

## Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto

Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014

### Mensajes clave de las guías establecidas por la OMS para la estimulación del trabajo de parto

- La estimulación del trabajo de parto es una intervención útil e importante para el retraso en el parto cuando se administra el tratamiento correcto, basado en guías generadas a partir de los datos.
- Al tiempo que aborda el problema que representa la elevada tasa de cesáreas, un problema mundial en aumento, esta intervención apunta a prevenir el trabajo de parto prolongado.
- El uso incorrecto de esta intervención puede causar daños que resulten en una hiperestimulación uterina con reacciones adversas, tales como la asfixia del feto y la rotura del útero.

### Información general

El trabajo de parto dificultoso (distocia) se caracteriza por la progresión anormalmente lenta del período dilatante debido a contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la pelvis materna. Es más frecuente en mujeres nulíparas y está asociado a un considerable aumento en las tasas de morbilidad materna y perinatal, como consecuencia de infecciones, rotura uterina y partos instrumentados.

En la práctica clínica, la identificación de la causa precisa de la prolongación del trabajo de parto puede representar un desafío. Es por ello que el término «falta de progresión del trabajo de parto» se ha convertido en una denominación cada vez más popular para el trabajo de parto prolongado y en una de las principales causas de indicación de cesárea primaria. Hay cada vez más preocupación porque, en muchos casos, la cesárea se realiza demasiado prematuramente, sin la debida contemplación de otras intervenciones menos agresivas que pudieran favorecer el parto por vía vaginal. La estimulación del trabajo de parto es un proceso mediante el cual se aumenta la frecuencia, la intensidad y la duración de las contracciones uterinas una vez que ha comenzado el trabajo de parto espontáneo. Con frecuencia, cuando se considera que las contracciones uterinas no son suficientemente intensas, se ha utilizado este procedimiento para tratar el trabajo de parto prolongado.



Figura 1. Resumen de las prácticas recomendadas y no recomendadas.

	Prevención	Tratamiento
Recomendadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partograma durante la fase activa con una línea de acción a las cuatro horas para monitorizar el progreso del trabajo de parto</li> <li>• Evaluaciones sistemáticas con tactos vaginales cada cuatro horas</li> <li>• Fomento de la movilidad y la postura erguida por parte de la parturienta</li> <li>• Acompañamiento continuo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de ocitocina como único agente para el tratamiento del trabajo de parto prolongado</li> <li>• Uso de amniotomía y ocitocina para el tratamiento del trabajo de parto prolongado <b>confirmado</b></li> </ul>
No recomendadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de un paquete de atención integral («conducta activa durante el período dilatante») para la prevención del trabajo de parto prolongado</li> <li>• Administración de enema</li> <li>• Uso de amniotomía temprana y estimulación precoz con ocitocina</li> <li>• Uso de amniotomía únicamente</li> <li>• Alivio del dolor para prevenir el trabajo de parto prolongado</li> <li>• Restricción de la ingesta de líquidos y alimentos en mujeres de bajo riesgo</li> <li>• Administración intravenosa de líquidos para acortar el trabajo de parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulación con ocitocina intravenosa antes de confirmar la prolongación del trabajo de parto</li> <li>• Esquema terapéutico con dosis inicial alta e incrementos subsiguientes de ocitocina</li> <li>• Uso de misoprostol oral</li> <li>• Uso de amniotomía únicamente</li> <li>• Uso de tocodinamometría interna (frente a tocodinamometría externa)</li> </ul>

Tradicionalmente, la estimulación del trabajo de parto se realiza mediante la infusión intravenosa de ocitocina o la rotura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía). Si bien la estimulación del trabajo de parto puede ser beneficiosa para prevenir el trabajo de parto prolongado, puede ser perjudicial si se la usa de manera inadecuada. La estimulación con ocitocina sintética puede originar la hiperestimulación uterina con reacciones adversas, como la asfixia fetal y la rotura uterina y, por lo tanto, aumentar el riesgo de desencadenar una cascada de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto. La intervención clínica injustificada también priva a la mujer de su autonomía y dignidad durante el trabajo de parto y puede afectar de manera negativa su experiencia. Existe una gran disparidad en la práctica actual de la estimulación con ocitocina

entre un país y otro e, incluso, entre un hospital y otro del mismo país. Dado que es una intervención intraparto frecuente, mejorar la práctica de la estimulación del trabajo de parto a través de guías informadas por evidencia científica tiene consecuencias importantes en los resultados del trabajo de parto tanto en países de ingresos bajos como en los de ingresos altos. El **objetivo de esta síntesis de evidencias** es resumir las guías sobre intervenciones eficaces para la estimulación segura del trabajo de parto con el fin de acelerar su divulgación y uso.

## Resumen de recomendaciones agrupadas por proceso de atención

Para todas las recomendaciones citadas a continuación, se deberán adoptar un conjunto común de acciones relacionadas con programas y políticas para actualizar rápida y sistemáticamente las guías clínicas nacionales, y afianzar la atención basada en la evidencia:

- Revisar y actualizar las guías clínicas nacionales, y los materiales educativos para la formación profesional inicial y continua a fin de garantizar que reflejen la evidencia científica actual.
- Garantizar el compromiso de las asociaciones de obstetricia y ginecología y de partería para que aporten información actualizada a sus miembros (por ejemplo, en congresos anuales, mediante boletines informativos, sesiones de educación médica continua, etc.) sobre las nuevas recomendaciones y la base de evidencia científica que avala cada recomendación.
- Fomentar la adopción de medidas con el objetivo de mejorar la calidad de atención en los establecimientos sanitarios para supervisar estas prácticas clave e instruir a los proveedores en el lugar de trabajo sobre los casos en que la práctica esté desactualizada o pudiera llegar a ser perjudicial.
- Siempre que sea posible, alentar a los formuladores de políticas a hacer uso racional de medicamentos e insumos para cuantificar el ahorro en costos en el sistema sanitario y, potencialmente, corregir el desabastecimiento (por ejemplo, el uso excesivo de ocitocina para la estimulación del trabajo de parto puede causar la falta de este insumo a la hora de necesitarlo durante la conducta activa en el alumbramiento).
- Usar las plataformas disponibles (por ejemplo, el servicio de mensajes cortos [SMS] a proveedores y las reuniones mensuales) para recordarles periódicamente las prácticas clave.
- Vincular la promoción de prácticas basadas en la evidencia científica, relacionadas con el bienestar y la capacidad de decisión de la mujer con la asistencia respetuosa de la maternidad y las actividades de promoción y concientización (por ejemplo, la Alianza Cinta Blanca [White Ribbon Alliance]).
- En los establecimientos en los que haya auditorías de rutina de muertes maternas y perinatales, usar el proceso de revisión y de planificación de la acción a fin de terminar con las prácticas desactualizadas que puedan ser perjudiciales.

### Pasos a seguir para diagnosticar la prolongación del período dilatante

- Afianzar el uso de partogramas.
- Confirmar que las guías nacionales, los materiales educativos para la formación inicial y continua, y el sistema de información sobre gestión en salud incluyan partogramas con una línea de acción a las cuatro horas (en vez de partogramas con líneas de acción más precoces).
- Hacer tactos vaginales cada cuatro horas para la evaluación sistemática.
- Minimizar la cantidad total de tactos vaginales.

Estimulación del trabajo de parto: Acciones relacionadas con programas y políticas para incorporar las nuevas guías	
Recomendación de la OMS 2014	Justificación y acción relacionada con programas y políticas
<b>I. Vigilar y monitorizar de manera apropiada</b>	
Recomendación 1: Se recomienda el uso de un partograma durante la fase activa con una línea de acción a las cuatro horas para monitorizar el progreso del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afianzar el uso de partogramas porque permiten a los proveedores diagnosticar cuándo el trabajo de parto progresa de la manera esperada y cuándo la estimulación puede ser beneficiosa. El uso del partograma puede optimizarse al usarlo junto con un protocolo de trabajo de parto estándar.</li> <li>• Confirmar que los partogramas con una línea de acción a las cuatro horas estén incluidos en las guías nacionales, en los programas de estudio de formación inicial y continua, y en el sistema de información sobre gestión en salud (si se imprimen en forma centralizada y se distribuyen a los establecimientos). Garantizar la capacitación de los proveedores para la elaboración de partogramas.</li> </ul>
Recomendación 2: Se recomienda el tacto vaginal cada cuatro horas para determinar la progresión del período dilatante y detectar la fase activa prolongada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cuanto a los tactos vaginales a intervalos más frecuentes, deberá darse prioridad a los deseos y las preferencias de la mujer y a minimizar la cantidad total de tactos.</li> <li>• Garantizar que no se incluya el tacto rectal para la evaluación de rutina del trabajo de parto, dado que puede ser más incómodo para las mujeres.</li> </ul>
<b>II. Reducir las intervenciones inadecuadas que equivocadamente se cree previenen el trabajo de parto prolongado</b>	
Recomendación 7: <u>No</u> se recomienda el uso de antiespasmódicos como prevención del trabajo de parto prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los datos disponibles sobre el uso de antiespasmódicos para la prevención del trabajo de parto prolongado son heterogéneos y no pueden generalizarse. Los datos disponibles sugieren que hay un acortamiento clínicamente intrascendente del período dilatante, sin que mejoren las complicaciones críticas maternas y neonatales.</li> </ul>
Recomendación 8: <u>No</u> se recomienda el alivio del dolor para prevenir la prolongación del período dilatante y reducir el uso de la estimulación del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El alivio del dolor puede tener beneficios considerables durante el trabajo de parto y es un componente fundamental de la correcta atención intraparto. No obstante, no hay evidencia clara de que cualquier modalidad de alivio del dolor esté asociada con cualquier reducción en la duración del trabajo de parto o en la frecuencia de la estimulación del período dilatante.</li> </ul>

<b>Estimulación del trabajo de parto: Acciones relacionadas con programas y políticas para incorporar las nuevas guías</b>	
<b>Recomendación de la OMS 2014</b>	<b>Justificación y acción relacionada con programas y políticas</b>
Recomendación 9: <u>No</u> se recomienda el uso de líquidos intravenosos con el objetivo de acortar la duración del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar la administración sistemática de líquidos intravenosos para acortar el trabajo de parto ya que esta conducta no ofrece beneficios que superen a los daños potenciales como la hipervolemia materna. El uso sistemático y generalizado de líquidos intravenosos en todas las mujeres en trabajo de parto en establecimientos sanitarios de contextos de ingresos bajos, medianos y altos aumenta los costos, afecta los recursos y limita la posibilidad de que la mujer pueda caminar o de adoptar posturas libremente.</li> </ul>
Recomendación 13: <u>No</u> se recomienda la administración de enemas para reducir el uso de la estimulación del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar la administración de enemas. No se ha demostrado que el uso de enemas de forma rutinaria reduzca la duración del trabajo de parto ni ofrezca algún otro beneficio clínico. Se considera que el uso de enemas es una intervención agresiva e incómoda para las mujeres.</li> </ul>
<b>III. Mejorar la capacidad de la mujer para tener un trabajo de parto natural</b>	
Recomendación 10: En el caso de mujeres de bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No debe restringirse la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. Permitir la ingesta durante el trabajo de parto significa respetar las elecciones y los deseos de la mujer. Además, la restricción de la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto no tiene efectos beneficiosos en los resultados clínicos, entre ellos el uso de la estimulación del trabajo de parto, la duración del trabajo de parto, la tasa de partos por cesárea o las admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).</li> </ul>
Recomendación 11: Se recomienda fomentar la movilidad y la postura erguida durante el trabajo de parto a las parturientas de bajo riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir que las mujeres elijan posturas erguidas o que caminen durante el trabajo de parto ya que esta práctica parece acortar el período dilatante en las nulíparas y reducir la tasa global de cesáreas. No aumenta el riesgo de mortalidad perinatal, sufrimiento fetal ni de admisiones a la UCIN. Permitir que las mujeres caminen o que adopten una postura erguida durante el trabajo de parto es una intervención beneficiosa, económica y fácil de implementar que respeta las elecciones de la mujer, y es muy recomendada.</li> <li>Aconsejar la adopción de esta recomendación en políticas y guías nacionales, e incluirla como un indicador del proceso en programas nacionales.</li> </ul>
Recomendación 12: Se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto, a fin de reducir las complicaciones durante el trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto parece evitar muchas de las complicaciones maternas, entre ellas la reducción de la duración del trabajo de parto, la disminución de la tasa de partos vaginales instrumentados y de cesáreas.</li> <li>Aconsejar la adopción de esta recomendación en políticas y guías nacionales, e incluirla como un indicador del proceso en programas nacionales.</li> </ul>
<b>IV. Administrar el tratamiento adecuado para la prolongación del trabajo de parto</b>	
Recomendación 14: Se recomienda el uso de ocitocina como único agente para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>El uso prudente de ocitocina en los casos en los que las contracciones son insuficientes puede evitar la prolongación excesiva del trabajo de parto. Cuando las contracciones uterinas insuficientes son la causa principal de la prolongación del trabajo de parto, el uso de ocitocina como única intervención para la estimulación es razonable.</li> </ul>
Recomendación 19: Se recomienda el uso de amniotomía y ocitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La estimulación de las contracciones uterinas con ocitocina y amniotomía es una elección clínica razonable si la prolongación del trabajo de parto se debe a la falta de contracciones uterinas regulares.</li> </ul>
Recomendación 20: No se recomienda el uso de tocodinamometría interna frente a tocodinamometría externa con el fin de mejorar los resultados de la estimulación del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar el uso de la tocodinamometría interna, que exige el empleo de muchos recursos y que no es muy utilizada en muchos contextos. Durante la estimulación del trabajo de parto, los beneficios potenciales de la tocodinamometría interna, frente a la tocodinamometría externa, no superan el daño potencial.</li> </ul>
<b>V. Evitar las prácticas que no sean beneficiosas para el tratamiento del trabajo de parto prolongado</b>	
Recomendación 3: <u>No</u> se recomienda usar un paquete de atención integral que incluya la conducta activa del trabajo de parto para prevenir la prolongación del período dilatante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar el uso sistemático de un paquete de intervenciones («conducta activa del trabajo de parto») para prevenir la posible prolongación del período dilatante porque es altamente prescriptivo y puede socavar las elecciones y la autonomía de la mujer durante la atención.</li> </ul>
Recomendación 4: No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con estimulación precoz con ocitocina para prevenir la prolongación del período dilatante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar la amniotomía de rutina y la administración temprana de ocitocina para la estimulación cuando se detecta una progresión lenta del trabajo de parto. Aunque esta práctica puede acortar el período dilatante, no existe una diferencia que se haya demostrado en otros resultados clínicos importantes.</li> </ul>
Recomendación 5: <u>No</u> se recomienda el uso de ocitocina para prevenir la prolongación del trabajo de parto en mujeres que reciben analgesia peridural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar el uso sistemático de ocitocina para la estimulación del trabajo de parto en aquellas mujeres que reciben analgesia peridural. La estimulación del trabajo de parto con ocitocina deberá realizarse solo cuando esté indicada como tratamiento del trabajo de parto prolongado confirmado. No hay una diferencia importante en los resultados maternos y neonatales, por lo tanto, no se recomienda esta práctica.</li> </ul>
Recomendación 6: <u>No</u> se recomienda el uso de amniotomía sola para prevenir el trabajo de parto prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar la amniotomía precoz en mujeres infectadas por el VIH puesto que podría aumentar el riesgo de transmisión perinatal del VIH.</li> </ul>

<b>Estimulación del trabajo de parto: Acciones relacionadas con programas y políticas para incorporar las nuevas guías</b>	
<b>Recomendación de la OMS 2014</b>	<b>Justificación y acción relacionada con programas y políticas</b>
Recomendación 15: No se recomienda la estimulación con ocitocina intravenosa antes de confirmar la prolongación del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar la estimulación con ocitocina intravenosa a menos que se haya diagnosticado la prolongación del trabajo de parto. Cuando se usa la intervención precoz con ocitocina antes de confirmar la prolongación del trabajo de parto, puede haber un incremento en el riesgo de hiperestimulación uterina, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, y peores resultados maternos y neonatales.</li> </ul>
Recomendación 16: No se recomienda usar el esquema terapéutico con una dosis inicial alta de ocitocina e incrementos subsiguientes para la estimulación del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar un esquema con una dosis inicial alta de ocitocina e incrementos subsiguientes para la estimulación del trabajo de parto. Hay escasa evidencia sobre los resultados neonatales al iniciar la administración de ocitocina e incrementarla a dosis elevadas, y es importante señalar que debe usarse con precaución, dado el peligro asociado con el uso arbitrario de ocitocina en la práctica clínica.</li> </ul>
Recomendación 17: No se recomienda el uso de misoprostol oral para la estimulación del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar el uso de misoprostol para la estimulación del trabajo de parto. El misoprostol no es un sustituto seguro de la ocitocina para la estimulación del trabajo de parto en lugares con o sin asistentes capacitados para la atención de partos. El empleo de misoprostol para este propósito ha mostrado una alta tasa de hiperestimulación uterina y de cambios en la frecuencia cardíaca fetal, y puede derivar en resultados adversos maternos y neonatales.</li> </ul>
Recomendación 18: <u>No</u> se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento del trabajo de parto prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se recomienda usar amniotomía sola en el cuadro de trabajo de parto prolongado. Los datos disponibles se limitan a un pequeño estudio clínico y son insuficientes para sacar conclusiones sobre los beneficios o daños relacionados con el uso rutinario de amniotomía para el tratamiento del trabajo de parto disfuncional.</li> </ul>
Recomendación 20: No se recomienda el uso de tocodinamometría interna frente a tocodinamometría externa con el fin de mejorar los resultados para la estimulación del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar el uso de la tocodinamometría interna, que exige el uso de muchos recursos y que no es una práctica generalizada en diversos lugares. Durante la estimulación del trabajo de parto, los beneficios potenciales de la tocodinamometría interna, frente a la tocodinamometría externa, no superan el daño potencial.</li> </ul>

## Conclusiones

A nivel mundial, la optimización de los resultados en mujeres en trabajo de parto exige la orientación basada en la evidencia de los trabajadores sanitarios para mejorar la atención a través de la selección adecuada de las pacientes y el uso de intervenciones eficaces. El objetivo de estas guías es consolidar la orientación para implementar intervenciones eficaces necesarias para reducir la carga mundial del trabajo de parto prolongado y sus consecuencias. En definitiva, el objetivo fundamental de esta guía es mejorar la calidad de la atención y de los resultados en salud relativos a la estimulación del trabajo de parto.

La introducción eficaz de políticas basadas en la evidencia relacionadas con la estimulación del trabajo de parto en programas nacionales y en servicios asistenciales depende de procesos de adaptación y ejecución planificados correctamente y consensuados de manera participativa. Estos procesos pueden incluir la elaboración o la revisión de guías o protocolos nacionales ya vigentes basados en este documento. Las recomendaciones que contiene esta guía deberán adaptarse a las necesidades específicas de cada país y de su servicio nacional de salud en documentos localmente apropiados. Se recomienda a los lectores analizar y utilizar las guías completas al programar la ejecución o la adaptación. Las modificaciones a las recomendaciones, cuando sean necesarias, deberán limitarse a recomendaciones sujetas a condiciones y deberán justificarse de forma explícita y transparente.

Deberán crearse circunstancias que posibiliten el uso de estas recomendaciones, incluidos los cambios de comportamiento de médicos y administradores, para facilitar la implementación de estas prácticas basadas en la evidencia (por ejemplo, colocando biombos para que la mujer y quien la acompañe durante el trabajo de parto gocen de privacidad). Las sociedades profesionales locales cumplen una función importante en este proceso, y se deberá recomendar un proceso inclusivo y participativo. Por último, estas guías pretenden destacar la importancia del respeto por los derechos y la dignidad de la mujer como receptora de la atención y de la necesidad de mantener estándares elevados de ética y seguridad en la práctica clínica.

La elaboración de este resumen ha sido posible gracias al generoso apoyo de los estadounidenses a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Acuerdo cooperativo AID-OAA-A-14-00028. La Organización Mundial de la Salud y la USAID han tomado todas las precauciones razonables para verificar la información que contiene esta publicación. Sin embargo, el material publicado se está distribuyendo sin ningún tipo de garantía, expresa o implícita. El lector es el único responsable de la interpretación y el uso del material. En ningún caso la Organización Mundial de la Salud será responsable de los daños emanados de su uso. El contenido es responsabilidad de Maternal and Child Survival Program (Programa de supervivencia maternoinfantil) y no necesariamente refleja la opinión de la OMS, la USAID ni del gobierno de los Estados Unidos.

Las solicitudes de información adicional sobre este resumen o de autorización para reproducir o traducir esta publicación deben enviarse a MCSP Communications, correo electrónico: [info@mcsprogram.org](mailto:info@mcsprogram.org). Si desea obtener más información sobre las guías de la OMS, comuníquese con [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int) o [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int). Traducido por MCSP.

© Organización Mundial de la Salud y Jhpiego 2015. Todos los derechos reservados. WHO/RHR/15.05.

**OMS, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente**

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent](http://www.who.int/maternal_child_adolescent)

**OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR)**

<http://www.who.int/reproductivehealth>