

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

- Actualización de la definición de pródromos de parto y fase latente del parto.
- Se añade apartado sobre la actuación en Urgencias ante la paciente con pródromos de parto.
- Actualización de las medidas analgésicas en domicilio al alta y las recomendaciones a la paciente.

INDICE

1. Definición y diagnóstico.
2. Actuación en Urgencias ante la paciente en situación de pródromos de parto. Criterios de ingreso.
3. Anexo I: Recomendaciones para gestantes a término con contracciones.

1. DEFINICIÓN Y DIAGNÓSTICO

Pródromos de parto

Se denomina *pródromos de parto* al conjunto de manifestaciones clínicas que reflejan una percepción subjetiva por parte de la gestante a término de que el inicio del parto es inminente. Estas manifestaciones suelen presentarse en forma de actividad uterina percibida como contracciones, aunque sin criterios que definan un trabajo de parto activo. Esta fase puede prolongarse durante varios días, incluso hasta dos semanas, y su diferenciación con la fase latente puede resultar difícil.

Criterios orientativos para distinguir pródromos de parto:

- **Actividad uterina:** Las contracciones en esta etapa suelen ser irregulares y de baja frecuencia (menos de 2-3 contracciones en 10 minutos). Su intensidad generalmente no supera los 20–30 mmHg y no provocan cambios cervicales progresivos.
- **Modificaciones cervicales:** En la exploración vaginal, el cuello uterino suele encontrarse posterior, borrado menor al 50%, y escasa dilatación. En nulíparas, el cérvix suele estar largo y con una dilatación < 1 cm. En multíparas con partos vaginales previos puede observarse una dilatación basal de hasta 2 cm, con mayor grado de borramiento, sin que ello indique necesariamente el inicio del trabajo de parto.

Síntomas clínicos asociados:

- Contracciones de Braxton-Hicks (indoloras, irregulares, de intensidad variable).
- Expulsión del tapón mucoso.
- Molestias digestivas inespecíficas (diarrea, náuseas, dolor abdominal leve).

Estos signos forman parte del proceso fisiológico preparatorio para el parto, pero no son indicativos por sí solos del inicio del mismo.

Definiciones prácticas de las fases del trabajo de parto:

- **Fase latente:** Se caracteriza por contracciones dolorosas y modificaciones progresivas del cuello uterino, con dilatación lenta hasta los 4 cm, independientemente de si la gestante es primípara o multípara.

PROCOLOS ASISTENCIALES

PRÓDROMOS DE PARTO

- **Fase activa:** Se inicia a partir de los 5 cm de dilatación cervical, con contracciones uterinas dolorosas, regulares y efectivas, cuello borrado completo o casi completo y una progresión más rápida hasta la dilatación total.

Consideraciones clínicas: La distinción entre pródromos, fase latente y fase activa puede ser subjetiva y con elevada variabilidad interindividual. Por ello, el juicio clínico, apoyado en una evaluación dinámica y global de la paciente, sigue siendo esencial para un manejo adecuado.

2. ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE LA GESTANTE EN SITUACIÓN DE FASE LATENTE DE PARTO. CRITERIO DE INGRESO

Ante toda gestante que acuda al Servicio de Urgencias refiriendo dinámica uterina, se procederá de manera sistemática según los siguientes pasos:

6.1 Historia clínica y estudios complementarios

- Completar la historia obstétrica y médica, incluyendo antecedentes personales relevantes y resultados disponibles de serologías habituales: **rubeola, sífilis (lúes), VIH y HBsAg**.
- En caso de desconocerse el estado serológico frente a **hepatitis B y VIH**, se solicitarán **determinaciones urgentes de HBsAg y/o VIH**.
- Si no se dispone de analítica reciente, se indicará la realización de:
 - **Hemograma completo**
 - **Pruebas de coagulación (TP, TTPa, INR, fibrinógeno)**, periodo de caducidad de 4 semanas.
- Verificar la constancia documental del **grupo sanguíneo y Rh**.

6.2 Exploración vaginal

La exploración debe incluir una valoración completa de las condiciones obstétricas:

- **Condiciones cervicales:** Evaluación mediante el **índice de Bishop** (dilatación, posición, consistencia y borramiento).
- **Estado de la bolsa amniótica:** Confirmar si las membranas están íntegras o rotas; en caso de rotura, observar el **color del líquido amniótico** (transparente, meconial, hemático).
- **Presencia de hemorragia genital.**
- **Actitud, posición y altura de la presentación fetal.**

Índice de Bishop

Puntuación	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2	3-4	5-6
Borramiento	0-30	40-50	60-70	80
Consistencia	Dura	Media	Blanda	-
Posición	Posterior	Medio	Centrado	-
A .Presentación	-3	-2	-1 - 0	+1 +2

6.3 Estudio microbiológico

- Verificar el **resultado del cultivo vagino-rectal para detección de *Streptococcus agalactiae* (GBS)**.
- En caso de no haberse realizado, o si han transcurrido más de **5 semanas desde la toma en gestaciones a término**, se solicitará:
 - **Nuevo cultivo vagino-rectal.**
 - **PCR para GBS.** (Consultar el *Protocolo específico de profilaxis antibiótica intraparto para GBS*)

6.4 Registro fetal

Realizar un **registro cardiotocográfico (RCTG)** para valorar:

- **Frecuencia cardíaca fetal (FCF):** evaluar la línea de base, la variabilidad, la presencia de aceleraciones o desaceleraciones y cualquier signo de alteración de la FCF según los criterios establecidos.
- **Dinámica uterina:** El registro debe mantenerse por un período mínimo de **20 a 45 minutos**, en función de la calidad de la señal y la situación clínica.
 - Se considerará **dinámica uterina regular** cuando se objetiven al menos **tres contracciones en 10 minutos**, mantenidas durante un período continuo de **30 minutos**.
 - En caso de registrar **menos de tres contracciones en 10 minutos** se clasificará inicialmente como **dinámica uterina irregular**.

Debe mantenerse una monitorización más prolongada cuando las características del RCTG no permitan clasificarlo como reactivo/categoría 1.

6.5 Ecografía abdominal

Realizar **ecografía abdominal básica** que incluya, al menos, valoración de presentación fetal, situación de la placenta y cantidad de líquido amniótico con medición de bolsillo mayor.

6.6 Manejo analgésico

- Se recomienda ofrecer y fomentar en primer lugar el uso de **métodos no farmacológicos de alivio del dolor**, especialmente en fase latente y durante la estancia en Planta de Obstetricia o en domicilio:
 - **Esferodinamia.**
 - **Hidroterapia.**
 - **Deambulación y cambios posturales.**
- En caso de ingreso en Planta, se puede pautar **sedoanalgesia vía intramuscular** (*ver protocolo de Analgesia en el embarazo*):
 - El fármaco de elección es la **meperidina**, habitualmente asociada a un antiemético como **metoclopramida** o **haloperidol**. Se debe evitar usar meperidina cuando se prevea que el parto va a ocurrir antes de las siguientes 4 horas, debido a los posibles efectos residuales sobre el recién nacido (somnolencia, depresión respiratoria, etc.). Todo uso de medicación con intención sedoanalgésica en la fase latente del parto debe ser

consensuado verbalmente entre obstetra, matrona y gestante, previamente informada esta del balance riesgo-beneficio y de los efectos esperables de cada fármaco.

6.7 Criterios de ingreso

- **No debe tenerse en cuenta la hora de consulta** para la toma de decisiones.
- Se debe evitar el ingreso hospitalario en mujeres que se encuentran en **fase latente**, pero sin criterios de fase activa, ya que la hospitalización precoz puede aumentar el riesgo de:
 - Intervenciones innecesarias (múltiples tactos vaginales, administración de oxitocina).
 - Diagnósticos erróneos de falta de progresión del parto.
 - Mayor ansiedad materna ante la falsa percepción de un parto prolongado.

La decisión de ingreso hospitalario durante la fase latente del trabajo de parto debe basarse en criterios clínicos objetivos y en la disponibilidad de recursos. Se actuará de acuerdo con las siguientes directrices:

6.7.1. Criterios principales de ingreso en fase latente

El ingreso hospitalario en fase latente podrá considerarse cuando se cumpla **al menos una** de las siguientes condiciones:

- **Índice de Bishop ≥ 7** , lo cual sugiere un cuello uterino favorable y con alto grado de maduración.
- Presencia de **dinámica uterina regular, dolorosa y percibida como progresiva**, mantenida durante un periodo mínimo de **30 minutos**, evaluada mediante observación clínica y registro cardiotocográfico.

En los casos que **no presenten criterios claros de fase activa**, y siempre que la unidad de observación de Urgencias **no se encuentre con alta ocupación**, la gestante podrá permanecer en observación hospitalaria bajo supervisión obstétrica. No debe prolongarse más de lo necesario su estancia en esta unidad, la cual **nunca podrá ser mayor a 12 horas**, siendo óptimo un tiempo de permanencia de hasta 2-3 horas, tras las cuales se reevaluará la situación clínica. Si durante el periodo de observación no se produce progresión hacia la fase activa del parto, se decidirá el alta o ingreso en planta de Obstetricia, según valoración obstétrica individualizada.

6.6.2 Criterios adicionales a considerar cuando el Índice de Bishop sea < 7 o la dinámica sea irregular

En los casos en que el cérvix presente un **Índice de Bishop < 7** o la dinámica uterina sea irregular o no progresiva, se deberán valorar otros factores que puedan justificar el ingreso hospitalario:

- **Distancia del domicilio al centro hospitalario:** Se considerará que la paciente vive cerca si puede llegar al hospital en **menos de una hora**.
- **Paridad:** Mujeres multíparas con partos vaginales previos pueden presentar una evolución más rápida del trabajo de parto.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

PRÓDROMOS DE PARTO

- **Tolerancia al dolor:** Mala tolerancia a las contracciones o necesidad de analgesia intravenosa o sedoanalgesia que no sea posible administrar en las Urgencias podrá ser motivo de ingreso, previa valoración clínica.

6.6.3 Criterios de ingreso por fase activa de parto o parto en curso

El ingreso en área de Dilatación por fase activa del trabajo de parto o parto en curso se indicará cuando se objetiven los siguientes hallazgos clínicos:

- **Dilatación cervical ≥ 4 cm**
- **Borramiento cervical $> 50\%$**
- **Dinámica uterina regular y eficaz**, confirmada por observación clínica y registro.

6.7 Valoración de seguimiento

- Verificar si la paciente cuenta con **cita programada en la Consulta de Bienestar Fetal**, especialmente si presenta factores de riesgo o gestación prolongada. La revisión en consulta será en semana 40 por el obstetra. Se ofrecerá la posibilidad de inducción del parto en el momento que se considere más adecuado a partir de la semana 41. Además, se podrá ofrecer la separación de membranas (maniobra de Hamilton) para desencadenar el parto en mujeres a partir de la semana 40, pudiéndose realizar hasta 2 veces por semana.

6.8 Alta y recomendaciones

En caso de no existir criterios de ingreso, se entregará a la paciente una **Hoja de Recomendaciones por Falsos Pródromos de Parto**, con las siguientes instrucciones claras sobre cuándo debe volver a Urgencias:

- Sangrado vaginal mayor que una menstruación habitual.
- Sensación de dinámica uterina regular: **3 contracciones cada 10 minutos**, mantenidas durante al menos **40-60 minutos**.
- Rotura espontánea de membranas.
- Fiebre materna $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- Disminución o ausencia de percepción de movimientos fetales.

Toda la información proporcionada deberá quedar debidamente documentada en el **informe de alta médica**.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

PRÓDROMOS DE PARTO

3. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Gestaciones correctamente ingresadas	% de Casos en fase latente correctamente ingresados según el protocolo	Audit de una muestra de historias	95%

4. BIBLIOGRAFÍA

- Matas Rodríguez C, Del Fresno Serrano MA, Del Fresno Serrano E. Pródromos de parto, ¿Cuándo acudir al hospital? Rev Sanitaria de Investigación. 2021;2(2).
- Puertas Prieto A, Herruzo Nalda A, Montoya Ventoso F. Dirección médica del parto. Granada: Gami Editorial. 2017.
- Cunningham, F.G. and Williams, J.W. Williams Obstetricia: 23a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
- Asistencia al parto normal. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. SEGO; 2003.
- Analgesia del parto. Guía práctica de asistencia actualizada. SEGO; 2010.
- Fundamentos de Obstetricia. SEGO; 2007. www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia/informacion_para_pacientes
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2010/01.
- PAI Embarazo, parto y puerperio. Cerrillos González, Lucas (coordinador) et al. 4ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, 2024.

Autores	Dra. Fargas. Dra. Ruiz. Dr. Manzanares. Dr. Puertas		
Fecha elaboración	Fecha 16/11/2025	Vigencia	16/11/2028

5. ANEXO I: RECOMENDACIONES PARA GESTANTE A TÉRMINO CON CONTRACCIONES

En determinadas ocasiones pueden presentarse síntomas compatibles con el inicio del trabajo de parto que, sin embargo, cesan de forma espontánea y no evolucionan hacia un parto establecido. Este fenómeno, conocido como fase latente prolongada o pródromos de parto, no conlleva repercusiones negativas para el feto intraútero.

En caso de haberse realizado una valoración clínica que incluya exploración obstétrica y registro cardiotocográfico con resultados normales, se recomienda esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto. El ingreso hospitalario en ausencia de fase activa no ha demostrado mejorar los resultados perinatales y, por el contrario, se asocia con mayor duración del ingreso, incremento en los tiempos de espera hasta el parto y una mayor tasa de intervenciones médicas.

Recomendaciones generales mientras se espera el inicio del parto:

- **Actividad física:** Se desaconseja la realización de ejercicio físico intenso, las relaciones sexuales y permanecer largos periodos de tiempo en bipedestación. En cambio, es beneficiosa la actividad moderada, como caminar o realizar ejercicios suaves adecuados para gestantes, por ejemplo, con pelota de pilates.
- **Hidratación:** Mantenga una ingesta adecuada de líquidos a lo largo del día. Se recomienda el consumo de agua, leche y zumos naturales de fruta, evitando bebidas con cafeína o azucaradas en exceso.
- **Alimentación:** Siga una dieta variada y equilibrada, priorizando alimentos ricos en fibra para prevenir el estreñimiento.
- **Medicación:** No tome ningún medicamento que no haya sido previamente prescrito por su profesional sanitario.
- **Sustancias nocivas:** Evite el consumo de alcohol, tabaco y cualquier sustancia psicoactiva.
- **Higiene personal:** Mantenga una adecuada higiene corporal. Se recomienda el uso de ducha en lugar de baños prolongados por inmersión.
- **Controles médicos:** Acuda puntualmente a las revisiones obstétricas programadas.
- **Documentación:** Lleve siempre consigo el Documento de Salud de la Embarazada (Cartilla Maternal) y todas las pruebas complementarias realizadas, prestando especial atención a las siguientes determinaciones: cultivo vagino-rectal para Estreptococo del grupo B, serología de Hepatitis B y pruebas de coagulación necesarias para la administración de analgesia epidural.

Motivos para consultar de forma inmediata en su Centro de Salud o en el Servicio de Urgencias hospitalario:

- Dolor abdominal o lumbar de carácter rítmico e intenso.
- Sangrado vaginal.
- Pérdida de líquido por vía vaginal (posible rotura de membranas).
- Fiebre o sensación febril.

Para más información sobre el cuidado durante el embarazo, puede consultar en nuestra página web oficial:

https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/ginecologia_y_obstetricia/informacion_para_pacientes