

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
PARA LA ATENCIÓN DEL
PARTO DE BAJO RIESGO
DE LA MUJER EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-792-16

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, **Secretaría de Salud**, “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 niveles, 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 sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Atención del parto de bajo riesgo de la mujer**. “Guía de Práctica Clínica de **Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo de riesgo de la mujer en el primer nivel de atención**” México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2016 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE-10: 080 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE.

080.9 PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.

GPC: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO DE BAJO DE RIESGO DE LA MUJER EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2016

COORDINACIÓN:				
L.E. Octaviana Guevara Verdejo	Maestría en Educación	Secretaría de Salud de Morelos	Coordinadora de Enfermería PLACE y GPCE	
Lic. Enf. María de Jesús Posos González	Maestría en Desarrollo Organizacional	Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) Secretaría de Salud	Coordinadora Normativa de Enfermería. Dirección de Enfermería	Asociación de Desarrollo Organizacional A.C.
AUTORÍA:				
L.E. Diana Uribe Hernández	Maestría en Enfermería Gestión del Cuidado	Secretaría de Salud de Morelos	Coordinadora de Enfermería PLACE y GPCE	
L.E.O. María del Rosario Salazar Hernández	Maestría en Planeación y Administración de Servicios de Salud Pública	Secretaría de Salud de Morelos	Coordinadora de Enfermería del Primer Nivel de Atención	
L.E.O. Patricia Espinoza Luna	Maestría en Planeación y Administración de Servicios de Salud Pública	Secretaría de Salud de Morelos	Coordinadora de Enfermería del primer nivel de Atención	
L.E. Selegna Andrade Córdoba	Maestría en Enfermería	Secretaría de Salud de Morelos	Coordinadora de Investigación de Enfermería	
L.E. Eréndira Maldonado Almanza	Maestría en Educación	Secretaría de Salud de Morelos	Coordinadora de Enfermería del Segundo Nivel de Atención	
VALIDACIÓN:				
Protocolo de Búsqueda				
Lic. Fabiola Terrazas Guzmán	Maestría en Bibliotecología y Ciencias de la Información	Universidad Autónoma de Chihuahua	Jefa de La unidad de servicios bibliotecarios. Coordinación General del Sistema Universitario Bibliotecas Académicas.	
Guía de Práctica Clínica				
LEO. Juan Pineda Olvera	Doctorado en Enfermería en Salud Pública	FES Iztacala UNAM	Profesor de carrera titular B	
L.E.O. Fidel Velázquez Lara	Maestría en Ciencias de Enfermería	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	Coordinador de Innovación de Enfermería	Colegio de Profesionales de la Enfermería de León

ÍNDICE

1.	Clasificación.....	6
2.	Preguntas a Responder.....	7
3.	Aspectos Generales.....	8
3.1.	Justificación.....	8
3.2.	Objetivo.....	10
3.3.	Definición.....	11
4.	Evidencias y Recomendaciones.....	12
4.1.	Factores de riesgo en la mujer.....	13
4.1.1.	<i>Parto de bajo riesgo</i>	13
4.2.	Intervenciones de enfermería en la atención del parto de bajo riesgo.....	18
4.3.	Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones.....	30
5.	Anexos.....	38
5.1.	Protocolo de Búsqueda.....	38
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda</i>	39
5.1.1.1.	Primera Etapa PubMed.....	39
5.1.1.2.	Segunda Etapa BVS.....	41
5.1.1.3.	Tercera Etapa Trip Database.....	41
5.1.1.4.	Cuarta Etapa Sitios Web.....	41
5.2.	Escalas de Gradación.....	42
5.3.	Diagramas de Flujo.....	43
5.4.	Listado de Recursos.....	44
5.4.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	44
5.5.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería.....	49
6.	Glosario.....	51
7.	Bibliografía.....	54
8.	Agradecimientos.....	57
9.	Comité Académico.....	59
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador.....	60
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	61

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: SS-792-16

Profesionales de la salud	1.5 Licenciado en enfermería, Maestras en educación, en ciencias de enfermería y en planeación y administración en salud.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: 080 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice. 080.9 Parto único espontáneo, sin otra especificación.
Categoría de GPC	Atención Primaria.
Usuarios potenciales	Personal de salud: Enfermeras generales, enfermeras especialistas, técnicos en enfermería, médicos generales, estudiantes, promotores de salud, usuarios.
Tipo de organización desarrolladora	Secretaría de Salud, Servicios de Salud de Morelos, Coordinación Estatal de Enfermería.
Población blanco	Mujeres embarazadas para atención de parto de bajo riesgo.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Secretaría de Salud, Servicios de Salud de Morelos, Coordinación Estatal de Enfermería de Morelos.
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9MC: 73.5 Parto asistido manualmente. 73.59 Otro parto asistido manualmente (Asistencia a parto espontáneo).
Impacto esperado en salud	Incrementar la incidencia en la atención del parto de bajo riesgo. Disminuir la morbilidad por complicaciones derivadas de la atención del parto de bajo riesgo. Detección oportuna de mujeres con factores de riesgo para la referencia al segundo nivel de atención. Contribuir a la prevención y promoción de la salud de la mujer con parto de bajo riesgo.
Metodología¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: 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, o estudios observacionales 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 y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 31. Guías seleccionadas: 2. Revisiones sistemáticas: 3. Ensayos clínicos aleatorizados: 2. Estudios observacionales: 8. Otras fuentes seleccionadas para la justificación, definiciones y glosario:16
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Lic. Fabiola Terrazas Guzmán, Universidad Autónoma de Chihuahua. Validación de la guía: Dr. Juan Pineda Olvera, FES Iztacala UNAM. Mtro. Fidel Velazquez Lara, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Fecha de publicación: Aprobada por el CNGPC 17/03/2016. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo en la mujer embarazada para la atención del parto de bajo riesgo?
2. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en la embarazada para la atención del parto de bajo riesgo?
3. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones en el parto de bajo riesgo en la mujer embarazada?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 Justificación

Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en el año 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. La mejora de la salud materna es uno de los ocho objetivos del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en el año 2000. El ODM 5 especifica la mejora de la salud materna, en él se establecen las metas que contribuirán a la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes, logrando para el año 2015 el acceso universal a la salud reproductiva entre 1990 y 2015 y la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes; sin embargo, entre 1990 y 2005 la RMM sólo disminuyó en un 5% (ONU, 2015).

El enfoque de la salud reproductiva en las últimas décadas ha presentado una reducción de los patrones de la población, se observa que la tasa de la fecundidad entendida como el número de hijos que tendría una cohorte de mujeres durante su vida reproductiva, disminuyó de 7 hijos en 1960 a 2.4 hijos en 2009 (CONAPO, 2009); sin embargo, en la actualidad la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La muerte de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio está considerado como un problema no resuelto ya que para el año 2011 ocurrieron 50.3 defunciones maternas en las mujeres de 15 a 49 años por cada cien mil nacidos vivos (OMS, 2014).

En México el índice de mortalidad materna en el periodo comprendido del 2000 al 2013 mostró una disminución del 48% y para los años 2012 y 2013 hubo una reducción del 10 por ciento en ese indicador. También se ha alcanzado una reducción significativa de la mortalidad de niños menores de un año: 37 por ciento entre 2000 y 2013 (Presidencia de la República en Salud, marzo 2015).

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas, las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus principales causas, la atención especializada al parto es indispensable para disminuir la mortalidad materna. En el año 2006 sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados, eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia (OMS, 2014).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) muestran que para 2011 hay 123.1 nacimientos por cada mil mujeres de 20 a 24 años de edad y 1.5 nacimientos por cada mil mujeres de 45 a 49 años de edad. El porcentaje de nacimientos por cesárea reportado para 2012, de 45.2%, está muy por encima del valor recomendado por la OMS, la cual sostiene que no hay ninguna

justificación para que se mantenga una tasa de cesárea mayor a 15% y sugiere un aumento progresivo desde el año 2000, en ese año en la ENSANUT, 2000 se reportó que la resolución del parto por cesárea fue de 29.9% y en la ENSANUT 2006 fue de 34.5%.

El nacimiento por cesárea en México prácticamente se presenta en uno de cada dos casos y llega en el sector privado cerca de 70% de los nacimientos. Para 2012, 84.3% de las mujeres embarazadas de 20 a 49 años inició atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, respecto a las mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años, 99.6% de esos partos fueron atendidos por personal de salud. Lo anterior resalta la importancia de que el personal de enfermería realice intervenciones dirigidas para la atención de parto de bajo riesgo.

Mientras que la atención en urgencias obstétricas es esencial, ésta no es la única solución para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, estos problemas deben ser resueltos con medidas preventivas para mejorar el bienestar, empoderando a las mujeres en edad fértil y embarazadas a través de intervenciones de enfermería para tener un parto de bajo riesgo en una unidad de salud o en su hogar y que a su vez contribuyan en la disminución de tasas de mortalidad y morbilidad materno-perinatales, sean costo efectivas para el sistema de Salud Pública, las experiencias de parto cualitativamente más satisfactoria para la mujer y su familia y se obtengan mayores tasas de éxito en la lactancia materna que constituye un factor importante en prevención y promoción de la salud (Freyermuth G y Sesia P, 2009).

La mejora de la salud materna es uno de los principales objetivos de esta Guía de práctica clínica que trata de incrementar la incidencia en la atención del parto de bajo riesgo, aportar evidencias que permitan la prevención, promoción y atención del parto de bajo riesgo, detectar oportunamente factores de riesgo en la mujer embarazada, y determinar las intervenciones de enfermería que faciliten el parto con el menor riesgo de morbilidad y mortalidad materna-perinatal.

Finalmente cabe mencionar que la implementación de esta Guía Clínica Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención requiere de profesionales de la salud especializados en el área, que cuenten con los recursos materiales disponibles para llevar a cabo las acciones, por lo que su aplicación es factible y tendrá un impacto de gran trascendencia en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas) que es actualmente problemas de salud pública en nuestro país, proporcionando con lo anterior una atención efectiva y segura para este tipo de población a través de decisiones clínicas basadas en evidencia científica.

3.2 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención**, forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, 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 o tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Contribuir a garantizar la calidad de la atención en la mujer embarazada en proceso de parto de bajo riesgo.**
- **Detectar oportunamente factores de riesgo en la mujer embarazada.**
- **Determinar las intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo.**

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, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 Definición

Parto (Del lat. partus): Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y de sus anexos. El nacimiento puede ser también por cesárea, e indicación médica u obstétrica. (Nom-007-SSA2-2010).

Definiciones operativas.

Atención del parto normal: Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.

Parto normal de bajo riesgo: Aquel de comienzo espontáneo desde el inicio de la labor de parto, hasta finalizar con el nacimiento, de un producto cefálico, entre 37-41 semanas completas de edad (OMS).

Parto Obstétrico: Expulsión del feto y la placenta bajo el cuidado de un obstetra o un asistente sanitario, pueden incluirse intervenciones físicas, psicológicas, médicas o quirúrgicas (DeCs).

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 guías 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 las escalas: **Shekelle modificada y GRADE.**

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 o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia 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.	la Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

4.1 Factores de riesgo en la mujer

4.1.1 Parto de bajo riesgo

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Entre los ingresos hospitalarios más relacionados a los trastornos maternos están principalmente el sangrado al comienzo del embarazo (43.1%) y las infecciones del tracto urinario (31 %). Esta última se considera evitable con acciones en la atención primaria a la salud.	III Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	Se recomienda que el personal de enfermería promueva información sobre acciones a desarrollar de promoción a la salud para la prevención y detección oportuna de la infección de vías urinarias para disminuir los trastornos maternos.	II Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	El mayor porcentaje de hospitalizaciones por infecciones urinarias observadas en este estudio se presentó en mujeres adolescentes embarazadas.	III Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	Se recomienda que el personal de salud realice acciones de promoción para prevenir las infecciones urinarias en el grupo de mujeres adolescentes embarazadas.	II Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó fomentar la ingesta de líquidos entre las comidas y al anochece.	Punto de buena práctica
	La enfermedad hipertensiva del embarazo es la complicación más frecuente (74.6% de las complicaciones) sin haber diferencia en las mujeres que tuvieron o no control prenatal (12.68% vs 12.50%).	IIb Shekelle <i>Venegas R, 2012</i>
	Las enfermedades hipertensivas de causas obstétricas directas son el mayor responsable de la mortalidad materna en todo el mundo.	III Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	El control de la presión arterial es esencial para la identificación temprana de los trastornos hipertensivos con el fin de prevenir el desarrollo de signos y síntomas potencialmente fatales.	III Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>

	<p>Se recomienda que el personal de enfermería en cada visita de la embarazada, identifique trastornos hipertensivos con el fin de prevenir el desarrollo de signos y síntomas.</p>	<p>II Shekelle <i>Castanho T, 2014</i></p>
	<p>Estudios demuestran que las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden vincularse con los embarazos de alto riesgo.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Pimienta A, 2012</i></p>
	<p>Se recomienda que el personal de salud identifique los riesgos que pueden estar vinculados en las condiciones socioeconómicas desfavorables de la persona embarazada.</p>	<p>I Shekelle <i>Pimienta A, 2012</i></p>
	<p>NOM-007-SSA2-1993. La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que el personal de salud debe emplear la prevención primaria como herramienta de trabajo en equipo interdisciplinar en la atención primaria de manera sistemática y participativa en la seguridad de la mujer en el parto normal.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó implementar medidas de actualización para los profesionales de la salud en la atención del parto normal en conjunto con las personas que dan asistencia en casas de salud.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó formar capacitadores como parteras y personal comunitario para la atención integral del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>El parto es una experiencia típica en el mundo cultural. Exige esfuerzos físicos, mentales, emocionales y sociales, ya que implica la participación de las personas (mujeres, bebé, familia, comunidad) y siempre tiene lugar en un contexto biosociocultural donde interactúan los conocimientos, creencias y valores.</p>	<p>I Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Existen factores como: baja escolaridad, piel morena y vivir en unión consensual contribuyen a la morbilidad materna. La prevalencia es mayor en mujeres de 20 a 29 años de edad.</p>	<p>III Shekelle <i>Araújo R, 2011</i></p>

	<p>Se recomienda que el personal de salud identifique al grupo de edad 20 a 29 años para realizar promoción para la salud, motivarlas para llevar un control prenatal y así disminuir los riesgo de mortalidad.</p>	<p>II Shekelle <i>Araújo R, 2011</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó capacitar a prestadores de servicios del primer nivel de atención en la detección temprana de riesgo obstétrico, manejo y condiciones de traslado para la referencia de las usuarias que lo requieran.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>NOM-007-SSA2-1993. La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>La edad y la escolaridad están estrechamente relacionadas con el cuidado, entre más alto es el nivel de conocimiento de la mujer, mayor es la demanda de atención de los servicios de salud.</p>	<p>III Shekelle <i>Araújo R, 2011</i></p>
	<p>Se afirma que factores como el nivel educativo, la participación en el empleo formal y el estado civil, están fuertemente asociados con la salud reproductiva de las mujeres.</p>	<p>III Shekelle <i>Araújo R, 2011</i></p>
	<p>La OMS afirma que las mujeres que tienen más de cuatro embarazos están más expuestas a los daños, ya que aumenta el riesgo de anemia, hemorragias, anomalías congénitas y bajo peso al nacer.</p>	<p>III Shekelle <i>Araújo R, 2011</i></p>
	<p>Se recomienda valorar de manera oportuna y orientar sobre los factores de riesgo que se incrementan con cada embarazo.</p>	<p>C Shekelle <i>Araújo R, 2011</i></p>
	<p>El embarazo entre las mujeres mayores de 35 años de edad es una realidad cada vez más presente en la práctica obstétrica de factores sociales, educativos, económicos y culturales que permiten a la ausencia, la reducción o incluso controlan el número de hijos.</p>	<p>III Shekelle <i>Francia A, 2012</i></p>
	<p>Las mujeres mayores de 35 años tienen una mayor frecuencia de resultados perinatales adversos en comparación con mujeres de 20 a 34, especialmente los bebés con bajo peso al nacer y la macrosomía, pretérmino y postérmino con puntuación de Apgar por debajo de 7 a 1 y 5 minutos de vida, y la presencia de las muertes fetales.</p>	<p>III Shekelle <i>Francia A, 2012</i></p>

	La mayor incidencia de la mortalidad fetal entre las mujeres de más edad se explica por la mayor frecuencia de complicaciones adversas, incluyendo peores puntuaciones de Apgar y bajo peso al nacer.	III Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	Se sugiere que los profesionales de enfermería realicen estudios con el objetivo de analizar la correlación entre la paridad y las condiciones maternas para prevenir complicaciones en el embarazo.	C Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	El deterioro de la función del miometrio con la edad es otro factor responsable de algunos trastornos que afectan el embarazo de bajo riesgo.	III Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	Buscar estrategias que permitan minimizar los resultados perinatales adversos.	C Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	El embarazo de las mujeres mayores de 40 años se asocia significativamente con la mortalidad perinatal, con un riesgo 2.2 veces mayor en comparación con las mujeres menores de 35 años.	III Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	Se recomienda establecer políticas de salud para prevenir el riesgo perinatal considerando los aspectos sociales, económicos y psicológicos de las mujeres en edad reproductiva.	C Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	Se consideran como factores de riesgo para la atención del parto en las mujeres de: mayor edad, la artritis presente, hipertensión crónica, la depresión, el cáncer y el infarto agudo del miocardio.	III Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	La valoración de enfermería debe considerar los antecedentes personales de la mujer para la atención del parto como por ejemplo: Inicio de vida sexual activa, menarca, numero de parejas sexuales, metodo anticonceptivo, infecciones de transmisión sexual, estado nutricional.	C Shekelle <i>Francia A, 2012</i>
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma.	Punto de buena práctica

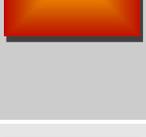
	<p>La incidencia de la hipertensión crónica aumenta con la edad y es posible que el compromiso inherente a la edad vascular haga que las mujeres sean más susceptibles a cierta hipertensión específica del embarazo, incluso entre aquellas que no desarrollan hipertensión clínicamente reconocible.</p>	<p>III Shekelle <i>Francia A, 2012</i></p>
	<p>Es necesaria la valoración integral para identificar factores de riesgo en especial en mujeres de más de 35 años por ejemplo: hipertensión arterial, multiparidad, estado nutricional (desnutrición u obesidad) y edad de 40 o más años.</p>	<p>C Shekelle <i>Francia A, 2012</i></p>
	<p>Se consideran factores de riesgo en aquellas mujeres que consumen anticoagulantes orales en trabajo de parto antes de término, con insuficiencia cardíaca grave, raíz aórtica con diámetro >45 mm, y las pacientes con disección aórtica aguda o crónica.</p>	<p>D Shekelle <i>Ruys TP, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda que el personal de salud cuando inicie o continúe un tratamiento con anticoagulante debe informar a la mujer de los riesgos del tratamiento que se va a emplear durante el parto.</p>	<p>II Shekelle <i>Ruys TP, 2013</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que el personal de salud debe verificar en las mujeres que tienen indicación de anticoagulación de por vida y/o mujeres con historia de trombosis o de trombofilia, sus horarios y dosis de medicación.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que el personal de salud debe conocer los efectos secundarios así como las posibles complicaciones de la terapia para manejar los anticoagulantes y de reducir el riesgo de un mal resultado obstétrico.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

4.2 Intervenciones de enfermería en la atención del parto de bajo riesgo

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El bolo intravenoso de oxitocina en la tercera etapa del parto puede causar una caída repentina en el gasto cardíaco. También ciertas prostaglandinas intravenosas (como la sulprostona), utilizadas para prevenir o tratar la hemorragia post-parto pueden causar espasmos vasculares coronarios.	IV Shekelle <i>Ruys T, 2013</i>
	Se recomienda que el profesional de la salud Valore la condición hemodinámica y el gasto cardíaco materno.	D Shekelle <i>Ruys T, 2013</i>
	Se recomienda que el personal de salud realice una valoración previa de la mujer gestante con antecedente de enfermedad cardíaca, para su inducción del parto con oxitocina y la maduración cervical con prostaglandinas.	D Shekelle <i>Ruys T, 2013</i>
	Se recomienda que el personal de enfermería mantenga la infusión intravenosa controlada así como las reacciones adversas durante la tercera etapa del parto.	D Shekelle <i>Ruys T, 2013</i>
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó evitar la hiperestimulación uterina debida a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones adecuadas.	Punto de buena práctica
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina), si es necesario, hasta la inminencia del parto.	Punto de buena práctica
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó en la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.	Punto de buena práctica
	La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto.	Ia Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i>

	<p>El programa “Iniciativa de mejores nacimientos” de la OMS promueve la atención basada en la evidencia humana durante el parto, centrándose en promover el compañerismo de los profesionales de la salud durante el trabajo de parto.</p>	<p>la Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i></p>
	<p>La atención de apoyo durante el trabajo puede implicar el apoyo emocional, medidas de confort, información y promoción para mejorar los procesos de trabajo fisiológico, así como los sentimientos de las mujeres sobre el control y la competencia, y por lo tanto reducir la necesidad de intervención obstétrica.</p>	<p>A Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó los cuidados de enfermería deben considerar: el respeto de los tiempos fisiológicos del parto, el alumbramiento fisiológico de la placenta (máximo 3 horas), uso de técnicas para el alivio del dolor y fomentar el contacto piel con piel en todo momento.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>En el momento del parto la mujer se encuentra en una situación vulnerable debido a los límites físicos impuestos por el dolor y otras sensaciones que implican la inseguridad, el miedo y una condición de dependencia de la otra.</p>	<p>I Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Los profesionales de la salud deben garantizar el fortalecimiento del modelo de atención al parto que cumpla con los principios de humanismo y las relacionadas con el uso racional y seguro de las tecnologías disponibles, a las necesidades del parto y el nacimiento.</p>	<p>A Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Las mujeres que reciben apoyo continuo tienen más probabilidades de un parto “espontáneo”, es decir, sin necesidad de auxiliares quirúrgicos. Además, tienen menos probabilidades de usar medicamentos para el dolor, son más susceptibles a la satisfacción, periodos cortos de trabajo de parto, los recién nacidos son menos propensos a calificaciones bajas de Apgar y no se identifican eventos adversos.</p>	<p>la Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i></p>

	<p>El profesional de la salud dará apoyo continuo aumenta para aumentar la probabilidad de un parto vaginal espontáneo, sin daño y satisfacción en las mujeres.</p>	<p>A Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i></p>
	<p>El apoyo continuo durante el trabajo de parto, como los familiares, conocidos o personas ajenas, parece ser más beneficioso al incrementar la satisfacción de las mujeres con la experiencia de tener hijos.</p>	<p>la Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i></p>
	<p>Estudios demuestran que las mujeres que fueron asignadas al apoyo continuo fueron más propensas a tener un parto vaginal espontáneo y menos probabilidades de tener analgesia intraparto o para reportar insatisfacción, además de conferir beneficios importantes sin riesgos concomitantes.</p>	<p>la Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i></p>
	<p>Promocionar el apoyo continuo por parte de la red social y comunitaria de las mujeres para el momento del trabajo de parto.</p>	<p>A Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i></p>
	<p>Favorecer la atención del trabajo de parto en el hogar ayuda en la reducción de las tasas de mortalidad materna y la disminución de gastos sanitarios y es mejor aceptación social.</p>	<p>I Shekelle <i>Pimienta A, 2012</i></p>
	<p>Los profesionales de salud deben realizar acciones encaminados a mejorar la salud materna y brindar atención en la casa de las mujeres embarazadas.</p>	<p>A Shekelle <i>Pimienta A, 2012</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó de proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar sola a la mujer.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardíaca fetal.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	El apoyo durante el trabajo de parto parece ser eficaz en la reducción de las consecuencias adversas del miedo y la angustia asociada en comparación con estar sola en un ambiente desconocido.	la Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i>
	El apoyo para la mujer debe considerar la asistencia para reducir los sentimientos de ansiedad, miedo además de potenciar el nivel de bienestar y seguridad durante el proceso.	A Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i>
	Una prueba temprana encontró que las mujeres reciben más apoyo de sus parejas cuando una doula (acompañante entrenado) estaba presente para guiarlos, debido a que no tienen ningún compromiso con nadie pues su enfoque es exclusivo con la parturienta.	la Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i>
	Se recomienda capacitar a personas ajenas a la institución o a la red social de la mujer, enfocadas en el apoyo psicológico para la atención del parto.	A Shekelle <i>Hodnett E, 2012</i>
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto, en el caso de la ausencia de la persona entrenada, si la mujer lo quiere solicitar otro acompañante.	Punto de buena práctica
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó incorporar la participación de diversas instituciones públicas y sociales que sean susceptibles de apoyar el programa con asesoría técnica y recursos materiales.	Punto de buena práctica
	La satisfacción en el parto se relaciona con el bienestar, conocido como una vivencia personal subjetiva que corresponde básicamente a una competencia sustentada por el apoyo emocional percibido de los profesionales de la salud junto con el empoderamiento de ellas.	la Shekelle <i>Valenzuela M, 2011</i>
	Contar con profesionales formados, capaces de apoyar, reforzar emocionalmente a la mujer, educar y dirigir positivamente la actitud de su conducta en algunas situaciones críticas, así como de respetar y hacerla partícipe en la toma de decisiones.	A Shekelle <i>Valenzuela M, 2011</i>

	Se recomienda considerar la percepción de la satisfacción de la mujer, devolviéndole el papel protagónico de su parto, que parece haber sido minimizado por la excesiva y a veces innecesaria intervención.	A Shekelle <i>Valenzuela M, 2011</i>
	La insatisfacción con la experiencia del parto también se asocia con mala atención del personal, complicaciones con el bebé, parto prolongado o difícil, poco o ningún control del trabajo por la mujer, frecuencia de los exámenes vaginales, las restricciones de movimiento y compartir habitaciones con otras mujeres.	I Shekelle <i>Velho M, 2012</i>
	Establecer cuidados de enfermería que promuevan la atención humanizada es decir respetar los tiempos fisiológicos propios del trabajo de parto así como la individualización y la intimidad de las mujeres.	A Shekelle <i>Velho M, 2012</i>
	Se recomienda que el personal de enfermería promueva el bienestar físico de la mujer en el momento del nacimiento del bebé, especialmente cuando ella está agotada y sin fuerzas para pujar.	C Shekelle <i>Alvarez C, 2013</i>
	Por consenso del grupo desarrollador se concluyó promover la confianza de la propia mujer para que centre su energía de manera positiva en el trabajo de parto.	Punto de buena práctica
	Las políticas y recomendaciones sanitarias mundiales y nacionales, hacen una llamada a probar modelos y estimular el desarrollo de un cuidado en el parto más humanizado o integral, acorde a las necesidades de la mujer.	Ia Shekelle <i>Valenzuela M, 2011</i>
	Establecer estrategias que favorezcan la recuperación del protagonismo y participación de la mujer en el parto, indicador significativo para lograr mayor grado de bienestar o satisfacción de la mujer.	A Shekelle <i>Valenzuela M, 2011</i>
	Los acontecimientos que presenta el proceso de parto y nacimiento en el ámbito hospitalario marcan una atmósfera peligrosa, sufrimiento, frustración de las expectativas, violencia física o simbólica, a menudo lo que hace difícil para las mujeres y sus familias convertir esa experiencia en algo positivo, gratificante y saludable.	Ib Shekelle <i>Martins C, 2012</i>

	<p>La interacción de las mujeres embarazadas con los profesionales de la salud, especialmente de la enfermera obstétrica es esencial para ayudar a la parturienta permitiendo el proceso natural del parto.</p>	<p>A Shekelle <i>Martins C, 2012</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó atender partos normales en unidades de salud del primer nivel de atención y con bajo riesgo; sí se presenta el caso de complicaciones realizar el manejo inicial y referir al hospital de manera oportuna.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó participar en la capacitación de los equipos de las clínicas de atención de mujeres en trabajo de parto para ser referidas al hospital como urgencia obstétrica.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Se recomienda que el enfermero o enfermera sea un profesional cualificado de forma técnica y científica para la asistencia al parto.</p>	<p>A Shekelle <i>Martins C, 2012</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó se resalta el rol de la enfermera obstétrica y partera en el proceso de la gestación, el parto y el posparto.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>La valorización en las relaciones interpersonales y la confianza en el profesional que asiste a la parturienta promueve una sensación de seguridad a través de la atención recibida, por lo tanto, al sentirse cuidada en este momento la madre tendrá la sensación de que su hijo será bien cuidado.</p>	<p>A Shekelle <i>Martins C, 2012</i></p>
	<p>Auxiliar y alentar a las mujeres para el contacto temprano con sus bebés, o poco después del nacimiento; y reforzar la importancia de acompañar el papel y cómo pueden apoyar.</p>	<p>A Shekelle <i>Velho M, 2012</i></p>
	<p>Respetar la celebración y el nacimiento en el contexto sociocultural, para recuperar el papel de las mujeres en el parto, teniendo en cuenta sus puntos de vista sobre la mejor manera de que les gustaría tener su parto normal.</p>	<p>A Shekelle <i>Velho M, 2012</i></p>

	<p>Una relación más humana, integral, a considerar la singularidad de los usuarios del servicio, asegurando un lugar adecuado para que sean aceptadas, escuchados, orientados, respetados y libres de expresar sus sentimientos.</p>	<p>A Shekelle <i>Velho M, 2012</i></p>
	<p>Se recomienda el cumplimiento de los principios que rigen los derechos universales del hombre y los principios de Salud, inversiones para mejorar la calidad de la atención durante el parto y el parto, así como la aplicación efectiva del parto Humanizado.</p>	<p>A Shekelle <i>Velho M, 2012</i></p>
	<p>Proporcionar una atención centrada en las necesidades de la parturienta, cuidado que no depende sólo de las rutinas y la estructura física del lugar del parto, sino también una actitud profesional comprometida con una forma de cuidar sensible y competente.</p>	<p>A Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Se recomienda incluir el conocimiento de las humanidades y las ciencias sociales en el plan de estudios de los cursos para entrenadores profesionales de la salud, especialmente los que tienen la intención de asistir a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y el nacimiento.</p>	<p>A Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Se recomienda analizar el impacto de las políticas públicas de atención del parto, sobre los indicadores de salud perinatal.</p>	<p>A Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Se recomienda aumentar la literatura científica sobre el tema de la asistencia al parto y nacimiento en contextos que guían su conducta según lo recomendado por la evidencia científica.</p>	<p>A Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó capacitar facilitadores en desarrollo humano que detonen el proceso de formación humanística en el personal de salud del primer nivel de atención la primera fase será de sensibilización y en una segunda fase caminando al desarrollo humano.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó iniciar el proceso de sensibilización del personal de salud y administrativo de las unidades, así como los equipos de supervisión y las parteras.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<p>El ejercicio de la autonomía durante el parto implica necesariamente el respeto al derecho de las mujeres a participar en las decisiones sobre la atención que requiere y reconoce como importante para su bienestar por lo que la autonomía, la individualidad, la privacidad como condiciones esenciales para la atención humanizada.</p>	<p>I Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>Los profesionales de la salud deberán otorgar una atención humanizada en el momento del parto así como fomentar la atención individualizada de las mujeres, teniendo en cuenta sus patrones culturales y sentimientos.</p>	<p>A Shekelle <i>Goncalves R, 2011</i></p>
	<p>El personal de enfermería debe garantizar el orden y la ética profesional, evitando los excesos en todos los actos o intervenciones que pongan en riesgo a la mujer.</p>	<p>C Shekelle <i>Alvarez C, 2013</i></p>
	<p>Un estudio demostró que las enfermeras generaron en las mujeres participantes una sensación de seguridad y de que ellas eran valiosas e importantes, lo cual fue percibido por las mujeres como algo que favorecía la relación madre-hijo.</p>	<p>III Shekelle <i>Alvarez C, 2012</i></p>
	<p>Se recomienda que las enfermeras realicen procedimientos evitando ocasionar dolor o sufrimiento a las mujeres, así como fomentar su bienestar.</p>	<p>C Shekelle <i>Alvarez C, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda que la enfermera oriente a la familia sobre el trabajo de parto y el estado de salud de la madre.</p>	<p>C Shekelle <i>Alvarez C, 2012</i></p>
	<p>Se recomienda que la enfermera durante el trabajo de parto: le indique la forma correcta de respirar, controlar el dolor en cada contracción y a su vez hacer el seguimiento del estado del bebé, para un nacimiento sin complicaciones.</p>	<p>C Shekelle <i>Alvarez C, 2013</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó en el registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que la enfermera debe mantener un entorno favorable durante el trabajo de parto.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>A las mujeres con embarazos sin complicaciones se les debe ofrecer la oportunidad para entrar en trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Recomendación fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i></p>
	<p>NOM-007-SSA2-1993. El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informar a la mujer en trabajo de parto.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que la inducción del parto sólo debe llevarse a cabo si los procedimientos de seguridad y de apoyo están en su lugar y se auditan continuamente.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Se recomienda la inducción del parto aproximadamente 24 horas después de la ruptura prematura de las membranas a término.</p>	<p>Recomendación fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó revisar el historial obstétrico para obtener información que pueda influir sobre la inducción, tal como la edad de gestación y la duración de partos previos, contracciones, placenta previa completa, ruptura uterina clásica y deformidades estructurales de la pelvis.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó observar si hay signos de insuficiencia uteroplacentaria durante el proceso de inducción.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<p>Dondequiera que la inducción del trabajo de parto se lleve a cabo, las instalaciones deben estar disponibles para el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas.</p>	<p>Recomendación fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i></p>
	<p>Monitorizar tanto los signos vitales maternos como así como los fetales antes de la inducción.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Al ofrecer prostaglandina vaginal E (PGE) para la inducción del trabajo de parto, los profesionales sanitarios deben informar a las mujeres sobre los riesgos asociados de hiperestimulación uterina.</p>	<p>Recomendación fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó en realizar o ayudar en la aplicación de agentes mecánicos o farmacológicos a intervalos adecuados, si es necesario para mejorar la preparación del cérvix.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que la ministración de PGE vaginal y cuando las contracciones empiezan, el bienestar fetal debe evaluarse con el monitoreo fetal continuo.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Si una mujer vuelve a casa después de la inserción vaginal de PGE tabletas o gel, se debe pedir contacto inmediato con su obstetra / partera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando comienzan las contracciones • Si ella no ha tenido contracciones después de 6 horas. 	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que los profesionales sanitarios deben informar a las mujeres que la evidencia disponible no admite los siguientes métodos para la inducción del trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los suplementos de hierbas ✓ Acupuntura ✓ Homeopatía ✓ Aceite de ricino ✓ Los baños calientes ✓ Los enemas ✓ Relaciones sexuales 	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó en la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	<p>Las mujeres deben ser informadas de los siguientes riesgos con la inducción del trabajo de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento del riesgo de necesidad de la cesárea de emergencia durante el parto inducido. ✓ Aumento del riesgo de ruptura uterina. 	<p>Recomendación Fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i></p>
	<p>La puntuación Bishop es un grupo de mediciones hechas de un examen vaginal, y se basa en la estación, dilatación, borramiento (o longitud), posición y consistencia del cuello uterino. Una puntuación de ocho o más en general indica que el cuello uterino está maduro, o «favorable» - cuando hay una alta probabilidad de parto espontáneo, o la respuesta a las intervenciones realizadas para inducir el parto.</p>	<p>Calidad alta (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó antes de la inducción del trabajo de parto la puntuación Bishop debe ser evaluada y registrada, y un patrón de frecuencia cardíaca fetal normal debe ser confirmado mediante el monitoreo fetal electrónico.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>A las mujeres que se les ofrece la inducción del parto, deben ser informadas sobre la probabilidad del incremento del dolor.</p>	<p>Recomendación fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que durante la inducción del trabajo de parto, los profesionales sanitarios deben ofrecer a las mujeres el alivio del dolor con la ministración de analgésicos simples ó la analgesia epidural.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que las parteras, cuidadores y profesionales de la salud deben ofrecer apoyo y la analgesia según se requiera, además de alentar a las mujeres a usar estrategias de afrontamiento para aliviar el dolor.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que no debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>



Por consenso del grupo desarrollador se concluyó:

- ✓ Preparar a la paciente para el parto de acuerdo con protocolos (ver GPC Vigilancia y Manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo) y las preferencias de la paciente.
- ✓ Obtener el consentimiento informado antes de realizar procedimientos invasivos o no invasivos.
- ✓ Cubrir a la paciente para asegurar la intimidad.
- ✓ Realizar la maniobra de Leopold para determinar posición fetal.
- ✓ Monitorizar signos vitales
- ✓ Auscultar el corazón del feto cada 30 a 60 minutos, durante los primeros dolores cada 15 a 30 minutos durante los dolores activos, y cada 5 a 10 minutos en el segundo estadio.
- ✓ Auscultar la frecuencia cardíaca del feto durante y después de las contracciones.
- ✓ Informar de posibles alteraciones en la frecuencia cardíaca al responsable del parto.
- ✓ Palpar las contracciones para determinar frecuencia, duración, intensidad y tono de reposo.
- ✓ Fomentar la deambulación durante los dolores iniciales.
- ✓ Monitorizar el nivel del dolor.
- ✓ Explorar las posiciones que mejoren la comodidad materna.
- ✓ Enseñar técnicas de respiración, relajación y visualización.
- ✓ Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor coherentes con las metas de la mujer.
- ✓ Proporcionar cubitos de hielo, toallitas húmedas.
- ✓ Animar a la paciente que vacíe la vejiga cada dos horas.
- ✓ Observar los efectos de la medicación en la madre y en el feto.
- ✓ Documentar las características del líquido, frecuencia cardíaca fetal y patrón de contracciones después de la rotura espontánea o inducida de las membranas.
- ✓ Explicar el objeto de las intervenciones de parto requeridas.

Punto de buena práctica

4.3 Intervenciones de enfermería para la prevención de complicaciones.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La tasa de complicaciones obstétricas analizada en estudios, muestra que la calidad de la atención prestada a la mujer durante el parto, relacionadas con la educación, la promoción, la prevención, el diagnóstico precoz y tratamiento, influyen en tasas más bajas de hospitalización.	III Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	Se recomienda que la enfermera facilite la privacidad, procurar la intimidad y calidad de la atención prestada a la mujer durante el parto en un entorno tranquilo.	II Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	Se recomienda que la enfermera esté preparada con el equipo necesario (agua, jabón, toallas, sábanas, algodón, guantes, equipo de parto o en su caso tijeras) esto con la finalidad de evitar complicaciones durante el parto.	II Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	El personal de salud debe estar alerta cuando la mujer expresa la necesidad de apretar y al observar que en los genitales se ve el periné abombado. El orificio vaginal distendido es signo que indica que el producto esta coronando y el parto va a producirse por lo que será el mejor momento de atender y así evitar complicaciones.	II Shekelle <i>Castanho T, 2014</i>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conservar la calma y dar confianza a la mujer. ✓ Solicitar ayuda o buscar a la persona capacitada para atender el parto. ✓ Monitorizar el progreso de los dolores, incluyendo pérdida vaginal, dilatación cervical, posición y descenso fetal. ✓ Enseñar técnicas de empuje para el parto y así estar evaluando los esfuerzos para mejorar el descenso fetal. ✓ Realizar la asepsia de la persona que atiende el parto y de los genitales de la mujer. ✓ Asistencia del periodo expulsivo del parto. ✓ Cuidados del alumbramiento. ✓ Proporcionar información sobre el estado del recién nacido. ✓ Registro del evento en la hoja indicada. 	Punto de buena práctica

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dejar cómoda a la madre y al recién nacido en su cama. ✓ En caso de no ocurrir el parto en un centro de salud, llevarlos a revisión para asegurar que todo se encuentra bien para ambos. 	
E	La participación de mujeres en edad reproductiva y las mujeres embarazadas en los grupos de mujeres es un factor crucial para un efecto sobre la salud y las prácticas saludables; sin embargo, las responsabilidades del hogar y las restricciones culturales sobre la capacidad de las mujeres para asistir libremente a reuniones son una barrera en muchas áreas.	Ib Shekelle <i>Nahar T, 2012</i>
R	Es necesario que el profesional de la salud se coordine con los líderes comunitarios y religiosos para la integración de grupos de mujeres recién casadas o embarazadas con la finalidad de promover la adecuada atención del parto.	A Shekelle <i>Nahar T, 2012</i>
R	El profesional de la salud prestará especial atención a los facilitadores para motivar e involucrar a las mujeres recién embarazadas y en edad reproductiva en la intervención del grupo de mujeres.	A Shekelle <i>Nahar T, 2012</i>
E	La ocurrencia de muerte revela la necesidad de mejorar los procesos asistenciales para la prevención de complicaciones en el momento del parto.	III Shekella <i>Araújo R, 2011</i>
R	Se recomienda la detección oportuna en grupos vulnerables como son las adolescentes y mujeres mayores de 30 años para evitar complicaciones durante el parto.	C Shekella <i>Araújo R, 2011</i>
E	La preparación psicológica es una acción preventiva en el ajuste emocional después del parto.	I Shekelle <i>Velho MB, 2012</i>
R	Se recomienda que el personal de salud realice intervenciones oportunas para evitar complicaciones en el parto.	C Shekelle <i>Alvarez CC, 2013</i>
R	La inducción del parto no se recomienda si la presentación del bebé es de nalgas, si hay compromiso fetal confirmado o la mujer tiene antecedentes de parto precipitado.	Recomendación fuerte (E:GRADE)

		<i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i>
E	Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más relevantes durante el periodo de embarazo y postparto.	III Shekella <i>Araújo R, 2013</i>
R	Valorar el estado hemodinámico de las mujeres embarazadas con pruebas específicas de laboratorio con el fin de reducir los riesgos maternos y fetales.	C Shekella <i>Araújo R, 2011</i>
R	Desarrollar medidas de salud pública para mejorar la calidad de la atención durante el parto y el posparto para evitar complicaciones.	C Shekella <i>Araújo R, 2011</i>
R	En caso de que falle la inducción, el personal de salud deberá considerar las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un nuevo intento de inducir el parto. ✓ La cesárea. 	Recomendación fuerte (E:GRADE) <i>Guía de práctica clínica la inducción del parto, 2013</i>
R	Se recomienda el uso de uterotónicos para la prevención de la hemorragia posparto durante la tercera etapa del parto para todos los nacimientos, por lo que el personal de enfermería deberá vigilar la presencia de reacciones adversas tales como: hiperactividad uterina, bradicardia y disminución de la saturación de O ₂ fetal, náuseas, vómitos, cefalea, enrojecimiento y efecto antidiurético, ó hipotensión, taquicardia, isquemia miocárdica, arritmias.	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>
R	La oxitocina (10 UI, por vía intravenosa (IV)/ intramuscular (IM) es el fármaco uterotónico recomendado para la prevención de la HPP (Hemorragia Posparto), de tal manera, que el personal de enfermería deberá aplicar las medidas de seguridad para su administración, tales como: la aplicación de los 5 correctos: paciente correcto, dosis correcta, medicamento correcto, hora correcta y vía correcta.	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>
R	En los lugares donde la oxitocina no está disponible se recomienda el uso de otros uterotónicos (por ejemplo ergometrina/ metilergometrina o la combinación de drogas tipo de oxitocina y ergometrina) o el misoprostol oral y en caso de ser ministrados, deberá vigilarse la presencia de: hiperestimulación del útero, rotura uterina o insuficiencia uteroplacentaria.	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>

	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que se debe tener precaución al optar por derivados de la ergotamina para la prevención de la HPP ya que estos medicamentos tienen contraindicaciones claras en mujeres con trastornos hipertensivos.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que se deben considerar los beneficios relativos de la oxitocina en comparación con misoprostol en la prevención de la pérdida de sangre, así como el aumento de los efectos adversos de misoprostol en comparación con la oxitocina.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó en capacitar al personal de salud sobre las indicaciones específicas y efectos adversos de los uterotónicos.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>La tracción controlada del cordón se considera seguro cuando se aplica por parteras cualificadas, ya que proporciona pequeños efectos beneficiosos sobre la pérdida de sangre (reducción promedio de 11 ml en la pérdida de sangre) y de la duración de la tercera etapa del parto (reducción promedio de 6 minutos).</p>	<p>Recomendación débil, pruebas de alta calidad (E: GRADE) Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</p>
	<p>Se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para partos vaginales, si el proveedor de cuidado y la mujer parturienta consideran una reducción en la pérdida de sangre y en la duración de la tercera etapa del parto, se debiera aplicar tensión controlada , ejerciendo simultáneamente contra-tracción sobre el útero a través del abdomen.</p>	<p>Recomendación débil, pruebas de alta calidad (E: GRADE) Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</p>
	<p>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012. La enseñanza de la TCC en los planes de estudio de medicina, enfermería y partería es esencial.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012. La decisión de implementar la TCC en el contexto de un fármaco uterotónico profiláctico debe ser discutido por el proveedor de cuidado y la propia mujer.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012. Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

	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.	
	En los lugares donde parteras cualificadas no están disponibles, no se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC).	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>
	Se recomienda el pinzamiento tardío (realizado aproximadamente 1 a 3 minutos después del nacimiento) para todos los nacimientos mientras se inicia la atención neonatal esencial simultánea.	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>
	No se recomienda el pinzamiento precoz del cordón a menos que el neonato presente asfixia y necesite ser trasladado de inmediato para la reanimación.	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>
	No se recomienda el masaje uterino como una intervención para prevenir la hemorragia posparto en las mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>
	Se recomienda la evaluación posparto del tono uterino abdominal para la identificación temprana de la atonía uterina para todas las mujeres.	Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i>

	<p>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012. La evaluación rutinaria y frecuente del tono uterino sigue siendo una parte crucial de la atención posparto inmediato, en especial para la optimización del diagnóstico precoz de la HPP.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Se ha demostrado que el potencial para la transmisión materno-infantil del VIH puede tener lugar en tres puntos diferentes en el tiempo: micro-transfusiones de sangre de la madre al feto durante el embarazo (transmisión intrauterina VIH), la exposición a la sangre materna y secreciones vaginales cuando el feto pasa a través del canal del parto en partos vaginales (transmisión intraparto), y durante la lactancia (infección posnatal).</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>El pinzamiento tardío del cordón se recomienda incluso entre las mujeres que viven con el VIH o las mujeres con estatus VIH desconocido.</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>No hay evidencia de que el retraso del pinzamiento del cordón aumente la posibilidad de la transmisión del VIH de la madre al recién nacido.</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>La sangre materna se filtra a través del espacio intervelloso de la placenta durante el embarazo con un riesgo relativamente bajo de la transmisión materno-fetal antes del parto.</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>La separación de la placenta aumenta la exposición a la sangre materna, así como la interrupción de la circulación placentaria fetal (es decir, es poco probable que durante la separación de la placenta, la circulación del recién nacido esté expuesta a la sangre materna).</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que si la placenta no se expulsa a los 30 minutos después de la entrega del bebé, la mujer debe ser diagnosticada con una placenta retenida.</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>

	<p>La mujer debe ser observada durante 30 minutos antes de intentar la extracción manual de la placenta, debido a que todavía puede producirse la expulsión espontánea de la placenta, incluso en ausencia de sangrado.</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La placenta se alumbrará a los pocos minutos, aunque no pasa nada si el tiempo se prolonga. ✓ No tirar del cordón, saldrá sola. ✓ Los signos de expulsión serán un chorro de sangre y un alargamiento del cordón en la vagina. ✓ Se puede pedir a la madre que empuje para facilitar el alumbramiento. ✓ Cuando la placenta ha salido, hay que observar si está completa. ✓ En caso de que la placenta se obtuvo fuera del centro de salud recogerla, guardarla para llevarla a su revisión y desecho. ✓ Dar masaje uterino para ayudar a una buena contracción uterina. ✓ Colocar compresas en el periné de la mujer y pedirle que cruce y mantenga estiradas las piernas. ✓ Proporcionar a la mujer aporte de líquidos. ✓ Para valorar el parto y los riesgos, si no fue atendido en un centro de salud, es importante la recogida de los datos (lugar del parto, color y olor del líquido amniótico, presentación fetal, hora del nacimiento, valoración del recién nacido, sexo, pérdida estimada de sangre y si presentó desgarros). 	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Se recomienda el uso de protocolos formales de los centros de salud para la prevención de la HPP (Hemorragia Posparto).</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>El uso de simulaciones de tratamiento de hemorragia posparto en servicio y en los programas de formación.</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>

	<p>El monitoreo del uso de uterotónicos después del nacimiento para la prevención de la hemorragia posparto como indicador del proceso de la evaluación programática.</p>	<p>Recomendación fuerte (E: GRADE) <i>Guía de práctica clínica Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia posparto, 2012</i></p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que es necesaria la mejora de la comunicación entre los proveedores de salud y las usuarias de atención de la salud y sus familiares como una prioridad importante en la formación de los profesionales de la salud en el manejo de la hemorragia posparto.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Por consenso del grupo desarrollador se concluyó que el indicador propuesto se calcula como el número de mujeres que reciben fármacos uterotónicos profilácticos después del nacimiento dividido por todas las mujeres parturientas.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

5. ANEXOS

5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención**. 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 **inglés, portugués y español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** (2011 a 2015).
- Documentos enfocados en Delivery Obstetric, complications, contraindication, nursing, education.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español, portugués o inglés.
- Documentos arrojados fuera del rango establecido de búsqueda.
- Documentos arrojados en la búsqueda no disponibles y no accesibles.
- Documentos arrojados en la búsqueda ajenos al tema de la guía.

5.1.1 Estrategia de búsqueda

5.1.1.1 Primera Etapa PubMed

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés, portugués y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados de Medical Subject Headings (MeSh). Se utilizó el término: **Delivery, Obstetric, complications, contraindication, nursing, education**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio como resultado **9 documentos**, de los cuales se utilizaron **3** para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Delivery, Obstetric/complications"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric/contraindications"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric/education"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric/nursing"[Mesh]) AND ((Clinical Trial[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb] OR Review[ptyp]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "loattrfull text"[sb] AND hasabstract[text]) AND "2010/04/29"[PDat] : "2015/04/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND "female"[MeSH Terms])	9 documentos obtenidos Utilizados 3

Algoritmo de búsqueda:

1. Delivery, Obstetric/complications [Mesh]
2. Delivery, Obstetric/contraindications [Mesh]
3. Delivery, Obstetric/education [Mesh]
4. Delivery, Obstetric/nursing [Mesh]
5. #1 OR #2 OR #3 OR #4
6. Clinical Trial [ptyp]
7. Controlled Clinical Trial [ptyp]
8. Randomized Controlled Trial [ptyp]
9. Meta-Analysis [ptyp]
10. systematic [sb]
11. Review [ptyp]
12. #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
13. #5 AND #12
14. loattrfree full text [sb]
15. loattrfull text [sb]
16. has abstract [text]
17. #14 AND #15 AND #16
18. #13 AND #17
19. "2010/04/29" [PDat] : "2015/04/27" [PDat]

20. #18 AND #19
21. humans [MeSH Terms]
22. #20 AND #21
23. English [lang]
24. Portuguese [lang]
25. Spanish [lang]
26. #23 OR #24 OR #25
27. female [MeSH Terms]
28. #26 AND #27
29. (#1 OR #2 OR #3 OR #4) AND (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11) AND (#14 AND #15 AND #16) AND (#18 AND #19) AND (#20 AND #21) AND (#23 OR #24 OR #25) AND (#26 AND #27)

5.1.1.2 Segunda Etapa BVS

En esta etapa se realizó la búsqueda en la **base de datos Biblioteca Virtual en Salud (BVS)** con el término: **Delivery Obstetric, complications, contraindication, nursing, education**. Se obtuvieron **5** documentos como resultado de los cuales se utilizaron **0** para la elaboración de la guía.

5.1.1.3 Tercera Etapa Trip Database

En esta etapa se realizó la búsqueda en Trip Database para Guías de Práctica Clínica con el término: **Delivery Obstetric, complications, contraindication, nursing, education**. Se obtuvieron como resultado **201 documentos** de los cuales se utilizaron **2** para la elaboración de la guía.

5.1.1.4 Cuarta Etapa Sitios Web

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron documentos relacionados con esta Guía de Práctica Clínica con el término: **Delivery Obstetric, complications, contraindication, nursing, education**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web en los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Scielo	16	10
Total	16	10

En los siguientes sitios Web no se obtuvieron resultados: **Cochrane BVS**.

En resumen, se encontraron como resultado **231** artículos, **15** fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

5.2 Escalas de Gradación

Escala modificada por Shekelle

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 del I al IV y las letras a y b (minúsculas); y para la fuerza de la recomendación, letras mayúsculas de A a la D.

CATEGORIA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACION
Ia. Evidencia para metanálisis de los estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en evidencias categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad.	B. Directamente basada en evidencia categoría II o en recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudio comparativo, estudio de correlación, casos y controles revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría II o III.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D. Directamente basada en evidencia categoría IV o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría II o III.

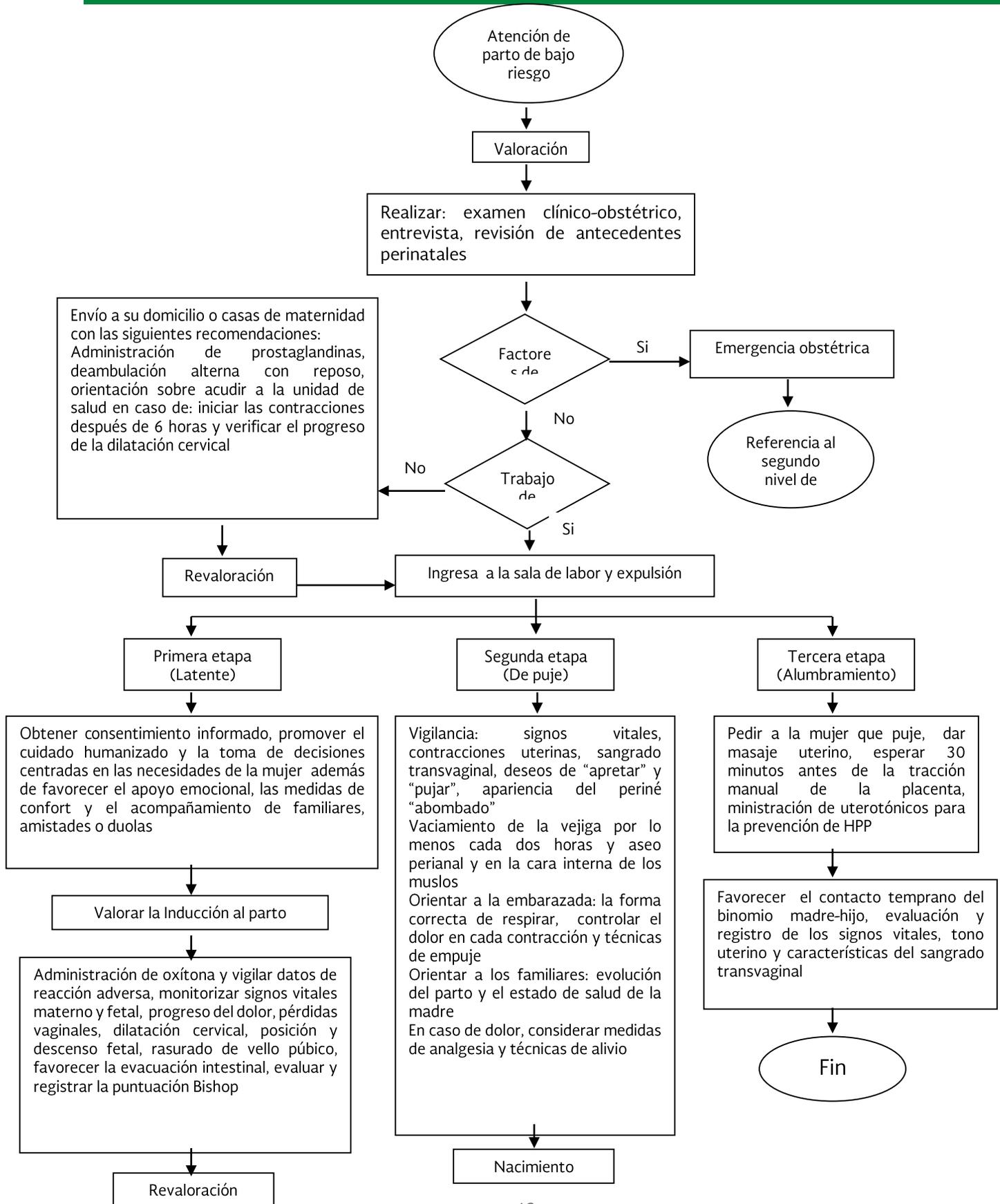
Modificado de: Shekelle P, Wolf s, Eccles M, Grimshaw J, Clinical Guidelines, developing guidelines, BMJ. 1999;3:18: 593-59.

Escala GRADE

Tabla 1. Criterios GRADE para valorar la calidad de la evidencia

Calidad de la evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si*	Aumentar si*
Alta	ECA	Importante (-1) o muy importante (-2) limitación de la calidad del estudio.	Asociación: evidencia de una fuerte asociación: $RR \geq 2$ ó ≤ 0.5 basada en estudios observacionales sin factores de confusión (+1). Evidencia de una muy fuerte asociación $RR \geq 5$ ó $\leq .02$ basada en evidencia sin posibilidad de sesgos (+2).
Moderada			
Baja	Estudio observacional	Inconsistencia importante (-1)	Gradiente dosis respuesta (+1)
Muy Baja	Cualquier otra evidencia	Alguna (-1) o gran (-2) incertidumbre acerca de la que evidencia sea directa.	
		Datos escasos o imprecisos (-1)	Todos los posibles factores confusores podrán haber reducido el efecto observado (+1).

5.3 Diagramas de Flujo



5.4 Listado de Recursos

5.4.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento en la **atención del parto de bajo riesgo** del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.1542.00	Oxitocina	Depende de la respuesta uterina	Envase con 50 ampulas con 1mL (5UI/mL)	Durante labor de parto, o post parto.	Reacción anafiláctica, arritmia cardiaca materna, afibrinogenemia, náuseas, vómito, hipertonicidad en el útero, espasmos, contracción tetánica, ruptura uterina, reacciones psicóticas, convulsiones, hipotensión seguida de hipertensión arterial, sobre todo cuando se usan dosis altas intravenosas y posterior a bloqueo epidural.	Las prostaglandinas: pueden potenciar el efecto uterotónico y viceversa, por lo que su administración concomitante requiere vigilancia. Algunos anestésicos por inhalación como el ciclopropano o halotano, pueden potenciar el efecto hipotensivo y reducir su acción oxitócica. Se ha señalado que la administración simultánea de esos anestésicos con oxitocina puede causar trastornos del ritmo cardiaco. Administrada durante la anestesia caudal del bloqueo, puede potenciar el efecto presor de los agentes vasoconstrictores simpaticomiméticos	Hipersensibilidad al fármaco. Hipertonía de las contracciones uterinas, sufrimiento fetal y cuando la expulsión no es inminente. Cualquier estado en que por razones fetales o maternas está contraindicado el parto por vía natural, como en el caso de desproporción céfalo-pélvica significativa, presentaciones anormales, placenta previa, presentación o prolapso de cordón umbilical; distensión uterina excesiva o disminución de la resistencia del útero como en mujeres múltiparas, embarazos múltiples o antecedente de cirugía anterior incluyendo cesárea.

040.000.1544.00	Ergometrina	Dosis habitual: 0.2 a 0.4 mg, de dos a cuatro veces por día hasta que haya pasado el período de atonía y hemorragia uterinas.	Envase con 50 ampulas con 1 ml (0.2/mL).	se recomienda para urgencias en casos de hemorragia uterina excesiva hasta que haya pasado el período de atonía y hemorragia uterinas.	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, dolor de cabeza, mareos, tinnitus, dolor en el pecho, palpitaciones, bradicardia, hipertensión transitoria y otras arritmias cardíacas, disnea, erupciones cutáneas, y shock. ⁵ La sobredosis produce una intoxicación característica, ergotismo o "fuego de San Antonio": prolongando vasoespasmo resultando en gangrena y amputaciones; alucinaciones y demencia; y abortos. Trastornos gastrointestinales como diarrea, náuseas y vómitos, son comunes. ⁶ El fármaco está contraindicado en el embarazo, enfermedad vascular y psicosis.	Fármacos vasoconstrictores, vasopresores y otros alcaloides del cornezuelo de centeno; usados de manera simultánea con ergonovina pueden potenciar la vasoconstricción. Delavirdina: Se presenta ergotismo (náusea, vómito, isquemia vasospástica). Dinoprostona: Aumenta el riesgo de toxicidad oxitócica. Dopamina: Gangrena de extremidades, evitar la combinación; si no, vigilar datos de vasoconstricción excesiva (frío, palidez, dolor); sobre todo en extremidades. Saquinavir: Se presenta ergotismo. Se ha reportado necrosis en las extremidades cuando el uso de antibióticos macrólidos ha sido asociado con alcaloides vasoconstrictores derivados de la ergotamina.	La relación riesgo-beneficio deberá evaluarse en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia hepática, hipertensión severa, incluida toxemia gravídica, hipocalcemia, disfunción renal y sepsis.
-----------------	-------------	---	--	--	---	--	---

Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo de riesgo de la mujer en el primer nivel de atención

<p>NO CUADRO BASICO</p>	<p>Misoprostol oral 600mg</p>	<p>Mujeres adultas; se consideran como óptimas las dosis de 25 µg colocadas en la parte posterior del fórnix vaginal cada 3-6 horas.</p>	<p>Caja con 28 tabletas de 200 mcg</p>	<p>Durante labor de parto.</p>	<p>Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal.</p>	<p>Potencia efecto de: oxitocina. Inhibición del efecto anticoagulante de: acenocumarol. Potenciación de la toxicidad a nivel neurológico con: fenilbutazona, naproxeno y dolor abdominal o diarrea (diclofenaco, indometacina). Aumenta frecuencia e intensidad de diarreas con: antiácidos. Administración de laxantes: intensa diarrea.</p>	<p>Hipersensibilidad; fármacos oxitócicos contraindicados o contracciones prolongadas del útero se consideran inapropiados. Además, en comprimidos. 25 mcg; historial de cesárea o cirugía mayor uterina; desproporción cefalopélvica; sospecha o evidencia clínica de sufrimiento fetal preexistente; historial de parto difícil y/o parto traumático; múltiparas con 6 o más embarazos anteriores a término; situaciones del feto transversas; emergencias obstétricas (intervención quirúrgica); embarazo múltiple; secreción vaginal inexplicable y/o hemorragia uterina irregular; placenta previa o herpes genital activo; concomitancia de oxitocina y otros estimulantes de las contracciones uterinas; factores de riesgo de embolismo de líquido amniótico, preeclampsia grave o eclampsia.</p>
-------------------------	-------------------------------	--	--	--------------------------------	--	--	---

Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo de riesgo de la mujer en el primer nivel de atención

NO CUADRO BASICO	Sulprostona		500mcg	Con forma a respuesta terapéutica	<p>Frecuente: Náusea, vómito, diarrea, espasmo abdominal, fiebre, hipotensión arterial, ruptura uterina.</p> <p>Poco frecuente: bradicardia.</p> <p>Raro: broncoconstricción, cefalea, edema pulmonar, hipertensión arterial pulmonar, somnolencia, espasmo coronario, isquemia miocárdica y trastorno hidroelectrolítico.</p>	Con ergometrina y con metilergometrina puede ocasionar vasoconstricción coronaria.	<p>Angina de pecho, Antecedentes de accidente tromboembólico, Antecedentes de asma, Antecedentes de enfermedad cardiovascular, Antecedentes de epilepsia, Arritmia. Antecedentes de arritmia, Asma, Cardiopatía, Diabetes descompensada, Drepanocitosis, Embarazo, Embolia pulmonar, Fragilidad uterina, Glaucoma, Hepatopatía, hipersensibilidad a las prostaglandinas, hipersensibilidad a alguno de los componentes, hipertensión arterial, hipertiroidismo, infección vaginal, insuficiencia cardíaca, nefropatía, síndrome de Raynaud, talasemia, tromboflebitis, rectocolitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal.</p>
NO CUADRO BASICO	Prostaglandina Vaginal E	0,05 a 0,1 microgramos de alprostadil/ kg de peso / minuto	Vaginal comprimidos de 10 a 20 mcg	Con forma a respuesta terapéutica	Interrupción de la respiración (apnea) Fiebre transitoria Efectos adversos observados de manera frecuente	No se han observado interacciones con otros fármacos con ninguna de las formas farmacéuticas de alprostadil. Sin	

					<p>(pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas): Convulsiones Latidos lentos del corazón Tensión sanguínea baja Latidos rápidos del corazón Diarrea Sofocos Enrojecimiento de la piel Efectos adversos observados de manera poco frecuente (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas): Obstrucción de la salida del estómago. Engrosamiento de las paredes del estómago. Crecimiento anormal de la superficie de un hueso. Debilidad de los vasos sanguíneos.</p>	<p>embargo, el uso concomitante del alprostadil con fármacos antihipertensivos puede aumentar el riesgo de hipotensión. La formulación pediátrica ha sido utilizada conjuntamente con una terapia estándar para pacientes neonatos con problemas pulmonares y circulatorios incluyendo antibióticos (penicilina y gentamicina), vasopresores (dopamina, isoproterenol, etc.), glucósidos cardíacos y diuréticos (furosemide). Interacciones con fármacos sistémicos son poco probables dada la baja absorción del alprostadil administrado por vía intrauretral.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

5.5 Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Parto		
CIE-10	CIE-10: 080 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice. 080.9 Parto único espontáneo, sin otra especificación.		
CIE-9-MC	CIE-9MC: 73.5 Parto asistido manualmente. 73.59 Otro parto asistido manualmente (Asistencia a parto espontáneo).		
Código del CMGPC:	SS-792-16		
TÍTULO DE LA GPC			
Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención.			Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Mujeres embarazadas con parto de bajo riesgo.	Personal de salud: Enfermeras generales, especialistas, técnicos en enfermería, médicos generales estudiantes, promotores de salud, usuarios.	Primer nivel de atención	(Cumplida=SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
PROMOCIÓN			
La valoración de enfermería debe considerar los antecedentes personales de la mujer para la atención del parto.			
Es necesaria la valoración integral para identificar factores de riesgo en especial en mujeres de más de 35 años.			
Valoración previa de la mujer gestante con antecedente de enfermedad cardíaca, para la inducción del parto con oxitocina y la maduración cervical con prostaglandinas.			
PREVENCIÓN			
Se recomienda la detección oportuna en grupos vulnerables como son las adolescentes y mujeres mayores de 30 años para evitar complicaciones durante el parto.			
El control de la presión arterial en cada visita para el cuidado prenatal es esencial para la identificación temprana de los trastornos hipertensivos con el fin de prevenir el desarrollo de signos y síntomas potencialmente fatales.			
Desarrollar medidas de salud pública para mejorar la calidad de la atención durante el parto y el posparto para evitar complicaciones.			
DIAGNÓSTICO			
Se recomienda la inducción del parto aproximadamente 24 horas después de la ruptura prematura de las membranas a término.			
Las mujeres deben ser informadas de los siguientes riesgos con la inducción del trabajo de parto:			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento del riesgo de necesidad de la cesárea de emergencia durante el parto inducido. ✓ Aumento del riesgo de ruptura uterina. 			
La mujer debe ser observada durante 30 minutos antes de intentar la extracción manual de la placenta, debido a que todavía puede producirse la expulsión espontánea de la placenta, incluso en ausencia de sangrado.			
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA			
La atención de apoyo durante el trabajo puede implicar el apoyo emocional, medidas de confort, información y promoción para mejorar los procesos de trabajo fisiológico, así como los sentimientos de las mujeres sobre el control y la competencia, y por lo tanto reducir la necesidad de intervención obstétrica.			
Se recomienda que el personal de enfermería promueva el bienestar físico de la mujer en el momento del nacimiento del bebé, especialmente cuando ella esta agotada y sin fuerzas para pujar.			
Se recomienda que la enfermera durante el trabajo de parto: indique la forma correcta de respirar, controlar el dolor en cada contracción y a su vez hacer el seguimiento del estado del bebé, para un nacimiento sin complicaciones.			
Se recomienda facilitar la privacidad, procurar la intimidad y calidad de la atención prestada a la mujer durante el parto en un entorno tranquilo.			

El personal de salud debe estar alerta cuando la mujer exprese la necesidad de apretar y al observar que en los genitales se ve el periné abombado. El orificio vaginal distendido es signo que indica que el producto esta coronando y el parto va a producirse por lo que será el mejor momento de atender y así evitar complicaciones.	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

6. GLOSARIO

Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso y/o menos de 22 semanas completas de gestación.

Alumbramiento: Expulsión de la placenta y membranas después del parto.

Anticoagulante: Dicho de una sustancia o de un producto: Que impiden la coagulación de la sangre. Real Academia de la Lengua Española.

Artritis: Inflamación de las articulaciones.

Atención Médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad.

Atención Médica de Urgencias: Conjunto de servicios que se proporcionan en forma inmediata al individuo cuando se encuentra en peligro la vida, un órgano o una función.

Atención Médica Especializada: Conjunto de servicios en una rama específica de la Medicina, que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Atención Médica Segura: Ausencia de daño como consecuencia de la atención médica, libre de eventos adversos.

Atonía: Falta de tono y de vigor o debilidad de los tejidos orgánicos, particularmente de los contráctiles.

Calidad de la atención médica: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. Grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria.

Complicación: Evento que sobreviene durante la prestación de la atención médica, ya sea por la historia natural de la enfermedad, por riesgo inherente, o por iatropatogenia.

Concomitante: Que aparece o actúa conjuntamente con otra cosa.

Crónica: Se atribuye a una enfermedad larga.

Cuidar: Aquellas actividades que ejecuta el personal de enfermería, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad que en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad.

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Detección oportuna: Serie de medidas diagnósticas en individuos y poblaciones para poner de manifiesto enfermedades o defectos previamente desconocidos llevando a cabo una intervención rápida y efectiva, su propósito es reducir la prevalencia de la enfermedad y diferenciar a las personas aparentemente sanas de las que pueden tener una enfermedad.

Diarrea: Síntoma que consiste en evacuaciones de vientre líquidas y frecuentes.

Disnea: Dificultad para respirar.

Dolor: Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.

Dosis: Cantidad o porción de algo puede relacionarse a medicamentos o algún otro material o sustancia.

Doula: Mujer que acompaña a otra durante el trabajo de parto y parto, brindando apoyo emocional continuo durante este periodo.

Educación: Desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales.

Embarazo saludable: Al embarazo sin factores de riesgo, libre de complicaciones y que con una adecuada vigilancia prenatal, logra un estado de bienestar biológico, psicológico y social para la gestante y para el producto de la concepción.

Embarazo: Periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Enfermería: Es la ciencia del cuidado basado en: el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones, considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

Ergotismo: Estado caracterizado por una intensa y generalizada vasoconstricción de los vasos sanguíneos pequeños y grandes. Los síntomas resultan de la isquemia regional causada por el vasoespasmo que produce la ergotamina.

Espasmos vasculares: Contracción involuntaria de los músculos, producida generalmente por mecanismo reflejo de los vasos sanguíneos.

Factor de riesgo: Atributo o exposición de una persona, una población o el medio que está asociado a una probabilidad.

Factores psicosociales: Aquellos que influyen en la salud del individuo, en la asistencia sanitaria y en el bienestar de la comunidad, que tienen su origen en la constitución psicosocial de los individuos y están condicionados por el medio.

Hipertensión arterial descontrolada: Elevación sostenida de las cifras de Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada o no de manifestaciones menores de daño agudo a órganos blanco.

Hipertensión arterial resistente: Persistencia de valores de Presión arterial por arriba de la meta (140/90 mmHg o 130/80 mmHg), a pesar de buena adherencia al tratamiento antihipertensivo apropiado, que incluya tres o más fármacos de diferentes clases (incluyendo de preferencia un natriurético), en una combinación recomendada y a dosis óptima (individualizada), cumpliendo con las medidas conductuales en forma adecuada.

Hipertensión arterial secundaria: Elevación sostenida de la Presión arterial, por alguna entidad nosológica: ≥ 140 mmHg (sistólica) o ≥ 90 mmHg (diastólica).

Hipertensión Arterial Sistémica: Padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes $\geq 140/90$ mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mmHg.

Incidencia: Número de casos nuevos que se producen durante un periodo determinado en una población especificada.

Insuficiencia cardiaca: Incapacidad total o parcial del corazón para realizar adecuadamente sus funciones.

Interculturalidad: 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.

Morbilidad: Proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Náusea: Sensación de vomitar. Repugnancia o aversión que causa algo.

Oxitocina: Es una sustancia de carácter oxiótico que produce la contracción del músculo uterino se utiliza para provocar el parto.

Partera: Persona que asiste a la mujer durante el trabajo de parto, puede o no tener estudios académicos en el área, expedidos por una Institución Educativa o de Salud.

Placenta: Órgano intermediario durante la gestación entre la madre y el feto, que se adhiere a la superficie interior del útero y del que nace el cordón umbilical.

Presión arterial. Fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.

Prevención: Se refiere a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural de los que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad, su propósito es limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

Primer nivel de atención: Servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución, en donde en su mayoría son asintomáticas.

Promoción: Elevación o mejora de las condiciones de salud en la persona, familia o comunidad.

Salud reproductiva: Capacidad de los individuos para reproducirse, regular su fecundidad, tener embarazos y partos seguros con resultados exitosos en cuanto a la sobrevivencia, el bienestar materno e infantil y donde las parejas puedan tener relaciones libres del miedo a embarazos no deseados o a enfermedades.

Segundo nivel de atención: Unidades que atienden los problemas de salud que a causa de su complejidad no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención.

Servicios médicos: Bienes que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

Sobredosis: Dosis excesiva de un medicamento o droga.

Tercer nivel de atención: Unidades que atienden los problemas de salud que a causa de su complejidad no pueden ser resueltos en el segundo nivel de atención que cuentan con servicios y personal especializado en determinada área de la salud.

Trastorno hipertensivo: Elevación sostenida de las cifras de presión arterial sistólica, diastólica o ambas, acompañada de manifestaciones atribuibles al descontrol hipertensivo.

Trastorno: Alteración leve de la salud que perturba el estado físico, el sentido, la conciencia o la conducta de alguien, acercándolos a la anormalidad.

Unión consensual: Enlace matrimonial de dos personas concertada sólo mediante el consentimiento o conformidad de ambas partes.

Vómito: Arrojar de manera violenta por la boca lo contenido en el estómago.

Vulnerable: Susceptible a ser expuesto a una situación, un riesgo recibir lesión, física o moralmente.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Araújo Correia Rafaella; Hallana Cristina, Araújo; Betise Mery Alencar, Furtado; Cristine, Bonfim. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006) / Epidemiological features of maternal deaths occurred in Recife, PE, Brazil (2000-2006) / Características epidemiológicas de las muertes maternas ocurridas en Recife, PE, Brasil (2000-2006). Rev. Bras. Enferm.; 64(1); 91-97; 2011-02. SciELO Brasil | Idioma: Português.
2. Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio JA, Fajardo-Dolci GE. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir Ciruj. 2010; 78:456-62.
3. Álvarez Franco Claudia Cecilia. Aquichán. Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto / How Women who Had Postpartum Hemorrhage (PPH) Describe the Nursing Care / Como as mulheres que apresentam hemorragia pós-parto descrevem o cuidado de enfermagem. 13(1); 17-26; 2013-04. SciELO Colômbia | Idioma: Espanhol.
4. Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiología básica. *Organización Panamericana de la Salud* (2003). Publicación Científica No.551. Consultado el 17 de julio del 2015. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3311>
5. Castanho da Silva Veras Thaise, Thais Aidar de Freitas Mathias. Hospitalizations leading causes for maternal disorders / Las principales causas de hospitalizaciones por trastornos maternos. Rev. esc. enferm. USP; 48(3); 401-408; 2014-06. SciELO Brasil | Idiomas: Inglês, Português.
6. Consejo Nacional de Población. (2009). La Fecundidad en México Niveles y Tendencias. Consultado el 5 de julio del 2015. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/La_fecundidad_en_Mexico
7. Diccionario de la lengua española (DRAE) es la obra de referencia de la Academia. La última edición es la 23.^a, publicada en octubre de 2014. Mientras se trabaja en la edición digital, que estará disponible próximamente, esta versión electrónica permite acceder al contenido de la 22.^a edición y las enmiendas incorporadas hasta 2012. Consultada el día 26 de Diciembre 2014. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=virus>
8. Discurso Oficial de la Secretaria de Salud del Estado de Morelos Dra. Vesta Richardson López Collada dentro del Marco de las VII Jornadas Académicas. Disminución de la mortalidad materna y perinatal en el Estado de Morelos. Base de datos estadísticos de Servicios de Salud de Morelos, 2015. Consultado el 3 de Junio, 2015. Recuperado de <http://www.salud.morelos.gob.mx/noticia/inauguracion-de-las-vii-jornadas-de-aniversario-del-hospital-de-la-mujer>
9. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), Consultado el 9 de julio del 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>

10. Fajardo G, Hernández F. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Secretaría de Salud. 1ª ed. México, D.F. *Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE)* ;(2012). Consultado el 9 de julio del 2015. Disponible en http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/dgr-editorial_00.html
11. França Angela Andréia, Gravena; Arethuza, Sass; Sonia Silva, Marcon; Sandra Marisa, Pelloso. Resultados perinatais em gestações tardias / Outcomes in late-age pregnancies / Resultados perinatales en gestaciones tardías. *Rev. esc. enferm. USP*; 46(1); 15-21; 2012-02. SciELO Brasil | Idiomas: Inglês, Português.
12. Freyermuth G. & Sesia, P. (coords.). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009. Consultado el 3 de julio del 2015. Recuperado de http://www.academia.edu/8954679/G._Freyermuth_y_P._Sesia_coords
13. Gonçalves Roselane, Cláudia de Azevedo, Aguiar; Miriam Aparecida Barbosa, Merighi; Maria Cristina Pinto de, Jesus. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias / Experiencing care in the birthing center context: the users' perspective / Experimentando cuidados en el contexto de una casa de partos: visión de las pacientes. *Rev. esc. enferm. USP*; 45(1); 62-70; 2011-03. SciELO Brasil | Idiomas: Inglês, Português.
14. Gutiérrez, J. P., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco A., Cuevas, L., Romero, M. & Hernández, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica (MX)
15. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10:CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub4. Review. PubMed PMID: 23076901; PubMed Central PMCID: PMC4175537.
16. Martins C.A., N.A.M., Almeida; D.V., de Mattos. Parto domiciliario planeado: asistido por enfermero obstetra / Parto domiciliar planejado: asistido por Enfermeiro Obstetra. *Enferm. glob.*; 11(27); 306-311; 2012-07. SciELO Espanha | Idioma: Espanhol.
17. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Recuperado el 11 de julio del 2015. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642
18. Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Informe de 2014. Nueva York, 2014. Consultado el 2 de junio del 2015. Recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
19. Nahar T, Azad K, Aumon BH, Younes L, Shaha S, Kuddus A, Prost A, Houweling TA, Costello A, Fottrell E. Scaling up community mobilisation through women's groups for maternal and neonatal health: experiences from rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012 Jan

24;12:5. doi: 10.1186/1471-2393-12-5. PubMed PMID:22273440; PubMed Central PMCID: PMC3298477.

20. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348 mayo de 2014. Consultado el 6 de julio del 2015. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la prevención de la hemorragia posparto. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2007. 116 p.
22. Pimenta Adriano Marçal, Nazareth Juliana Vieira, Souza Kleyde Ventura de, Pimenta Gisele Marçal. Programa "Casa das Gestantes": perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal / "The House of the Pregnant women" program: users' profile and maternal and perinatal health care results / Programa "Casa de Embarazadas": perfil de las usuarias y resultados de la asistencia a la salud materna y perinatal. Texto contexto - enferm.; 21(4); 912-920; 2012-12. SciELO Brasil | Idiomas: Inglês, Português.
23. Presidencia de la República, México en Salud. Discurso Oficial del Presidente Enrique Peña Nieto, durante la conmemoración del Día Internacional de la Enfermería, Marzo 2015. Consultado el 5 de Junio del 2015. Recuperado de <http://www.gob.mx/presidencia/cms/prensa/palabras-del-presidente-enrique-pena-nieto-durante-la-conmemoracion-del-dia-internacional-de-la-enfermeria-2015>.
24. 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. **Recuperado el 10 de julio del 2015. Disponible en:** http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550
25. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos. La inducción del parto. Londres: RCOG Press; 2001 junio 78 p. (Guías de práctica clínica basada en la evidencia; no 9.). [158 referencias], El Centro Nacional de Colaboración para la Mujer y la Salud de la Infancia reafirmó la moneda de esta directriz en julio de 2013.
26. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. Consultado el día 27 Junio 2015, Disponible en: <http://www.quenoosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/Partoconflictointereses.pdf>
27. Rico Venegas R.M., V.M., Ramos Frausto; P.C., Martínez. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal / Prenatal care vs obstetric outcome perinatal. Enferm. glob.; 11(27); 397-407; 2012-07. SciELO Espanha | Idioma: Espanhol
28. Ruano, L.A & Zermeño, F. Ergotismo presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Revista Neurología Vol. 40, No. 7 (2007). Consultado el 2 de junio del 2015. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1150253>
29. Ruys TP, Cornette J, Roos-Hesselink JW. Pregnancy and delivery in cardiac disease. J Cardiol. 2013 Feb;61(2):107-12. doi: 10.1016/j.jjcc.2012.11.001. Epub 2013 Jan 3. Review. PubMed PMID: 23290155.

30. Valenzuela Mujica María Teresa, Uribe Torres Claudia, Contreras Mejías Aixa, Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno /Integral mode of delivery care and its relationship to maternal well-being. Index Enferm; 20(4); 243-247; 2011-12. SciELO Espanha | Idioma: Espanhol.
31. Velho Manuela Beatriz, Santos Evanguelia Kotzias Atherino dos, Brüggemann Odaléa Maria, Camargo Brígido Vizeu. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres / Experience with vaginal birth versus cesarean childbirth: integrative review of women's perceptions / La experiencia del parto vaginal o la cesárea: una revisión integradora sobre la percepción de las mujeres. Texto contexto - enferm.; 21(2); 458-466; 2012-06. SciELO Brasil | Idiomas: Inglês, Português.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de Coordinación Estatal de Enfermería del Estado de Morelos de la Secretaría de Salud 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 **Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de **Universidad Autónoma de Chihuahua** que participaron en los procesos de **validación de protocolos de búsqueda**, a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM y al hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, por su valiosa colaboración en la **validación de calidad metodológica**, al Centro de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de la Secretaría de Salud en el **proceso de verificación** y al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), su valiosa colaboración en esta guía en la revisión del modelo editorial.

9. COMITÉ ACADÉMICO

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES)

Dr. Sebastian García Saisó	<i>Director General de Calidad y Educación en Salud</i>
Dra. Odet Sarabia González	<i>Dirección General Adjunta de Calidad y Educación en Salud</i>
Mtra. Juana Jiménez Sánchez	<i>Directora de Enfermería</i> <i>Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería</i>
Mtra. María del Rocío Almazán Castillo	<i>Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería</i>
Mtra. María de Jesús Posos González	<i>Coordinadora Normativa de Enfermería</i> <i>Coordinadora del proyecto de Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE)</i> <i>Asesora metodológica de las GPCE</i>

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC-SALUD)

M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Directora General</i>
Dr. Jesús Ojino Sosa García	<i>Director de Integración de GPC</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Subdirector de GPC</i>
Dra. Violeta Estrada Espino	<i>Departamento de validación y normatividad de GPC</i>
Dra. Yesenia Ortiz Montaña	<i>Coordinadora de guías de medicina interna</i>
Dra. Teresa De La Torre León	<i>Coordinadora de guías de medicina interna</i>
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Christian Fareli González	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Jaime Enoc Zambrano Guerrero	<i>Coordinador de guías de pediatría</i>
Lic. José Alejandro Ochoa Martínez	<i>Investigación documental</i>
Dr. Pedro Nieves Hernández	<i>Subdirector para la gestión de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de apoyo científico para GPC</i>
Dra. Gilda Morales Peña	<i>Coordinación de avances sectoriales</i>

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Secretaría de Salud
Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Secretaría de Salud del Estado de Morelos
Dra. Ángela Patricia Mora González
Secretaria de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Mtro. Mikel Arriola Peñalosa
Director General

Directora General de los Servicios de Salud
Dra. Giorgia Rubio Bravo
Directora General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General

Director de Atención Médica
Dr. Víctor Manuel Pérez Robles
Director de Atención Médica

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Coordinadora Estatal de Enfermería
M.C.E. Norberta López Tarango

Petróleos Mexicanos
Dr. José Antonio González Anaya
Director General

Director de Planeación y Evaluación
Dr. Humberto E. López González

Secretaría de Marina Armada de México
Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Director de Administración
Lic. Andrik Ruíz de Chávez Arista

Secretaría de la Defensa Nacional
Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Subdirector de Hospitales
Dr. Antonio Villa Montiel

Subdirectora de Enseñanza, Investigación y capacitación
Dra. María Antonieta Hernández Franco

Consejo de Salubridad General
Dr. Leobardo Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Dr. Pablo Antonio 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	Dra. María de las Nieves García Fernández	Titular
Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud	Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	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. José de Jesús Arriaga Dávila	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	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 Sanciprián	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	Dr. Miguel Ángel Cedillo Hernández	Titular
Director 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. Álvaro Emilio Arceo Ortíz	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche	Dr. Jesús Pavel Plata Jarero	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Nayarit	Dr. Neftalí Salvador Escobedo Zoletto	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Dr. Arturo Perea Martínez	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Dr. Ricardo León Bórquez M.C.A.	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	Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
Secretario Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica		