

56 recomendaciones de la OMS (2018)

Estas son las últimas recomendaciones de la OMS que por ahora están publicadas en inglés, la traducción esta hecha con ayuda de un traductor, me llaman la atención las recomendaciones siguientes:

- 5: define primera etapa latente hasta los 5 cm.
- 38: recomienda técnicas para reducir el trauma perineal, incluido el masaje perineal.
- 42: recomienda para el alumbramiento oxitocina (10 UI, IM / IV).
- 45: asistentes de partos cualificados, se recomienda la tracción controlada del cordón umbilical.
- 55: datos importantes sobre la medición de las constantes en el postparto.

1 RECOMENDACIONES

1.1 CUIDADO DURANTE TODO EL PARTO Y EL PARTO

1. Cuidado de maternidad respetuoso: que se refiere a la atención organizada para y proporcionado a todas las mujeres de una manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegura libertad de daño y maltrato, y permite una elección informada y continua apoyo durante el trabajo de parto y el parto - se recomienda.

2. Comunicación efectiva entre los proveedores de cuidado de maternidad y mujeres en trabajo de parto, usando métodos simples y culturalmente aceptables, es recomendado.

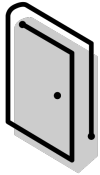
3. Se recomienda un acompañante de elección para todas las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

4. Los modelos de continuidad de atención dirigidos por matronas, en los que una partera o un pequeño grupo de parteras conocidas apoyan a una mujer en todo el proceso prenatal, intraparto y postnatal, se recomiendan para mujeres embarazadas en entornos con programas de partería que funcionan bien.

1.2 PRIMERA ETAPA DEL PARTO

5. Se recomienda el uso de las siguientes definiciones de las primeras etapas del trabajo de parto latentes y activas para la práctica.

- La primera etapa latente es un período de tiempo caracterizado por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino,



EC Oposiciones

La academia en tu casa.

que incluyen un cierto grado de aceleramiento y una progresión más lenta de dilatación de hasta 5 cm para la primera y posteriores labores.

- La primera etapa activa es un período de tiempo caracterizado por contracciones uterinas dolorosas regulares, un grado sustancial de efecto del cuello uterino y una dilatación cervical más rápida desde 5 cm hasta la dilatación completa para los primeros y posteriores trabajos de parto.

6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la primera etapa latente y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la primera etapa activa (desde 5 cm hasta la dilatación cervical completa) por lo general no se extiende más allá de las 12 horas en las primeras parturientas, y por lo general no se extiende más allá de las 10 horas en partos posteriores.

7. Para las mujeres embarazadas con inicio de trabajo espontáneo, el umbral de dilatación cervical de 1 cm / hora durante la primera etapa activa (como se representa mediante la línea de alerta del partograma) es inexacto para identificar a las mujeres en riesgo de resultados adversos y por lo tanto no se recomienda para este propósito .

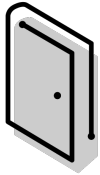
8. Una tasa mínima de dilatación cervical de 1 cm / hora durante la primera etapa activa es irrealmente rápida para algunas mujeres y, por lo tanto, no se recomienda para la identificación de la progresión laboral normal. Una tasa de dilatación cervical más lenta de 1 cm / hora sola no debe ser una indicación de rutina para la intervención obstétrica.

9. Es posible que el parto no se acelere naturalmente hasta que se alcance un umbral de dilatación cervical de 5 cm. Por lo tanto, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el parto (como el aumento de oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre que las condiciones fetales y maternas sean tranquilizadoras.

10. Para las mujeres embarazadas sanas que se presentan en trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demorar el ingreso en la sala de partos hasta la primera etapa activa solo en el contexto de una investigación rigurosa.

11. La pelvimetría clínica de rutina al ingreso en el parto no se recomienda para mujeres embarazadas sanas.

12. La cardiotocografía de rutina no se recomienda para la evaluación del bienestar fetal en la admisión de mujeres embarazadas sanas que se presentan en trabajo de parto espontáneo.



13. Se recomienda la auscultación con un dispositivo de ultrasonido Doppler o estetoscopio fetal Pinard para la evaluación del bienestar fetal en la admisión de la mujer.

14. No se recomienda el afeitado perineal / púbico de rutina antes del parto vaginal.

15. No se recomienda la administración de enema para reducir el uso del aumento del trabajo de parto.?

16. Se recomienda el examen vaginal digital a intervalos de cuatro horas para la evaluación de rutina de la primera etapa del trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.

17. La cardiotocografía continua no se recomienda para la evaluación del bienestar fetal en mujeres embarazadas sanas sometidas a trabajo de parto espontáneo.

18. La auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal con un dispositivo de ultrasonido Doppler o un estetoscopio fetal Pinard se recomienda para mujeres embarazadas sanas en trabajo de parto.

19. La analgesia epidural se recomienda para mujeres embarazadas sanas que soliciten alivio del dolor durante el parto, según las preferencias de la mujer.

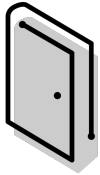
20. Los opiáceos parenterales, como el fentanilo, la diamorfina y la petidina, son opciones recomendadas para mujeres embarazadas sanas que soliciten alivio del dolor durante el trabajo de parto, según las preferencias de la mujer.

21. Las técnicas de relajación, que incluyen relajación muscular progresiva, respiración, música, atención plena y otras técnicas, se recomiendan para mujeres embarazadas sanas que soliciten alivio del dolor durante el trabajo de parto, según las preferencias de la mujer.

22. Las técnicas manuales, como el masaje o la aplicación de compresas tibias, se recomiendan para mujeres embarazadas sanas que soliciten alivio del dolor durante el trabajo de parto, según las preferencias de la mujer.

23. No se recomienda el alivio del dolor para prevenir el retraso y reducir el uso del aumento del trabajo de parto.?

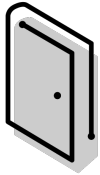
24. Para mujeres con bajo riesgo, se recomienda el consumo de líquidos y alimentos orales durante el trabajo de parto.



EC Oposiciones

La academia en tu casa.

25. Se recomienda alentar la adopción de movilidad y una posición erguida durante el parto en mujeres con bajo riesgo.
26. No se recomienda la limpieza vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto con el fin de prevenir morbilidades infecciosas.
27. No se recomienda un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para evitar retrasos en el parto.
28. No se recomienda el uso de la amniotomía sola para prevenir retrasos en el trabajo de parto.
29. No se recomienda el uso de la amniotomía temprana con el aumento temprano de oxitocina para prevenir el retraso en el trabajo de parto.
30. No se recomienda el uso de oxitocina para prevenir retrasos en el trabajo de parto en mujeres que reciben analgesia epidural.
31. No se recomienda el uso de agentes antiespasmódicos para prevenir retrasos en el trabajo de parto.
32. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos con el objetivo de acortar la duración del trabajo de parto.
- 1.3 SEGUNDA ETAPA DEL PARTO:
33. El uso de la siguiente definición y duración de la segunda etapa del parto se recomienda para la práctica.
- La segunda etapa es el período de tiempo entre la dilatación cervical total y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene una necesidad involuntaria de pujar, como resultado de contracciones uterinas expulsivas.
 - Se debe informar a las mujeres que la duración de la segunda etapa varía de una mujer a otra. En el primer parto, el parto generalmente se completa dentro de las 3 horas, mientras que en los partos posteriores, el parto generalmente se completa dentro de las 2 horas.
34. Para las mujeres sin analgesia epidural, se recomienda alentar la adopción de una posición de nacimiento de la elección individual de la mujer, incluidas las posiciones erguidas.
35. Para las mujeres con analgesia epidural, se recomienda alentar la adopción de una posición de nacimiento de la elección individual de la mujer, incluidas las posiciones erguidas.



36. Se debe alentar y apoyar a las mujeres en la fase expulsiva de la segunda etapa del trabajo de parto para que sigan su propio impulso de presión.

37. Para las mujeres con analgesia epidural en la segunda etapa del trabajo de parto, se recomienda retrasar el empuje durante una o dos horas después de la dilatación completa o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en el contexto en que los recursos están disponibles y pueda prolongarse la segunda etapa del parto y pueda evaluarse la hipoxia perinatal, avaluándose y manejándose adecuadamente.

38. Para las mujeres en la segunda etapa del trabajo de parto, se recomiendan técnicas para reducir el trauma perineal y facilitar el parto espontáneo (incluido el masaje perineal, compresas tibias y protección práctica del perineo), según las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.

39. El uso rutinario o liberal de la episiotomía no se recomienda para las mujeres que se someten a un parto vaginal espontáneo.

40. No se recomienda la aplicación de presión uterina manual para facilitar el parto durante la segunda etapa del parto. (Esto es el Kristeller).

1.4 TERCERA ETAPA DEL PARTO

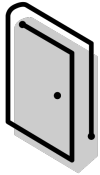
41. Se recomienda el uso de agentes uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto (HPP) durante la tercera etapa del parto en todos los partos.

42. La oxitocina (10 UI, IM / IV) es el medicamento uterotónico recomendado para la prevención de la hemorragia posparto (HPP) .

43. En entornos donde la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrine / methylergometrine, o la combinación de medicamentos derivados de oxitocina y ergometrina) o misoprostol oral (600 µg).

44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no antes de 1 minuto después del nacimiento) para mejorar los resultados de salud y nutrición de la madre y el bebé.

45. En entornos donde hay asistentes de partos cualificados, se recomienda la tracción controlada del cordón umbilical (CCT) para los partos vaginales si el proveedor de atención y la mujer parturienta



EC Oposiciones

La academia en tu casa.

consideran adecuada una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración de la tercera etapa.

46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.

1.5 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

47. En neonatos nacidos a través de líquido amniótico claro que comienzan a respirar por sí solos después del nacimiento, la succión de la boca y la nariz no debe realizarse.

48. Los recién nacidos sin complicaciones deben mantenerse en contacto piel con piel (SSC) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia materna.

49. Todos los recién nacidos, incluidos los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantar, deben ponerse al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento cuando estén clínicamente estables, y la madre y el bebé estén listos.

50. Todos los recién nacidos deben recibir 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en que el bebé debe estar en contacto piel con piel con la madre y debe iniciarse la lactancia)

51. El baño debe retrasarse hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible debido a razones culturales, el baño debe demorarse por lo menos durante seis horas. Se recomienda ropa apropiada del bebé para la temperatura ambiente. Esto significa una o dos capas de ropa más que los adultos, y el uso de sombreros / gorras. La madre y el bebé no deben separarse y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.

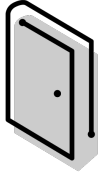
1.6 CUIDADOS PARA LA MUJER DESPUES DEL PARTO

52. La evaluación del tono uterino abdominal posparto para la identificación temprana de la atonía uterina se recomienda para todas las mujeres.

53. La profilaxis antibiótica de rutina no se recomienda para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.

54. La profilaxis antibiótica de rutina no se recomienda para mujeres con episiotomía.

55. Todas las mujeres posparto deben someterse regularmente a una evaluación de sangrado vaginal, contracción uterina, altura del fondo



EC Oposiciones

La academia en tu casa.

uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas comenzando desde la primera hora después del nacimiento. La presión arterial debe medirse poco después del nacimiento. Si es normal, la segunda medición de la presión arterial debe tomarse dentro de las seis horas. El vacío urinario debe documentarse dentro de las seis horas.

56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un establecimiento de atención médica, las madres sanas y los recién nacidos deben recibir atención durante al menos 24 horas después del nacimiento.