

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2014

VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-052-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD
GENERAL



DIF
Nacional



Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014.

Actualización parcial.

Esta guía puede ser descargada de internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN: **978-607-7790-94-5**

CIE-10: 080 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO A00

GPC: VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO EN
EMBARAZO DE BAJO RIESGO

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2009

COORDINADORES			
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Medicina Familiar		Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica.
AUTORES			
Dr. Alfredo Colón Lucach	Ginecología y Obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	Hospital General de Zona con Medicina Familiar 1 Delegación Baja California Sur, México.
Dra. Reyna Erika Franco Laguna	Ginecología y Obstetricia		HGZ 1A Los Venados Delegación Sur.
Dr. Edgar Alfonso Herrerías Alfaro	Ginecología y Obstetricia		HGZ 2A Troncoso Delegación Sur.
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Medicina Familiar		Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad División de Excelencia Clínica.
Dra. Leonora Velázquez Gómez	Ginecología y Obstetricia		UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia Centro Médico de Occidente Delegación Jalisco.
VALIDADORES			
Dr. Jesús Carlos Briones Garduño	Ginecología y Obstetricia y Medicina Crítica	IMSS	Academia Mexicana de Cirugía.
Dr. Jorge Ralf Kunhardt Rasch	Ginecología y Obstetricia		

Dr. Víctor M. Vargas Hernández	Ginecología y Obstetricia, Ginecología Oncológica y Biología de la reproducción.		
Dr. Juan Gerardo Barroso Villa	Ginecología y Obstetricia.		

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2014

COORDINADORES

Dra. Ma. Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y Obstetricia.	IMSS	Coordinadora de Programas Médicos de la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.	Miembro activo de la Federación Mexicana de Colegios de Ginecología y Obstetricia A.C.
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar Maestría en Salud Reproductiva.		Jefe de área Desarrollo de Guías de Práctica Clínica Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.	

AUTORES

Dra. Zenaida Susana Flores Orozco	Medicina Familiar.	IMSS (Jubilada). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).	Facultad de Medicina FES Iztacala Edo de México UNAM.	Sociedad Metropolitana de Médico Familiares.
Dr. Leonardo Antonio Naranjo Gutiérrez	Ginecología y Obstetricia.	IMSS	Unidad de Atención Médica División de Atención Ginecobstétrica y Perinatal Dirección de Prestaciones Médicas.	

Dr. Alfredo Sánchez Zamudio	Ginecología y Obstetricia.	IMSS	Unidad de Atención Médica. División de Atención Ginecobstetricia y Perinatal. Dirección de Prestaciones Médicas.	
Dra. María Antonia Valdés Vargas	Ginecología y Obstetricia.		Médico no familiar del Hospital de Ginecobstetricia No. 60. Estado de México Poniente, Tlalnepantla, Estado de México.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A.C.
Lic. Miriam Giovanna Vázquez Morales	Licenciatura en Enfermería Perinatal.	Hospital No Gubernamental	Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN)-	Asociación Hispano-Mexicana).

VALIDADORES

Dr. Tomás Hernández Quijano	Ginecología y Obstetricia	IMSS.	Médico no Familiar Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI Delegación Sur, Distrito Federal.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia A.C.
Dr. Marcelino Hernández Valencia	Ginecología y Obstetricia. M.C. Médicas		Médico no Familiar. UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Unidad de Investigación de Enfermedades Endócrinas Delegación Sur.	Miembro activo de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dr. Hernán José García Ramírez	Medicina General. Medicina Social.	Secretaría de Salud (SS). Dirección General	Subdirector de Sistemas Complementarios	

		de Planeación y Desarrollo en Salud.	de Atención.	
Dr. Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama	Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal.	Servicios de Salud del Estado de Hidalgo.	Encargado del Manejo Basado en Evidencias. Hospital General de Tula.	
Dr. José Alejandro Almaguer González	Medicina General. Salud Pública.	SS. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.	
Dr. Edgardo Puello Tamara.	Ginecología y Obstetricia.	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de División de Obstetricia de la UMAE HGO 3, Centro Médico la Raza, Delegación Norte.	Colegio de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Brenda Ríos Castillo	Ginecología y Obstetricia.		UMAE HGO 3, Centro Médico la Raza. Delegación Norte.	Colegio de Obstetricia y Ginecología A.C.
Dra. Mary Flor Díaz Velásquez	Ginecología y Obstetricia.		UMAE HGO 3 Centro Médico la Raza. Delegación Norte.	
Dr. Alejandro Ríos Soriano	Ginecología y Obstetricia.		Médico no familiar Hospital de Ginecobstetricia No. 60 Estado de México Poniente Tlalnepantla, Estado de México.	
Dr. Matías Sachse Aguilera	Salud Pública.		Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.	Coordinador de Proyectos de Investigación.
Dr. Marco Antonio	Ginecología y	Servicios de Salud	Encargado del	

Ortega Sánchez	Obstetricia.	del Estado de Hidalgo.	Centro Estatal de Capacitación en Parto Humanizado del Hospital General de Tula.	
----------------	--------------	------------------------	--	--

ÍNDICE

1.	Clasificación	10
2.	Preguntas a Responder	11
3.	Aspectos Generales.....	12
3.1.	Justificación	14
3.2.	Actualización del Año 2008 al 2014.....	15
3.3.	Objetivo	16
3.4.	Definición.....	17
4.	Evidencias y Recomendaciones	18
4.1.	Vigilancia y Atención.....	19
4.1.1.	<i>Atención a la paciente embarazada en fase latente</i>	19
4.2.	Vigilancia y Atención.....	20
4.2.1.	<i>Momento para hospitalización a la paciente embarazada para atención de trabajo de parto en fase activa (Tabla 1)</i>	20
4.2.2.	<i>Atención a la paciente en fase activa del trabajo de parto (calidez, acompañamiento y líquidos orales y parenterales)</i>	21
4.3.	Conducción del trabajo de parto.....	25
4.3.1.	<i>Indicaciones para conducción de trabajo de parto</i>	25
4.4.	Uso de enema	27
4.5.	Tricotomía.....	28
4.6.	Vaciamiento vesical.....	28
4.7.	Utilidad del partograma.....	29
4.8.	Dilatación del cérvix y ampliación manual del periné.....	30
4.9.	Utilidad de la monitorización fetal.....	30
4.10.	Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto	32
4.11.	Utilidad de la movilización en el trabajo de parto.....	33
4.12.	Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto	35
4.13.	Amniotomía en trabajo de parto	37
4.14.	Posición en el período expulsivo.....	40
4.15.	Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo.....	43
4.16.	Uso de la episiotomía.....	43
4.17.	Maniobra de Kristeller	45
4.18.	Momento para pinzamiento del cordón umbilical.	46
4.19.	Actividades del personal de salud en la atención del tercer período de parto (alumbramiento)	
Figura 1	48	
4.20.	Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento y atención del puerperio inmediato.....	58
4.21.	Beneficios del apego inmediato y lactancia materna inmediata.....	62
5.	Anexos	64
5.2.	Protocolo de Búsqueda.....	64
5.1.2.	<i>Primera Etapa (Si aplica)</i>	64
5.1.3.	<i>Segunda Etapa (Si aplica)</i>	65
5.3.	Escalas de Gradación	65

5.4.	Escalas de Clasificación Clínica	68
5.5.	Diagramas de Flujo	71
5.5.	Listado de Recursos	77
5.5.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	77
8.	Glosario	79
9.	Bibliografía	83
8.	Agradecimientos	88
9.	Comité Académico	89
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador	90
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	91

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-052-08	
Profesionales de la salud	Médicos Ginecólogos y Obstetras, Médico Familiar, Lic. en Enfermería Perinatal.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: 0 80 Parto único espontáneo. 8 09 Parto único espontáneo sin otra especificación.
Categoría de la guía	Primer, Segundo y Tercer nivel de Atención: -Vigilancia -Manejo
Usuarios potenciales	Médico General, Ginecólogo y Obstetra, Urgenciólogos, Enfermeras, Parteras y personal de salud en formación (pregrado, servicio social y residentes).
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Mujeres con embarazo de bajo riesgo a término en trabajo de parto con producto único.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas	Historia Clínica y manejo de riesgo, Acompañamiento continuo durante el proceso de trabajo de parto, Vigilancia de Trabajo de Parto, Conducción del trabajo de parto, Hidratación, Monitorización Fetal, Atención del parto, Amniotomía, Episiotomía, Maniobras manuales para dilatación del cérvix (compresas húmedas calientes y masaje perineal), Estrategias de manejo del dolor durante el parto. Apego inmediato y lactancia materna, Manejo activo del Tercer periodo de Parto (uterotónicos, tracción sostenida de cordón, pinzamiento de cordón, masaje uterino), Revisión del canal del parto, Revisión manual de la cavidad uterina, Atención del puerperio, inmediato, No incluye: embarazo múltiple, alto riesgo, ni técnicas de episiorrafia.
Impacto esperado en la salud	Proporcionar atención obstétrica humanizada, intercultural, segura y de confianza para la paciente y su familia en el parto eutócico. (bajo riesgo). Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible. Promover vigilancia y manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente. Promover estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad materno-fetal. Lo anterior, favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo así al bienestar de las personas y de las comunidades, lo cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.
Metodología de actualización	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 80. Guías de Práctica Clínica: 12 Revisiones sistemáticas: 26 Ensayos controlados aleatorizados: 1 Consensos: 37 Otras fuentes seleccionadas: 4
Método de validación de la GPC actualizada	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	IMSS-052-08
Actualización	Fecha de publicación de la actualización: 11 de diciembre de 2014. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://cenetec.salud.gob.mx/>

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Qué atención debe darse a la paciente embarazada en fase latente?
2. ¿En qué momento se debe hospitalizar la paciente en trabajo de parto?
3. ¿Qué atención debe darse a la paciente en fase activa del trabajo de parto?
4. ¿Cuál es la importancia de incorporar el apoyo psico-emocional continuo durante el trabajo de parto?
5. ¿Está indicado el consumo de líquidos durante el trabajo de parto de bajo riesgo?
6. ¿Está recomendada la aplicación de venoclisis durante el trabajo de parto de bajo riesgo?
7. ¿Cuál es la utilidad de movilización en el trabajo de parto?
8. ¿Se justifica el uso rutinario de enema en las pacientes en trabajo de parto?
9. ¿Se justifica el uso rutinario de tricotomía de la zona perineal de la paciente en trabajo de parto?
10. ¿Se justifica el vaciamiento vesical durante el trabajo de parto?
11. ¿Qué utilidad tiene el uso de partograma en la paciente con trabajo de parto?
12. ¿Se justifica realizar la dilatación manual del cérvix y la ampliación manual del periné?
13. ¿Cuáles son las indicaciones para la conducción del trabajo de parto?
14. ¿Qué utilidad tiene el monitoreo transparto?
15. ¿Con qué periodicidad se debe valorar el estado fetal y las características maternas de la mujer en trabajo de parto?
16. ¿Se justifica la amniotomía para acortar la fase activa del trabajo de parto?
17. ¿Cuál es la posición más adecuada para el periodo expulsivo?
18. ¿Qué estrategias protegen al periné durante el período expulsivo?
19. ¿Cuáles son las consecuencias de practicar la maniobra de Kristeller?
20. ¿Se debe administrar algún procedimiento para control del dolor en trabajo de parto?
21. ¿Se debe practicar en forma rutinaria la episiotomía en el periodo expulsivo?
22. ¿Cuál es el momento adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical?
23. ¿Qué actividades están recomendadas en la atención del tercer periodo de parto o alumbramiento?
24. ¿Está indicada la revisión de cavidad uterina en forma rutinaria posterior al alumbramiento?
25. En unidades de primer nivel de atención que no cuenten con el servicio de anestesiología ¿cómo debe realizarse la revisión manual de la cavidad uterina?
26. ¿Qué beneficios tiene el apego inmediato y la lactancia materna inmediata?

3. ASPECTOS GENERALES

El modelo médico de atención del parto ha sido objeto de creciente escrutinio, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de procedimientos médicos que, además de ser incómodos para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Chalmers B, 2001) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (ONU, documento A, 2012) han insistido en aplicar las mejores evidencias científicas para definir los procedimientos más adecuados para la atención de la salud sexual y reproductiva, además de haber emitido las recomendaciones internacionales para mejorar la atención del parto basadas en los derechos humanos.

Procedimientos cuestionados con estos enfoques son por ejemplo: la admisión de pacientes a salas de labor de forma temprana, la realización de intervenciones de manera rutinaria como el uso de oxitocina, el rasurado del vello púbico, que puede incrementar el riesgo de infección; el uso de enema y vaciamiento vesical, la amniotomía, el corte temprano del cordón umbilical, la revisión manual de la cavidad uterina y la separación madre-hijo posterior al nacimiento, entre otros.

Es importante analizar dichos procedimientos a través de la medicina basada en evidencia, que exige la integración de la experiencia clínica individual con la mejor evidencia disponible derivada de la investigación y los valores de la persona. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino de establecer lineamientos básicos que contribuyan a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

El personal de las instituciones de salud deberá ser conscientes, que las modificaciones de las condiciones de atención del embarazo y parto representan un reto, que requerirá de procesos graduales de sensibilización, formación y adaptación.

Es importante modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, y también que dichas modificaciones sean adecuadas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto (Méndez, 2002, NOM-007-SSA2-1993, informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General).

Existe entre el personal de salud de los servicios médicos una gran desinformación sobre las bases legales y científicas y del marco de los derechos humanos, (Ley General de Salud, 2014) para múltiples procedimientos, como lo son las diferentes posiciones de atención del parto.

Normalmente se generaliza la posición de litotomía (decúbito dorsal) entendiéndose que posee bases científicas y legales al ser utilizada en la atención de los partos durante la formación médica (la posición común de atención del parto (parto vertical), Secretaría de Salud, 2013)

La norma no limita el aprovechamiento de esta posición, e incluso señala como elemento fundamental el respeto a decisiones de la embarazada, siempre y cuando no exista contraindicación médica (NOM-007-SSA2-1993).

La coalición para mejorar los servicios para la maternidad (CIMS) promueve un modelo de bienestar en los cuidados para la maternidad que mejore los resultados del parto y reduzca significativamente los costos, alienta que exista compañía para la mujer durante el trabajo de parto y el parto; sin embargo, en nuestro entorno no todas las instituciones gubernamentales cuentan con la infraestructura para que se lleve a cabo esta iniciativa bajo el nombre de Atención Amigable a la Madre, considerando:

- Alentar el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, respetando las preferencias de la mujer.
- Alentar a la mujer a que se mueva durante el trabajo de parto, y elija la posición que desee durante el parto.
- Atención que no incluye procedimientos invasivos, al menos de manera rutinaria (rasurado, enemas, soluciones intravenosas, amniotomía, analgesia obstétrica o monitoreo fetal continuo) intervenciones que serán selectivas de acuerdo a cada paciente y bajo el criterio médico. (La iniciativa de Parto amigable para la Madre (CIMS), consultado 2013).

El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD) y el Programa Sectorial de Salud 2014-2018 (PROSESA), señalan en sus líneas de acción 4.2.8 y 4.2.3, respectivamente: “*fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad*”.

3.1 Justificación

El parto es un evento fisiológico complejo, y trascendental. El objetivo de que el parto culmine con una madre sana y el nacimiento de un bebé saludable ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y la realización de intervenciones médicas y quirúrgicas. En la últimas décadas se ha producido una expansión en el desarrollo y uso de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso del parto con el propósito de mejorar los resultados para la madre y su recién nacido con prácticas habituales, sin disponer de la suficiente evidencia en relación con su seguridad y eficacia. Por ello, en los últimos años se han desarrollado investigaciones de las mismas, tales como el efecto que el tipo de atención tiene en la madre y en sus hijos a corto y largo plazo.

En la actualidad se ha puesto atención a la valoración de los resultados de prácticas rutinarias a través de la medicina basada en evidencia, lo que ha puesto de manifiesto que la adopción de una serie de intervenciones –que se han revelado– inútiles, inoportunas, inapropiadas o innecesarias, han constituido un grave error en la mejora de atención en los servicios de maternidad con el objetivo de ofrecer salud materno-fetal idónea y la optimización de los recursos en el área de salud (GPC española, 2010).

En una Guía de Práctica Clínica se documentan recomendaciones como el ingreso de pacientes en fase activa, ya que no hacerlo genera mayor morbilidad por estancias hospitalarias prolongadas y múltiples intervenciones médicas (tactos, uso inadecuado de oxitocina y aumento de operación cesárea) con mayores costos institucionales.

Es por esto que es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de atención materno-fetal, que deben ser regulados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país como lo marca la NOM-007-SS 1993, y la Iniciativa de Parto Amigable para la Madre (CIMS).

La actualización de la Guía “*Vigilancia del Trabajo del Parto*” es necesaria para que el profesional o personaje que ofrece atención al binomio (madre-feto) cuente con una herramienta clínica bajo conocimiento actualizado, con información relacionada con el manejo de la vejiga, las maniobras manuales para acortar el trabajo de parto y la inclusión de los criterios de ingreso a hospitalización.

Es importante considerar también la experiencia en México respecto a la atención humanizada e intercultural con posiciones verticales en el parto, que es ya una estrategia federal conocida como *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro*. Instituciones que se adelantaron, motivadas por la adecuación a las recomendaciones internacionales fueron el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) en la Ciudad de México, y la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional. Actualmente dicho modelo se aplica en los Servicios de Salud de Entidades Federativas como el Distrito Federal, Hidalgo, Chihuahua, Durango, Querétaro y Estado de México.

3.2 Actualización del Año 2008 al 2014

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El Título de la guía
2. Título desactualizado: **Vigilancia y atención del Parto.**
 - Título actualizado: **Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.**
3. La actualización en **Evidencias y Recomendaciones** se realizó en:
 - **Historia Clínica y valoración del riesgo.**
 - **Conducción del trabajo de parto.**
 - **Hidratación.**
 - **Evaluación de estado materno-fetal (monitoreo fetal, signos vitales, contractibilidad uterina, partograma, realización de tactos vaginales).**
 - **Atención del parto.**
 - **Movilidad y deambulación.**
 - **Amniotomía.**
 - **Episiotomía.**
 - **Maniobras manuales para dilatar el cérvix y ampliar el periné.**
 - **Maniobra de Kristeller.**
 - **Estrategias de manejo del dolor durante el parto.**
 - **Apego inmediato y lactancia materna.**
 - **Pinzamiento del cordón umbilical.**
 - **Manejo activo del tercer periodo de parto (uterotónicos, tracción sostenida de cordón, pinzamiento de cordón, masaje uterino).**
 - **Revisión manual de la cavidad uterina.**

3.3 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo** forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal **del primer, segundo y tercer nivel de atención**, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Proporcionar atención obstétrica segura y de confianza para la paciente y su familia en el parto eutócico.
- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, apegada a la normatividad vigente y al marco de los derechos humanos.
- Promover vigilancia y manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente.
- Promover estrategias para la reducción de la morbi-mortalidad materno-fetal.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, lo cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.4 Definición

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. Se divide en tres periodos:

- Dilatación (primer periodo)
- Expulsión (segundo periodo)
- Alumbramiento o tercer período (NOM-007-1993,- Manual de atención para el embarazo saludable, 2001, GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Primer periodo del trabajo de parto: comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Fase latente: es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, GPC NICE, 2007).

Fase activa: contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas. (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010, NICE, 2007).

Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos , máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento): período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y/o recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **Shekelle** modificada

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia



Recomendación



Punto de buena práctica



En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación, el número y/o letra representan la calidad de la evidencia y/o fuerza de la recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; las siglas que identifican el nombre del primer autor y el año de publicación se refiere a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		Nivel / Grado
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	1a Shekelle <i>Matheson, 2007.</i>

4.1 Vigilancia y Atención

4.1.1 Atención a la paciente embarazada en fase latente

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	La embarazada, generalmente acude a revisión cuando inician contracciones uterinas, pudiendo encontrarse en fase latente del trabajo de parto.	I a <i>GPC Ministerio de Salud, 2010</i>
E	La admisión en maternidad de forma temprana o durante la fase latente se asocia con un mayor intervencionismo durante el parto (uso de oxitocina, de analgesia epidural e intubaciones en neonatos).	I a <i>GPC Ministerio de Salud, 2010</i>
R	Es recomendable que las mujeres con embarazo de bajo riesgo, que no estén en la fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias (cesáreas, uso de oxitocina, distocias de contracción, múltiples tactos) si no hay otra indicación médica para el internamiento.	D Shekelle <i>Guía Argentina, 2010</i>
R	Cuando no existan condiciones de hospitalización, el profesional de la salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma obstétrica.	D Shekelle <i>Procedimiento para otorgar atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención. IMSS-2650 003 001, 2013</i> C Shekelle <i>Manual de Atención embarazo saludable, parto y puerperio seguros. Recién nacido sano. Secretaría de Salud. 2001</i>
R	<p>Informar a las pacientes y a su familiar, las manifestaciones de alarma obstétrica, y así ser revalorada, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado transvaginal - Dolor - Contracciones uterinas - Cefalea, acufenos y fosfenos - Edema de cara y manos - Salida de líquido transvaginal - Disminución de movimientos fetales 	C Shekelle <i>Manual de Atención embarazo saludable, parto y puerperio seguros Recién nacido sano. Secretaría de Salud, 2001</i>

4.2 Vigilancia y Atención

4.2.1 Momento para hospitalización a la paciente embarazada para atención de trabajo de parto en fase activa

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Se han definido como criterios de admisión en maternidades hospitalarias la actividad uterina regular (contracciones de 2 a 4 en 10 minutos), acompañadas de dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales (borramiento cervical > 50% a 80% y dilatación de 3 a 4 cm).</p>	<p>Ia <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p> <p>IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>Deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presenten: Contracciones uterinas de 2 a 4 en 10 minutos. Dolor abdominal en hipogastrio. Cambios cervicales. (borramiento cervical > 50% a 80% y dilatación ≥ de 3 o 4 cm).</p>	<p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p> <p>D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>Cuando la paciente se ingresa durante la primer etapa del trabajo de parto, el obstetra o personal de salud calificado deberá realizar la historia clínica y documentar en el expediente médico lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Plan de manejo • Consentimiento de hospitalización • Partograma <p>Vigilancia Estrecha de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad uterina • Foco fetal • Evaluación de dilatación cervical • Pérdidas de líquido vaginal • Información de métodos para control del dolor <p>Y cuando la paciente esté en condiciones de pasarla a sala de expulsión.</p>	<p>D Shekelle <i>Procedimiento para otorgar Atención materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primer y Segundo nivel de atención IMSS-2650 003 001, 2013</i></p>
	<p>El profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando: Estado clínico de la paciente (si se encuentra inquieta o con mucha ansiedad). Accesibilidad a unidades de atención obstétrica (domicilio distante de la unidad de atención).</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

4.2.2 Atención a la paciente en fase activa del trabajo de parto (calidez, acompañamiento y líquido orales y parenterales)

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Una comunicación de calidad entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. Disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano, se han revelado como prácticas sumamente apreciadas por las mujeres. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto.</p>	<p>IIb Shekelle <i>Hernández C, 2011</i> IV Shekelle <i>Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice WHO, 2009</i></p>
	<p>Se ha identificado la relación entre los estados emocionales maternos positivos y negativos y los resultados obstétricos, encontrando que el estado de ánimo positivo y la estabilidad emocional durante el embarazo y parto se asocian con tener un parto natural. Por lo tanto, los niveles moderados de ansiedad se asocian a complicaciones durante el parto y resultados fetales más pobres, mientras que un estado de ánimo positivo se asoció con mejores experiencias de parto.</p>	<p>B Shekelle <i>Hernández, 2011.</i> IV Shekelle <i>Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice WHO, 2009.</i></p>

	<p>Informar y atender con calidez a las pacientes mejora su percepción y fomenta su cooperación durante los procedimientos; asimismo, disminuye el estrés en ellas y familiares.</p>	<p>IIb Shekelle <i>Hernández C, 2011</i></p> <p>IV Shekelle <i>Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice WHO, 2009.</i></p> <p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salude a la mujer por su nombre y mírela a los ojos. • Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada. • Evite usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente. • Asegúrese de preguntar a la paciente sus expectativas sobre el desarrollo del nacimiento de su bebé. • Ofrezca información a la paciente y acompañantes de manera comprensible y pertinente. • Informe a la paciente los procedimientos que está realizando. • Respete la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales. • Escuche y atienda las necesidades emocionales de la mujer. • Brinde un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido. • Evite la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo. • Disipe ideas erróneas y muestre, en todo momento, apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto. • Obtenga el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen. • Si propone una exploración con fines docentes o si esta será repetida por profesionales en formación, explique a la paciente y solicite su permiso. 	<p>IIb Shekelle <i>Hernández, 2011.</i></p> <p>D Shekelle <i>Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice WHO, 2009.</i></p> <p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>

	<p>En la revisión Cochrane titulada “<i>Apoyo continuo para las mujeres durante el parto</i>”, se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo continuo a las mujeres durante el trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento en el parto vaginal espontáneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.2), • disminución en el uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.96) • disminución en la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79), disminución en el tiempo del trabajo de parto MD <0.58 hrs (IC 95% <0.85 hrs a <0.31 hrs) • disminución en el índice de cesáreas RR 0.78 (IC 95% 0.67 a 0.91), • disminución de parto vaginal instrumentado RR 0.90 (IC 95% 0.85 a 0.96) • disminución en el uso de analgesia regional RR 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.99) <p>El acompañamiento continuo también favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto.</p> <p>No hay efectos dañinos comprobados a causa del acompañamiento continuo.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Hodnett B, 2013</i></p> <p>IV Shekelle <i>Martis R, 2007</i></p> <p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>Procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Hodnett. Cochrane 2013</i></p> <p>IV Shekelle <i>Martis BSR OMS 2007</i></p> <p>A <i>(GPC Ministerio de Salud, 2010)</i></p>

	<p>La restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto es una intervención habitual en muchos centros de atención obstétrica. Esta rutina se fundamenta en la prevención del riesgo de bronco-aspiración del contenido gástrico, en caso de una intervención quirúrgica bajo anestesia general (síndrome de Mendelson); sin embargo, ahora se conoce que esta técnica no garantiza la reducción del contenido estomacal y el bienestar de la mujer puede verse afectado ante la imposibilidad de beber o ingerir alimentos. En la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dado paso a las técnicas neuroaxiales (que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas), haciendo de la anestesia general un evento sumamente raro, lo que ha llevado a replantearse la necesidad de dicha restricción.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Singata M, 2013</i> IV Shekelle <i>Levy D, 2001.</i> III Shekelle <i>Gyte G, 2007</i> A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>En una revisión sistemática de Cochrane que incluyó 3130 pacientes se analizó el grupo con ingesta de líquidos o alimentos en trabajo de parto y un grupo control con restricción, en donde se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea RR 0.89 (IC 95% 0.63 a 1.25) • Parto vaginal RR 0.98 (IC 95% 0.88 a 1.10) • Apgar menor de 7 a los 5 minutos RR 1.43 (IC 95% 0.77 a 2.68) 	<p>Ia Shekelle <i>Singata M, 2013.</i> A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto.</p>	<p>A Shekelle <i>Singata M, 2013.</i> A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>

	<p>En una revisión sistemática de Cochrane en la que se incluyeron 1781 pacientes, compararon a mujeres que recibieron 250 ml/h de Ringer Lactato, y 150 ml por vía oral, encontrando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disminución en el tiempo de trabajo de parto –en el primer grupo (IC 95% -47.41 a -10.30) • no se observó diferencia significativa en el número de cesáreas RR 0.73 (IC 95% 0.49 a 1.08) • Parto vaginal <p>En otros tres estudios se compararon mujeres que recibieron 125 ml/h vs 250 ml/h en ambos grupos ingesta de líquidos a libre demanda, se observaron los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MD 23.87 minutos (95% 3.72 a 44.02) • , no diferencias significativas en cesáreas RR 0.47 (IC 95% 0.27 a 0.81) <p>Dos estudios compararon salina 0.9% vs dextrosa 5%. En uno de los estudios se observó hiponatremia neonatal RR 0.40 (IC 95% 0,17 a 0,93); en el otro estudio se reportó hiponatremia materna con una concentración de sodio sérico < 135 mmol/l en el grupo de dextrosa al 5%. Estos resultados deben de interpretarse con cautela ya que los grupos eran heterogéneos.</p>	<p style="text-align: center;">la Shekelle <i>Dawood F, 2013</i></p>
	<p>No se recomienda la administración rutinaria de soluciones IV durante el trabajo de parto en pacientes de bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso; se debe evitar además el uso de soluciones glucosadas, ya que pueden poner en riesgo a la madre y al recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias.</p>	<p style="text-align: center;">A Shekelle <i>Dawood F, 2013</i></p>

4.3 Conducción del trabajo de parto

4.3.1 Indicaciones para conducción de trabajo de parto

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Se entiende como dilatación estacionaria a la falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas.</p>	<p style="text-align: center;">IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>

	<p>La actividad uterina irregular es la causa más común y corregible del progreso anormal en la paciente con trabajo de parto.</p>	<p>IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> Ia Shekelle <i>Bugg G, 2011</i></p>
	<p>La inducción y conducción del trabajo de parto normal, debe tener indicación médica precisa, no aplicarse en todas las pacientes en forma rutinaria (ver indicaciones y contraindicaciones de la conducción y tomar en cuenta las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop).</p> <p>La norma institucional al respecto debe de aplicarse siempre. En caso de indicarse, se deberá realizar con dosis controlada.</p>	<p>A <i>GPC Ministerio de Salud, 2010</i></p> <p><i>GPC “Inducción del Trabajo de parto en el segundo nivel de atención”.</i> <i>Catálogo Maestro: SSA-218-2009</i></p>
	<p>Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con amniotomía u oxitócicos.</p>	<p>A Shekelle <i>Wei S, 2009.</i></p> <p>A Shekelle <i>Bugg G, 2011</i></p> <p>A Shekelle <i>Estimulación del trabajo de parto con oxitocina en mujeres con analgesia epidural para la reducción de los partos operatorios (revisión Cochrane traducida), 2012</i></p> <p>A Shekelle <i>Howarth H, 2013</i></p>
	<p>La oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto.</p>	<p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>La oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 Unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 miliunidades por un ml, recomendando iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades).</p>	<p>C Shekelle <i>Cunningham, 2006.</i></p>

	<p>Existen contraindicaciones del uso de oxitocina para la inducción o conducción para finalizar el embarazo siendo las más reconocidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Embarazo normal y feto pretermino Antecedente de cesárea corporal o de ruptura uterina previa Cirugía uterina previa Macrosomia Placenta previa Sufrimiento fetal Desprendimiento de placenta 	<p>Baja evidencia / Recomendación débil <i>WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage, 2007.</i></p> <p>III Shekelle <i>Cunningham F, 2006</i></p>
---	--	--

4.4 Uso de enema

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Tres ensayos controlados aleatorizados (ECA) incluidos en un meta análisis indican que los enemas no tienen un efecto considerable sobre las tasas de infección en la herida perineal u otras infecciones neonatales, ni sobre el bienestar de las mujeres.</p> <p>No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de infección en el puerperio RR 0.66 (IC 95% 0.41 a 1.04) ni en la presencia de infección neonatal RR 1.12 (IC 95% 0.76 a 1.67) después de un mes de seguimiento.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Reveiz L, 2013</i></p>
	<p>No utilizar el enema de forma rutinaria durante el parto.</p>	<p>A Shekelle <i>Reveiz L, 2013</i></p> <p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p> <p>D Shekelle <i>Guía, Argentina, 2010</i></p>
	<p>El enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse solo por indicación médica e informando a la paciente.</p>	<p>D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i></p>
	<p>Ante la evidencia de ámpula rectal llena detectada la exploración clínica, está justificada la realización de enema evacuante, ya que es incómoda y con altas probabilidades de que durante el pujo interfiera en la atención del periodo expulsivo.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

4.5. Tricotomía

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	El rasurado perineal se ha venido realizando en la creencia que disminuye el riesgo de infección y que era necesario para facilitar la sutura de la episiotomía, sin embargo, este ocasiona erosiones cutáneas que pueden generar colonización de microorganismos.	I a <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i>
E	No existen pruebas suficientes en relación con la efectividad de la tricotomía en la atención del parto, reportando menor colonización bacteriana por gram negativos en las mujeres en las que la tricotomía no fue realizada.	Ia Shekelle <i>Vittorio B, 2000</i> 1- <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i>
R	Evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva.	A Shekelle <i>Basevi V, 2000</i> A Shekelle <i>Basevi V, 2001</i> √ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> D Shekelle <i>Guía, Argentina, 2010</i>
R	La tricotomía durante el trabajo de parto solo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente.	D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i>

4.6 Vaciamiento vesical

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	En pacientes con bloqueo epidural se disminuye la sensación de orinar, por lo que puede presentarse retención urinaria.	IV Shekelle <i>Medicalblog</i> <i>http://medicalblogs.diario-medico.com/idejemi/?p=34</i>

E	No existen estudios relevantes relacionados con el cuidado de la vejiga en la atención del trabajo de parto.	IV Shekelle <i>NICE 2007 pág.160</i>
R	Siempre favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.	D Shekelle <i>http://medicalblogs.diario medico.com/idejemi/?p=34</i>

4.7 Utilidad del partograma

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El partograma ha sido anunciado como uno de los más importantes avances en la atención obstétrica moderna.	Ia Shekelle <i>Soni B, 2009</i>
E	En diversos meta análisis no se observan coincidencias de efectos benéficos del partograma sobre el trabajo de parto con el uso de oxitocina, tasas de sepsis postparto y tasas de cesáreas; solo favorece el índice de partos espontáneos.	Ia Shekelle <i>Lavender T, 2013</i>
E	La revisión continua de la contractibilidad uterina permite una intervención temprana en un progreso lento o cese en el trabajo de parto.	Ia Shekelle <i>Lavender T, 2013</i>
E	A pesar de la falta de evidencias suficientes sobre la utilidad del partograma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas más importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto.	Ia Shekelle <i>Soni OMS, 2009</i> ✓ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i>

R	A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma incluyendo frecuencia de contractilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad, cada 30 minutos).	<p>D Shekelle NOM-007-SSA2-1993</p> <p>A Shekelle Soni OMS, 2009.</p> <p>✓ GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</p>
----------	---	--

4.8 Dilatación del cérvix y ampliación manual del periné

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	No existen evidencias que sustenten la maniobra de dilatación del cérvix, conocida como “darle cuerda”, que puede ser riesgosa y es practicada en múltiples servicios de salud en México.	<p>IV Shekelle Pregnancy, childbirth, World Health, 2009</p>
E	No existen evidencias que sustenten las maniobras manuales para ampliar el periné y pueden ocasionar edema vulvar.	<p>IV Shekelle Pregnancy, childbirth, World Health, 2009</p>
R	No está sustentado de manera suficiente recomendar la utilidad de la dilatación manual del cérvix.	<p>D Shekelle Pregnancy, childbirth, World Health, 2009</p>

4.9 Utilidad de la monitorización fetal

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	Un meta análisis de estudios clínicos controlados (ECA) sobre monitorización fetal en pacientes que ingresaban a admisión con o sin alto riesgo reportó mayor incidencia de cesáreas por sufrimiento fetal y mayor uso de oxitocina; no hubo diferencias en el número de ingresos de neonatos a la terapia intensiva.	<p>IV Shekelle GPC Ministerio de Salud 2004</p>

E	Algunos estudios no han mostrado la utilidad de la monitorización fetal cuando se realiza de manera generalizada en todas las embarazadas con trabajo de parto.	Ia Shekelle <i>Khunpradit S, 2011</i>
R	No se recomienda el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados. En su lugar se recomienda la auscultación intermitente (con Pinard, monitor o doptone) de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo posterior a la contracción uterina, cada 30 minutos.	A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> A Shekelle <i>Khunpradit S, 2011</i>
R	No se aconseja el uso generalizado de la cardiotocografía externa en embarazos de bajo riesgo; deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto en los casos en que exista dificultad para auscultar el foco fetal y cuanto esté indicado el uso de oxitocina.	A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> A Shekelle <i>Khunpradit S, 2011</i>
R	Se sugiere monitoreo electrónico de la FCF intraparto en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto prolongado. • Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina). • Dificultad de auscultación de foco fetal. 	D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i> √ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i>
R	En los hospitales que atienden pacientes en trabajo de parto, se requiere la existencia de criterios técnico médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.	D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i>
E	Las comparaciones de la cardiotocografía fetal (CTG) continua, vs intermitente no tuvieron el poder suficiente para detectar diferencias entre los grupos con o sin monitorización.	A Shekelle <i>Nardin J, 2007</i>
R	El uso de la CTG continua en lugares de escasos recursos no se recomienda; en su lugar puede utilizarse una combinación de CTG intermitente o auscultación intermitente con un estetoscopio de Pinard.	A Shekelle <i>Nardin J, 2007</i> A Shekelle <i>Khunpradit S, 2011</i>

R	La auscultación del foco fetal puede hacerse por estetoscopio de Pinard, o Doptone.	C Shekelle GPC IMSS-567-12, 2012
E	La posición de la madre durante el monitoreo fetal puede afectar fuertemente el patrón de la frecuencia cardíaca fetal debido a la compresión de los grandes vasos.	IV Shekelle FIGO Guidelines, 1986
R	El monitoreo fetal siempre debe hacerse en decúbito lateral izquierdo, en posición sentada o en media posición vertical.	IV Shekelle FIGO Guidelines, 1986

4.10 Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo.	IV Shekelle NOM-007-SSA2-1993
R	El método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto normal es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales.	D Shekelle Guía, Argentina, 2010 A GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010
R	Se registrarán en el partograma, la frecuencia cardíaca fetal y la evolución del trabajo de parto por lo menos cada media hora, en el partograma hasta el periodo expulsivo.	D Shekelle GPC Ministerio de Salud, 2004 √ GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010
E	El riesgo de infección se incrementa en el número a los tactos vaginales, sobre todo si existe ruptura prematura de membranas que es el factor más importante para infección materna y neonatal.	2++ GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010

	En una revisión sistemática Cochrane con relación a la comparación de exámenes vaginales cada 2 o 4 horas, no se encontraron diferencias en el uso de analgesia epidural, cesárea, parto espontáneo, parto instrumentado, ni sobre infecciones neonatales o maternas.	2++ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> 1a <i>Downe S, 2013</i>
	En la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo.	D Shekelle <i>Guía, Argentina, 2010</i> ✓ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> A <i>Downe S, 2013</i>
	Debe proporcionarse privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos.	✓ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i>
	El profesional de la salud que atienda partos no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención.	Punto de buena práctica

4.11 Utilidad de la movilización en el trabajo de parto

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Deambular en la primera etapa (fase activa) bajo vigilancia hospitalaria del parto reduce la duración del trabajo de parto y no parece estar asociado con efectos adversos en la madre y en el recién nacido.	1a Shekelle <i>Lawrence A, 2009</i> IV Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i>
	Entre las mujeres (con y sin analgesia epidural) que adoptan diferentes posiciones durante la primera etapa del parto, no se encuentran diferencias significativas en cuanto al uso de oxitocina y de analgésicos, tipo de parto y resultados maternos o neonatales. La evidencia sobre el efecto de la adopción de diferentes posiciones en la duración de la primera etapa de parto y en el confort materno no es consistente ni concluyente.	1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i>

	<p>En una revisión sistemática realizada por la Cochrane, los autores concluyeron que el periodo dilatante del trabajo de parto puede ser aproximadamente una hora más corto para las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, y que tienen más probabilidades de recibir menos analgesia epidural, debido a que la revisión no encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical.</p>	<p>IV Shekelle <i>Makuch, 2010</i></p>
	<p>Durante el período dilatante del trabajo de parto se debe alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva.</p>	<p>A Shekelle <i>Lawrence A, 2009</i></p> <p>D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p> <p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p> <p>IV Shekelle <i>PROY-NOM 007,-SSA2-2010</i></p> <p>IV Shekelle <i>Guía de Implantación. Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y Seguro. Secretaría de Salud. 2013</i></p>
	<p>Procurar una posición cómoda de acuerdo a la infraestructura hospitalaria y las condiciones del servicio, de manera que se garantice la seguridad de la paciente.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Varios estudios a nivel mundial describen que muchas mujeres reportan trato cruel, grosero, brusco, poco comprensivo, y ofensivo por parte de los servidores de salud respecto a su estado obstétrico y sexual.</p>	<p>III Shekelle <i>Pires, 2002</i></p>

R	El personal de salud debe brindar un trato respetuoso, profesional y apegado a aspectos éticos y de derechos humanos a las pacientes que soliciten atención durante el embarazo y parto.	C Shekelle <i>Pires, 2002</i>
----------	--	---

4.12 Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y la mayoría requiere algún tipo de alivio para el dolor.	IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i>
E	<p>La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir de manera digna. El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y ya se cuenta con diversas estrategias no medicalizadas que ofrecen mejora y control del dolor obstétrico.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. • Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulación, cambiar de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura y otros. • Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea. 	IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> III Shekelle <i>Chalmers B, 2002</i>
R	En el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, así como de las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se verán reflejadas en el momento del parto.	A Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> III Shekelle <i>Chalmers B, 2001</i>

	<p>La analgesia epidural es efectiva para controlar el dolor durante el parto, en comparación con el placebo y otros métodos, sin embargo, estas intervenciones no están exentas de efectos adversos, incluyendo un mayor riesgo de parto vaginal instrumental y cesárea cuando hay estado fetal inestable.</p>	<p>2++ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> la Shekelle <i>Amédée P, 2013</i></p>
	<p>En un ECA australiano de 274 pacientes en trabajo de parto, el grupo con analgesia obstétrica mostró mayor satisfacción por el control del dolor en comparación con el grupo sin analgesia obstétrica.</p>	<p>1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>Se recomienda informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto, pudiendo incrementar el número de partos instrumentados o asistidos (fórceps). Por lo que el uso de la analgesia obstétrica debe ser acompañado del consentimiento informado.</p>	<p>A Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i> A Shekelle <i>Amédée P, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto, contando con las condiciones para ofrecer analgesia obstétrica, como otras estrategias desmedicalizadas como lo son los métodos psicoprofilácticos, a través de las posiciones, la respiración y la relajación.</p>	<p>B <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> A Shekelle <i>Amédée P, 2013</i></p>
	<p>La analgesia obstétrica no se realizará de modo rutinario, debiéndose recomendar previa evaluación de cada paciente.</p>	<p>D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i> D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes o anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales, se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la paciente.</p>	<p>D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i> D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>

	El equipo médico debe explicar a la paciente los procedimientos quirúrgicos y anestésicos que se tengan provistos y obtener una carta de consentimiento informado para cada intervención.	R <i>Danielson D, 2012</i>
	La anestesia regional (bloqueo peridural) retrasa el nacimiento del producto o prolonga la duración del trabajo de parto, aproximadamente una hora.	IV Shekelle <i>Cunningham F, 2010</i>
	El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, consideran que para la aplicación del bloqueo peridural no es necesario contar con 5 cm, por lo que se debe de individualizar cada paso para la aplicación de la analgesia obstétrica en la fase activa (4cm o más) del trabajo de parto, de acuerdo con el estado clínico de la paciente y tomando en cuenta el umbral del dolor individual siempre y cuando se cuente con el personal calificado para su administración y vigilancia.	D Shekelle <i>Cunningham F, 2010</i>
	En una revisión sistemática se reportó que el masaje corporal en pacientes en trabajo de parto, contribuye a reducir el dolor obstétrico.	Ia Shekelle <i>Smith C, 2006</i>
	El masaje corporal en pacientes en trabajo de parto puede llevarse a cabo cuando la paciente lo solicite y puede ser útil para el control del dolor obstétrico.	A Shekelle <i>Smith C, 2006</i>
	Se debe individualizar cada caso para la aplicación de la analgesia obstétrica en la fase activa (4 cm o más) del trabajo de parto, de acuerdo con el estado clínico de la paciente y tomando en cuenta el umbral del dolor individual, siempre y cuando se cuente con personal calificado para su administración y vigilancia.	Punto de buena práctica

4.13 Amniotomía en trabajo de parto

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En un meta análisis de con uso de amniotomía y oxitocina en trabajo de parto inicial, se encontró significancia clínica con reducción en la duración del trabajo de parto a 70 minutos, sin embargo no mostró significancia estadística.	Ia Shekelle <i>Wei S, 2009</i>
	Otro estudio en el que se analizó el uso de amniotomía sola no mostró beneficios, en comparación a la combinación (amniotomía más oxitocina).	Ia Shekelle <i>Howarth H, 2013</i>

	<p>No realizar amniotomía sola precoz de rutina. Se reservará para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto o sospecha de afección de bienestar fetal.</p>	<p>A Shekelle <i>Howarth H, 2013.</i> A <i>(GPC Ministerio de Salud, 2010).</i></p>
	<p>Un meta análisis con uso de oxitocina más amniotomía, reportó mayor sangrado y menor satisfacción en comparación con el uso de prostaglandinas simples.</p>	<p>la Shekelle <i>Howarth H, 2013</i></p>
	<p>En caso de indicar oxitocina más amniotomía, se debe de vigilar estrechamente la presencia de sangrado.</p>	<p>A Shekelle <i>Wei S, 2009.</i> A Shekelle <i>Bugg 2011.</i> A Shekelle <i>Estimulación del trabajo de parto con oxitocina en mujeres con analgesia epidural para la reducción de los partos operatorios (Revisión Cochrane traducida). 2012.</i> A Shekelle <i>Howarth H, 2013.</i> D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i></p>
	<p>Considerar que en el uso de prostaglandinas durante el trabajo de parto no se pueden controlar sus efectos adversos ya establecidos, debiendo ser indicado por personal calificado y bajo vigilancia estrecha.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<p>Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona con normalidad (modificaciones cervicales en 2 horas) está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía y oxitocina.</p>	<p>A Shekelle Wei S, 2009</p> <p>A Shekelle Bugg 2011</p> <p>A Shekelle <i>Estimulación del trabajo de parto con oxitocina en mujeres con analgesia epidural para la reducción de los partos operatorios (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012</i></p> <p>A Shekelle Howarth H, 2013</p> <p>D Shekelle NOM-007-SSA2-1993</p>
	<p>Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto.</p>	<p>A GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</p> <p>D Shekelle GPC Ministerio de Salud, 2004</p>
	<p>Se puede considerar amniotomía precoz en mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto y de preferencia asociada con oxitocina.</p>	<p>A Shekelle Howarth H, 2013</p> <p>IV Shekelle GPC Ministerio de Salud, 2004</p> <p>D Shekelle NOM-007-SSA2-1993</p> <p>A Shekelle Wolomby J, 2009</p>

4.14 Posición en el período expulsivo

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Se considera inicio del segundo periodo del trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación, o dilatación completa.</p>	<p>IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>Pasar a la paciente a la sala de expulsión cuando se encuentre el segundo periodo del trabajo de parto (10 centímetros de dilatación, o dilatación completa).</p>	<p>D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>En la actualidad se ha reflexionado en relación con la posición horizontal del parto y la realización de intervenciones rutinarias e innecesarias que generan incomodidad para la mujer y riesgos para la salud materno-fetal.</p>	<p>III Shekelle <i>Méndez R, 2002</i></p>
	<p>Colaboración Cochrane realizó un meta análisis respecto a las posiciones en el trabajo de parto, concluyendo que cuando las mujeres tuvieron el parto en posición de litotomía, este fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardiaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto. El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical. No se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la mujer o el feto, por lo que concluyen que se debe estimular a las mujeres para que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales.</p>	<p>III Shekelle <i>Gupta, 2007</i> IV Shekelle <i>Lavender, 2006</i></p>
	<p>Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), sin embargo, también se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y un mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml.</p>	<p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>

	<p>Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas (cuadrupedia) presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de duración).</p> <p>En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a la posición supina durante la segunda etapa del parto.</p> <p>La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un más comodidad y autonomía de la madre en el nacimiento.</p>	<p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>Una revisión de 21 estudios con 3,706 mujeres en la primera fase del parto a las que se asignó al azar adoptar posiciones verticales u horizontal, mostró una reducción del trabajo de parto en posición vertical; igualmente, mostraron menos probabilidades de la necesidad de recurrir a la analgesia epidural .</p>	<p>la Shekelle <i>Lawrence A, 2009</i></p>
	<p>Se recomienda que durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación médica fundamentada por escrito.</p>	<p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p> <p>IV Shekelle <i>NOM-007-SSA 2-1993</i></p> <p>IV Shekelle <i>Guía de Implantación. Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaría de Salud, 2013</i></p>

	<p>Se recomienda tomar también en cuenta las actividades del personal de salud que atiende a la paciente en trabajo de parto, para no afectar los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto.</p>	<p>D Shekelle NICE 2007. D Shekelle NOM-007-SSA2-1993</p>
	<p>La Secretaría de Salud contempla la atención del parto en diferentes posiciones, para lo cual, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud (CENETEC) se diseñaron mesas y bancos ergonómicos para ese fin. Por lo que de contar con el recurso, se podrá ofrecer a la embarazada la opción en caso de que lo solicite.</p>	<p>IV Shekelle <i>Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaría de Salud,. 2013</i></p>
	<p>Procurar la atención del parto en posiciones verticales, tomando en cuenta la decisión de la mujer en trabajo de parto, de acuerdo con las condiciones de la unidad hospitalaria y la capacitación del profesional de la salud, siempre y cuando no exista una contraindicación médica.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Debido a que no todas las unidades cuentan con la infraestructura requerida, es importante promover su adecuación y ofrecer la atención del parto en posición vertical, de manera gradual.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

4.15 Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La mayoría de los partos vaginales están asociados con alguna forma de trauma en el tracto genital. En una revisión de la Cochrane donde se incluyeron 1525 pacientes; se analizaron diferentes técnicas e intervenciones perineales que se utilizan para prevenir el trauma en esta zona, como los masajes y el uso de compresas calientes; se encontró que el uso de compresas calientes; en el periné se asocia con una reducción de la ocurrencia de traumatismo, reducción de los desgarres de tercer y cuarto grados, RR 0.48 (IC 95% 0.28 a 0.82). Otro estudio incluyó 2147 paciente comparando masaje vs manos alertas, reportando disminución en desgarros de tercer y cuarto grados RR 0.52 (IC 95% 0.29 a 0.94). En el siguiente estudio se incluyó a 6547 pacientes comparando manos alertas vs maniobra de Ritgen reportando disminución en la frecuencia de episiotomía RR 0.69 (IC 95% 0.50 a 0.96).	IIa Shekelle <i>Aasheim V, 2012</i>
	Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarres de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.	A Shekelle <i>Aasheim V, 2012</i>

4.16 Uso de la episiotomía

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La episiotomía individualizada frente a la rutina favorece el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso.	1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> I <i>GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la episiotomía complicada IMSS, 2013</i>
	La práctica de la episiotomía en forma individualizada tiene beneficios cuando se compara con su uso en forma rutinaria. No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos benéficos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.	IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i>

	<p>Una revisión Cochrane de ocho estudios clínicos con 5541 mujeres mostró que la episiotomía restrictiva resultó en menor trauma perineal severo RR 0.67, (IC del 95% (IC) 0.49-0.91), menos necesidad de sutura RR 0.71, (IC del 95%: 0.61 a 0.81) y un menor número de complicaciones en la cicatrización RR 0.69, (IC del 95%: 0.56 a 0.85). La episiotomía restrictiva se asocia con mayor trauma anterior perineal RR 1.84, (IC del 95%: 1,61 a 2.10). No hubo diferencias en el traumatismo vaginal / perineal severo RR 0.92, (IC del 95%: 0.72 a 1.18); dispareunia RR 1,02, (IC del 95%: 0.90 a 1.16); La incontinencia urinaria RR 0,98, (IC del 95%: 0.79 a 1.20) o varias medidas de dolor.</p>	<p>1a Shekelle Aasheim V, 2012</p>
	<p>No debe practicarse episiotomía de rutina en todos los partos espontáneos.</p>	<p>A GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 A GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la episiotomía complicada IMSS, 2013</p>
	<p>La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal.</p>	<p>√ GPC Ministerio de Salud, 2010</p>
	<p>La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente.</p>	<p>D Shekelle NOM 007 –SSA2-1993</p>
	<p>Antes de llevar a cabo una episiotomía, deberá realizarse una analgesia adecuada.</p>	<p>√ GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</p>
	<p>La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho; el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados.</p> <p>(Consultar: GPC Uso racional de la episiotomía. Catalogo Maestro de Guías: SSA-206-09; GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada IMSS-608-13).</p>	<p>D GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</p>

4.17 Maniobra de Kristeller

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Entre las maniobras usadas en la segunda etapa del parto, la presión del fondo uterino o maniobra de Kristeller (MK) es una de las más controvertidas. Diferentes estudios se han realizado con respecto a su utilidad y seguridad y, hasta el momento, no se ha identificado ninguna justificación para su uso. En cambio, se ha relacionado dicha maniobra con un aumento en el riesgo de ruptura uterina y daños al recién nacido.</p>	<p>Ib Shekelle <i>Api O, 2009</i></p>
	<p>En una revisión Cochrane de 2009 en la que se incluyeron 500 pacientes, se observaron los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No diferencias significativas en parto instrumentado RR 0.94 (IC 95% 0.80 a 1.1). • Apgar menor a 7 a los 5 minutos RR 4.62 (IC 95% 0.22 a 95.68). • pH bajo en sangre arterial de cordón umbilical RR 0.47 (IC 95% 0.09 a 2.55). • Admisión a UCIN RR 1.48 (IC 95% 0.49 a 4.45). • Incremento en el riesgo de desgarros perineales RR 1.73 (IC 95% 1.07 a 2.77). • Desgarros anales RR 15.69 (IC 95% 2.10 a 117.02). <p>Se considera que la MK no acorta la duración de la segunda etapa del parto, no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos, ni reduce la tasa de parto instrumental, ni reduce la tasa de cesáreas. Lo anterior coincide con un ensayo clínico aleatorizado (2009) que pretendía determinar el efecto de la realización de la MK sobre el acortamiento de la segunda etapa de TP.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Verheijen E, 2009</i></p>
	<p>Se contempla esta maniobra como una de las posibles causas de rotura uterina iatrogénica.</p>	<p>III Shekelle <i>Usandizaga J, 2010</i></p>

E	<p>En la GPC sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad se concluye que: "No hay pruebas del beneficio de la maniobra MK realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto. Esta maniobra no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental" y es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto.</p>	<p>III Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
R	<p>Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarros perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.</p>	<p>A Shekelle <i>Verheijen E, 2009</i> A Shekelle <i>Api O, 2009</i> C Shekelle <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>

4.18 Momento para pinzamiento del cordón umbilical.

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	<p>El pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y sí mejora los niveles de hierro en neonatos.</p>	<p>1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> IV Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p>
E	<p>Una revisión Cochrane aporta evidencia de que un retraso en el pinzamiento del cordón umbilical en las primeras horas aumenta la concentración de hemoglobina y los depósitos de hierro en el recién nacido.</p>	<p>1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> IV Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i> <i>McDonald SJ, 2013</i></p>

	<p>El pinzamiento tardío es una práctica fisiológica y el temprano es una intervención que necesita ser justificada.</p>	<p>IV Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p> <p>IV Shekelle <i>NOM 007 –SSA2-1993</i></p> <p>IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>La colocación del recién nacido por debajo o a nivel de la vulva 3 minutos antes del pinzamiento del cordón, o hasta que deje de latir, permite el paso de 80 ml de sangre desde la placenta hacia el recién nacido.</p>	<p>IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer período de TP (1 a 3 minutos después del nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical.</p>	<p>Fuerte <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p> <p>A,B <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p> <p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p> <p>D Shekelle <i>Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras(FIGO) consultado 2013</i> http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20oint%20Statement%20Spanish.pdf</p>

	<p>El pinzamiento tardío (1-3 minutos) está contraindicado en casos de asfixia fetal al nacimiento.</p>	<p>Fuerte <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p>
---	---	---

4.19 Actividades del personal de salud en la atención del tercer período de parto (alumbramiento) Figura 1

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>El manejo activo de la tercera fase del parto disminuye el riesgo de hemorragia postparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto.</p>	<p>Moderada <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i> 1+ <i>GPC Ministerio de Salud, 2010</i> IV Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p>

	<p>El manejo activo de la tercera etapa del parto consiste en: Administrar agentes uterotónicos (oxitocina/y o ergonovina, y/o misoprostol). Aplicar tracción controlada o suave del cordón umbilical. Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado. El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.</p>	<p>IV Shekelle Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) consultado 2013. http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Statement%20Spanish.pdf</p> <p>Moderada (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012).</p> <p>IV Shekelle FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012.</p>
	<p>El uso rutinario de oxitocina como uterotónico en el manejo activo del alumbramiento disminuye el riesgo de hemorragia postparto (HPP) >500 ml y la necesidad terapéutica de usar otros uterotónicos.</p>	<p>1+ GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</p> <p>IV Shekelle FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</p>

	<p>Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto a fin de reducir la hemorragia postparto. El cual consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar agentes uterotónicos (oxitocina/y o ergonovina, y/o misoprostol). • Aplicar tracción controlada o suave del cordón umbilical. • Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, para propiciar la contracción del útero y prevenir la hemorragia postparto. <p>Además, se considera importante realizar las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener al recién nacido a la altura de la placenta o colocarlo en el vientre materno. • Entre 1 y 3 minutos, o cuando el cordón deje de latir, pinzar el cordón umbilical. • Sostener el útero a nivel de la sínfisis del pubis (Maniobra de Brand Andrews y Dublin). <p>El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.</p>	<p>A,B (GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).</p> <p>Fuerte (WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012).</p> <p>D Shekelle FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012.</p> <p>D Shekelle Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) consultado 2013. http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20oint%20Statement%20Spanish.pdf</p> <p>D Shekelle NICE Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth, 2007.</p>
	<p>Las mujeres deben ser informadas (preferentemente durante la gestación) de que el manejo activo de la tercera etapa del parto acorta su duración, disminuye el riesgo de hemorragia posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica.</p>	<p>√ GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</p> <p>D Shekelle FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012.</p>

	<p>La oxitocina es el uterotónico de primera elección para el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.</p>	<p>D Shekelle <i>Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) consultado 2013. http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Joint%20Statement%20Spanish.pdf</i></p> <p>Fuerte <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p>
	<p>Se observa que la combinación de oxitocina y ergonóvicos disminuye la hemorragia postparto (sangrado >500 ml) y la necesidad del uso de otros uterotónicos con fines terapéuticos cuando se comparan con oxitocina sola. [consultar la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato; IMSS-162-09]</p>	<p>1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>La dosis de ergonovina es de 0.2 mg intramuscular(IM).</p>	<p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012.</i></p> <p>D Shekelle <i>Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) consultado 2013. http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Joint%20Statement%20Spanish.pdf</i></p>

	<p>Se recomienda el uso de oxitocina o ergonovina en pacientes con factores de riesgo para hemorragia obstétrica.</p>	<p>A <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>El uso de ergonovina se asocia con elevación de la presión diastólica, accidentes vasculares cerebrales, e infartos.</p>	<p>1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p> <p>IV Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p> <p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p>
	<p>Puede aplicarse ergonovina en caso de no contar con oxitocina a dosis terapéutica, si el médico lo considera necesario y que no esté contraindicada.</p>	<p>D Shekelle <i>Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras(FIGO) consultado 2013.</i> http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Joint%20Statement%20Spanish.pdf</p> <p>IV Shekelle <i>NOM-007 –SSA2-1993</i></p>

	<p>Con el uso de ergonovina, sola o con oxitocina, se debe monitorear en forma estrecha la presión arterial, manifestaciones de infartos al miocardio o accidentes vasculares cerebrales.</p>	<p>A,B <i>(GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).</i></p> <p>D Shekelle <i>Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) consultado 2013.</i> http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Joint%20Statement%20Spanish.pdf</p> <p>D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p>
	<p>La ergonovina o metilergonovina debe de indicarse con precaución pudiendo generar efectos graves en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía o arritmias.</p>	<p>D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p> <p>D Shekelle <i>IMSS Cuadro básico de medicamentos, 2014</i></p> <p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012.</i></p>
	<p>La ergonovina o metilergonovina no debe administrarse en pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial sistémica • Preclampsia • Enfermedad cardíaca. 	<p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012.</i></p>

	<p>La oxitocina se administra en dosis de 10 UI, inmediatamente después del nacimiento del neonato vía IM o IV si hay venoclisis colocada.</p>	<p>Fuerte <i>(WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012).</i> D Shekelle <i>Guía Argentina, 2010.</i> D Shekelle <i>Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) consultado 2013.</i> http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Joint%20Statement%20Spanish.pdf</p>
	<p>La administración de oxitocina IV o IM debe de ser en bolo posterior a la liberación del hombro anterior del recién nacido.</p>	<p>D Shekelle <i>Westhoff G, 2013</i></p>
	<p>En caso de administración intravenosa, la oxitocina debe diluirse en 250 o 500 cc de solución fisiológica al pasar 30 minutos.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Cuando la oxitocina no está disponible o no se controla hemorragia uterina por atonía se deben iniciar ergonóvicos o prostaglandinas si se cuenta con el recurso.</p>	<p>Fuerte Shekelle <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p>

	<p>La carbetocina comparada con placebo ha sido estudiada en la prevención de la hemorragia posterior al nacimiento, encontrando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción en la necesidad de utilizar otros uterotónicos en el puerperio • Menor necesidad de masaje uterino • Menor sangrado uterino <p>Comparada con oxitocina mostró menores efectos secundarios adversos específicamente de hipertensión, no habiendo diferencias en el riesgo de sangrado grave.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Carbetocina para la prevención de la hemorragia postparto (revisión Cochrane traducida), 2012</i> D Shekelle <i>IMSS Cuadro básico de medicamentos 2014</i></p>
	<p>La carbetocina siempre es una opción farmacológica de segunda línea para la prevención de la hemorragia. La dosis intravenosa utilizada es de 100 µg en bolo, lentamente por un minuto.</p>	<p>A Shekelle <i>Carbetocina para la prevención de la hemorragia postparto (revisión Cochrane traducida), 2012</i> D Shekelle <i>Cuadro básico Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013</i></p>
	<p>Cuando no se pueda administrar oxitocina o ergonovina, la carbetocina puede ser indicada en forma preventiva en pacientes con altas probabilidades de sangrado posparto o de forma terapéutica ante falta de respuesta a otros uterotónicos en hemorragia obstétrica, siempre y cuando se cuente con el recurso.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Las prostaglandinas han mostrado eficacia para una menor pérdida de sangre y menor duración del alumbramiento cuando se compara con el uso de otros uterotónicos, aunque las prostaglandinas presentaron más efectos secundarios como vómito, dolor abdominal y diarrea. La dosis recomendada por la OMS 600 µg por vía oral o vía sublingual (800 µg) esta última tiene un efecto rápido .</p>	<p>1+ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i> Moderada <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012)</i> IV Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p>

	<p>En caso de contar con misoprostol está indicado por vía oral en dosis de 400, 600 u 800 mcg.</p>	<p>A Shekelle <i>Tunçalp, 2012</i></p>
	<p>Cuando es necesario utilizar prostaglandinas como segunda o tercera opción, y se cuente con el recurso debe ser utilizado por profesionistas de la salud capacitados o con experiencia en su uso.</p>	<p>A Shekelle <i>Carbetocina para la prevención de la hemorragia postparto (revisión Cochrane traducida), 2012</i></p> <p>D Shekelle <i>IMSS Cuadro básico de medicamentos, 2014</i></p> <p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p>
	<p>Cuando la hemorragia posparto no responde al uso de oxitócicos o ergonóvicos, se deben considerar el tratamiento quirúrgico ya sea conservador o radical, de acuerdo a cada caso al criterio médico.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Un meta análisis sobre uso de factor VII en pacientes con sangrado por otras causas no hemofílicas, concluye que la diferencia sobre pérdida sanguínea o volumen transfundido fue mínima, en comparación al placebo, y que faltan estudios con mayor número de casos.</p>	<p>la Shekelle <i>Simpson, 2012</i></p>
	<p>El uso del factor VII para el control de hemorragia en ginecología solo estaría justificado como protocolo de investigación, evaluado en los comités de investigación y ética o en pacientes con deficiencia del mismo.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>La evolución natural o fisiológica del alumbramiento o expulsión de la placenta se considera como un manejo pasivo, el cual puede llevarse a cabo durante los primeros 60 minutos del nacimiento del recién nacido.</p>	<p>IV Shekelle <i>NICE Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth, 2007.</i></p> <p>IV Shekelle <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p>

	<p>En la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso.</p>	<p>D Shekelle <i>GPC Ministerio de Salud, 2004</i></p> <p>D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993</i></p>
	<p>La revisión del tono uterino posterior al nacimiento debe realizarse en toda paciente.</p>	<p>Fuerte <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p>
	<p>La tracción del cordón sostenida debe ser solo en unidades con personal calificado en la atención obstétrica.</p>	<p>Débil <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p> <p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p>
	<p>Si se opta por una tracción sostenida del cordón umbilical, ésta deberá realizarse con el útero contraído y de preferencia al palpar una contracción para evitar eversión uterina.</p>	<p>D Shekelle <i>FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings, 2012</i></p>
	<p>La Norma oficial Mexicana recomienda propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso.</p>	<p>D Shekelle <i>NOM-007-SSA2-1993.</i></p>
	<p>El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita, bajo consentimiento informado.</p>	<p>✓ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>

	<p>En unidades de atención en donde no se cuente con personal calificado en atención obstétrica debe optarse por el alumbramiento espontáneo, siempre y cuando las condiciones de la paciente lo permitan.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Evitar la tracción forzada o insistente del cordón umbilical posterior al nacimiento si no hay desprendimiento completo de la placenta.</p>	<p>D Shekelle PROY-NOM-004-SSA3-2010</p>

4.20 Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento y atención del puerperio inmediato

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>La revisión manual de la cavidad uterina es una práctica común que se lleva a cabo, de manera rutinaria, con la intención de identificar la presencia de restos placentarios o anexos. Sin embargo, es una práctica que suele ser muy dolorosa para las pacientes y que puede tener consecuencias en su salud. Ahora se cuenta con fundamentos científicos que sustentan que la revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria.</p>	<p>III Shekelle <i>Sachse M, 2013</i></p>
	<p>Un estudio clínico, con fines de evaluar si existían diferencias en las complicaciones postparto en pacientes con o sin revisión de cavidad, no encontró diferencias significativas, considerando que no debe realizarse en forma rutinaria.</p>	<p>Ib Shekelle <i>Alvirde A, 2009.</i></p>
	<p>Está reconocido que la revisión de cavidad puede realizarse cuando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe sospecha de retención de fragmentos placentarios o membranas. 2. Alumbramiento manual previo. 3. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesárea anterior. 4. Presencia de hemorragia uterina postparto. 5. Parto pretérmino 6. Ruptura de membranas de seis horas o mayor. 7. Parto fortuito. 8. Óbito. 	<p>III Shekelle <i>Alvirde A, 2009</i></p>

	<p>No se recomienda la revisión manual de la cavidad uterina rutinaria debido a que incrementa el riesgo de hemorragia obstétrica, endometritis, y dolor en la paciente, solo en casos selectivos como sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina post-nacimiento por sospecha de atonía uterina o para masaje uterino, bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infección.</p>	<p>C Shekelle <i>Alvirde A, 2009</i></p> <p>D Shekelle <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p> <p>C Shekelle <i>Sachse, 2013</i></p>
	<p>La revisión de cavidad uterina debe ser previa información de la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia y por personal calificado.</p>	<p>D Shekelle <i>PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, 2012</i></p>
	<p>Es útil la analgesia adecuada, para intervenciones uterinas o vaginales posparto, ya sea en bloqueo peridural o bloqueo local de pudendos.</p>	<p>IV Shekelle <i>Operative vaginal delivery, 2011</i></p> <p>Ia Shekelle <i>Novikova Nm, 2012</i></p>
	<p>En los casos en que no se cuente con personal capacitado para ofrecer analgesia o anestesia obstétrica adecuada y se requiera realizar revisión de cavidad o de canal de parto, el bloqueo local de pudendos puede considerarse.</p>	<p>D Shekelle <i>RCOG Operative vaginal delivery, 2011</i></p> <p>A Shekelle <i>Novikova N, 2012</i></p>
	<p>En caso de no contar con personal de anestesia, la sedación puede ser administrada por personal médico previa información y autorización de la paciente por escrito, para tratar de que la revisión uterina sea menos molesta o incómoda.</p>	<p><i>NOM-006-SSA3-2011</i></p>

	<p>En instalaciones o unidades con mínimos recursos de seguridad en la atención médica, la administración de algún anestésico debe ser solamente por médicos con formación en anestesia, o por alumnos bajo la supervisión de personal con experiencia y calificados.</p>	<p>D Shekelle <i>Recommendations on minimum facilities for safe administration of anesthesia in operating suites and other anaesthetising locations (Australian and New Zealand College of anaesthetists (ANZCA), PS55, 2012</i></p>
	<p>Durante el internamiento y antes del alta, se debe orientar a la madre acerca de los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma (fiebre, hemorragia, cefalea persistente) que ameritan atención médica de la madre.</p>	<p>D Shekelle <i>PROY-NOM-007-SSA2-2010</i></p>
	<p>En pacientes que recibieron oxitocina en forma profiláctica en el posnacimiento, no está recomendado el masaje uterino rutinario prevenir la hemorragia.</p>	<p>Débil <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i></p>
	<p>Todo procedimiento de tipo invasivo debe ser registrado en el expediente clínico.</p>	<p>D Shekelle <i>PROY-NOM-004-SSA3-2010</i></p>
	<p>En caso de realizar revisión manual uterina se debe anotar en el expediente clínico su indicación, si se realizaron medidas asépticas y si la paciente contaba con analgesia obstétrica.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Se debe revisar el conducto vaginal, así como la presión arterial y frecuencia cardíaca.</p>	<p>D Shekelle <i>PROY-NOM-004-SSA3-2010</i></p>
	<p>Se debe corroborar que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso al terminar el evento obstétrico.</p>	<p>D Shekelle <i>PROY-NOM-004-SSA3-2010.</i></p>

	En un estudio de cohortes que compara la revisión manual de la cavidad uterina vs revisión instrumentada cuidadosa (procedimiento que se realiza utilizando una pinza Forester con una gasa montada o con legras) demostró que existe una mayor incidencia de hemorragia posnacimiento en aquellos casos en los que se practica una revisión manual.	III Shekelle <i>Camacho P, 2013.</i>
	La revisión instrumentada cuidadosa ofrece mayores beneficios al binomio, ya que evita el riesgo de hemorragia postnacimiento, proporciona mejor confort en la paciente con mejores condiciones de asepsia.	III Shekelle <i>Camacho P, 2013.</i>
	La revisión de la cavidad uterina instrumentada cuidadosa debe realizarse bajo indicaciones precisas, no en forma rutinaria.	C Shekelle <i>Camacho P, 2013</i>
	Se recomienda realizar la revisión de cavidad uterina instrumentada cuidadosa en aquellas unidades médicas en donde se cuente con personal adiestrado y con experiencia.	C Shekelle <i>Camacho P, 2013</i>
	En las Unidades de atención obstétrica se debe contar con capacitación para el personal de salud asignado a la atención obstétrica.	Punto de Buena Práctica
	La evidencia es insuficiente con relación al alta temprana postnatal.	IV Shekelle <i>Nardin J, 2009</i>
	El alta hospitalaria temprano después del parto debe valorarse según las condiciones clínicas de la paciente.	A Shekelle <i>Nardin J, 2009</i>
	Se recomienda la revisión del canal del parto con fines de detectar de manera oportuna la presencia de desgarros, los cuales deben ser reparados con suturas sintéticas. (Consultar la GPC "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada" IMSS-608-13)	Débil <i>WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012</i>

4.21 Beneficios del apego inmediato y lactancia materna inmediata

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Es una práctica común que al revisar al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, el personal de salud se lleve al bebé lejos de su madre a una cuna térmica para su completa exploración. Sin embargo, la evidencia científica proporciona respaldo para incentivar el contacto piel a piel o alojamiento conjunto inmediato como un estándar de atención para los recién nacidos sanos a término. El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La exploración del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.</p>	<p>la Shekelle Moore, 2012.</p>
	<p>Un meta análisis de 30 estudios con 1925 pacientes muestra que el contacto piel a piel entre la madre y el neonato, inmediatamente después del nacimiento, reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, aumenta y mantiene la temperatura del neonato y ayuda a las madres a amamantar con éxito, así como el afecto y la satisfacción materna. También proporciona estabilidad cardiorrespiratoria en pretérmino tardíos MD 2.88 (IC 95% 0.53 a 5.23). Glucosa sanguínea 75 a 90 minutos al nacimiento MD 10.56 mg/dL (IC 95% 8.40 a 12.72). No se identificaron efectos negativos.</p>	<p>la Shekelle Moore E, 2012 lb Shekelle Liu J, 2014 I+ GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</p>
	<p>Un estudio reporta que los niños amamantados exclusivamente del seno materno mostraron mayores beneficios ante problemas de salud como: sobrepeso, obesidad, infecciones respiratoria o gastrointestinales, comparados con aquellos sin lactancia materna</p>	<p>la Shekelle Hörnell, 2013</p>
	<p>La lactancia materna fomenta el desarrollo sensorial y cognoscitivo, protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad por enfermedades diarreicas o neumonías, además de mostrar recuperación rápida de las enfermedades.</p>	<p>OMS. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/</p>
	<p>Se recomienda la lactancia materna desde la primera hora de vida, y mantenerla como única forma de alimentación durante los seis meses siguientes.</p>	<p>OMS. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño. www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/</p>

	<p>La lactancia materna exclusiva debe ser facilitada y alentada en el período posparto inmediato, apoyando el contacto piel a piel.</p>	<p>A <i>Perinatal services BC Health promotion guideline Breastfeeding healthy term infants, 2013</i> I++ <i>GPC Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010</i></p>
	<p>Se recomienda el contacto temprano piel-piel de madres y recién nacidos sanos posnacimiento, pues mejora la estabilidad cardiorrespiratoria e incrementa la glucosa en los recién nacidos (RN). Y que permanezca junto a su madre en todo momento tras el parto, siempre y cuando el estado de salud de la madre y del RN lo permitan. Si el estado de salud de la madre no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con el RN.</p>	<p>A Shekelle <i>Moore, 2012</i> A <i>Guía de Práctica Clínicas sobre la Atención al Parto Normal, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2010.</i></p>
	<p>Iniciar la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan.</p>	<p>D Shekelle <i>PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, 2012.</i></p>
	<p>El apoyo doula, posnacimiento ha mostrado mayor apego a la lactancia materna.</p>	<p>Ib Shekelle <i>Backes K, 2013.</i></p>
	<p>El papel del apoyo doula puede ofrecerse a través del personal capacitado (internos, residentes, enfermeras).</p>	<p>A Shekelle <i>Backes K, 2013.</i></p>

5. ANEXOS

5.2 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos acerca de la temática Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazadas de bajo riesgo. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español e inglés**
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **al trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda

5.1.2 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema <tema de la guía> en PubMed. Las búsquedas se limitaron a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizaron los términos partum care, labor obstetrics, labor. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 920 resultados, de los cuales se utilizaron **63** documentos en la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
PubMed http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	3843 documentos obtenidos como resultado>

Algoritmo de búsqueda:

- **Labor, Obstetric**[Mesh]
- **("Labor, Obstetric/diagnosis"**[Mesh] OR **"Labor #1**
- **OR "Labor, Obstetric/drug therapy"**[Mesh] OR **"Labor, Obstetric #2**
- **< epidemiology"**[Mesh] OR **"Labor, Obstetric/etiology"**[Mesh] **#3**
- **OR "Labor, Obstetric/pharmacology"**[Mesh]# **# 4**
- **OR Physiology"**OR **OR "Labor, Obstetric/therapy [Mesh] # 5**
- **OR "Labor, IN the last 5 years # 6**
- **On Humans # 7**

- **full text available; Full text available # 8-9**
- **(((((diagnosis) AND treatment) AND pharmacology) AND physiology) AND etiology) AND #8** Filters: **Free full text available; Full text available; published in the last 5 years; Humans #10-11**

5.1.3 Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **Tripdatabase** con el término **Labor, Obstetric**. Se obtuvieron **5617** resultados de los cuales se utilizaron **17** documentos en la elaboración de la guía.

5.2 Escalas de Gradación

GRADOS DE EVIDENCIA DE LA GUIA INDUCTION OF LABOR ACOG, 2009

Calidad de la evidencia	
I	Evidencia obtenida de un ensayo controlado aleatorio.
II-1	Evidencia obtenida de un ensayo controlado no aleatorio.
II-2	Evidencia obtenida de una cohorte de casos y controles, de preferencia de más de un centro de trabajo de investigación.
II-3	Evidencia obtenida de comparaciones entre tiempos o lugares con o sin la intervención o resultados dramáticos en experimentos no controlados.
III	Opinión de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comité de expertos.
Clasificación de recomendaciones	
A	Las recomendaciones se basan en pruebas científicas sólidas y coherentes.
B	Las recomendaciones se basan en la evidencia científica limitada o inconsistente.
C	Las recomendaciones se basan fundamentalmente en el consenso y la opinión de expertos.

**Modelo del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
Tomado de Guía de Práctica Clínica sobre la Atención del Parto Normal Guía Española,
2010**

	Evidencias
1++	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
	Grados de recomendación
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.
?	Consenso del equipo redactor.
√ Buena práctica clínica	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Nivel de Evidencias de LA Guía OMS Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage NGC 9553, 2012

Categoría de la evidencia Grado	
Alto	Incluye investigaciones que tienen poca probabilidad que cambien el cálculo aproximado del efecto.
Moderado	Incluye investigaciones con muchas probabilidades que tengan un impacto importante en la confianza y estimación del efecto y que puedan cambiar la estimación.
Bajo	Incluye investigaciones con probabilidad de importante impacto en la confianza y estimación del efecto con cambio en la estimación.
Muy Bajo	Cualquier estimación del efecto es muy incierto.

La escala modificada de Shekelle y colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

5.4 Escalas de Clasificación Clínica

Tabla 1 Acciones a realizar en el primer periodo del trabajo de parto a su ingreso a Sala de Labor

Nota de ingreso indicar el Plan de manejo (Médico)
Nota Médica, hoja de consentimiento informado, partograma en el servicio de admisión (Médico)
Signos vitales, mínimo cada 4 horas
Vigilancia de las contracciones al inicio y cada 30 minutos
Palpación abdominal: altura del fondo uterino, situación y presentación del producto
Presencia de secreciones vaginales: líquido, sangre o tapón mucosanguinolento (Médico/Enfermera)
Registro de percepción del dolor por la embarazada y su deseo de recibir opciones para aliviarlo (Médico/Enfermería)
Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) mínimo un minuto inmediatamente después de la contracción, con palpación simultánea del pulso materno para diferenciarlos. Posteriormente en forma intermitente cada 15 a 30 minutos con estetoscopio de Pinard o Doppler (Médico/Enfermería Perinatal).
Tacto vaginal en caso de que haya datos de establecimiento de la fase de labor (con privacidad, dignidad y confort para la mujer), posteriormente cada 2 horas o antes en caso necesario (Médico o Enfermera Perinatal)*
Explicación los hallazgos del tacto vaginal a la mujer (Médico o Enfermera Perinatal)*
Notificación a la enfermera cuando la paciente debe ser trasladada a sala de expulsión (Médico)

Fuente: Procedimiento para otorgar Atención materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primer y Segundo nivel de atención 2650003001 IMSS, 2013.

Tabla 2. Sistema de puntuación de Bishop para la evaluación de la inducibilidad

PUNTUACIÓN	0	1	2	3
Altura (con relación a las espinas ciáticas)				
Borramiento (%)	-3	-2	-1,0	+1,+2
Consistencia	0-30	40-50	60-70	80
Dilatación (cm)	Firme	Medio	Blando	-
Posición	Cerrado	1-2	3-4	5-6
	Posterior	Intermedio	Anterior	-

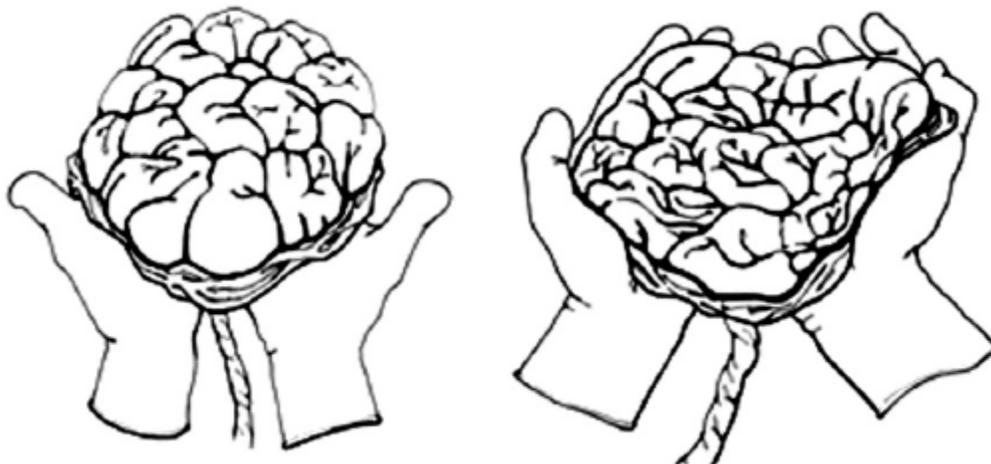
Fuente: Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia 21ª edición. España; 2003, p 405-15.

Tabla 3.- Partograma en la vigilancia del trabajo de Parto

PARTOGRAMA													
Fecha													
Hora													
F.C.F. (X)	180												
	140												
	100												
	60												
D I L A T A C I Ó N	10												
	9												
	8												
	7												
	6												
	5												
	4												
	3												
	2												
	1												
0													
	IV												
	III												
	II												
	I												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nombre													
Edad													
ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS													
MÉDICO													
OBSERVACIONES													

Fuente: NOM-007-SSA2-1993. Apéndice el Normativo

Figuras 1 Exploración de la placenta posterior a su expulsión
Exploración de placenta en cara materna



Tomado FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Intern J of Gyn Obst. 2012;117:108-118

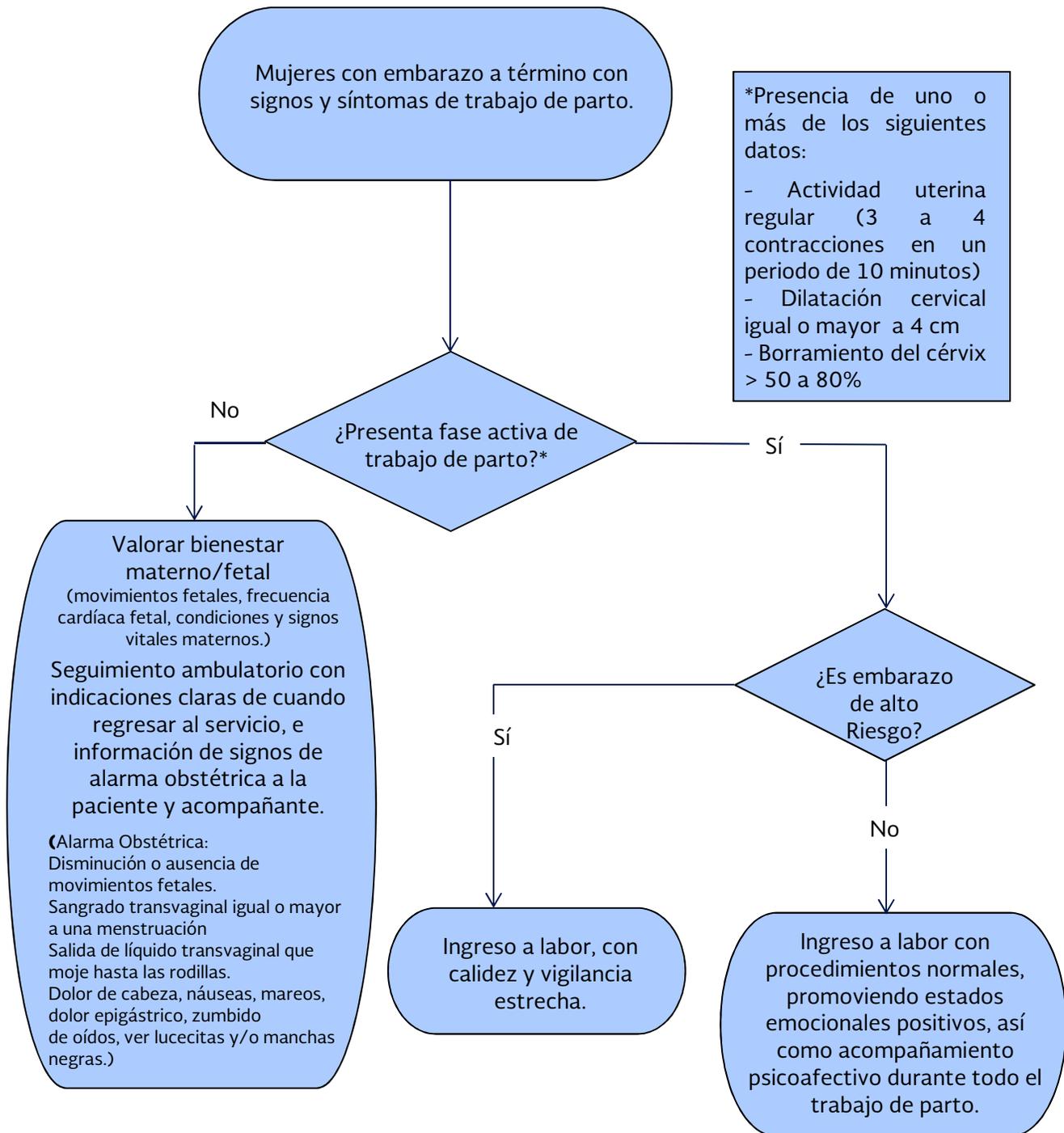
Exploración de placenta en cara materna



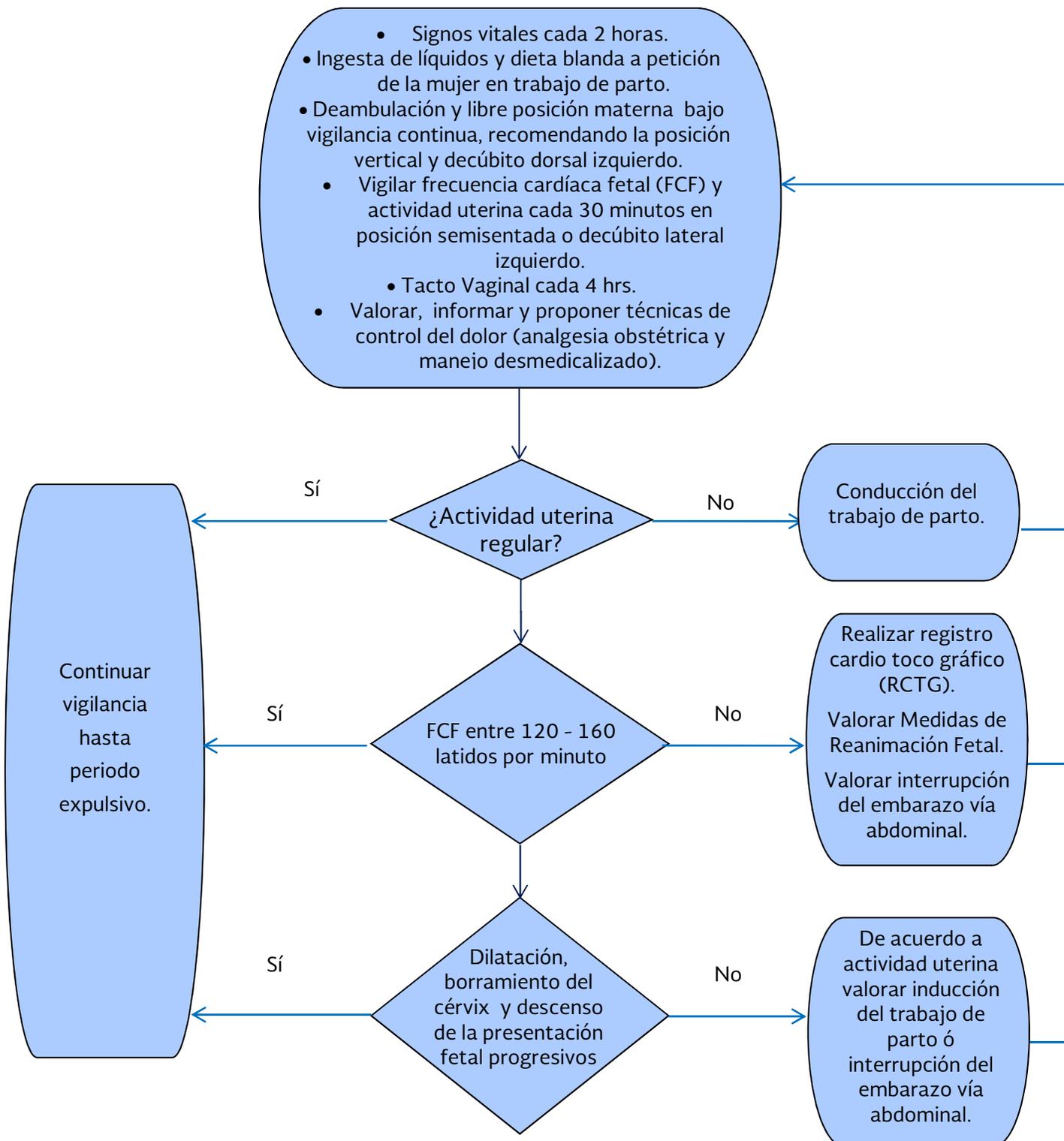
Tomado: FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Intern J of Gyn Obst. 2012;117:108-118

5.5 Diagramas de Flujo

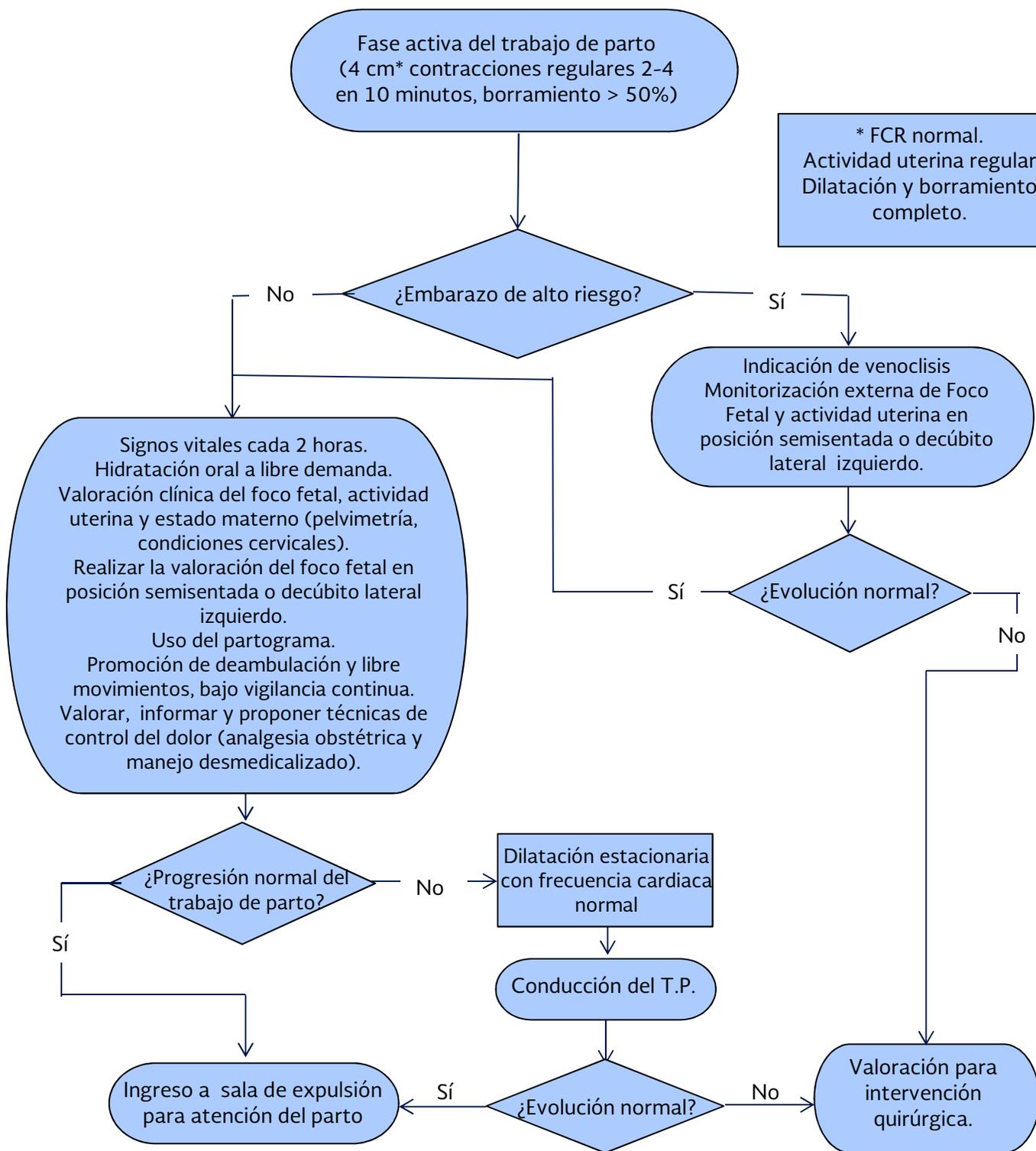
Algoritmo 1. Valoración inicial en admisión hospitalaria



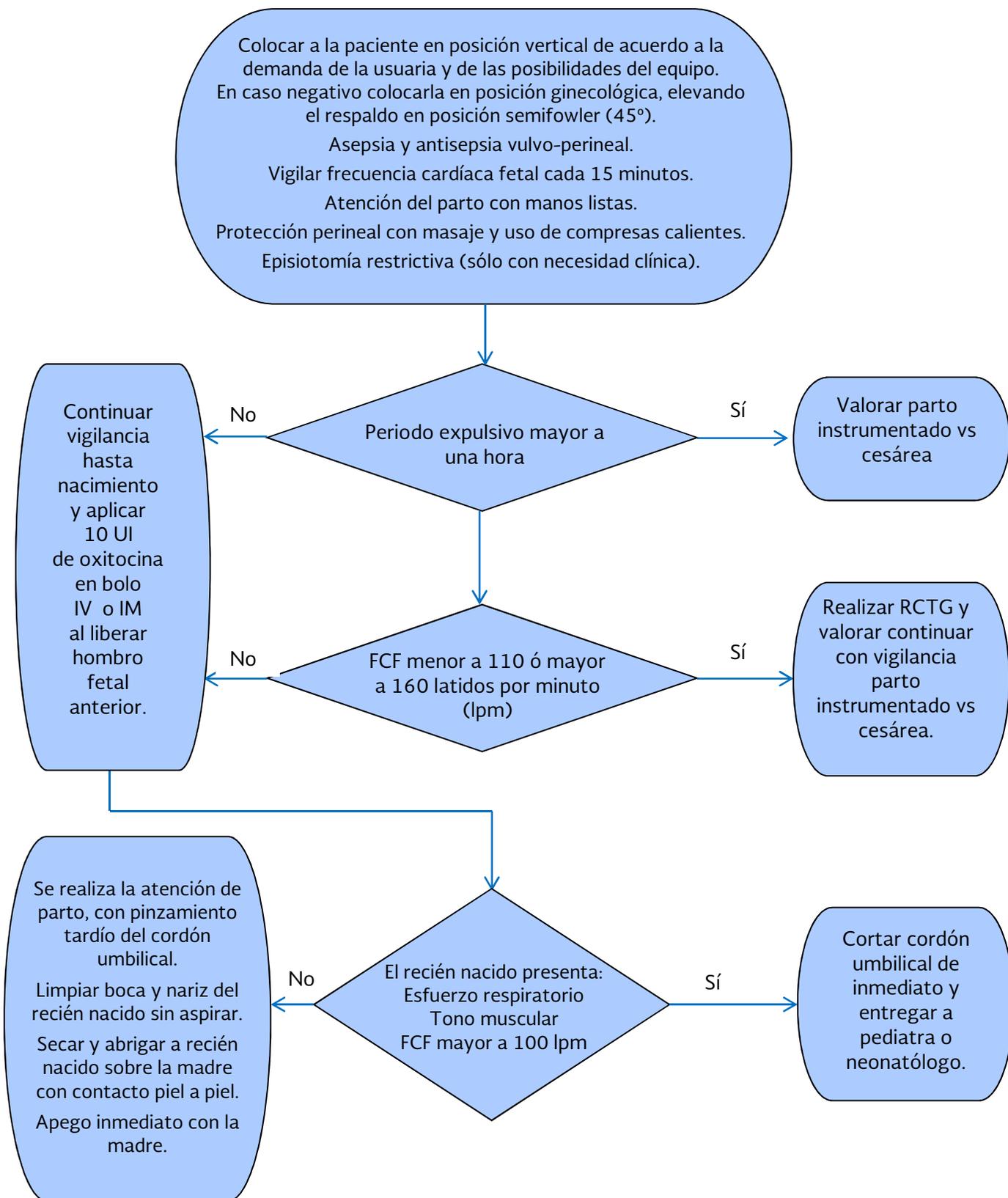
Algoritmo 2. Vigilancia y manejo de la paciente en fase activa de trabajo de parto Primer periodo de trabajo de parto



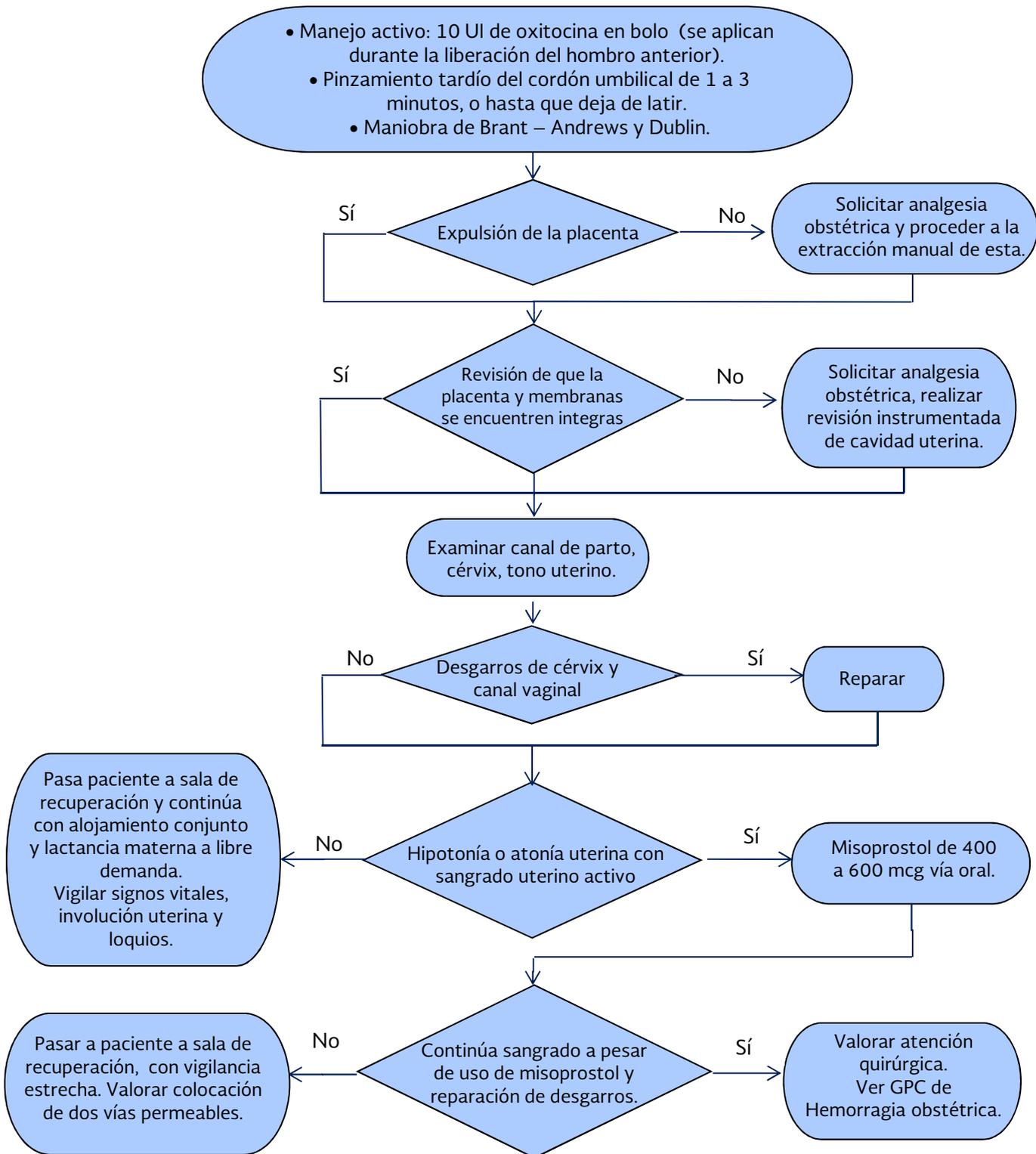
Algoritmo 3. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en el servicio de labor

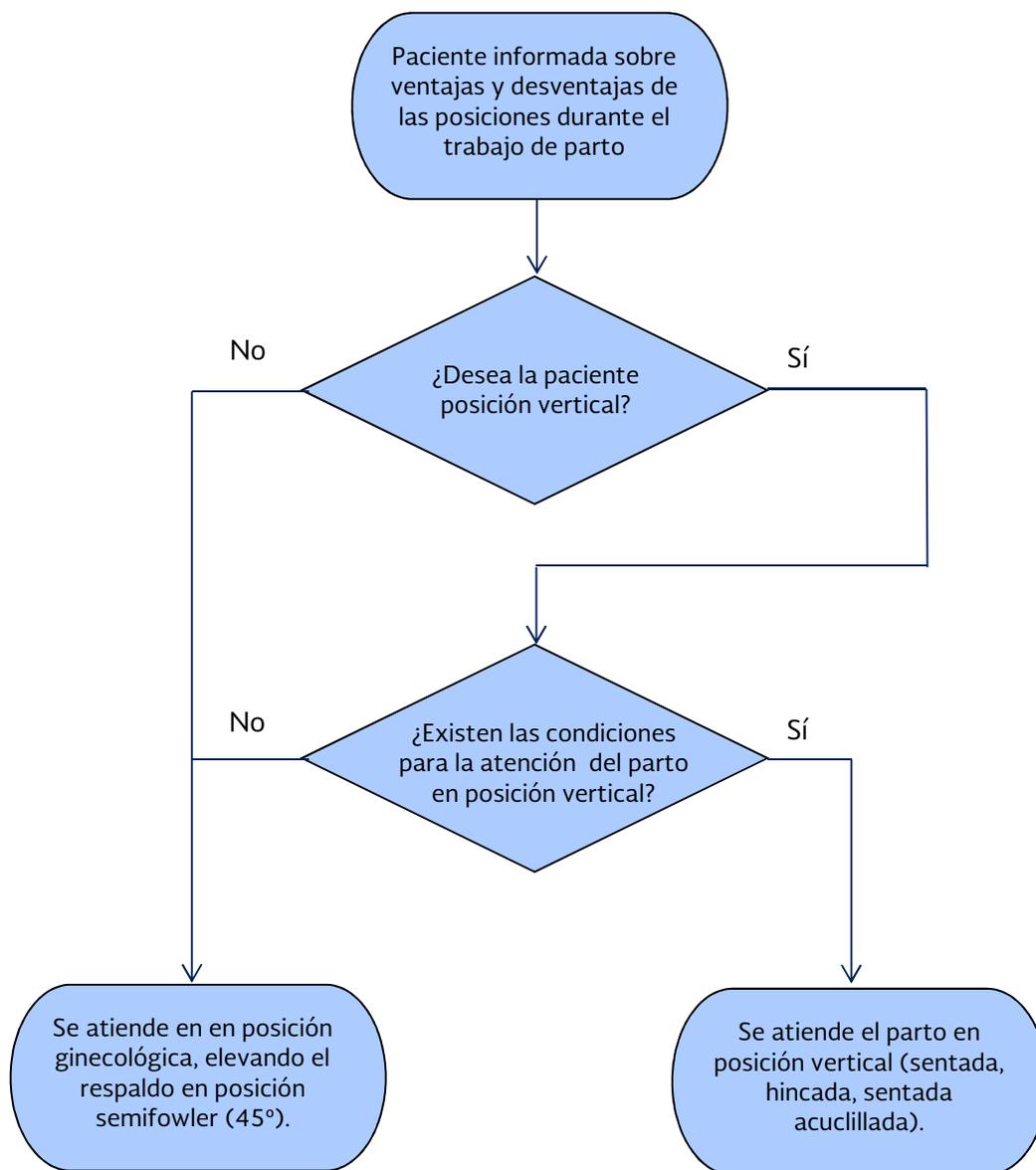


Algoritmo 4. Atención del segundo periodo de trabajo de parto. (Periodo expulsivo)



Algoritmo 5. Atención del tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento)



Algoritmo 6. Posición en el periodo expulsivo

5.5 Listado de Recursos

5.5.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en la atención del Parto incluidos en el **Cuadro Básico de IMSS**

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.1541.00	Carbetocina	100 µg intravenoso en un minuto dosis única	Solución inyectable Ámpula de carbetocina 100 µg en un mililitro	Solo administrar una dosis	Náuseas, dolor abdominal, prurito, vómito, bochornos, hipotensión, cefalea.	Potencializa su acción con oxitocina.	
040.000.1544.00	Ergometrina(ergonovina)	Una ampola de 0.2 mg Intramuscular(IM) en dosis única y se repetirá en a juicio del especialista	Ampolleta de 1 ml con 0.2 mg de maleato de ergometrina Envase con 50 ampolletas	Dosis respuesta a juicio del especialista	Náuseas, vómito, astenia, convulsiones.	Con anestésicos regionales, dopamina y oxitocina intravenosas, presenta vasoconstricción excesiva.	Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, hepática o renal, hipersensibilidad al fármaco, inducción de trabajo de parto y aborto espontáneo.
040.000.0262.00	Lidocaína 2 %	10 ml	Frasco ampola 50 ml	Dosis única	Reacciones hipersensibilidad, nerviosismo, somnolencia, parestesias, convulsiones, prurito, edema local, eritema.	Aumenta efectos adversos con depresores del sistema nervioso. Produce hipotensión y bradicardia con opioides y antihipertensivos, aumenta o disminuye efectos en el corazón de los antiarrítmicos.	Hipersensibilidad a la lidocaína, hipotensión, infección en el sitio de aplicación, insuficiencia cardíaca.

040.000.1542.00	Oxitocina	Iniciar con 2 a 5 mU/min, con incrementos de 2 mU cada 15 minutos, con dosis máxima de 40 mU/min	Ámpula 5UI/ml	Variable	Ruptura uterina, colapso vascular, taquicardia, trastornos electrolíticos, contracción uterina tetánica, náusea, vómito, pulso rápido e irregular, convulsiones, muerte materna por hemorragia subaracnoidea.	Otros oxitócicos y vasoconstrictores aumentan su efecto.	Polisistolia, hipertonía uterina, sufrimiento fetal, desproporción céfalo - pélvica, situación anormal del feto, placenta previa, cesárea corporal, cicatrices uterinas por metroplastias, cesárea iterativa, presentación pélvica.
040.000..0104.00	Paracetamol	1 gr VO	Caja de 10 tabletas de 500 mg	Cada 6 horas	Erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis tubulorenal e hipoglucemia.	Aumento de riesgo de hepatotoxicidad en pacientes alcohólicos o con uso de fenobarbital, fenitoína y carbamazepina. Aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al paracetamol, enfermedad hepática o insuficiencia renal grave.

8. GLOSARIO

Alojamiento conjunto: la ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente así como la lactancia materna exclusiva.

Amniotomía: ruptura artificial de las membranas amnióticas, para iniciar o acelerar el trabajo de labor.

Analgesia: alivio del dolor sin pérdida de la conciencia.

Apgar: examen clínico, empleado en gineco-obstetricia al momento de nacimiento, donde el médico pediatra obtiene una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos y anatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado de la prueba. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

Calidad de la atención: atención en salud con los siguientes atributos: un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, mínimo de riesgos y alto grado de satisfacción en el paciente e impacto final en la salud.

Calidez en la atención: al trato cordial, positivo y respetuoso del prestador de servicios de salud con los usuarios de los mismos, que toma en cuenta su diversidad cultural, necesidades y expectativas, donde los usuarios son sujetos de la atención.

Cérvix favorable: se dice que un cérvix es favorable cuándo sus características clínicas corresponden a un Bishop mayor de 6.

Competencia intercultural en salud: La capacidad de establecer relaciones respetuosas, equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, con las personas usuarias, considerando la multiculturalidad del país, y con profesionales y terapeutas de prácticas y modelos complementarios y tradicionales de atención a la salud.

Comunicación educativa: al proceso de aprendizaje que permite al profesional de la salud, ponerse en contacto con las diferentes culturas, idiomas y costumbres del usuario de los servicios de salud, en un ámbito interpersonal que trasciende los enfoques cognitivo, afectivo, psicomotor y de salud.

Conducción del trabajo de parto: intervención médica para regularizar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas mediante el uso de oxitocina, con el propósito de completar el trabajo de parto.

Dehiscencia: el término designa la apertura espontánea de una herida quirúrgica.

Desgarre perineal: daño a los tejidos del periné.

-Grado I: solo daño en piel.

-Grado II: daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal

-Grado III: daño a músculos perineales involucrando al esfínter anal:

3 a- Lesión con afectación < de 50% del esfínter anal

3 b- Lesión con afectación > de 50% del esfínter anal

3 c- Desgarre con afectación del esfínter anal interno

-Grado IV: Daño al perineo involucrando el esfínter anal completo (externo e interno) y del epitelio anal.

Doptone (fono detector de frecuencia cardíaca fetal): dispositivo portable utilizado para amplificar y contar la frecuencia cardíaca fetal.

Edad gestacional: duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable, sin uso de metodología anticonceptiva tres meses previos a la concepción y expresada en semanas y días.

Embarazo de alto riesgo: aquel en el que existen factores que condicionan una mayor probabilidad de eventos y resultados desfavorables para la salud materna o perinatal. Los factores pueden ser biológicos, socioeconómicos o ambientales.

Embarazo de término: embarazo con 37 a 41 semanas de gestación, calculados a partir de la fecha última de menstruación confiable.

Embarazo normal: estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo prolongado: embarazo de más de 42 semanas de gestación o mayor de 294 días, calculados a partir de la fecha última de menstruación confiable.

Enfoque de género, o perspectiva de género: La visión científica, analítica y metodológica sobre las mujeres y los hombres, que comprende que las diferencias entre ellos se dan, más que por su determinación biológica, por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos por su sexo en un orden jerárquico desigual dentro de una cultura particular, y que propone eliminar las causas de la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas, basada en su género, contribuyendo a construir ámbitos sociales en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, e igualdad en derechos y oportunidades para acceder a los recursos y a la toma de decisiones.

Episiorrafia: sutura por planos de la episiotomía.

Episiotomía: incisión del perineo en el momento del parto, utilizada para prevenir los desgarros perineales severos.

Estetoscopio Pinard: dispositivo simple con forma de cono, que colocado sobre el vientre materno ayuda a escuchar la frecuencia cardíaca fetal.

Feto: producto de la concepción, desde la décima tercera semana de embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior del seno materno.

Hemorragia postparto: una de las principales causas de mortalidad materna, y se define como la pérdida sanguínea de 500 ml o más después de terminado el tercer período de trabajo de parto.

Interculturalidad: al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Loquios: secreción vaginal normal durante el puerperio, que contiene sangre y moco. El flujo de loquios continúa, típicamente, por 4 a 6 semanas y huele similar al olor del flujo menstrual. Un olor fétido de los loquios puede indicar una posible infección (endometritis).

Manejo activo del parto: la combinación de la amniotomía con la administración de oxitocina con la finalidad de acelerar el trabajo de parto.

Maniobra de Kristeller: Consiste en ejercer presión sobre el fondo del útero durante el período expulsivo.

Maniobra de protección del periné (Ritgen modificada): Durante la expulsión de la cabeza fetal se colocan sobre el periné 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 presión suave sobre la cabeza fetal para controlar su expulsión.

Monitoreo fetal: evaluación del bienestar fetal durante el trabajo de parto, a través de auscultación intermitente con estetoscopio de Pinard, doptone, cardiotocografía continua o por ultrasonido. Las alteraciones en los patrones de la frecuencia cardíaca fetal pueden indicar la necesidad de una intervención.

Múltipara: mujer que ha tenido más de un parto de uno o más fetos viables.

Nulípara: mujer que nunca ha parido un feto viable.

Partograma: es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir los centímetros de la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y

manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

Parto vertical: a la atención de la mujer en el periodo expulsivo del trabajo de parto, en el cual su torso y canal pelviano se encuentran en un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal, correspondiendo a las posiciones de sentada, sentada acucillada, en cuclillas, hincada y de pie.

Perinatal: período comprendido entre la semana 28 de gestación y los 7 días después del nacimiento.

Primigesta: mujer que cursa con un primer embarazo.

Puerperio normal: período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Recién nacido: es un bebé en el momento posterior del nacimiento, ya sea por cesárea o parto vaginal y que muestra signos de vida.

Ruptura prematura de membranas: ruptura de membranas amnióticas antes de la semana 37 de gestación.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
2. Amédée PF. El manejo del dolor para las mujeres en trabajo de parto: una visión general de las revisiones sistemáticas: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de marzo 2013). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
3. Alvirde AO, Rodríguez AG. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. Investigación Materno infantil. 2009;1(2)May-agfgo:58-63
4. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88(3):320-4.
5. Backes KK, Attanasio LB, Hardeman RR, O'Brien M. Doula care supports near-universal breastfeeding initiation among diverse, low-income women. J Midwifery Womens Health. 2013 July ; 58(4): 378–382. doi:10.1111/jmwh.12065.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cofepris/bv/mj/noms/007-ssa2.pdf>
6. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD007123. DOI:
7. Camacho PV. Revisión de cavidad uterina instrumentada gentil frente a la revisión manual y su relación con la hemorragia posparto. Enfermería universitaria. 2013;10(1):21-26.
8. Carbetocina para la prevención de la hemorragia postparto (revisión Chocrane traducida): Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 4. Art. No.: CD005457. doi:10.1002/14651858.CD005457.
9. Cuadro básico de Medicamentos Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
<http://www.imss.gob.mx>
10. Cunningham G, Gant N F, Kenneth JL, Larry CGI, John CH, Wenstrom. Williams Obstetricia 2010.
11. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal: lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto. Birth 2001; 28: 202-207.
12. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el Cuidado Perinatal: Lineamientos Esenciales en el Cuidado de la Salud Antenatal, Perinatal y del Postparto. Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS 2002 feb;(14):15.
13. Downe S, Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 15;7:CD010088. doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.
14. Dawood F, Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 18;6:CD007715.
15. Declaración conjunta Manejo de la Tercera etapa del parto para evitar una hemorragia post-parto. Confederación Internacional de Matronas (ICM) Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO)

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/FIGO/PPH%20Joint%20Statement%20Spanish.pdf>

16. Department of Making pregnancy Safe, WHO (2009). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 2nd. Geneva: World Health Organisation.
17. Estimulación del trabajo de parto con oxitocina en mujeres con analgesia epidural para la reducción de los partos operatorios (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 5. Art.
18. FIGO Guidelines. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Intern J of Gyn Obst. 2012;117:108-118.
19. FIGO Guidelines for the use of fetal monitoring. FIGO Workshop Guidelines for the use of fetal heart rate (FHR) monitoring. Int J Gynecol Obstet 1986; 25: 159-67.
20. Gill G, NCT Evidence Based Briefing, Eating and drinking in labour. 2007.
21. Guía de Implantación: Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaría de Salud. 2013.
22. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ministerio de Salud, Argentina, 2004.
23. Guía de Práctica clínica Inducción del Trabajo de parto en el segundo nivel de atención". Catálogo Maestro: SSA-218-2009.
24. Guías de Práctica Clínica, Trabajo de parto y parto normal División urgencias Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2005. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2006;25(3): 130-139. www.redalyc.org
25. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Ministerio de Sanidad y Política Social. País Vasco, 2010.
26. GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la episiotomía complicada IMSS, 2013)
27. Guía de Práctica Clínica Muerte Fetal IMSS-567-12, 2012
Disponible y consultado el 25/XI/2012
<http://imss.gob.mx>
28. Guidelines for the use of fetal monitoring. FIGO Workshop Guidelines for the use of fetal heart rate (FHR) monitoring. Int J Gynecol Obstet 1986; 25: 159-67.
Disponible en: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>
29. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
30. Hernández C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. Source. Women Health. 2011. Mar;51(2): 124-35. doi: 10.1080/03630242.2010.550991. Cohorte
31. Hodnett Davies BL, E. Labor Support: Nurses' Self-Efficacy and Views About Factors Influencing Implementation. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002;31:48-56 10.1111/j.1552-6909.2002.tb00022. Medline.
32. Howarth G, Botha D. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, Art. No. CD003250. DOI: 10.1002/14651858.CD003250.pub3
33. Institute for Clinical Systems Improvement. Preoperative evaluation. Danielson D, Bjork K, Card R, Foreman J, Harper C, et al. <http://bit.ly/Preop0712>. Update 2012.

34. Khunpradit S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Admission tests other than cardiotocography for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 6. Art. No CD008410. DOI:10.1002/14651858.CD008410.pub2.:
35. La iniciativa de Parto amigable para la Madre (CIMS)
Disponible y consultado 28/10/2013
<http://www.motherfriendly.org/Resources/Documents/MFCI%20Spanish.pdf>
36. La posición tradicional de atención del Parto (parto vertical), en los servicios de salud.
Secretaría de Salud, 2013
Parto (parto vertical), en los servicios de salud. Subsecretaría de innovación y calidad dirección general de planeación y desarrollo en salud. Secretaría de Salud, 2013
<http://www.rebohupan.org/files/Adjunto%20a%203-%207%20Leyes%20Mexico.doc.pdf>
37. Lauzon L, Labour assessment programs to delay admission to labour wards, Cochrane Database Syst Rev. 2001;(3):CD000936.
38. Lavender T, Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term, Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 10;7:CD005461.
39. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labor at term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 7. Art. No CD005461. DOI:10.1002/14651858.CD005461.pub4.:
40. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Estilos y. posiciones maternas y la movilidad durante la primera etapa del parto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009, Número 2. No. Art.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
41. Levy, DM Guidelines for eating and drinking in labour, before elective Caesarean section, and in the early postpartum period. Abril 2011. consenso
42. Liu J, Leung P, Yang A. Breastfeeding and Active Bonding Protects against Children's Internalizing Behavior Problems. Nutrients 2014, 6, 76-89.
43. Ley General de Salud. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15-01-2014
44. Manual de Atención embarazo saludable, parto y puerperio seguros Recién nacido sano.
Secretaría de Salud. 2001.
Medicalblogs
Disponible y consultado 24/10/2013.
<http://medicalblogs.diariomedico.com/idejemi/?p=34>
45. Makuch MY. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de febrero de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
46. Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud
47. Méndez-González RM, Cervera-Montejano MD. Comparación de la atención del Parto normal en los sistemas hospitalarios y tradicional. Salud Pública de México; 2002;44(2):129-136.
consultado 28/10/2013
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000200007&script=sci_arttext
48. Moore ER, Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
49. Nardin JM, Mignini L. Alta hospitalaria postnatal temprana para madres sanas y recién nacidos a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de octubre de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

50. Nardin JM. Cardiotocografía continua (CTG) como una forma de monitoreo electrónico (MEF) para la evaluación fetal durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de enero de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
51. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. 2007.
Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/>
52. ONU. El Consejo de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) presentó a la Asamblea General el 12 de junio de 2012 el documento A/
53. "Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad". HRC/21/22: "Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General".
54. Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
Disponible y consultado 28/10/2013.
55. Norma Oficial Mexicana. NOM-006-SSA3-2012. PARA LA Práctica de la anestesiología.
Disponible y consultado 28/10/2013.
56. Novikova N, Cluver C. Local anaestheti nerve block for pain management in labour (review). Cochrane Database of systematic reviews 2012.
57. OMS. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño.
www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/
58. Parto normal. <http://medicalblogs.diariomedico.com/idejemi/?p=34>. 14 de abril 2009.
59. Perinatal services BC Health promotion guideline Breastfeeding healthy term infants. 2013. GPC
60. Pires AO, Grilo DS, Blima SL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. The Lancet. 2002;359:1681-1685.
61. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 2nd. Geneva: Department of Making pregnancy Safe, World Health Organisation (2009).
62. Proyecto de norma 2010 "NOM 007-SSA-2-1993". Norma Oficial Mexicana de Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, con criterio y procedimientos para la prestación de servicios dirigida al equipo de salud que asisten a mujeres y recién nacidos sanos durante el periodo perinatal
Disponible consultado 4/02/2013 en:
www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012
63. Procedimiento para otorgar atención materna y perinatal en las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención. IMSS, 2650 003 001. 2013.
64. RCOG Green-top Guideline No. 26. Operative vaginal delivery. 2011.
65. Recommendations on Minimum Facilities for Safe Administration of Anaesthesia in Operating Suites and Other Anaesthetising Locations. Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). PS55. 2012.
66. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labours. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013. Issue 7. Art.No. CD000330. DOI:10.1002/14651858.CD000330.pub4.

67. Soni BL. Efecto del uso del partograma en los resultados para las mujeres en trabajo de parto a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/en/index.html
68. Sachse-Aguilera M, Calvo-Aguilar O. Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto. *Revista CONAMED*. 2013;18(1):31-36.
69. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
70. Soni BL. Efecto del uso de partograma en los resultados para las mujeres en trabajo de parto espontáneo a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
71. Simpson E, Lin Y, Stanworth S, Birchall J, Doree C et al. Recombinant factor VIIa for prevention and treatment of bleeding in patients without haemophilia (Review). *Cochrane Database of Systematic Review* 2012. Issue 3, Art. No.: CD005011. doi:10.1002/14651888858.CD005011.pub4.
72. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD003521.
73. Tunçalp Ö, Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage, *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8:CD000494.
74. Usandizaga, De la Fuente. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Marban. Madrid, 2010.
75. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane database of Systematic Reviews*. Issue 4 Art No : CD006067 DOI: 10 1002/ 14651858 CD006067 pub2 2009.
76. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000, Issue 4, Art. No. CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.
77. Wei S, Wo BL, Qi HP, XH, Luo ZCh, Roy Ch, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 9, Art. No. CD006794. DOI: 10.1002/14651858.CD006794.pub2
Copyright 2009.
78. Westhoff G, Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage, *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 30;10:CD001808.
79. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): Who Health Organization (WHO); 2012. p41. Guideline summary NGC-9553
Consultado 21 Nov 2013 y disponible en :
www.guideline.gov/content.aspx?id=39383&search=hemorrhage+obstetric
80. Wolomy JJ y Tozin RR. La amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo: Comentario de la BSR (última revisión: 5 de enero de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

8. Agradecimientos

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano de Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano de Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Dr. Roberto Aguli Ruiz Rosas	Jefe de División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal Dirección de Prestaciones Médicas México D.F.
Dra. Rosalba Isabel Ojeda Mijares	Jefe de Área División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal Dirección de Prestaciones Médicas México D.F.
Dr. Ernesto Calderón Cisneros	Coordinador de Programas Médicos División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal Dirección de Prestaciones Médicas México D.F.
Dr. Sergio Camal Ugarte	Encargado Dirección Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento(CIMIGEN) México, D.F.
Lic. Irma Bautista Islas	Directora de Proyección Social y Desarrollo Humano Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento(CIMIGEN) México, D.F.
Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. María Luisa Betancourt Falcón	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

9. Comité Académico

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfina Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan
Secretaria de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. José Antonio González Anaya
Directora General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austín
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Javier Dávila Torres
Director de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Jaime Antonio Zaldivar Cervera
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dr. Roberto Aguli Ruiz Rosas
(Encargado) Coordinación Integral de Atención en el Segundo Nivel

Dr. Arturo Viniegra Osorio
Coordinador Técnico de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
	Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
	Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
	Secretario del Consejo de Salubridad General General de Brigada M. C. René Gutiérrez Bastida	Titular
	Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
	Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
	Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
	Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
	Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	Titular
	Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	Comisionado Nacional de Arbitraje Médico Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	Director General de Calidad y Educación en Salud Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
	Directora General de Evaluación del Desempeño Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	Director General de Información en Salud M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
	Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud Dr. Agustín Lara Esqueda	Titular 2014-2015
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	Dr. Basilio Ildelfonso Barrios Salas	Titular 2014-2015
	Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Chihuahua Dr. Francisco Ignacio Ortiz Aldana	Titular 2014-2015
	Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
	Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Dr. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
	Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo	Invitado
	Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC-Salud	