



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Echavarría Restrepo, Luis Guillermo; Campo Campo, María Nazareth; Gómez Mejía, Ana Cecilia
Manejo activo del trabajo de parto y su relación con la morbilidad materno perinatal
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 55, núm. 2, 2004, pp. 122-128
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214306004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

[redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

ESTUDIO DESCRIPTIVO

MANEJO ACTIVO DEL TRABAJO DE PARTO Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNO PERINATAL*

Revisión Servicio Clínica el Rosario y Universidades Pontificia Bolivariana.
Medellín, Antioquia agosto 2001-2002

ACTIVE LABOR MANAGEMENT AND ITS RELATIONSHIP WITH
MATERNAL AND PERINATAL MORBILITY

Luis Guillermo Echavarría Restrepo, M.D.**, **María Nazareth Campo Campo, M.D.*****,
Ana Cecilia Gómez Mejía, M.D.***

Recibido: febrero 9/2004 – Revisado: marzo 8/2004 – Aceptado: marzo 23/2004

RESUMEN

El manejo activo del trabajo del parto parece ser una opción válida en nuestro medio para obtener buenos resultados en la atención de pacientes obstétricas.¹ Se define como manejo activo de parto aquel en el cual el obstetra toma un papel activo, conductor y acompañante de la paciente gestante en trabajo de parto.

El requisito básico para ingresar la paciente en el manejo activo es que esté en un verdadero trabajo de parto, en fase inicial o avanzada. Los componentes del manejo activo son:

1. Ingreso de la paciente; requisitos mínimos: inicio de trabajo de parto (tres contracciones en diez minutos) y/o dilatación cervical igual o mayor a 3 cm.
2. Analgesia para el trabajo de parto.
3. Ruptura temprana de membranas, siempre y cuando esté en trabajo de parto verdadero.

4. Dosis adecuadas de oxitocina, que conserve un patrón contráctil fisiológico.

5. Vigilancia estricta de la paciente.^{1,2}

El manejo activo del trabajo de parto ha demostrado sus bondades en los resultados materno y perinatales, tales como la disminución de la hemorragia posparto, el acortamiento de la duración del trabajo de parto, el acompañamiento efectivo del equipo de salud a la gestante, el alivio del dolor y de manera indirecta, la disminución de la tasa de cesáreas, cuando esta se realiza, justifica su causa con más precisión.

Se realizó un trabajo descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de 405 pacientes pertenecientes a una empresa promotora de salud atendidas de parto en la clínica El Rosario (un centro hospitalario con capacidad de resolución de los tres niveles de atención) durante el período agosto 2001 – agosto 2002, y que cumplieran con los criterios de manejo activo.

Se encontró que el 77% de las pacientes estaba entre los 18 – 35 años y el 45% era primigestante. Las complicaciones hemorrágicas se presentaron sólo en el 1,4% de las pacientes y el porcentaje de cesáreas fue del 24,3%. Se obtuvo una duración del

* Revisión Servicio de Obstetricia, Clínica El Rosario y Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), agosto 2001 – agosto 2002, Medellín, Antioquia, Colombia.

** Coordinador Postgrado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina UPB. Coordinador de la Unidad Materno Infantil, Clínica Universitaria Bolivariana.

*** Residente Ginecología y Obstetricia III año, UPB.

trabajo del parto menor a seis horas en el 84,6% de las pacientes y se disminuyó la duración principalmente en primigestantes en más del 30% de su tiempo, sin encontrar resultados adversos perinatales inmediatos.

Este trabajo descriptivo retrospectivo nos abre la posibilidad de plantear estudios con características epidemiológicas más detalladas que convaliden los hallazgos en nuestro medio y nos permita recomendar este manejo con el reconocimiento de la medicina basada en la evidencia.

Palabras clave: trabajo de parto, cesárea, distocia.

SUMMARY

Active labor management seems to be a worth while option to obtain good results in the attention of obstetrical patients. It is defined as the process in which obstetrician takes an active roll, conduct, and accompany the obstetric patient during labor.

The principal requirement to enter the patient in the active handling is that the patient is in true labor, in the initial or advanced phase.

The components of the active management of labor are:

1. Minimal requirements for patient inclusion: beginning of labor (3 contractions in 10 minutes) and/or 3 cm minimum of cervical dilation.
2. Obstetrical analgesia.
3. Early membrane rupture, as long as the true labor had started.
4. Suitable doses of oxytocin, that conserves the physiologic contractility rhythm.
5. Strict monitoring of the patient and fetus.^{1,2}

The active handling of labor has demonstrated its benefits in the perinatal and maternal outcomes. The objective of this review is to show the results obtained with active management of labor in a group of patients of a third level obstetrical attention center.

A retrospective, descriptive investigation was done using chart review of 405 patients who delivered at the clinic El Rosario during the one-year

period, from August 2001 August 2002, and that fulfilled the inclusion criteria defined before.

From all the patients included, 77% were between 18 and 35 years of age, 45% were in the first delivery. Hemorrhagic complications appeared on 1,4% of the patients, and 24,3% of the deliveries were cesarean sections. Labor was shorter than 6 hours in 84,6% of the patients. The findings presented may constitute evidence supporting further prospective research to evaluate the impact of active labor management in the obstetrical patient.

Key words: active labor, caesarean, dystocia

INTRODUCCIÓN

El manejo activo del trabajo de parto tiene unos parámetros claros secuenciales que llevan a logros importantes en la atención de la paciente obstétrica, y permiten obtener buenos resultados en la atención materna y perinatal.

Si bien esta línea de manejo no es la primera elección en la atención del parto, recordar sus logros y el impacto que puede tener sobre los beneficios maternoperinatales como son: la disminución de la duración del trabajo de parto, la analgesia durante este y la vigilancia estrecha de su evolución, llevan a una disminución de las complicaciones infecciosas, hemorrágicas y del parto intervenido. Es importante considerarlo como propuesta de manejo.⁴

Con la aplicación del manejo activo se tendrá mayor claridad en el diagnóstico de las alteraciones de la evolución del trabajo de parto de cada una de las pacientes, al sumar la vigilancia clínica estrecha y el registro objetivo del trabajo de parto (partograma) y establecer así conductas precisas sobre la forma de atención del parto, independiente de la vía de elección en el momento oportuno.^{5,6}

Por todos los beneficios del manejo activo del parto, este trabajo busca dar a conocer sus resultados en nuestro medio, para lo cual se analizaron las historias de pacientes atendidas en un centro hospitalario en un período de un año, donde la complejidad de las pacientes atendidas y el manejo activo es fundamental.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de observación de tipo descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas de 432 pacientes pertenecientes a una empresa prestadora de salud atendidas por parto en la clínica El Rosario de la ciudad de Medellín, durante el período agosto 2001 - agosto 2002. Por el tipo de diseño este estudio no tiene grupo de control.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en el Epi info 6.04, con una población de 1.000 mujeres con atención del parto en esta institución, de las cuales 589 tuvieron parto por vía vaginal y 411 por cesárea; se tomó un error del 5% y una frecuencia esperada del 50% para un tamaño de 233 mujeres con parto por vía vaginal, de un total de 589, y 199 con parto por cesárea, de un total de 411 pacientes.

Para la obtención de los datos los investigadores diseñaron una encuesta y luego la información fue trasladada al Epi info 6.04 para la obtención de los resultados, los cuales se presentan en porcentajes.

Al analizar las historias clínicas se consideró fundamental la presencia del partograma, que hace parte de esta vigilancia, el cual es modificado de su versión original de Pillborh, quedando la estación en igual tendencia a la dilatación sin sobrepasar la línea de alerta y evitar así confusiones diagnósticas (**gráfica 1**).

La ausencia de partograma fue un factor de exclusión del manejo activo del parto.

La presente investigación cumple con los requisitos éticos según la resolución 008430 de 1993 (Título II, Capítulo 1, Artículo 11) del Ministerio de Salud.

RESULTADOS

En la clínica El Rosario de Medellín, se atendieron 1.000 pacientes de una empresa prestadora de servicios de salud durante el período agosto 2001 – agosto 2002, de las cuales 589 tuvieron parto por vía vaginal y 411 por vía abdominal (**gráfica 2**). De este total se analizaron 233 historias de parto vía vaginal y 199 de vía

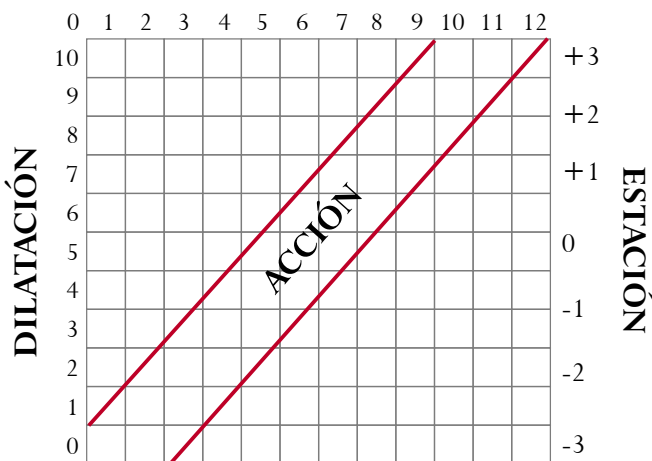
abdominal, para una muestra total de 432 historias clínicas (**gráfica 2**).

De los partos atendidos por vía vaginal, se excluyeron del análisis 19 historias por no cumplir los parámetros necesarios para la revisión: mortinatos (cinco casos), podálicas (dos casos), oligoamnios (un caso), error de número de historias clínicas (tres casos), no manejo activo (cuatro casos) y trabajo de parto pretérmino (cuatro casos), quedando un total de 214 historias analizadas de los partos atendidos por vía vaginal.

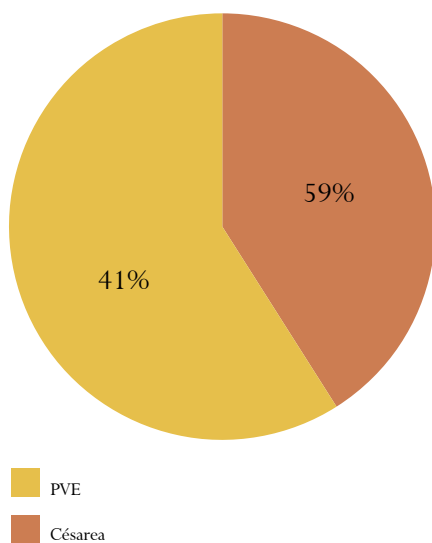
De los partos atendidos por vía abdominal se excluyeron nueve historias clínicas por error en número y tipo de paciente, quedando un total de 191 historias analizadas (**tabla 1**).

De esta muestra, el total de pacientes que tuvieron manejo activo del trabajo de parto fueron 283, de las cuales 214 (75,6%) terminaron en parto por vía vaginal y 69 por vía abdominal, equivalente a un 24,38% de las pacientes, porcentaje que nos muestra una tendencia importante en la disminución del parto intervenido por vía abdominal.

Las historias de pacientes a quienes se les realizó manejo activo del trabajo de parto y éste fue atendido por vía vaginal, el 82,24% (176 pacientes) correspondió a las edades comprendidas entre los 18 – 35 años, semejante al encontrado en aquellas



Gráfica 1. Sólo iniciar cuando la paciente esté en fase activa de T de P, 3 o más cm de dilatación y actividad uterina regular.



Gráfica 2. Vía de atención del parto.

atendidas por parto por vía abdominal 82,19% (157 pacientes).

El 45,7% de las pacientes a quienes se les realizó manejo activo del trabajo de parto eran primigestantes y el 54,3% multigestante.

Los parámetros necesarios para el éxito de este manejo se cumplieron así:

- 71,9% de las pacientes tuvo ruptura temprana artificial o espontánea de membranas (3 – 5 cm de dilatación); el resto presentó una dilatación más avanzada y la ruptura se realizó al ingreso.
- 57,94% presentó dilatación entre 2 – 4 cm, sólo un 8,85% mostró dilatación < 2 cm.
- 90,65% presentó borramiento igual o > 50%.
- 97,74% recibió analgesia durante el parto, de las cuales el 96% fue en dilatación igual o > 4 cm.

Tabla 1. Vía de atención del parto				
Vía	Manejo activo	No manejo activo	HC analizadas	HC excluidas
PVE	214	19	214	19
Cesárea	69	122	191	8
Total	283	141	405	27

- 84,69% tuvo una duración de trabajo del parto < 6 horas: sólo un 15,31% tuvo una duración > de 6 horas. En las pacientes primigestantes, sin manejo activo de parto, la duración del trabajo puede ser hasta de doce horas.⁶

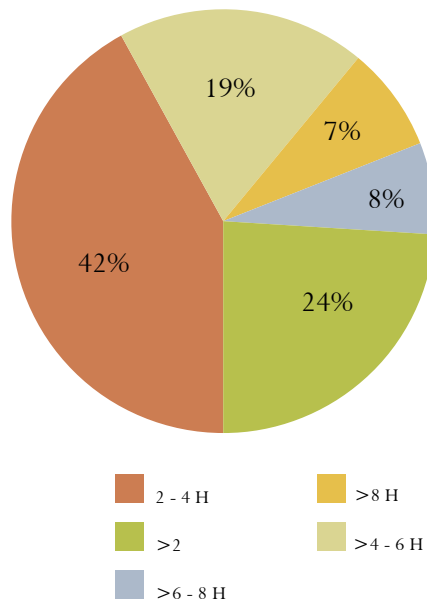
Se debe anotar que en la muestra participaron algunas pacientes con ruptura de membranas sin inicio de trabajo de parto y embarazo a término; aquellas pacientes con embarazo prolongado a quienes se les realizó manejo activo de trabajo del parto se relacionaron con mayor duración del trabajo de parto y tuvieron mayor exposición a complicaciones, principalmente la infección y (gráfica 3).

De 75,7% pacientes que tuvieron parto vértice espontáneo, un 24,29% fue intervenido por fórceps, cuya indicación en el 92% fue de salida, indicación que no tiene repercusión en resultados perinatales, según medicina basada en la evidencia⁷ (gráfica 4).

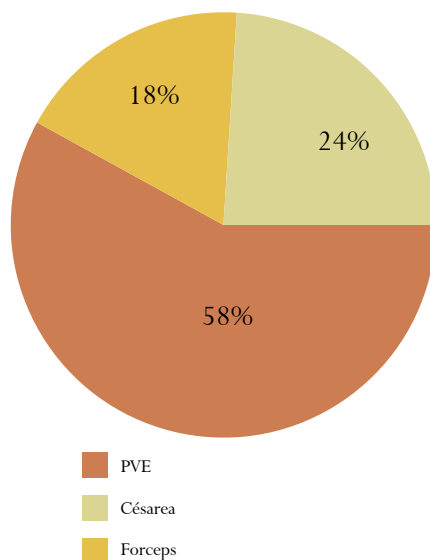
Las complicaciones tuvieron una frecuencia baja, del 6,0% (trece pacientes) (tabla 2), de las cuales seis presentaron infección leve, relacionada con la duración del parto de aquellas que fueron remitidas con sólo ruptura de membranas y embarazo a término; el 1,4% de las pacientes presentó hemorragia posparto, con una incidencia más baja que la hallada en la literatura con valores mayores al 3%.

De las pacientes a quienes se les realizó manejo activo del trabajo de parto, el 24,3% terminó en cesárea (69 pacientes) (tabla 3); la indicación más frecuente fue la distocia, que se presentó en 43 pacientes (15,19% del total de 283 pacientes expuestas a manejo activo), diagnosticada por el partograma por anomalía en la evolución del trabajo de parto. En doce pacientes (17,59%) la indicación fue por sufrimiento fetal, porcentaje semejante al reportado en la literatura.³

En las pacientes a quienes no se les realizó manejo activo del trabajo de parto (63,69%), las



Gráfica 3. Duración del trabajo del parto en pacientes con manejo activo.



Gráfica 4. Vía del parto en pacientes a quienes se les realizó manejo activo del trabajo del parto.

principales indicaciones para la intervención fueron las distocias y el síndrome hipertensivo asociado al embarazo, preeclampsia severa (S. Hellp, eclampsia), lo cual demuestra la alta complejidad de estas pacientes obstétricas (tabla 4).

Tabla 2. Complicaciones durante el trabajo del parto - postparto inmediato

Complicación	Número	%
Infección	6	2,8
Hemorragia	3	1,4
Hiperestimulación	3	1,4
Ruptura uterina	1	0,46
Total	13	6,074

Tabla 3. Indicaciones de la atención del parto por vía abdominal de las pacientes que tuvieron manejo activo del trabajo de parto

Indicación	Número pacientes	%
Distocia	43	62,31
Sufrimiento fetal	12	17,39
Infección	3	4,34
Cesárea previa	3	4,34
Preeclampsia	3	4,34
Otra	5	7,24
Total	69	100

DISCUSIÓN

El manejo activo del trabajo del parto presenta buenos indicadores en la atención de las maternas, permitiendo una estrecha vigilancia y acompañamiento de ellas con resultados excelentes para el binomio madre – hijo.⁸

Los beneficios obtenidos con el manejo activo del parto como la disminución de la hemorragia posparto, la reducción de la infección en las paciente en quienes el trabajo de parto dura < 10 horas, el acortamiento de la duración del trabajo de parto y una tendencia a la disminución del parto intervenido por cesárea,⁹ nos permite recomendar el manejo

Tabla 4. Indicaciones de la atención del parto por vía abdominal de pacientes que no tuvieron manejo activo del trabajo de parto

Indicación	Número pacientes	%
Distocia	37	30,32
Preeclampsia	26	21,31
Cesárea previa	20	16,39
Sufrimiento fetal	15	12,29
RPMO	6	4,91
Otra	18	14,75
Total	122	100

activo del parto y plantear estudios epidemiológicos más elaborados con el propósito de validar y poder recomendar de forma definitiva esta metodología de trabajo.

El grupo comprendido entre los 18 – 35 años es el más frecuentemente encontrado entre las maternas atendidas con un promedio del 77% para los dos grupos, tanto de vía vaginal como abdominal, grupo que sigue siendo considerado en edad reproductiva de menor riesgo, comparado con las adolescentes y las añosas, sin tener en cuenta otros factores que modifican el riesgo de manera particular.¹

Un 46% fue primigestantes, en quienes más impacta el manejo activo del parto por el acortamiento de su duración y la disminución de la incidencia del parto intervenido. En un futuro se podrá disminuir la incidencia de la cesárea iterativa¹⁰ y la morbilidad asociada a su presencia.

En el manejo activo del trabajo del parto se deben tener en cuenta todos los factores importantes:¹¹

- Inicio del trabajo de parto (tres contracciones en diez minutos).
- Dilatación inicial trabajo de parto (3 o > cm de dilatación).
- Borramiento importante cervical (< 1,5 cm de longitud).
- Ruptura temprana de membranas (3 o > 3 cm de dilatación).
- Epidural temprana (4 cm o más de dilatación).

- Dosis adecuada de oxitocina (5 – 15 mU/min).
- Registro del trabajo de parto (partograma).
- Acompañamiento permanente de la paciente.

Los resultados obtenidos, al igual que otros estudios,¹² han mostrado los beneficios en el acortamiento de la duración del trabajo de parto en el 40% de su tiempo⁴ y disminución de las complicaciones como hemorragia posparto, presente sólo en tres pacientes de 214, comparada con aquellas sin este manejo (5-16,5%).^{4, 13} Disminución de la infección en las pacientes cuya duración de su trabajo de parto es menor de diez horas¹³ y una disminución de la intervención del parto principalmente por distocia a un 60%, reportado en más del 70% en las pacientes sometidas a cesárea,⁴ lo cual establece un diagnóstico claro del tipo de distocia y por ende la causa precisa de su intervención. Es una estrategia importante en el proceso de disminución del parto intervenido como de todos los riesgos que implica la cesárea en la morbilidad materna y perinatal.¹³

Todos estos resultados señalan que el manejo activo del trabajo de parto es una buena estrategia para la atención de las pacientes obstétricas.

El acompañamiento continuo de la gestante permite la intervención oportuna en las diferentes etapas del trabajo de parto y asegura que independiente de la técnica utilizada para la analgesia del trabajo de parto, esta será monitorizada continua y oportunamente.

AGRADECIMIENTOS

A la clínica EL Rosario y a todo su equipo de trabajo, Medellín, Colombia, a la hermana Laura Mejía, Directora de la clínica El Rosario, al Departamento de archivo de la clínica El Rosario, a la doctora Martha Herrera, profesora de investigación, Facultad de Medicina de la UPB, y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron con la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Brewster DS, Cunningham FG. High-versus low dose oxytocin for labor stimulation. *Obstet Gynecol* 1992;80:111-16.

2. Satin AJ, Mayberry MC. Chorioamnionitis: a harbinger of dystocia. *Obstet Gynecol* 1992;79:913-15.
3. Seyb ST, Berka RJ, Socol ML, Dooley SL. Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 1999;94:600-7.
4. Peaceman MD, López-Zeno JA, Minogue JP, Socol ML. Factors that influence route of delivery-active versus traditional labor management. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:940-4.
5. Socol ML, Peaceman AM. Active management of labor. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;26:287-94.
6. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol* 1984;63:485-90.
7. López-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. *N Engl J Med* 1992;326:450-4.
8. Frigoletto FD, Jr, Lieberman E, Lang JM, Cohen A, Barss V, Ringer S, et al. A clinical trial of active management of labor. *N Eng J Med* 1995;333:745-50.
9. Rogers R, Gilson GJ, Miller AC, Izquierdo LE, Curet LB, Qualls CR. Active management of labor: does it make a difference? *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:599-605.
10. Rogers J, Wood J, McCandlish R, Ayers S, Truesdale A, Elbourne D. et al. Active versus expectant management of third stage of labor: The Hinchingsbrooke randomized controlled trial. *Lancet* 1998;351:693-9.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor. ACOG Practice Bulletin Number 10. Washington, DC: ACOG, 1999.
12. Turner M, Brassil M, Gordon H. Active management of labor associated with a decrease in cesarean section rate in nulliparas. *Obstet Gynecol* 1988;71:150-4.
13. Sadler LC, Davison T. Active management of labor reduced the duration of the first stage of labour but not the rate of cesarean section. *Evidence-based Obstetrics & Gynecology* 2001;3:77-8.
14. Sadler LC, Davison T. A randomized controlled trial and meta-analysis of active management of labor. *BJOG* 2000;107:909-15.