto.

4.3 Población y muestra:

4.3.1 Población: Personal médico y paramédico que atendieron partos eutócicos simples en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

4.3.2 Tamaño de la muestra: No hubo muestra, se tomó el total de la población.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión:

- Personal médico y paramédico que atendió los partos eutócicos simples en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personal médico y paramédico bajo efecto de sustancias alcohólicas o alucinógenas.
- Personal médico y paramédico que se encontrara padeciendo una enfermedad, que dificultara su desempeño.
- Mujer gestante cuyo trabajo de parto se convirtió en distocia.

4.5 Definición y operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Prácticas médicas aplicadas en la atención del parto	Actividades, procedimientos e intervenciones realizadas en la atención del parto	<u>En este estudio se tomaron como prácticas del primer período:</u> uso de partograma (completamente lleno), enema evacuador, rasurado perineal, infusión endovenosa, líquidos vía oral, uso de oxitocina, tacto vaginal, amniotomía, pelvimetría ósea: si se realizan o no. Monitoreo fetal (intermitente o electrónico); administración de analgesia (vía oral, intramuscular, intravenosa o epidural); posición de la paciente (decúbito supino o libertad de posición). <u>Prácticas del segundo período:</u> utilización de guantes en la atención del parto, cateterización vesical, maniobra de Kristeller, episiotomía, maniobra de Ritgen, uso de bata y mascarilla, masaje y estiramiento del periné, posición de la paciente en litotomía o libertad de posición. <u>Prácticas del tercer período:</u> estimulación de los pezones, manejo activo del tercer período del parto, extracción manual de placenta, revisión uterina postalumbamiento, examen de placenta y membranas ovulares. Si se realizan o no.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Categorías de las prácticas médicas	Categorías establecidas según consenso de representantes del CLAP-OPS/OMS, en las cuales se dividen las prácticas médicas según su efectividad.	Categorías: • A) prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas. • B) prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas. • C) prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Personal médico y paramédico	Personal de salud conformado por: médico especialista, residente, interno, externo, enfermera	Parto atendido por: • personal médico: especialista, médico residente, interno, externo. • personal paramédico: enfermera auxiliar.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas de recolección de información:

Se utilizó la observación directa y sistemática.

4.6.2 Procedimientos: el grupo de investigadores fue conformado por cuatro integrantes. Luego de aprobado el protocolo de investigación, el proceso a seguir fue:

- Se solicitó la autorización a las autoridades: Dra. Miriam López, directora del Hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; Dr. Luis Girón, Jefe de departamento de gineco-obstetricia; Médicos Jefes de Turno en el servicio de labor.
- Se realizó la validación de la boleta de recolección de datos con el Dr. Antonio Petzey Reanda, asesor.
- Se trabajó por turnos de 24 horas, por lo que cada investigador realizó turnos cada cuatro días en el servicio de labor y partos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.
- Luego se observó las prácticas médicas aplicadas en la atención del parto con lo cual se recopiló la información necesaria en la boleta de datos.
- Al momento de recopilar la información, la variable “uso de partograma” se tomó como sí realizado si se encontraba completamente lleno.
- Las prácticas médicas de la categoría D no se tomaron en cuenta ya que el presente estudio es de tipo descriptivo y debido a que para poder determinar éstas prácticas se necesita un estudio comparativo.
- Al terminar el turno, cada investigador dio al siguiente investigador la información necesaria respecto a pacientes en trabajo de parto para poder continuar con la obtención de los datos requeridos para este estudio.

4.6.3 Instrumentos:

La boleta de recolección de datos utilizada para el presente estudio comprendía dos secciones.

- En la primera se encontraban los datos generales: el espacio específico para asignarle a la paciente el número correspondiente en la población de estudio; el número de historia clínica de la paciente y además el personal de salud que atendió el trabajo de parto.
- La segunda sección estaba dividida en tres partes: primera parte correspondiente al primer período del parto; la segunda parte al segundo período del parto y la tercera parte al tercer período del parto.
 - La primera parte (dilatación) se conformaba por dos subdivisiones:
 - En la primera se encontraban las opciones de las prácticas médicas propias de dicho período, separada según la categoría a la que pertenecen de manera que permitió que la información fuera recopilada de manera sistematizada, por lo cual contaban con el espacio respectivo para seleccionar la opción que corresponda (SI o NO).
 - La segunda subdivisión contenía procedimientos que no utilizaron una opción dicotómica, pero aún así, sí sistematizada pudiendo seleccionarse cualquiera de todas las opciones presentadas específicas según la práctica médica en cuestión.
 - La segunda parte (expulsión), contenía de la misma manera dos subdivisiones con las mismas diferencias que la primera parte, con la diferencia que con las prácticas médicas correspondientes al segundo período del parto y el espacio respectivo para seleccionar las opciones SI o NO.
 - En la tercera parte (alumbramiento), se encontraban las prácticas correspondientes al tercer período del parto y el espacio respectivo para seleccionar las opciones SI o NO.

4.7 Aspectos éticos de la investigación:

Debido a que el presente estudio no fue de experimentación, y se utilizó una técnica observacional, sin realizar ninguna intervención, se clasificó como Categoría I (sin riesgo). Se dio una información general sobre la investigación al personal médico y paramédico del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. La información que se dió a los médicos

fue limitada, de manera que su conducta no se modificara. En todos los casos se mantuvo confidencialidad tanto de la información, como del personal médico y paramédico que participó en los procedimientos. Los resultados de la investigación se proporcionaron al departamento de gineco-obstetricia y a la dirección del hospital.

4.8 Procesamiento y análisis de datos:

4.8.1 Procesamiento:

Habiendo finalizado el proceso de recopilación de la información, se procedió a procesar los datos. Para ello se organizaron todas las boletas de recolección de datos según el número que se les asignó.

Se procedió entonces a digitar toda la información en una hoja de trabajo (previamente realizada) del programa Excel 2007.

Para cada objetivo se procedió a reorganizar la información de dicha hoja electrónica, realizada en Excel 2007, de manera que brindara la información necesaria. Los datos se presentaron en gráficas y tablas.

- Tablas: todas las tablas son de doble entrada. (Ver anexo 4, 5 y 6)
- Interpretación: en el momento de la interpretación de las tablas y gráficas se procedió a indicar qué representa cada columna o cada parte de la gráfica, (prácticas médicas, categorías, personal médico, etc.), además de expresar la unidad en que se encuentra (Número de procedimientos, categoría a la que pertenece, práctica médica, etc.) y qué color o textura representa a qué procedimiento.

4.8.2 Análisis:

Se procedió a contrastar los resultados con los que se conoce o se sabe basándose en la teoría, lo cual nos permitió determinar la relevancia, conveniencia o pertinencia de las prácticas médicas. Se utilizó un enfoque cuantitativo y los resultados se presentaron en porcentajes.

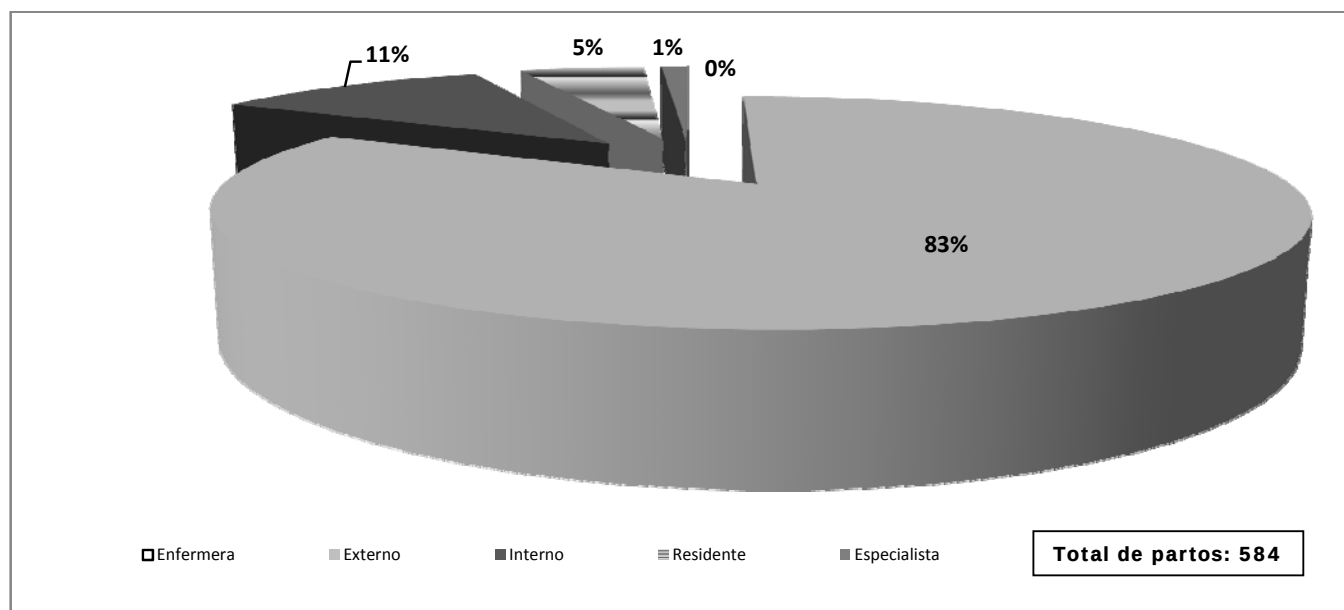
5. RESULTADOS

La recolección de datos en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, se realizó durante seis semanas en el servicio de labor y partos, los cuales fueron 584 partos eutócicos. La forma de recolección de datos fue realizando observación directa, constante y permanente, en turnos de 24 horas por cada investigador, en dicho servicio. A continuación se presentan los resultados obtenidos del presente estudio en el siguiente orden:

- Categorías más frecuentemente utilizadas en la atención del parto eutócico por el diferente personal médico y paramédico.
- Práctica menos frecuentemente utilizada de la categoría A en cada período del parto.
- Prácticas médicas utilizadas en categoría B y categoría C.

5.1 Categorías más frecuentemente utilizadas en la atención del parto eutócico por el diferente personal médico y paramédico.

Gráfica 1
Personal médico y paramédico en la atención del parto eutócico simple.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009



FUENTE: Anexo 4, tabla 1.

Tabla 1
Prácticas médicas utilizadas por el personal médico y paramédico en la atención del parto eutócico simple.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009

CATEGORÍA	PRÁCTICAS ESPERADAS	%	PRÁCTICAS REALIZADAS	%
A	5,840	100	4,373	74.9
B	0	0	2,154	46.1
C	0	0	2,691	92.1

FUNTE: Boleta de recolección de datos.

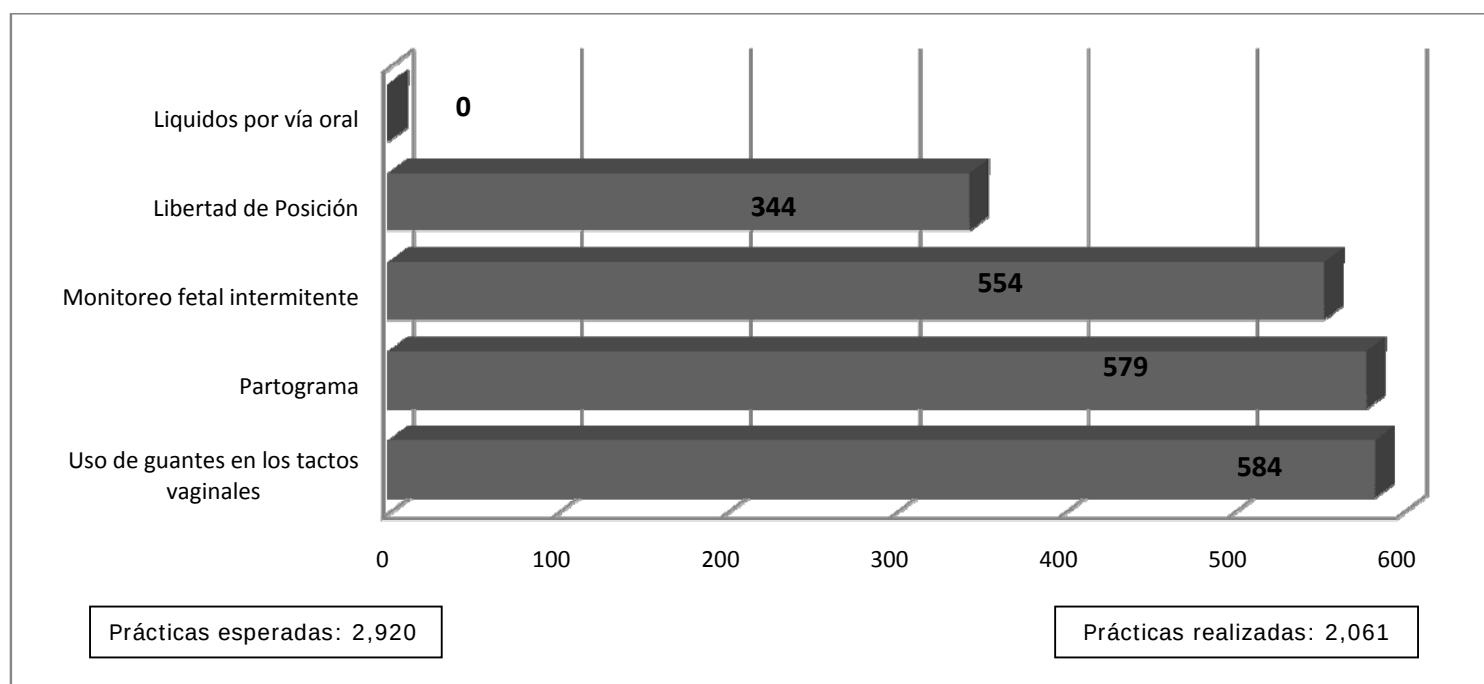
Tabla 2
Categorías de las prácticas médicas utilizadas en la atención del parto eutócico simple por el personal médico y paramédico.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009

CATEGORÍA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	%	EXTERNO	%	INTERNO	%	RESIDENTE	%	ESPECIALISTA	%
A	0	0	3,599	61.6	490	8.5	228	3.9	56	0.9
B	0	0	1,787	38.3	237	5.1	108	2.3	22	0.4
C	0	0	2,233	76.4	296	10.1	135	4.7	27	0.9

FUNTE: Boleta de recolección de datos.

5.2 Prácticas médicas de la categoría A menos frecuentemente utilizadas por el personal médico y paramédico en cada período del parto.

Gráfica 2
Prácticas médicas de la categoría A utilizadas por el personal médico y paramédico en el primer período del parto.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009



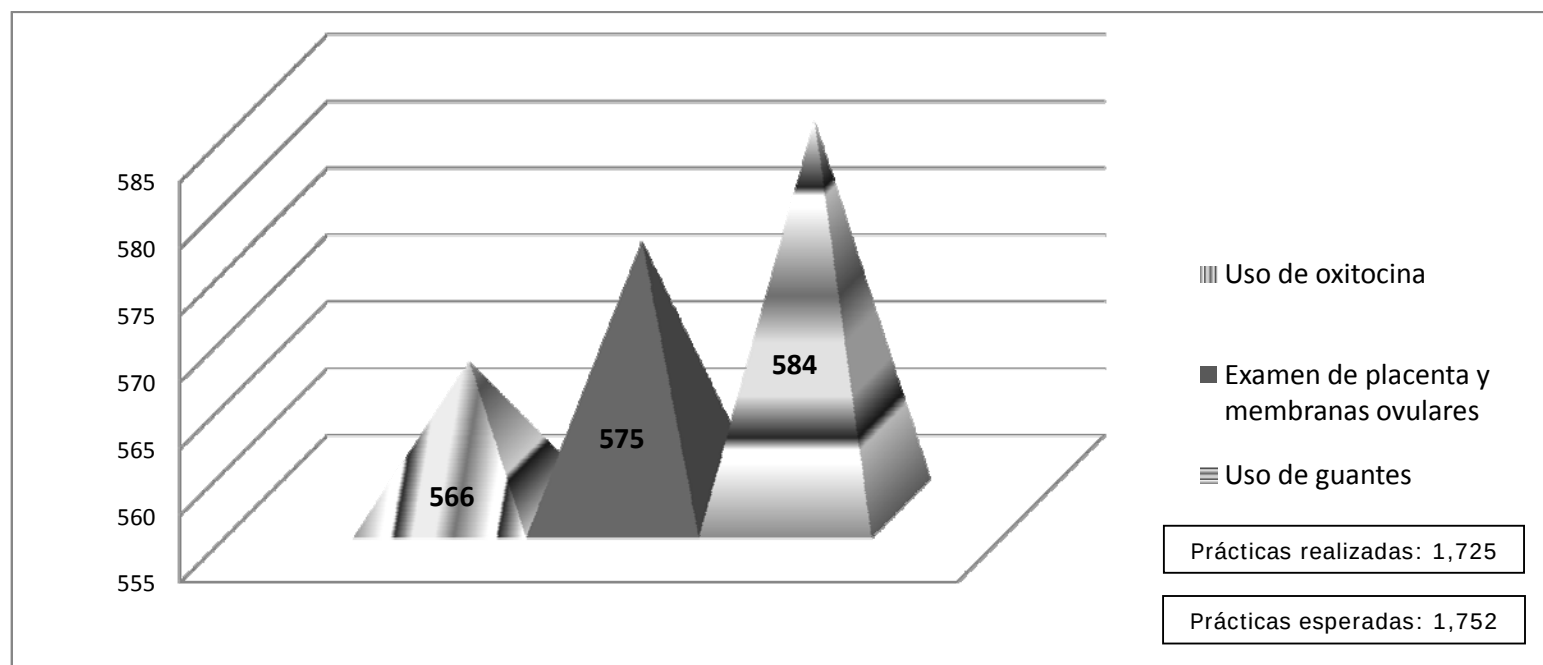
FUENTE: Anexo 4, tabla 2.

Gráfica 3
Prácticas médicas de la categoría A utilizadas por el personal médico y paramédico en el segundo período del parto.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009



FUENTE: Anexo 4, tabla 3.

Gráfica 4
Prácticas médicas de la categoría A utilizadas por el personal médico y paramédico en el tercer período del parto.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009



FUENTE: Anexo 4, tabla 4.

5.3 Prácticas médicas utilizadas por el personal médico y paramédico en la categoría B y categoría C.

Tabla 3

**Prácticas médicas de la categoría B utilizadas por el personal médico y paramédico en la atención del parto eutócico simple.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009**

PRÁCTICA MÉDICA	No.	%
Revisión uterina	560	11.9
Catéter endovenoso	532	11.4
Masaje y estiramiento de periné	520	11.1
Infusión endovenosa	501	10.7
Extracción manual	33	0.8
Pelvimetría ósea	8	0.2
Enema evacuador	0	0
Rasurado perineal	0	0
Total de prácticas	2,154	46.1

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla 4
Prácticas médicas de la categoría C utilizadas por el personal médico y paramédico en la atención del parto eutócico simple.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala, julio 2,009

PRÁCTICA MÉDICA	No.	%
Manejo activo	561	19.2
Estimulación de pezones	552	18.9
Maniobra de Kristeller	540	18.5
Maniobra de Ritgen	528	18.1
Amniotomía	510	17.4
Total de prácticas	2,691	92.1

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

6. DISCUSIÓN

6.1 Categorías más frecuentemente utilizadas en la atención del parto eutócico por el diferente personal médico y paramédico.

En total se observaron 584 partos eutócicos. Los médicos externos fueron los que con mayor frecuencia (483 partos), atendieron los partos eutócicos simples, debido a que ésto les permitirá mejorar sus competencias en dicha área.

El estudio incluyó 5,840 prácticas médicas de la categoría A, de las cuales se utilizó un 74.9% (4,373 prácticas); el porcentaje esperado era el 100% para esta categoría. Lo anterior representa que no se están utilizando en su totalidad las prácticas médicas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.

La categoría B incluyó 4,672 prácticas médicas, de las cuales se utilizaron 2,154, es decir el 46.1%, siendo lo esperado un 0%, según la teoría, debido a que éstas son prácticas claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas.

En la categoría C se incluyeron 2,920 prácticas médicas, de las cuales se realizaron 2,691 (92.1%), sin embargo, lo esperado era el 0%, debido que a esta categoría pertenecen las prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela.

De lo anteriormente expuesto se deduce que las prácticas médicas aplicadas en la atención del parto no pertenecen en su totalidad a la categoría A, prácticas útiles y recomendadas, y que se está utilizando un alto porcentaje de prácticas que son perjudiciales o sin sustento teórico práctico, categorías B y C respectivamente, las cuales pueden representar complicaciones para las pacientes atendidas en trabajo de parto.

Aunque esto se considera dentro de lo esperado, ya que son los estudiantes en formación los que participan con mayor frecuencia en la atención de los partos, podría mejorar con una debida supervisión por los médicos especialistas. (gráfica 1)

Las prácticas médicas aplicadas en la atención del parto en el hospital, incluyen tanto prácticas recomendadas y útiles como perjudiciales, lo que podría corresponder a varias causas: que el personal médico que atiende el trabajo de parto posee diferentes tipos de escuelas de formación, ausencia de actualización médica continua o a que se encuentran acomodados con la técnica utilizada hasta la fecha para la atención del parto.

Las prácticas médicas fueron aplicadas por diferente personal médico y paramédico, distribuidas de la siguiente manera: de la categoría A, los estudiantes externos aplicaron el 61.6%, los estudiantes internos el 8.5%, residentes el 3.9%, especialistas el 0.9% y personal auxiliar de enfermería el 0%. Respecto a la categoría B, los externos aplicaron el 38.2%, los internos el 5%, residentes 2.3%, especialistas el 0.4% y auxiliar de enfermería el 0%. De la categoría C, el mayor porcentaje lo aplicaron los estudiantes externos representando un 76.4%, seguido de los internos con el 10%, residentes con 4.6%, especialistas con 0.9% y auxiliar de enfermería el 0%. Lo anterior se puede explicar debido a que los estudiantes externos conforman la mayor cantidad de personal médico; el segundo lugar lo ocuparon los médicos internos, seguido de residentes y especialistas. El personal auxiliar de enfermería participó en la atención de los partos como asistentes del personal médico, por lo cual no se les atribuye ninguna práctica.

6.2 Práctica menos frecuentemente utilizada de la categoría A en cada periodo del parto.

En el primer período del parto, de las prácticas médicas de la categoría A, no se utilizó en ningún caso la administración de líquidos por vía oral. Entre las causas que podrían explicar este hecho, es que en caso de complicaciones se pueda resolver fácilmente por vía alta. Lo anterior no coincide con la teoría, que indica que un parto es un evento natural y no médico, y ésta restricción podría conducir a deshidratación y cetosis. (21,22,26) (gráfica 2)

El hecho de que al 5.1% (30 pacientes) de casos no se le haya realizado monitoreo fetal intermitente podría ser debido a falta de interés por llevar a cabo la monitorización, falta de conocimiento de la importancia de la monitorización o presencia de factores de riesgo que indique una monitorización electrónica continua. Estos resultados concuerdan con los resultados recomendados del CLAP OPS/OMS que se realice de manera intermitente, ya que según una revisión Cochrane, el monitoreo fetal continuo no disminuye la mortalidad perinatal y se asocia a un aumento de la tasa de cesáreas. (21,22) (gráfica 2)

Se observó la falta de libertad de posición en 240 partos, lo cual podría deberse a que las pacientes se encontraban en camilla, a que el lugar haya sido reducido como para permitir su deambulaci3n, uso de v3as intravenosas o equipamiento en la monitorizaci3n fetal. En un estudio (Flynn 1978) se hall3 una significativa reducci3n de anormalidades en la frecuencia cardiaca fetal en la posici3n de pie, lo cual contrasta con los datos obtenidos en el presente estudio. (21,26,30) (gr3fica 2)

En todos los casos (100%) se utiliz3 guantes en la realizaci3n de los tactos vaginales. Lo anterior concuerda con la teor3a que indica que el uso de medidas de protecci3n es imperativo para el personal en salud. (9,21,22) (gr3fica 2)

En 579 casos se utiliz3 el partograma, cumpliendo con todos los par3metros. Los casos que se tomaron como no realizados, se debi3 a falta de alguno de los par3metros del mismo, que lo clasifica como negativo. La importancia de utilizar partograma es para tener control del progreso del trabajo de parto para evitar utilizar maniobras innecesarias y corregir anomal3as tempranamente. (21,30) (gr3ficas 2)

Para el segundo per3odo del parto, el uso de guantes y la libertad de posici3n se llevaron a cabo con una frecuencia de 98% y 3% respectivamente. De lo anterior el uso de guantes cumple con lo recomendado para dichas pr3cticas. Los casos en que no se utiliz3 guantes en la atenci3n del parto fueron pacientes que no se llevaron a sala de partos a tiempo y/o tuvieron un parto precipitado, lo cual pudo deberse al control inadecuado del trabajo de parto y/o uso de oxit3cicos en multigestas. (9,21,22,33) (gr3fica 3)

En 9 casos se permiti3 la libertad de posici3n, tom3ndose en cuenta los partos que no fueron atendidos en sala de partos (6 casos), por lo que no se les coloc3 por rutina en litotom3a, y otros en los cuales las pacientes adoptaron la posici3n en dec3bito lateral (3 casos). Lo anterior contrasta con lo recomendado para dicha pr3ctica lo cual es permitir que la mujer adopte la postura que espont3neamente prefiera. (23) (gr3fica 3)

En el tercer per3odo del parto, se observ3 que en un 96% se utiliz3 oxitocina profil3ctica y en el 98% se llev3 a cabo una revisi3n sistem3tica de placenta y membranas ovulares, cumpliendo as3 con la categor3a A, pr3cticas recomendadas. (22, 23, 25) (gr3fica 3)

6.3 Prácticas médicas utilizadas en la categoría B y categoría C.

Por su parte, las prácticas de la categoría B se utilizaron en un 46.1%, sin embargo, lo ideal es que no se aplicaran en ningún caso ya que son prácticas claramente perjudiciales (tabla 2)

De la categoría B la práctica médica más utilizada fue la revisión manual uterina con un 95% (560 partos). La colocación de catéter endovenoso, se utilizó con una frecuencia de 11.4%, lo cual es contradictorio con lo recomendado por la teoría, la cual indica que interfiere con el proceso natural del parto y disminuye las posibilidades de las mujeres de moverse libremente. (21,29) (tabla 3)

El estiramiento del periné e infusión endovenosa, se llevaron a cabo en el 11.1% y 10.7% de los casos respectivamente. Estas prácticas médicas son perjudiciales, por lo tanto el uso de las mismas podría deberse a la falta de actualización médica sobre las complicaciones a las que se expone a las pacientes. La extracción manual de placenta y pelvimetría ósea se utilizaron en menos del 1% de los casos, lo cual coincide con lo recomendado según la categoría B. (21,23) (tabla 3)

No se realizaron enemas evacuadores ni rasurado perineal en ningún caso, esto coincide con lo recomendado por la literatura, ya que la realización de enemas evacuadores han provocado colitis, gangrena y shock anafiláctico; por otro lado el rasurado perineal aumenta el riesgo de VIH y hepatitis B. (21,23,40) (tabla 3)

De la categoría C, el manejo activo del tercer período del parto se realizó en 561 de los 584 partos. La maniobra de Kristeller se utilizó en 540 partos, la estimulación de los pezones en 552 partos y la maniobra de Ritgen y amniotomía se aplicaron en más del 85% del total de partos. Lo anterior representa un 92.1% del total de las prácticas médicas de la categoría C, lo cual muestra que es la práctica más frecuentemente utilizada en la atención del parto. Este resultado no cumple con las recomendaciones del CLAP OPS/OMS debido a que se definen como prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela; la presencia de las mismas podrían deberse a que los médicos externos fueron los que en mayor cantidad atendieron partos, siendo éstos médicos en formación y sujetos a supervisión por especialistas, residentes e internos que poseen o no actualización médica continua. (tabla 2 y 4)

7. CONCLUSIONES

- 7.1** Las prácticas médicas de la categoría C son las más frecuentemente utilizadas, correspondiendo a un 92.1%.
- 7.2** La práctica médica menos frecuentemente utilizada en el primer período del parto, correspondiente a la categoría A, fue la administración de líquidos por vía oral con un 0%.
- 7.3** En el segundo período, la libertad de posición es la práctica de la categoría A que se utiliza con menor frecuencia, aplicándose en el 1.5% de los partos.
- 7.4** De la categoría A en el tercer período, el uso de guantes se utilizó en el 100% de los partos.
- 7.5** La práctica médica que fue utilizada con mayor frecuencia en la categoría B es la revisión uterina en el tercer período del parto, representando un 95% del total de prácticas de la categoría.
- 7.6** El manejo activo del tercer período del parto es la práctica médica de la categoría C más utilizada por el personal médico, utilizándose en 561 partos (19.2%).

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt:

- 8.1.1 Informar al personal médico y paramédico de las complicaciones que pueden presentarse cuando no se llevan a cabo las prácticas médicas de la categoría A.
- 8.1.2 Informar al personal médico y paramédico de las complicaciones que pueden presentarse cuando se llevan a cabo las prácticas médicas de la categoría B y C.
- 8.1.3 Realizar un protocolo adecuado a las necesidades de la institución, para atender adecuadamente el trabajo de parto.

8.2 Al Ministerio de Salud:

- 8.2.1 Implementar un programa de actualización médica continua que permita reforzar el conocimiento de las prácticas médicas en el trabajo de parto.
- 8.2.2 Informar al personal médico y paramédico sobre el papel que juegan las prácticas médicas de acuerdo a las distintas categorías durante la atención del parto.
- 8.2.3 Capacitar a al personal médico para la atención del parto en diferentes posiciones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Cálculos Centro Nacional de Epidemiología/Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Mortalidad. Guatemala: MSPAS, 2008.
2. Franco de Méndez N. Mortalidad materna en Guatemala. Biblioteca Virtual en Población Centroamericana. Population Reference Bureau. [en línea] Guatemala. 2003. [accesado 21-2-2009] Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/18/index.htm>
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y asistencia social. Plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna. [monografía en línea] Guatemala; 2008 [accesado 21-02-09]. Disponible en: http://www.google.com.gt/search?hl=es&q=www.democraticdialoguenetwork.org%2Ffile.pl%3Ffiles_id%3D652%3Bfolder...PLAN_ESTRATEGICO_MORTALIDAD_MATERNA.pdf+&lr=
4. Consejo interterritorial. Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud [en línea]. Madrid: consejo interterritorial, sistema nacional de salud; 2007. [accesado 12 marzo 2009] Disponible en: www.noticias.info/Archivo/2007/200710/20071011/20071011_316027.shtm
5. Nicaragua. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000 [monografía en línea]. Nicaragua, 2003 [accesado 4 marzo 2009] Disponible en: <http://desastres.cies.edu.ni/digitaliza/tesis/t79/seccionc3.pdf>
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y asistencia social. Información institucional, morbilidad materna. [monografía en línea] Guatemala, 2008. [accesado 4 de marzo de 2009] Disponible en: http://portal.mspas.gob.gt/images/files/sigsa_morbilidad_materna.pdf
7. Hospital Nacional Pedro de Betancourt. Departamento de Gineco-obstetricia. Departamento de Registro y estadística. Libros de ingresos y egresos 2008. Antigua Guatemala: El Hospital. 2008.

- 8.** Agudelo C, Ruiz Porra AI, Pardo R, Gaitán H, Gómez PI, Roa AP, et al. Guía de atención del parto. [monografía en línea] Colombia [accesado 4 de marzo de 2009] Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias09.pdf>
- 9.** Crianza natural: Prácticas recomendadas o no en un parto normal. [monografía en línea]. Barcelona: Crianza natural, S.L.; 2006 [accesado el 21-02-09]. Disponible en: <http://www.crianzanatural.com/art/art38.html>
- 10.** Population Reference Bureau. Cuadro de datos de la población Mundial 2008 [monografía en línea]. Washington: USAID del Pueblo de los Estados Unidos; 2008. [accesado el 28 marzo 2009] Disponible en: http://www.prb.org/pdf08/08WPDS_Sp.pdf
- 11.** España. Ministerio de Sanidad Español Plan Ministerial para reducir el número de cesáreas. [monografía en línea]. 2007. [accesado 30 marzo 2009] Disponible en: <http://gineblog.lacocelera.net/categoria/parto>
- 12.** Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud. Subcomisión de Investigación. Prioridades comunes de investigación en salud 2006-2010 [monografía en línea] Guatemala. [accesado 3 marzo 2009] Disponible en: <http://medicina.usac.edu.gt/graduacion/Prioridades.pdf>
- 13.** Fortalecimiento de Servicios de Salud Reproductiva y Reducción de la Mortalidad Materna 2,000. UNFPA El fondo de población de las naciones unidas. [en línea]; 2009 [accesado el 17/02/2009] disponible en: <http://guatemala.unfpa.org/proyectos/servicios.htm>
- 14.** Gobierno busca reducir la mortalidad materna en Guatemala. Canal de Información. Ecodiario. [Noticia en línea] Guatemala, 2/09/2008. [Accesado 20-2-2009]. Disponible en: <http://ecodiario.eleconomista.es/internacional/noticias/731809/09/08/Gobierno-busca-reducir-la-mortalidad-materna-en-Guatemala.html>
- 15.** Nápoles Méndez D. Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto [conferencia en línea]. MEDISAN 2005;9 [consulta: 18/02/ 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san13205.htm

- 16.** Población de Guatemala. Universia [en línea], Estudios en Europa, España, 2009 [accesado el 29-03-09]. Disponible en: <http://internacional.universia.net/latinoamerica/datos-paises/guatemala/poblacion.htm>
- 17.** Mapas y fotos satélites del mundo, Turismo 2009. [en línea], California [accesado 23-03-09]. Disponible en: http://www.zonu.com/mapas_guatemala/m_sacatepequez.htm
- 18.** Departamento de Sacatepequez, Wikipedia, enciclopedia libre. España [en línea] modificado el 11 mar 2009 [accesado el 28-03-09]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sacatep%C3%A9quez>
- 19.** Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2006.
- 20.** Schwarcz RL, Duverges CA, Díaz AG, Fescina RH. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo. 2003.
- 21.** Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. [monografía en línea]. Argentina: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; 2004 [accesado 8 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/Guia%20Parto.pdf>
- 22.** Organización Mundial de la Salud, Cuidados en el parto normal. [en línea] España 2006 [accesado el 27/03/2009]. Disponible en: <http://www.holistika.net/busqueda/articulo.asp?artid=290&s=estrategia%20parto%20normal#22>
- 23.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. [monografía en línea]. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [accesado 8 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atencionParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

- 24.** Organización Mundial de la Salud. Por un parto respetado. Manual de atención al parto normal [en línea] España 2004 [accesado el 23/03/2009]. Disponible en: <http://porunpartorespetado.espacioblog.com/post/2008/02/09/oms-manual-atencion-al-parto-normal>
- 25.** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asistencia al parto normal. [en línea] España 2003, [accesado el 30/03/2009]. Disponible en : <http://matronasubeda.objectis.net/almacen/archivos/protocolo%20parto%202003.pdf>
- 26.** Contreras GY, Olavarria BS, Pérez SM, Haemmerli DP, Cafferata ML, Belizán JM. Prácticas en la atención del parto de bajo riesgo en hospitales del sur de Chile. Ginecol Obstet Mex 2007, [revista en línea], Ginecología y Obstetricia de Mexico, [accesado el 9-3-09]. Disponible en: [http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=78&IDARTICULO=17880&IDPUBLICACION=1834&NOMBRE=GinecologC%20B-a%20y%20Obstetricia%20de%20MC%20B\)xico](http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=78&IDARTICULO=17880&IDPUBLICACION=1834&NOMBRE=GinecologC%20B-a%20y%20Obstetricia%20de%20MC%20B)xico)
- 27.** Cattaneo A. Analgesia para el trabajo de parto, Hospital Español de Mendoza [en línea] Argentina 2003 [accesado el 29/03/2009] Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/rca/files%5Carticulos%5Cv27n4a03.pdf>
- 28.** Chio LR, Eva P. La monitorización para el bienestar del bebé, National Geographic, [en línea], 1 de diciembre 2008 [accesado el 28-03-09]. Disponible en: <http://www.bebesymas.com>
- 29.** Gobierno Bolivariano de Venezuela. Prácticas médicas que son claramente perjudiciales durante el parto. [en línea]. Embarazarte 2007 [accesado 13 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.cantv.net/saludybienestar/resena.asp?id=135055&cat=2&Fresena=TRUE>
- 30.** Gómez Dávila JG, Londono Cardona JG, De Monterrosa E. Frecuencia de uso de prácticas basadas en la evidencia en el cuidado del parto en hospitales de la ciudad de Medellín, Años 2004 y 2005. [en línea]. IATREIA 2006. [accesado 14 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v19n1/v19n1a1.pdf>

- 31.** Humanización del parto, [en línea]. Chile: 2001, [accesado el 14-03-09].
Disponible en: http://cosmovisiones.com/primal/t_huma01.html
- 32.** Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova M del C, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [en línea]. MEDISAN 2004; [accesado: 12/02 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm
- 33.** Gómez J, Londoño J. Frecuencia del uso de prácticas médicas basadas en la evidencia en el cuidado del parto en Hospitales de la ciudad de Medellín Años 2004–2005, Imbiomed, [en línea] México 2006, [accesado el 28/03/2009].
Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=36381&id_seccion=2277&id_ejemplar=3759&id_revista=138
- 34.** Astudillo J, Caballero R, Terra R. Partograma en mujeres multíparas con manejo médico del trabajo de parto, [revista en línea] Rev. chil. obstet. ginecol. v.72 n.3 Santiago 2007 [accesado el 28/03/2009] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000300005&script=sci_arttext
- 35.** Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizán JM, Campbell MK, Moss N, et al. A behavioral intervention to improve obstetrical care. [revista en línea]. N Engl J Med. 2008; [accesado 14 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/18/1929.pdf>
- 36.** Parto medicalizado. [en línea], Francia 2009 [accesado 21-03-09].
Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_medicalizado.asp
- 37.** Althabe F, Buekens P, Bergel E, Belizán JM, Campbell MK, Moss N, et al. Intervención, conductas clínicas para mejorar el cuidado obstétrico relacionado al parto, [revista en línea] Obstet ginecol 2008, [Accesado el 29-03-09].
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300012&lng=es&nrm=iso.

- 38.** Rodriguez F, Martinez I. Inducción del parto con oxitocina, prostaglandina o ambas, Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(2) : 135-140. [revista en línea] México 2001 (accesado el 26/03/2009). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=6517&id_seccion=717&id_ejemplar=696&id_revista=72
- 39.** Estudio desaconseja los enemas durante el trabajo de parto (Estudio sobre enema el uso evacuador). Reuters Health [revista en línea] New York 2007 [accesado el 29-03-09]. Disponible en: <http://www.enelembarazo.com/noticias/noticia.shtml?id=488>.
- 40.** Sanda R. El buen nacer no es un lujo. [en línea], Argentina, 2008 [accesado el 25-03-09]. Disponible en: <http://busquedapermanente.blogspot.com/2008/10/el-buen-nacer-no-es-un-lujo.html>
- 41.** El entrenamiento del personal reduce el sangrado posparto y las episiotomías. [en línea], Florida, 2008 [accesado el 27-03-09]. Disponible en: <http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.aspx?docID=615124>.
- 42.** Tomasso G, Althabe F, Caferrata ML. ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria?. [revista en línea]. Rev. Osbtet. Ginecol. Venez 2002, vol.62; [accesado 14 Marzo 2009]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322002000200008&script=sci_arttext&lng=es
- 43.** Episiotomía una práctica aberrante. España, [en línea], [accesado el 25-03-09]. Disponible en: <http://matronasubeda.objectis.net/almacen/noticias/episiotomia-una-practica-aberrante-nota-de-prensa-asociacion-el-parto-es-nuestro>.
- 44.** Almeyda Alcántara J, Castilla Vicente T, Chang Neyra J, Cuellar Ponce de Leon L, Luz Juarez Severino E, Yagui Moscoso M. Manual de aislamiento hospitalario. [en línea] Lima: Dirección general de salud de las personas; 2003. [accesado el 18 de abril de 2009] Disponible en: <http://www.cies.edu.ni/documentos/infecciones/manual%20de%20aislamiento%20pdf.pdf>

45. Agudelo AB. Guía para la asistencia integral y humanizada de la gestante en trabajo de parto y parto. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquía. [en línea] Antioquía, 2009 [accesado 23 marzo 2009]. Disponible en:

medicina.udea.edu.co/Dependencias/Ginecologia/PDF/200902.doc

46. Golia MR. La Maniobra de kristeller. [en línea] Buenos Aires, 2007. [accesado el 27 marzo 2009] Disponible en:

<http://drgoliamiguel.blogspot.com/2008/06/la-maniobra-de-kristeller.html>

10. ANEXOS

ANEXO 1

PARTOGRAMA -CLAP- OPS/OMS

POSICION
PARIDAD: TODAS MULTIPARAS NULLIPARAS
M. OVUL. 4-5 cm.

VERT.	HORIZONTAL			
INTÉ-GRAS	INTÉ-GRAS	ROTAS	INTÉ-GRAS	ROTAS
0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA LINEA DE ALERTA (en horas) p 10 *

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE CALCULA EL TIEMPO PARA UBICAR EL PUNTO A LOS 8 cm.

PLANOS DE HODGE Y VARIACIÓN DE POSICIÓN
☐ FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
☐ DILATACIÓN CERVICAL
☐ FRECUENCIA CONTRACCIONES
☐ ROTURA ESPONTÁNEA MEMB. (REM)
☐ ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD CONTRACCIONES Y DOLOR
Fuerte: ***
Normal: **
Débil: *

OBSERVACIONES
Meconio: M
Opa I: I
Opa II: II
Opa Variables: V

DOLOR
Local: L
Suprapúbica: SP
Seco: S

POSICIÓN MATERNA
Lat. Derecho: LD
Lat. Izquierdo: LI
Dorsal: D
Semiextendida: SS
Sentada: S
Frente o Caminando: PC

REFERENCIAS
* VALORES TOMADOS DE SCHWARTZ, R. y COL. Pub. Cient. CLAP OPS/OMS, 985 (1978)
OAZ, A. C. y col. Europ. J. Obst. Gyn. repr. Biol. 1 (1980)

PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS

NOMBRE Y APELLIDO: _____

No. DE HISTORIA CLÍNICA: _____

PLANOS
Hodge: 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190
DeLee: 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190

FRECUENCIA CONTRACCIONES (en 10 min.)
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

DILATACIÓN CERVICAL (cm)
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

HORAS DE TRABAJO DE PARTO
DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

HORA REAL
_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____

TENSION ARTERIAL	PULSO	POSICION MATERNA	INTENSIDAD CONTRACCIONES	DURACION CONTRACCIONES	DOLOR / LOCALIZ.	OBSERVACIONES
						a b c d e f g h i j k l m n o

Proyecto CEE - GUA - IMET

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (22,24)

ANEXO 2
PRÁCTICAS MÉDICAS SEGÚN CATEGORÍAS Y PERÍODOS DEL PARTO

Categoría	Primer período	Segundo período	Tercer período
A	* Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto * Monitorización fetal con auscultación intermitente * Libertad de posición y movimientos * Uso de guantes en los tactos vaginales * Uso de partograma	* Uso de guantes en la atención del parto * Libertad de posición y movimientos	* Uso de oxitocina * Examen de placenta y membranas ovulares * Uso de guantes
B	* Enema evacuador * Rasurado perineal * Infusión endovenosa * Catéter endovenoso * Pelvimetría ósea	* Masaje y estiramiento del periné	* Extracción manual de la placenta * Revisión manual uterina
C	* Amniotomía precoz de rutina	* Maniobra de Kristeller * Maniobra de Ritgen	* Manejo activo del tercer período * Estimulación de los pezones
D	* Restricción de líquidos y alimentos durante la dilatación * Control del dolor con agentes sistémicos * Control del dolor con analgesia epidural * Monitorización fetal electrónica * Exámenes vaginales frecuentes * Estimulación con oxitocina	* Uso de batas y mascarillas * Cateterización vesical * Uso sistemático de episiotomía	* Exploración manual del útero después del alumbramiento

Fuente: Tomada de: Crianza natural. Prácticas recomendadas o no en un parto normal. (9)

ANEXO 3



UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACION



BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CORRELATIVO No. _____ HISTORIA No. _____ ATENDIDO POR:
FECHA _____

PACIENTE PRIMIGESTA ☐
PACIENTE MULTIGESTA ☐

ENFERMERA ☐
EXTERNO ☐
INTERNO ☐
RESIDENTE ☐
ESPECIALISTA ☐

PRIMER PERÍODO DEL PARTO: DILATACIÓN

	SI	NO
CATEGORÍA A		
• Uso de partograma	☐	☐
• Líquidos vía oral	☐	☐
• Tacto vaginal frecuente (<2horas)	☐	☐
CATEGORÍA B		
• Enema evacuador	☐	☐
• Rasurado perineal	☐	☐
• Catéter endovenoso	☐	☐
• Infusión endovenoso	☐	☐
• Pelvimetria ósea	☐	☐
CATEGORÍA C		
• Amniotomía	☐	☐
CATEGORÍA D		
• Uso de oxitocina	☐	☐

MONITOREO FETAL

CATEGORÍA A
Intermitente ☐
CATEGORÍA D
Electrónico ☐

CATEGORÍA D ANALGESIA

- Oral ☐
- IV ☐
- IM ☐
- Epidural ☐

CATEGORÍA A POSICIÓN

- Decúbito supino ☐
- Libertad de posición ☐

SEGUNDO PERÍODO DEL PARTO: EXPULSIÓN

	SI	NO
CATEGORÍA A		
• Uso de guantes en la atención del parto	☐	☐
CATEGORÍA B		
• Masaje y estiramiento del periné	☐	☐
CATEGORÍA C		
• Maniobra de ritgen	☐	☐
• Maniobra de kristeller	☐	☐

CATEGORÍA D	☐	☐
• Episiotomía	☐	☐
• Cateterización vesical	☐	☐
• Uso de bata y mascarillas	☐	☐

CATEGORIA A	• Litotomía	☐
POSICIÓN	• Libertad de posición	☐

TERCER PERÍODO DEL PARTO: ALUMBRAMIENTO

	SI	NO
CATEGORÍA A		
• Examen de placenta y membranas	☐	☐
• Uso de oxitocina	☐	☐
CATEGORÍA B		
• Extracción manual	☐	☐
• Revisión uterina	☐	☐
CATEGORÍA C		
• Estimulación de los pezones	☐	☐
• Manejo activo	☐	☐
CATEGORÍA D		
• Exploración manual	☐	☐

ANEXO 4

Tabla 1
Personal médico y paramédico en la atención del parto eutócico simple en
el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua
Guatemala, mayo - junio, 2,009.
Guatemala julio 2,009

PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO	NO. DE PARTOS	%
ENFERMERA	0	0
EXTERNO	483	83
INTERNO	62	11
RESIDENTE	31	5
ESPECIALISTA	8	1
TOTAL	584	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla 2
Prácticas médicas de la categoría A menos frecuentemente utilizadas por
el personal médico y paramédico en el primer período del parto.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala,
mayo - junio, 2,009.
Guatemala julio 2,009

PRÁCTICAS MÉDICAS	No.	%
Líquidos por vía oral	0	0
Libertad de posición	344	11.8
Uso de guantes en los tactos vaginales	584	20.0
Monitoreo fetal intermitente	554	18.9
Partograma	579	19.8
Total	2,061	70.5

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla 3
Prácticas médicas de la categoría A menos frecuentemente utilizadas por
el personal médico y paramédico en el segundo período del parto.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala,
mayo - junio, 2,009.
Guatemala julio 2,009

PRÁCTICAS MÉDICAS	No.	%
Uso de guantes en la atención del parto	578	49.4
Libertad de posición y movimientos	9	0.7
Total	587	50.1

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla 4
Prácticas médicas de la categoría A menos frecuentemente utilizadas por
el personal médico y paramédico en el tercer período del parto.
Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala,
mayo - junio, 2,009.
Guatemala julio 2,009

PRÁCTICA MÉDICA	No.	%
Uso de Oxitocina	566	32.4
Examen de Placenta y membranas ovulares	575	32.8
Uso de guantes	584	33.3
Total	1,725	98.5

FUENTE: Boleta de recolección de datos.