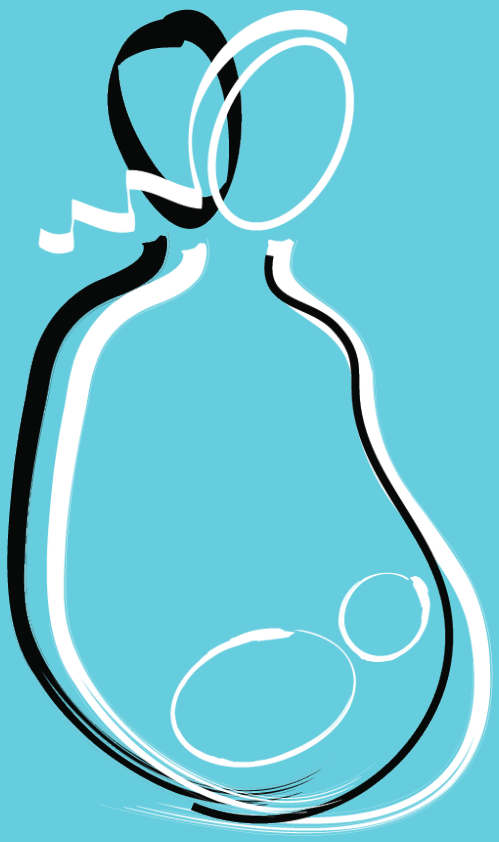
Recomendaciones de la OMS

Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva



OPS Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Recomendaciones de la OMS
Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés
WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience
© World Health Organization 2018
ISBN: 978-92-4-155021-5

Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva
ISBN: 978-92-75-32093-8
eISBN: 978-92-75-32102-7

© Organización Panamericana de la Salud 2019

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en http://iris.paho.org

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Prefacio v
Agradecimientos vi
Siglas y abreviaturas vii
Resumen de orienta ción 1
Introducción 1
Pública destinatario 1
Métodos de elaboración de las di rectrices 1
Recomendaciones 2
1. Antecedentes 8
1.1 Público destinatario 9
1.2 Alcance de la directriz 9
2. Métodos 10
2.1 Grupo Consultivo de la OMS 10
2.2 Grupo de Elaboración de las Directrices 10
2.3 Grupo de Revisión Externo 10
2.4 Grupo de Trabajo Técnico 10
2.5 Asociados y observadores externos 11
2.6 Identificación de cuestiones y resultados prioritarios 11
2.7 Integración de recomendaciones de directrices de la OMS ya publicadas 13
2.8 Centros de interés y enfoque 13
2.9 Identificación y obtención de la evidencia 13
2.10 Evaluación de la calidad y clasificación de la evidencia 14
2.11 Formulación de las recomendaciones 15
2.12 Toma de decisiones durante las reuniones del GDC 16
2.13 Declaración de intereses por parte de los contribuyentes externos 17
2.14 Preparación de los documentos y arbitraje externo 17
2.15 Presentación del contenido de las directrices 17
3. Evidencia y recomendaciones 19
3.1 Atención durante el trabajo de parto y el nacimiento 19
3.2 Periodo de dilatación 35
3.3 Periodo expulsivo 120
3.4 Alumbramiento 159
3.5 Atención del recién nacido 162
3.6 Atención de la mujer tras el nacimiento 165
4. Aplicación de esta directriz: introducción del modelo de atención durante el part o de la OMS 168
5. Consecuencias para la investigación 171
6. Difusión 173
7. Cuestiones de aplicabilidad 174
7.1 Repercusión prevista de la directriz en la organización de la atención durante el parto 174
7.2 Seguimiento y evaluación de la repercusión de la directriz 174
8. Actualización de la directriz 175
9. Referencias bibliográficas 176

Anexo 1. Preguntas y parámetros de valoración prioritarios en la directriz 184
Anexo 2. Expertos externos y personal de la OMS involucrados en la elaboración de esta directriz 188
Anexo 3. Resumen de las declaraciones de intereses de los miembros del Grupo de Elaboración de Directrices y del Grupo de Trabajo Técnico y forma en que se gestionan 192
Anexo 4. Consideraciones sobre la puesta en práctica específicas para recomenda ciones concretas 195
Anexo web. Bases de la Evidencia (WHO/RHR/18.04; disponible en inglés en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/)

Prefacio

Han transcurrido más de dos decenios desde la última vez que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un documento de orientación técnica sobre la atención de las embarazadas sanas y sus bebés, *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, y el panorama mundial de los servicios de maternidad ha cambiado considerablemente desde entonces. Actualmente hay más mujeres que dan a luz en centros de atención de salud en muchas partes del mundo, sin embargo, la calidad insuficiente de la atención prestada sigue impidiendo el logro de los resultados deseados en materia de salud. Mientras que en algunos entornos se realizan muy pocas intervenciones que llegan demasiado tarde, en otros las mujeres reciben demasiadas intervenciones que se realizan demasiado pronto.

La OMS ha publicado varias recomendaciones para abordar algunos aspectos específicos del manejo del trabajo de parto y las principales causas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales en respuesta a las necesidades de los países. Los temas que se abordan en el marco de la agenda mundial se han ampliado también gradualmente para ir más allá de la supervivencia de las mujeres y sus bebés, y centrarse también en conseguir que prosperen y alcancen su pleno potencial de salud y bienestar. Estos esfuerzos han sido catalizados por la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) y el movimiento Todas las Mujeres, Todos los Niños. Además, la tercera meta de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establece el compromiso mundial de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Una de las prioridades estratégicas de la OMS durante los próximos cinco años para lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es apoyar a los países para fortalecer sus sistemas de salud, con objeto de fomentar un progreso acelerado hacia la cobertura universal de salud. La OMS está apoyando a los países para lograr que todas las personas y comunidades tengan acceso y puedan usar servicios de promoción de la salud, prevención y curación que sean apropiados para sus necesidades, y que resulten eficaces y tengan la calidad suficiente, sin que ello les suponga dificultades económicas. Una parte integral de estos esfuerzos es el diseño del conjunto de servicios esenciales en todo el espectro de disciplinas de salud, incluida la salud reproductiva, la de la madre, la del recién nacido y la del niño y el adolescente. Con ello se podrán establecer un conjunto de indicadores básicos de prestación de servicios para usarlos en el seguimiento del progreso de los países hacia la cobertura universal de salud.

Esta directriz es un conjunto consolidado de recomendaciones nuevas y ya existentes sobre prácticas cruciales en el trabajo de parto y el parto que deben proporcionarse a todas las embarazadas y sus bebés durante el trabajo de parto y el parto, sea cual sea su entorno socioeconómico. En ella se promueve la aplicación de un conjunto de intervenciones para el trabajo de parto y el parto que son fundamentales para que el parto no solo sea seguro sino que constituya también una experiencia positiva para las mujeres y sus familias. Se resalta, además, la manera en que la atención centrada en la mujer puede optimizar la calidad de la atención del trabajo de parto y el parto mediante un enfoque holístico y basado en los derechos humanos. Al describir un nuevo modelo de la atención durante el parto que es adaptable al contexto de cada país, la directriz permite alcanzar una reducción sustancial de los costos mediante la reducción de las intervenciones innecesarias durante el trabajo de parto y el parto.

Alentamos a los profesionales de la atención de salud a que adopten y adapten estas recomendaciones, que sientan bases sólidas para la prestación de una atención integral, centrada en la persona y basada en la evidencia a las mujeres y sus bebés recién nacidos.

Princesa Nothemba Simelela
Subdirectora general
Grupo Familia, Mujeres, Niños y Adolescentes (FWC)
Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) agradecen las contribuciones que han hecho distintas personas y organizaciones.

El trabajo en torno a esta directriz lo iniciaron Olufemi Oladapo, Mercedes Bonet y A. Metin Gülmezoglu, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Olufemi Oladapo coordinó el proyecto de elaboración de la directriz. Ana Pilar Betrán, Mercedes Bonet, A. Metin Gülmezoglu, Olufemi Oladapo, João Paulo Souza y Joshua Vogel, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, y Maurice Bucagu y Anayda Portela, del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente, formaron parte del Grupo Consultivo de la OMS, que gestionó el proceso de elaboración de la directriz. Los siguientes miembros del personal de la sede de la OMS, participaron en el proceso de elaboración de la directriz en diversas etapas: Rajat Khosla, Frances McConville y Özge Tunçalp. Mavjuda Babamuradova, Karima Gholbzouri, Bremen De Mucio, Mari Nagai y Leopold Ouedraogo fueron asesores regionales de la OMS que participaron en las consultas técnicas de la directriz.

La OMS expresa su sincero agradecimiento a Hany Abdel-Aleem, Fernando Althabe, Melania Amorim, Michel Boulvain, Aparajita Gogoi, Tina Lavender, Silke Mader, Suellen Miller, Rintaro Mori, Hiromi Obara, Oladapo Olayemi, Robert Pattinson, Harshad Sanghvi, Mandisa Singata-Madliki, Jorge E. Tolosa y Hayfaa Wahabi, que formaron parte del Grupo de Elaboración de Directrices (GDG), y a Pisake Lumbiganon y James Neilson, que presidieron las consultas técnicas.

Agradecemos los comentarios aportados por un gran número de interesados directos internacionales durante el procedimiento de determinación del alcance que tuvo lugar como parte del proceso de formulación de la directriz. Un reconocimiento especial a los autores de las Revisiones Sistemáticas Cochrane usadas en esta directriz por la ayuda y colaboración prestadas en su elaboración o actualización.

Los siguientes expertos aportaron un apoyo metodológico como miembros del Grupo de Trabajo Técnico: Edgardo Abalos, Debra Bick, Meghan Bohren, Mónica Chamillard, Virginia Diaz, Soo Downe, Therese Dowswell, Kenneth Finlayson, Frances Kellie, Theresa Lawrie, Julia Pasquale, Elham Shakibazadeh y Gill Thomson. Therese Dowswell y Frances Kellie coordinaron la actualización de las Revisiones Sistemáticas Cochrane pertinentes, y Edgardo Abalos, Mónica Chamillard, Virginia Diaz y Julia Pasquale realizaron la evaluación de la calidad de la evidencia científica utilizada en esas revisiones. Edgardo Abalos, Debra Bick, Meghan Bohren, Soo Downe, Kenneth Finlayson, Elham Shakibazadeh y Gill Thomson dirigieron los equipos que realizaron las revisiones sistemáticas adicionales para informar la directriz. Theresa Lawrie confirmó los perfiles de evidencia científica de todas las revisiones sistemáticas y, junto con otros miembros del Grupo de Trabajo Técnico y el Grupo Consultivo de la OMS, elaboraró los resúmenes narrativos correspondientes y los marcos de evidencia científica para la toma de decisiones. Theresa Lawrie y Olufemi Oladapo redactaron el documento final de la directriz antes de que fuera examinado por otros miembros del Grupo Consultivo de la OMS y por el GDG.

Agradecemos la labor de los siguientes observadores en la consulta técnica final, en representación de diversas organizaciones: Diogo Ayres-de-Campos (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO]); Mechthild M. Gross (Confederación Internacional de Matronas [ICM]); Petra ten Hoope-Bender (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]); Mary Ellen Stanton (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID]) y Alison Wright (Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos [RCOG]). Blami Dao, Justus Hofmeyr, Caroline Homer, Vanora Hundley, Barbara Levy y Ashraf Nabhan realizaron la revisión externa del documento de la directriz en su calidad de miembros del Grupo de Revisión Externa (ERG).

Este trabajo fue financiado por la USAID y el Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP), un programa copatrocinado ejecutado por la OMS. Los puntos de vista de los organismos financiadores no han influido en el contenido de esta directriz.

Corrección del texto en inglés: Green Ink, Reino Unido.

La traducción al español y la publicación de este texto fue posible gracias al apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud-OMS y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-AECID.

Siglas y abreviaturas

ACP	analgesia controlada por la paciente
AI	auscultación intermitente
aOR	razón de posibilidades ajustada (*adjusted odds ratio*)
ARM	atención respetuosa de la maternidad
BE	base de evidencia
CADP	continuidad de la atención dirigida por parteras
CERQual	grado de certidumbre de la evidencia derivada de investigaciones cualitativas (por la sigla en inglés de *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research*)
CTG	cardiotocografía
DI	declaración de intereses
DM	diferencia media
DME	diferencia media estandarizada
ECA	ensayo controlado aleatorizado
ECAg	ensayo controlado aleatorizado de grupos
EHI	encefalopatía hipóxica-isquémica
EtD	evidencia para la toma de decisiones
FCF	frecuencia cardíaca fetal
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GBS	estreptococo del grupo B
GDG	Grupo de Elaboración de Directrices (por su nombre en inglés)
GRADE	Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (sigla en inglés de *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)
GREAT	prioridades de investigación, síntesis de la evidencia, aplicación de la evidencia y transferencia de conocimiento, basada en directrices (sigla en inglés de *Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge*)
HPP	hemorragia posparto
HRP	Programa Especial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana
IC	intervalo de confianza
ICM	Confederación Internacional de Matronas (por la sigla en inglés de *International Confederation of Midwives*)
IM	intramuscular
IV	intravenoso
LOEA	lesión obstétrica de esfínter anal
MCA	Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (en la OMS)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
OR	razón de posibilidades (*odds ratio*)
PCG	Grupo de embarazo y parto (de la Colaboración Cochrane)
PIA	países de ingresos altos
PIBM	países de ingresos bajos y medianos

PICO	población (P), intervención (I), comparador (C), resultado (*outcome*) (O)
PMNCH	Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño
RAP	resultado adverso del parto
RCOG	Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos
RHR	Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (en la OMS)
RR	razón de riesgo (riesgo relativo)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPDPIS	unidad de partos dirigida por partera *in situ*
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen de orientación

Introducción

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del parto es crítico para la sobrevida de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbimortalidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades), y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran), sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida.

A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de "normalidad" en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos.

Esta directriz aborda estos problemas e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto, y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés.

La directriz reconoce una "experiencia de parto positiva" como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas.

Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, al ser parte de un conjunto de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas para ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos. La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés mediante un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.

Público destinatario

Las recomendaciones de esta directriz tienen por objeto informar sobre el desarrollo de políticas de salud y protocolos clínicos pertinentes a nivel nacional y local. Por lo tanto, los principales destinatarios de la presente directriz son los responsables de la formulación de políticas de salud pública a nivel nacional y local, los responsables de la implementación y la administración de programas de salud maternos e infantiles, los administradores de centros de atención de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las sociedades de profesionales que participan en la planificación y administración de los servicios de salud maternos e infantiles, los profesionales sanitarios (incluidos enfermeros, parteras, médicos de cabecera y obstetras) y el personal académico encargado de capacitar a los profesionales sanitarios.

Métodos de elaboración de directrices

El término "embarazada sana" se utiliza a lo largo de esta directriz para describir a las embarazadas adultas y adolescentes que no presentan ningún factor de riesgo identificado para ellas o sus bebés, y que aparentemente son saludables. La directriz se desarrolló mediante procedimientos operativos estándar de acuerdo con el proceso

descrito en el *Manual para la elaboración de directrices* de la OMS. En resumen, estos procedimientos incluyen: a) definición de las preguntas clave y los resultados críticos, b) obtención de pruebas científicas, c) evaluación y síntesis de las pruebas, d) formulación de recomendaciones y e) planificación de la divulgación, implementación, evaluación de impacto y actualización de las directrices. La calidad de las pruebas científicas que sustentan las recomendaciones se valoró mediante la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE) y la herramienta que permite valorar el grado de certidumbre de las pruebas científicas de investigaciones cualitativas (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research, CERQual), para las pruebas científicas cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Se utilizaron revisiones sistemáticas actualizadas para elaborar los perfiles de pruebas científicas para cuestiones prioritarias. Se utilizó el marco de paso de la Evidencia a la toma de Decisiones (EtD) de GRADE, una herramienta para pasar de las pruebas científicas a la toma de decisiones que incluye criterios de los efectos de la intervención, valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad, con el fin de orientar la formulación de las recomendaciones a través del Grupo de Elaboración de Directrices (GDG), un grupo de expertos internacionales conformado con el objetivo de desarrollar esta directriz, en dos consultas técnicas en mayo y septiembre de 2017. Además, se identificaron sistemáticamente las recomendaciones pertinentes de las directrices existentes de la OMS, aprobadas por el Comité de Examen de Directrices, y se incorporaron en esta directriz con el objetivo de elaborar un documento integral destinado a los usuarios finales.

Recomendaciones

Las consultas técnicas de la OMS resultaron en 56 recomendaciones para los cuidados durante el parto: 26 son recomendaciones nuevas y 30 son recomendaciones incorporadas a partir de las directrices existentes de la OMS. Las recomendaciones se presentan de acuerdo con el contexto de cuidados durante el parto para el cual son relevantes, es decir, la atención durante todo el trabajo de parto y el parto, durante el período de dilatación, durante el período expulsivo, durante el alumbramiento, la atención inmediata del recién nacido y la atención inmediata de la mujer después del parto. De acuerdo a las evaluaciones de los criterios EtD de GRADE, los cuales informaron la dirección y, en algunos casos, el contexto específico de la recomendación, el GDG clasificó cada recomendación en una de las siguientes categorías que se definen a continuación:

- **Recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción se deberían implementar.
- **No recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción no se debería implementar.
- **Recomendado solo en contextos específicos:** esta categoría indica que la intervención u opción se aplica solo a la condición, entorno o población que se especifican en la recomendación, y se deberían implementar en estos contextos únicamente.
- **Recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas:** esta categoría indica que existen dudas importantes con respecto a la intervención u opción. En estos casos, la implementación se puede llevar a cabo a gran escala, siempre y cuando adopte en forma de investigación capaz de abordar las preguntas y dudas sin respuesta relacionadas tanto con la efectividad de la intervención u opción como con su aceptabilidad y viabilidad.

Con el fin de garantizar que cada recomendación se entienda y se aplique correctamente en la práctica, los expertos participantes incluyeron observaciones adicionales en los casos en los que fue necesario. En los casos en los que el GDG recomendó una intervención u opción en contextos específicos o solo en el contexto de la investigación rigurosa, se incluyeron más detalles sobre el contexto particular y sobre los asuntos clave que deben evaluarse, respectivamente. Los usuarios de la directriz deben consultar estas observaciones, las cuales se encuentran directamente a continuación de cada recomendación en la versión completa de la directriz. Las recomendaciones sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva se resumen en la tabla de la página siguiente.

En las consultas técnicas se discutieron las consideraciones de implementación para las recomendaciones individuales, y para la directriz en su conjunto. El GDG acordó que, para lograr una experiencia de parto positiva para las mujeres y sus bebés, las recomendaciones de esta directriz se deben implementar como un paquete de atención en todos los entornos, por profesionales de salud amables, competentes y motivados que trabajan en sitios con recursos físicos esenciales disponibles. Los sistemas de salud deben procurar implementar este modelo de cuidados durante el parto de la OMS (figura 1) para que todas las mujeres puedan acceder a la atención centrada en la mujer que deseen y necesiten, y proporcionar una base sólida para esta atención en virtud de un enfoque basado en los derechos humanos.

Los productos derivados de esta directriz incluirán herramientas de vigilancia del trabajo de parto para su aplicación en los diferentes niveles de atención. De acuerdo con el procedimiento para actualizar las directrices de salud materna y perinatal de la OMS, se empleará un proceso sistemático y continuo para identificar y salvar brechas en la evidencia científica después de la implementación de la directriz. Las recomendaciones se actualizarán si se identifica evidencia científica nueva (que podría afectar la evidencia actual de cualquiera de las recomendaciones). La OMS recibirá con agrado las propuestas sobre cuestiones adicionales que puedan presentarse, para su inclusión en futuras actualizaciones de las directrices.

Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento		
Atención respetuosa de la maternidad	1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.	Recomendado
Comunicación efectiva	2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.	Recomendado
Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.	Recomendado
Continuidad de la atención	4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras — consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto — se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.[a]	Recomendación específica en función del contexto
Período de dilatación		
Definición de las fases latente y activa del período de dilatación	5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación: — La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes. — El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.	Recomendado
Duración del período de dilatación	6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.	Recomendado
Progreso del período de dilatación	7. Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.	No recomendado
	8. Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.	No recomendado
	9. Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.	No recomendado

[a] Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva.

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Política de ingreso en la sala de preparto	10. En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de preparto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa.	Recomendación en función del contexto de investigación
Pelvimetría clínica en el ingreso	11. No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.	No recomendado
Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto	12. No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
	13. Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.	Recomendado
Rasurado púbico o perineal	14. No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.[a]	No recomendado
Enema en el ingreso	15. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.[b]	No recomendado
Tacto vaginal	16. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.[a]	Recomendado
Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	17. No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado
Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	18. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.	Recomendado
Anestesia peridural para el alivio del dolor	19. Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Opioides para el alivio del dolor	20. Los opioides de administración parenteral, como fenatilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	21. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena *(mindfulness)* y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	22. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.	Recomendado
Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto	23. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.[b]	No recomendado
Líquido y alimentos por vía oral	24. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.[b]	Recomendado
Movilidad y posición de la madre	25. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.[b]	Recomendado
Limpieza vaginal	26. No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina .[a]	No recomendado
Manejo activo del trabajo de parto	27. No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.[b]	No recomendado

[a] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados prenatales para una experiencia de embarazo positiva.*
[b] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto.*

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Amniotomía de rutina	28. No se recomienda el uso aislado de amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto.[a]	No recomendado
Amniotomía temprana y oxitocina	29. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxictocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.[a]	No recomendado
Oxitocina para mujeres con anestesia peridural	30. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.[a]	No recomendado
Antiespasmódicos	31. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.[a]	No recomendado
Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto	32. No se recomienda el uso de fluidos por vía intravenosa para abreviar la duración del trabajo de parto.[a]	No recomendado
Período expulsivo		
Definición y duración del período expulsivo	33. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo: — El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	34. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	35. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.	Recomendado
Método para pujar	36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.	Recomendado
Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	37. En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal.	Recomendación específica en función del contexto
	38. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.	Recomendado
Episiotomy policy	39. No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.	No recomendado
Fundal pressure	40. No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.	No recomendado

[a] Incorporada a partir de las Recomendaciones de la OMS para la estimulación del trabajo de parto

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Alumbramiento		
Uterotónicos profilácticos	41. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento.[a]	Recomendado
	42. La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).[a]	Recomendado
	43. En los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg).[a]	Recomendado
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	44. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.[b]	Recomendado
Tracción controlada del cordón (TCC)	45. En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.[a]	Recomendado
Masaje uterino	46. No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica.[a]	No recomendado
Atención del recién nacido		
Aspiración nasal u oral de rutina	47. En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz.[c]	No recomendado
Contacto piel con piel	48. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.[d]	Recomendado
Lactancia	49. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.[e]	Recomendado
Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica	50. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).[d]	Recomendado
Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido	51. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.[f]	Recomendado

[a] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.*
[b] Incorporada a partir de la *Guía de la OMS: pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.*
[c] Incorporada a partir de las *Directrices de la OMS sobre la reanimación básica de recién nacidos.*
[d] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes: pruebas científicas para la actualización técnica de las recomendaciones de la guía de bolsillo.*
[e] Incorporada a partir de las *Directrices de la OMS sobre la salud del recién nacidos.*
[f] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido.*

Opción de atención	Recomendación	Categoría de la recomendación
Atención de la mujer tras el nacimiento		
Evaluación del tono muscular del útero	52. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.[a]	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones	53. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones.[b]	No recomendado
Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía	54. No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía.[b]	No recomendado
Evaluación materna de rutina después del parto	55. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.[c]	Recomendado
Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones	56. Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.[c,d]	Recomendado

[a] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.*
[b] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de infecciones maternas en el periparto.*
[c] Incorporada a partir de las *Recomendaciones de la OMS para la atención posnatal de la madre y el recién nacido.*
[d] Para el recién nacido, esto incluye una evaluación inmediata al nacer, un examen clínico completo alrededor de una hora después del nacimiento y antes del alta

1. Antecedentes

A nivel mundial, cada año se dan aproximadamente 140 millones de nacimientos *(1)*. La mayoría de ellos se producen por parto vaginal en embarazadas en las que no se han identificado factores de riesgo de complicaciones para ellas ni para sus bebés, al iniciarse el trabajo de parto *(2, 3)*. Sin embargo, en las situaciones en las que surgen complicaciones durante el trabajo de parto, el riesgo de morbilidad grave y de mortalidad aumenta, tanto para la mujer como para el bebé. Alrededor de una tercera parte de las muertes maternas y un porcentaje considerable de los trastornos potencialmente mortales relacionados con el embarazo se atribuyen a complicaciones aparecidas durante el trabajo de parto, el parto o el período puerperal inmediato, a menudo como resultado de una hemorragia, detención del trabajo de parto o septicemia *(4, 5)*. De manera análoga, aproximadamente la mitad de los casos de mortinatalidad y una cuarta parte de las muertes de recién nacidos son consecuencia de complicaciones surgidas durante el trabajo de parto y el parto *(6)*. La carga de mortalidad materna y perinatal es desproporcionadamente elevada en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) en comparación con lo que sucede en los países de ingresos altos (PIA). Por consiguiente, se ha determinado que la mejora de la calidad de la atención en el período del nacimiento, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, es la estrategia que tiene mayor repercusión para reducir la mortinatalidad, y las muertes maternas y de recién nacidos, en comparación con lo que aportan las estrategias de atención prenatales o posteriores al parto *(7)*.

Durante los dos últimos decenios, se ha alentado a las mujeres a que den a luz en los centros de atención de salud para garantizar su acceso a profesionales de la salud capacitados y la posibilidad de una derivación oportuna si surge la necesidad de una atención adicional. Sin embargo, el hecho de poder acceder a una atención del trabajo de parto y el parto en centros de atención de salud no permite garantizar una atención de buena calidad. En muchos entornos de centros de salud a nivel mundial se dan con frecuencia una atención poco respetuosa y un trato poco digno, en especial para los grupos poblacionales más desfavorecidos, lo que no solo vulnera sus derechos humanos, sino que constituye también un obstáculo importante para poder acceder a servicios de atención durante el parto *(8)*. Además, el modelo predominante de la atención durante el parto en muchas partes del mundo, que permite al prestador de atención de salud controlar el proceso del parto, puede exponer a embarazadas aparentemente sanas a intervenciones médicas innecesarias que interfieren con el proceso fisiológico del parto.

Los estudios realizados han mostrado que a un porcentaje considerable de embarazadas sanas se les practica como mínimo una intervención clínica durante el trabajo de parto y el parto, como las de inducción del trabajo de parto, aceleración con oxitocina, cesárea, parto vaginal instrumental o episiotomía *(9, 10)*. Además, a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto se les continúan aplicando intervenciones ineficaces e intervenciones de rutina que pueden ser perjudiciales, como las de rasurado perineal, enemas, amniotomía, líquidos intravenosos, fármacos antiespasmódicos y antibióticos para partos vaginales sin complicaciones *(11)*. Este enfoque intervencionista no es suficientemente sensible a las necesidades personales, valores y preferencias de la mujer (y de su familia), y puede debilitar su propia capacidad durante el parto y tener efectos negativos en su experiencia de parto *(11)*. Además, el uso cuestionable de tecnologías en entornos con recursos abundantes, aun cuando los beneficios clínicos estén poco claros, ha hecho aun más profunda la brecha de equidad para las embarazadas y los recién nacidos en los grupos poblacionales desfavorecidos.

Según se destaca en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la calidad de atención a las embarazadas durante el parto, la experiencia de la atención recibida es tan importante como la prestación de los cuidados clínicos para alcanzar los resultados centrados en la persona deseados *(12)*. Sin embargo, las prácticas no clínicas durante el parto, como el aporte de un apoyo emocional mediante el acompañamiento en el trabajo de parto, la comunicación efectiva y la atención respetuosa, que pueden tener un costo de aplicación bajo, no se consideran prioritarias en muchos entornos. De manera análoga, se omite de manera habitual la presentación de opciones de parto que respeten los valores de las mujeres y fomenten su capacidad de elección durante el período de dilatación y el período expulsivo. Estos aspectos no clínicos del trabajo de parto y la atención del parto son componentes esenciales de la experiencia de atención recibida que deben complementar cualquier intervención clínica necesaria para optimizar la calidad de la atención prestada a la mujer y su familia.

En el contexto de una escasez de profesionales de la salud capacitados en los entornos de recursos escasos, la medicalización del parto normal puede sobrecargar al personal de salud de primera línea, con lo que la calidad de la atención prestada durante el parto y los resultados del parto serán deficientes. Por consiguiente, es importante que las intervenciones clínicas durante el parto se ejecuten tan solo cuando haya evidencia clara que indique que pueden mejorar los resultados y reducir al mínimo los posibles daños *(13)*.

Para supervisar con seguridad el trabajo de parto y el parto en cualquier entorno, es esencial una comprensión clara de lo que constituye el inicio y la progresión del trabajo de parto normal. Sin embargo, no hay un consenso respecto a las definiciones de inicio y duración de las diferentes fases y etapas del trabajo de parto "normal" *(14)*. El uso ordinario del partograma ha sido promovido ampliamente por la OMS; sin embargo, en el último decenio se ha puesto en duda la validez de los componentes más importantes de su cervicograma, las líneas de alerta y de actuación, puesto que los resultados de varios estudios sugieren que, en realidad, el trabajo de parto puede ser más lento que lo establecido en los límites propuestos en los años cincuenta *(15-18)*, en los que se basan estas líneas. La pregunta de si el diseño de los aparatos de cervicografía actuales permite identificar con seguridad y de manera inequívoca a las mujeres sanas en trabajo de parto en las que hay un riesgo de un resultado adverso ha pasado a ser crucial para la orientación clínica sobre la atención durante el parto y se ha hecho necesaria una consideración cuidadosa de la evidencia científica que respalda su uso.

Esta directriz actualizada, integral y unificada sobre la atención durante el parto en las embarazadas sanas y sus bebés reúne recomendaciones de la OMS nuevas y ya existentes que, al ser aplicadas como un conjunto global de atención, garantizarán una buena calidad y una atención basada en la evidencia en los entornos de todos los países. Además de establecer las prácticas clínicas y no clínicas esenciales que apoyan una experiencia de parto positiva, la directriz destaca las prácticas de atención durante el parto no basadas en la evidencia e innecesarias, que pueden ser perjudiciales y debilitar las capacidades de parto innatas de las mujeres, a la vez que desperdician los recursos y reducen la equidad.

1.1 Público destinatario

El público destinatario principal de esta directriz son los profesionales de la salud que son responsables de la elaboración de los protocolos de salud nacionales y locales, y los que prestan directamente atención a las embarazadas y sus recién nacidos en todos los entornos. Ello incluye a parteras, enfermeras, médicos generales, obstetras y administradores de programas de salud maternoinfantil. La directriz también será de interés para las sociedades profesionales involucradas en la atención a las embarazadas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) dedicadas a la promoción de la atención médica de la madre centrada en la mujer y los ejecutores de los programas de salud maternoinfantil.

1.2 Alcance de la directriz

Esta directriz se centra en la atención a todas las embarazadas sanas y sus bebés durante el trabajo de parto y el parto en cualquier entorno de atención de salud. Partiendo de la premisa de que todas las mujeres deben recibir una atención de alta calidad durante el parto, la directriz incluye prácticas que son esenciales para la atención a todas las embarazadas, independientemente de su riesgo. Para los fines de esta directriz, se utiliza el término "embarazadas sanas" para describir a las mujeres y adolescentes embarazadas en las que no se ha identificado ningún factor de riesgo para ellas mismas ni para sus bebés y que, por lo demás, parecen estar sanas. El manejo de las embarazadas en las que se producen complicaciones del trabajo de parto y el de los embarazos de alto riesgo que requieren una atención especializada durante el parto queda fuera del ámbito de esta directriz. Por consiguiente, la directriz es complementaria de la guía de orientación de la OMS ya existente *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: una guía para parteras y médicos (19)*.

Las cuestiones y los resultados prioritarios que guiaron la síntesis de la evidencia y la toma de decisiones para esta directriz figuran en la lista del anexo 1. Abarcan la atención esencial que debe prestarse en todo trabajo de parto y parto y las intervenciones específicas para el período de dilatación y el período expulsivo del parto. Las cuestiones y resultados prioritarios en cuanto a las recomendaciones de la OMS ya existentes que se han integrado en esta directriz, incluidas las relativas al período de alumbramiento y la atención de la mujer y el recién nacido después del nacimiento, pueden consultarse en las directrices respectivas de las que se han extraído.

2. Métodos

Este documento pone de manifiesto el apoyo normativo de la OMS al uso de políticas y prácticas fundamentadas en la evidencia científica en todos los países. Se elaboró usando los procedimientos normalizados de trabajo descritos en el *Manual de la OMS para la elaboración de directrices (20)*. De forma resumida, el proceso incluía: a) la identificación de las cuestiones y los resultados prioritarios; b) la obtención de la evidencia científica; c) la evaluación y síntesis de la evidencia; d) la formulación de las recomendaciones, y e) la planificación de la difusión, ejecución y evaluación de las repercusiones, y la actualización de la directriz.

2.1 Grupo Consultivo de la OMS

El Grupo Consultivo de la OMS, formado por funcionarios del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS (RHR) y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (MCA) de la OMS, del Grupo Familia, Mujeres, Niños y Adolescentes (FWC), supervisó el proceso de elaboración de la directriz. El Grupo Consultivo preparó la propuesta inicial sobre el alcance de la directriz, identificó las cuestiones y los resultados prioritarios, elaboró la propuesta de planificación de la directriz e identificó los equipos de revisión sistemática, los metodólogos de la directriz y los miembros del Grupo de Elaboración de Directrices (GDG). Además, el Grupo Consultivo supervisó la obtención, evaluación y síntesis de la evidencia; organizó las reuniones del GDG (consultas técnicas), preparó los proyectos de recomendaciones para que fueran examinadas por el GDG, elaboró el documento final de la directriz y gestionó su publicación y difusión. Los miembros del Grupo Consultivo figuran en la lista en el anexo 2.

2.2 Grupo de Elaboración de Directrices

El Grupo Consultivo de la OMS identificó a 18 expertos e interesados directos externos de las seis regiones de la OMS para constituir el GDG. Fue un grupo diverso de personas con experiencia en investigación, práctica clínica, política y programas, y métodos de formulación de directrices en relación con las prácticas de atención durante el parto y la prestación de los servicios, además de dos representantes de los pacientes/consumidores. La selección de los miembros se realizó de un modo que asegurara la representación geográfica y el equilibrio de géneros, así como la inexistencia de conflictos de intereses importantes (véase el apartado 2.13). Se publicó una breve biografía de los miembros del GDG en la página web del departamento de RHR de la OMS para que fuera objeto de examen público y comentarios antes de la primera reunión del GDG.

Algunos de los miembros de este grupo participaron en una reunión de determinación del alcance de la directriz celebrada en abril del 2016, e hicieron aportaciones a la versión definitiva de las cuestiones y los resultados prioritarios que guiaron el examen de la evidencia. El GDG examinó e interpretó la evidencia y formuló las recomendaciones finales en dos reuniones presenciales en mayo y septiembre del 2017. El grupo examinó y aprobó también el documento final de la directriz. La lista de los miembros del GDG puede consultarse en el anexo 2.

2.3 Grupo de Revisión Externo

Este grupo lo formaron seis expertos técnicos e interesados directos con un interés en la prestación de la atención durante el parto basada en la evidencia. El grupo fue geográficamente representativo y mantuvo el equilibrio de géneros; sus miembros no tenían conflictos de intereses importantes (véase el apartado 2.13). El Grupo de Revisión Externa (ERG) llevó a cabo la revisión externa del documento final de la directriz para identificar cualquier posible error objetivo y aportar observaciones sobre la claridad idiomática, cuestiones de contexto y consecuencias de cara a la aplicación. El ERG aseguró que los procesos decisorios de la directriz tuvieran en cuenta e incorporaran los valores y preferencias contextuales de las personas afectadas por las recomendaciones, incluidas las mujeres y adolescentes embarazadas, los profesionales de la salud y las instancias normativas. El encargo realizado a este grupo no incluyó cambiar las recomendaciones formuladas por el GDG. Los miembros del ERG figuran en la lista en el anexo 2.

2.4 Grupo de Trabajo Técnico

El Grupo de Trabajo Técnico lo formaron los metodólogos de la directriz y los equipos de revisión sistemática. Un asesor independiente de Evidence-Based Medicine Consultancy Ltd. de Bath (Reino Unido) y técnicos del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) de Rosario (Argentina) fueron los metodólogos de la directriz. En lo que respecta a la evidencia cuantitativa sobre los efectos de las diferentes intervenciones priorizadas, el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (PCG) participó en la determinación del alcance de las cuestiones prioritarias de la directriz y supervisó la actualización de las revisiones sistemáticas pertinentes siguiendo los procesos ordinarios de la Colaboración Cochrane. Los metodólogos del CREP evaluaron la evidencia procedente de estas revisiones sistemáticas usando la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones *(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (GRADE) (21)*.

En aquello en lo que no había ninguna revisión sistemática apropiada (Cochrane o no Cochrane) para cuestiones prioritarias y otras consideraciones de interés para los dominios del marco de evidencia para la toma de decisión (EtD) de GRADE, se

llevaron a cabo nuevas revisiones sistemáticas de estudios cuantitativos o cualitativos a cargo de expertos del CREP de Argentina y de la Universidad del Centro de Lancashire y el King's College de Londres (Reino Unido) en colaboración con el Grupo Consultivo de la OMS.

El Grupo Consultivo colaboró estrechamente con los miembros del Grupo de Trabajo Técnico para analizar la evidencia y elaborar los marcos de EtD de GRADE. Los miembros del Grupo de Trabajo Técnico se indican en la lista que se encuentra en el anexo 2.

2.5 Asociados y observadores externos

Se invitó a asistir personalmente a la reunión final del GDG de septiembre del 2017 a representantes de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), para que actuaran como observadores (véase el anexo 2). Estas organizaciones son posibles ejecutores de la directriz que cuentan con un historial de colaboración con los departamentos de RHR y de MCA de la OMS en la difusión y aplicación de directrices.

2.6 Identificación de cuestiones y resultados prioritarios

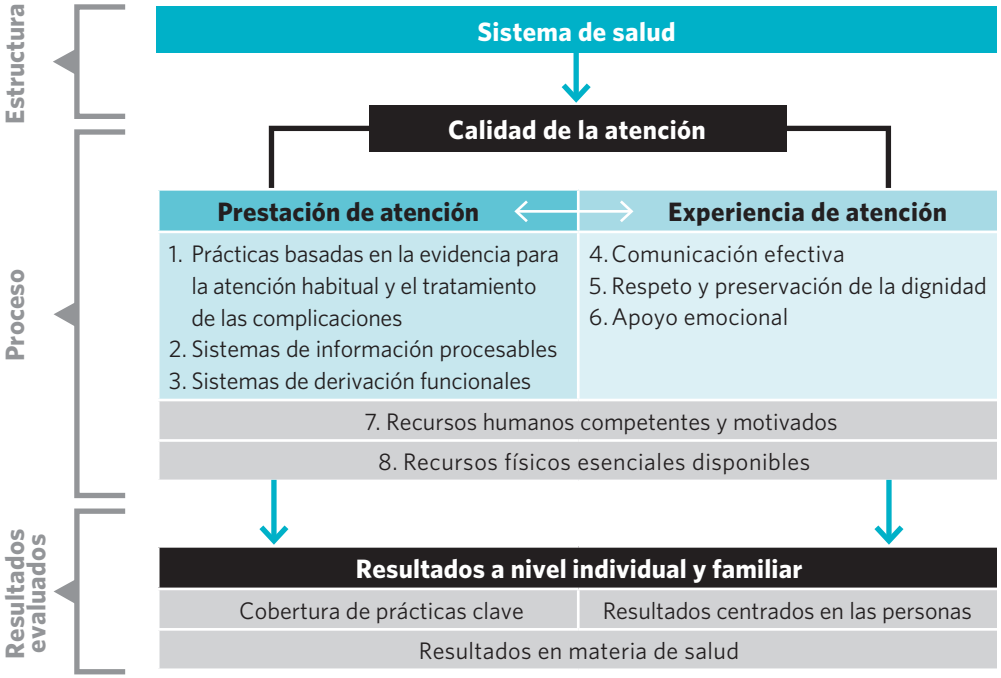
El Grupo Consultivo de la OMS, en consulta con los equipos de revisión sistemática, los metodólogos de la directriz y algunos de los miembros del GDG, elaboró la propuesta de cuestiones prioritarias para esta directriz. Para formular estas preguntas, en enero del 2016 se inició una labor rigurosa de determinación del alcance para identificar y describir la situación de las prácticas clínicas, las intervenciones y los resultados en materia de salud relacionados con la atención durante el parto. En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica para la determinación del alcance con objeto de definir la población de interés para la directriz y explorar lo que constituye el trabajo de parto y parto "normal" en la práctica clínica en los diversos contextos, utilizando para ello una búsqueda en las bases de datos de PubMed y de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). A continuación, se llevó a cabo una búsqueda de bibliografía preliminar de directrices clínicas y revisiones sistemáticas clave ya existentes respecto a las intervenciones durante el parto, usando las siguientes fuentes: Base de Datos de Revisiones Sistemáticas Cochrane, LILACS, Centro de Distribución de Información de Directrices Nacional (National Guidelines Clearinghouse), PubMed y páginas web de sociedades profesionales (incluidas la FIGO, el Consejo y Colegio Europeos de Obstetricia y Ginecología [European Board & College of Obstetrics and Gynaecology] [EBCOG], el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos [American College of Obstetricians and Gynecologists] [ACOG], el RCOG, el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelandia [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] [RANZCOG] y la ICM) y organismos de salud (incluido el Instituto Nacional de Salud y Excelencia en la Atención [Institute for Health and Care Excellence] [NICE] del Reino Unido, la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud [AHRQ] del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y el Instituto para el Mejoramiento de Sistemas Clínicos [Institute for Clinical Systems Improvement] [ICSI], que se encuentra en los Estados Unidos de América).

Con ello se identificaron cerca de 140 intervenciones potenciales que podrían aplicarse durante el parto, comenzando antes del ingreso en la sala de preparto y llegando hasta el período puerperal inmediato. A continuación, se clasificaron las intervenciones según el marco de calidad de la atención de la OMS para la salud de la madre y el recién nacido (figura 2.1) *(12)*, con objeto de asegurar que las recomendaciones subsiguientes correspondieran a los dominios de la calidad de la atención durante el parto en lo que respecta a la prestación de la atención y la experiencia vivida con ella.

La labor de determinación del alcance sirvió también de base para la elección de los posibles resultados a evaluar en la directriz, en especial mediante el examen de los parámetros de valoración utilizados en las Revisiones Sistemáticas Cochrane en relación con las intervenciones de atención durante el parto. Para priorizar los resultados, se invitó a un total de 44 expertos e interesados directos internacionales en el campo de la salud maternoinfantil, incluidos los que posteriormente participaron en una reunión de determinación del alcance de directrices, a que clasificaran los posibles parámetros de valoración identificados mediante el ejercicio anterior, usando una encuesta electrónica. Los participantes en la encuesta clasificaron la importancia relativa de los parámetros en una escala de 9 puntos que iba de 1 (no importante) a 9 (fundamental). Usando todas las respuestas, se calculó la mediana de puntuación para cada parámetro y se identificaron un conjunto de parámetros que son "fundamentales" (mediana de puntuación ≥ 7) e "importantes pero no fundamentales" (mediana de puntuación de 4-6) como base para la toma de decisiones acerca de las recomendaciones.

Basándose en estos pasos iniciales, el Grupo Consultivo de la OMS elaboró un marco para el examen en una reunión de determinación del alcance de la directriz, celebrada en Ginebra en abril del 2016; el objetivo de la reunión fue priorizar las preguntas a incluir en la directriz y definir el alcance de esta en cuanto al enfoque, la población de interés, las intervenciones y los resultados a evaluar. En esta reunión, se decidió que el alcance de esta directriz debía priorizar las intervenciones esenciales que pueden aplicarse en entornos de ingresos bajos, medianos y altos, y que debía ser aplicable a todas las embarazadas, independientemente de su grado de riesgo ("bajo" o "alto") al comienzo del trabajo

Figura 2.1 Marco de calidad de la atención de la OMS para la salud de la madre y el recién nacido



de parto. Las intervenciones en el trabajo de parto sumamente especializadas para el tratamiento de complicaciones como la distocia en el trabajo de parto, el sufrimiento fetal y la tinción de meconio se consideraron fuera del ámbito de esta directriz.

Las áreas temáticas clave para la atención esencial durante el parto se abordaron considerando las intervenciones que están incluidas ya en las directrices existentes de la OMS. Teniendo en cuenta los recursos disponibles, el grupo estuvo de acuerdo en limitar el alcance de las preguntas priorizadas a aquellas que no hubieran sido abordadas ya por las directrices existentes de la OMS, junto con la decisión de que las recomendaciones existentes (que se hubieran elaborado con los procedimientos normales de la OMS) se integrarían en el documento final de la directriz. Sin embargo, se exceptuó de ello la asignación de prioridad de la pregunta relacionada con el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, respecto a lo cual se encontraron varios ensayos clínicos nuevos posteriores a la publicación de la revisión de apoyo Cochrane *(22)*.

Al establecer el enfoque de la directriz, el proceso de determinación del alcance destacó la necesidad de identificar intervenciones y resultados a evaluar centrados en las mujeres para la atención durante el parto. Con este fin, se realizó una revisión sistemática cualitativa para averiguar lo que las mujeres desean, necesitan y valoran durante el parto *(23)*. Los resultados de este examen indicaron que el resultado principal para todas las embarazadas durante el parto es tener una "experiencia de parto positiva" (tal como se define en el recuadro 2.1).

Tomando como base la labor de priorización de los resultados que se ha descrito antes y los comentarios realizados en la reunión de determinación del alcance, se priorizaron un conjunto de resultados que se consideraron fundamentales e importantes para las mujeres (y sus familias) en el período del parto. Sin embargo, dadas las importantes diferencias existentes entre los tipos de intervenciones priorizadas y la variedad de posibles resultados a evaluar, y teniendo en cuenta aquello que importa a las mujeres embarazadas durante el trabajo de parto, estos parámetros de valoración del resultado se priorizaron con mayor detalle por separado para las diversas preguntas de la directriz. Basándose en la información aportada por la revisión cualitativa de las opiniones de las mujeres, la lista de resultados a evaluar se complementó con la de la "experiencia de parto materna" (que incluye la satisfacción materna respecto a la atención recibida, la evaluación de la salud mental y psicológica de la mujer, su valoración de la experiencia de parto y su percepción de

RECUADRO 2.1

Experiencia de parto positiva

Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos, y en continuidad con un apoyo práctico y emocional por parte del acompañante o acompañantes durante el parto, así como un personal clínico amable y técnicamente competente. La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones, aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas.

Cuadro 2.1 Líneas de trabajo para la directriz de atención durante el parto de la OMS

Líneas de trabajo	Metodología	Evaluación de la evidencia
Definiciones y duración del período de dilatación y el período expulsivo del trabajo de parto; patrones de progreso normal del trabajo de parto	Revisiones sistemáticas de estudios de observación	GRADE modificado
Exactitud de prueba diagnóstica (DTA) del umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm/hora	Exámenes de la exactitud diagnóstica	GRADE
Efectos de cada una de las intervenciones para las prácticas clínicas y no clínicas desde el ingreso en la sala de dilatación hasta el nacimiento	Revisiones sistemáticas de estudios de eficacia	GRADE
Dominios relativos a las mujeres y el personal de maternidad en cuanto a valores, aceptabilidad, viabilidad de la aplicación de prácticas y cuestiones de equidad en relación con la atención durante el parto	Síntesis de la evidencia cualitativa; revisiones de métodos mixtos	GRADE-CERQual; GRADE
Consecuencias en cuanto a recursos para cada una de las intervenciones	Revisiones sistemáticas o estudios aislados	Según corresponda

CERQual: Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research *(25)*; GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation *(21)*

control) con objeto de reflejar la percepción de las mujeres respecto a la calidad de la atención en todas las intervenciones priorizadas. Para las preguntas relativas a las definiciones y la duración de las fases y etapas del trabajo de parto y la utilidad diagnóstica de un umbral de dilatación del cuello uterino de 1 cm/hora, los resultados evaluados incluyen las características y la duración de las fases del trabajo de parto y la sensibilidad y especificidad de los umbrales de las pruebas, respectivamente.

En resumen, esta determinación del alcance y proceso de consulta condujo a la identificación de las preguntas y los resultados a evaluar prioritarios que tienen interés en cuanto a la eficacia de las prácticas clínicas y no clínicas encaminadas a alcanzar una experiencia de parto positiva, lo cual incluye una madre sana y un bebé sano. Estas cuestiones y resultados a evaluar se enumeran en el anexo 1.

2.7 Integración de recomendaciones de directrices de la OMS ya publicadas

Con objeto de armonizar y consolidar todas las recomendaciones que son pertinentes para la atención de las embarazadas sanas y sus bebés recién nacidos en un único documento, se identificaron e integraron en esta directriz las recomendaciones de la OMS ya existentes que se referían a la atención esencial durante el parto. Solo se incluyeron las recomendaciones publicadas del 2012 en adelante en otras directrices de la OMS aprobadas por el Comité de Examen de Directrices. Estas recomendaciones integradas abarcan otros componentes fundamentales de la atención durante el parto a cuyas preguntas no se les asignó prioridad. Ello incluye el alumbramiento, la atención del recién nacido inmediatamente después del nacimiento y la atención de la mujer después del nacimiento. Las recomendaciones y sus correspondientes comentarios procedentes de directrices previas se han integrado sin ninguna modificación, ya que se considera que continúan siendo válidos.

2.8 Centro de interés y enfoque

Esta directriz se centra en las prácticas de atención esenciales durante el parto que todas las mujeres y adolescentes embarazadas deben recibir para facilitar una experiencia de parto positiva. Con objeto de facilitar a los encargados de adoptar las decisiones el examen de una amplia variedad de factores en relación con cada intervención u opción evaluada, se utilizó la herramienta del marco de EtD del GRADE, que incluye los siguientes dominios: efectos (beneficiosos y nocivos), valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad *(24)*. El trabajo preparatorio para la directriz se organizó en cinco líneas para sintetizar y examinar la evidencia existente en los diversos dominios del marco de EtD (cuadro 2.1).

2.9 Identificación y obtención de la evidencia

La evidencia utilizada para apoyar esta directriz fue obtenida de varias fuentes por los equipos de revisión sistemática y los metodólogos que trabajaron en colaboración con el Grupo Consultivo de la OMS. La evidencia sobre los efectos procedió principalmente de las Revisiones Sistemáticas Cochrane de ensayos controlados y aleatorizados (ECA). El Grupo Consultivo, en colaboración con el PCG Cochrane y los metodólogos del CREP, identificó en primer lugar todas las Revisiones Sistemáticas Cochrane pertinentes que abordaban las preguntas priorizadas. Las Revisiones Sistemáticas Cochrane se basaron en estudios identificados en búsquedas del Registro de Ensayos del PCG Cochrane.[1] En los casos en los que se identificó que las revisiones Cochrane estaban anticuadas, se invitó a sus autores a que las

[1] El Registro de Ensayos Clínicos del Grupo de Embarazo y Parto (PCG) Cochrane está bajo la responsabilidad del coordinador de Búsqueda de Ensayos Clínicos del PCG Cochrane e incluye los ensayos identificados a partir de: búsquedas mensuales en el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL); búsquedas semanales en MEDLINE; búsquedas semanales en Embase; búsquedas manuales en 30 revistas y actas de los principales congresos; alertas semanales de "conocimimiento actual" de otras 44 revistas, y alertas mensuales por correo electrónico de BioMed. Para más información, véase: http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-and-childbirth-groups-trials-register

actualizaran siguiendo el proceso normal del PCG Cochrane y con el apoyo del personal del PCG Cochrane.

En los casos en los que no se identificó ninguna revisión sistemática para una cuestión prioritaria, se encargó la realización de una nueva revisión sistemática a expertos externos. Se pidió a los expertos externos que prepararan un protocolo estandarizado antes de emprender la realización de la revisión; dicho protocolo incluía: una pregunta PICO (población, intervención, comparador, resultado) clara; criterios para la identificación de los estudios, incluidas las estrategias de búsqueda en diferentes bases de datos bibliográficas; métodos para evaluar el riesgo de sesgo, y un plan de análisis de los datos. El protocolo fue examinado y avalado por el Grupo Consultivo y los expertos en el tema en cuestión seleccionados de entre los miembros del GDG. Todo el proceso de desarrollo de revisiones sistemáticas fue iterativo, con una comunicación constante de los metodólogos con el Grupo Consultivo para comentar las dificultades y acordar soluciones.

Las revisiones cualitativas se centraron en lo siguiente: qué es importante para las mujeres y los profesionales de la salud en lo que respecta a la atención durante el parto; opiniones de los profesionales de la salud sobre los obstáculos y los elementos que facilitan la adopción y aplicación de las intervenciones de atención durante el parto; aceptabilidad de las prácticas para las mujeres y los profesionales de la salud; viabilidad de aplicación de las intervenciones; valor que atribuyen las mujeres y otros interesados directos a la forma en la que una intervención repercute en los resultados evaluados, y percepciones generales o específicas respecto a la equidad en relación con las intervenciones priorizadas *(26)*. Se obtuvo, además, la evidencia cualitativa relativa al acompañamiento durante el trabajo de parto y la atención respetuosa de la maternidad (ARM) a partir de dos revisiones sistemáticas cualitativas que abordaban específicamente estos asuntos *(27, 28)*. Para fundamentar la cuestión de la comunicación efectiva por parte de los profesionales de la salud, se llevó a cabo una nueva revisión con métodos mixtos. Las estrategias de búsqueda para la identificación y obtención de la evidencia para estas revisiones pueden consultarse en las respectivas publicaciones.

La evidencia respecto a la relación costo-efectividad se identificó mediante una revisión sistemática de la literatura publicada entre el 1 de enero de 1996 y el 20 de febrero del 2017, usando la base de datos electrónica de MEDLINE. Se obtuvo la evidencia sobre costos en general y sobre la relación costo-efectividad de cada una de las intervenciones específicas durante el parto, como el monitoreo fetal, la pelvimetría clínica, la comunicación, el acompañamiento, las posturas para el parto, la episiotomía y los métodos de alivio del dolor. Se utilizó la función de "artículos relacionados" de PubMed para identificar otros estudios pertinentes.

2.10 Evaluación de la calidad y clasificación de la evidencia

Evaluación de la calidad de los estudios primarios incluidos en las revisiones

La evaluación de la calidad de los diversos estudios incluidos en las revisiones Cochrane sigue un método específico y explícito de evaluación del riesgo de sesgo con el empleo de seis criterios ordinarios descritos en el manual Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones *(29)*. Cada estudio incluido es evaluado y puntuado por los revisores respecto a si presenta un riesgo bajo, alto o poco claro de sesgo en cuanto a la generación de la secuencia, la ocultación de la asignación, el enmascaramiento del personal del estudio y los participantes, las pérdidas de participantes, la notificación selectiva u otras fuentes de sesgo, como el sesgo de publicación. La evaluación en estos dominios proporciona una evaluación global del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos, que indica la magnitud y el sentido probables del sesgo y cuál es la probabilidad de que repercuta en los resultados de la revisión. Para las nuevas revisiones sistemáticas sobre la efectividad de las intervenciones, que fueron encargadas por el Grupo Consultivo de la OMS, se evaluó en cada uno de los estudios incluidos el riesgo de sesgo según la metodología de la revisión Cochrane.

En los estudios identificados para las revisiones cualitativas, se aplicó un sistema de evaluación de la calidad sencillo con el empleo de un instrumento validado que permitía puntuar los estudios respecto a 11 criterios predefinidos y les asignaba luego una puntuación comprendida entre A y D, en la que la D indica la presencia de defectos importantes que es muy probable que afecten a la credibilidad, transferibilidad, confiabilidad o posibilidad de confirmación del estudio. Los estudios valorados como D fueron excluidos debido a la baja calidad *(30)*.

Evaluación de la calidad de la evidencia de las revisiones

Se utilizó el método GRADE de evaluación de la calidad de la evidencia cuantitativa *(21)* para todos los resultados fundamentales identificados en las preguntas PICO, y se elaboró un perfil de evidencia GRADE para cada una de las cuestiones priorizadas. En consecuencia, la certidumbre de la evidencia correspondiente a cada uno de los resultados a evaluar se clasificó como "alta", "moderada", "baja" o "muy baja", basándose en una serie de criterios. A los ECA se les asignó, en principio, una evidencia de certidumbre alta, mientras que se consideró que los ensayos no aleatorizados y los estudios de observación proporcionan una evidencia de certidumbre baja. Esta evaluación inicial de la calidad se redujo luego en función de las limitaciones identificadas en el diseño del estudio (riesgo de sesgo), la incongruencia, la imprecisión, el carácter indirecto y el sesgo de publicación. En el caso de los estudios de observación, había también otras consideraciones, como la

magnitud del efecto, que podían comportar una mejora en la clasificación si no había ninguna limitación que implicara la necesidad de disminuirla. Los equipos de revisión sistemática y los metodólogos del CREP clasificaron la evidencia de las revisiones cuantitativas según los procedimientos normalizados de trabajo aprobados por el Grupo Consultivo de la OMS.

Se evaluó la calidad de las revisiones cualitativas con el empleo de la herramienta GRADE-CERQual (grado de certidumbre de la evidencia derivada de investigaciones cualitativas [Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research]) *(25)*. Dicha herramienta, que emplea un enfoque conceptualmente similar al de otras herramientas de GRADE, proporciona un método transparente para evaluar y asignar el nivel de confianza que puede darse a la evidencia obtenida en revisiones de la investigación cualitativa. El equipo de revisiones sistemáticas usó la herramienta GRADE-CERQual para evaluar la confianza atribuible a los resultados de la revisión cualitativa, mediante la asignación de un nivel de confianza a los dominios de la evidencia relativos a valores, aceptabilidad y viabilidad, con el empleo de cuatro componentes: limitaciones metodológicas de cada uno de los estudios, disponibilidad de datos suficientes, coherencia y pertinencia respecto al tema de la revisión de cada uno de los estudios considerados para obtener los resultados de la revisión.

2.11 Formulación de las recomendaciones

El Grupo Consultivo de la OMS supervisó y ultimó la preparación de perfiles de evidencia y los resúmenes de la evidencia en colaboración con el Grupo de Trabajo Técnico usando el marco de EtD de GRADE. La herramienta de EtD incluye la consideración explícita y sistemática de la evidencia respecto a las intervenciones priorizadas en cuanto a los dominios especificados: efectos, valores, recursos, equidad, aceptabilidad y viabilidad. Para cada cuestión prioritaria, se emitió un juicio sobre la repercusión de la intervención en cada dominio, a fin de fundamentar y guiar el proceso de toma de decisiones. Usando la plantilla del marco de EtD, el Grupo Consultivo y el Grupo de Trabajo Técnico crearon documentos de resumen para cada cuestión prioritaria que abarcaban la evidencia de cada dominio, tal como se describe a continuación.

Efectos: En este dominio se resumió la evidencia relativa a los resultados fundamentales a evaluar para responder a las siguientes preguntas: "¿Cuáles son los efectos deseables e indeseables de la intervención/opción?" y "¿Cuál es la certidumbre de la evidencia existente sobre los efectos?". En los casos en los que los beneficios son claramente superiores a los efectos nocivos en los resultados que son muy valorados o muy poco valorados por las mujeres embarazadas, hay una mayor probabilidad de poder establecer un juicio claro favorable o contrario a la intervención, respectivamente. La incertidumbre acerca del efecto neto beneficioso o nocivo o el hecho de que el beneficio neto fuera pequeño condujeron generalmente a una decisión no favorable a la intervención o al comparador. Cuanto mayor era la certidumbre respecto a la evidencia de un beneficio en los diversos resultados a evaluar, mayor era la probabilidad de una decisión favorable a la intervención. Si no había una evidencia indicativa de un beneficio, la evidencia que respaldaba un posible efecto nocivo comportaba una recomendación en contra de la opción. En los casos en los que se encontró evidencia de un posible efecto nocivo para intervenciones en las que había también evidencia indicativa de beneficios importantes, el nivel de certidumbre y la probable repercusión del efecto nocivo hacían que la evidencia de un posible daño tuviera una mayor probabilidad de comportar una recomendación para la intervención en un contexto específico (y en tales casos se explicita el contexto en la propia recomendación).

Valores: Este aspecto está relacionado con la importancia relativa asignada a los resultados de la intervención por las personas que se ven afectadas por ellos, a la forma en la que varía la importancia dentro de un mismo entorno y en entornos diferentes, y a si esta importancia se ve afectada por alguna incertidumbre. La pregunta planteada fue: "¿Hay incertidumbre o una variabilidad importante en el valor que las mujeres atribuyen a los principales resultados asociados a la intervención/opción?". Las intervenciones que daban lugar a resultados a los que la mayoría de las mujeres atribuían valor independientemente de los entornos tenían mayores probabilidades de conducir a una decisión favorable a la intervención. Este dominio, junto con el dominio "efectos" (véase más arriba), sirvió para fundamentar el juicio sobre el "equilibrio de efectos".

Recursos: En este dominio se abordaron las siguientes preguntas: "¿Cuáles son los recursos utilizados para la intervención/opción?" y "¿Tiene la intervención/opción una relación costo-efectividad favorable?". Los recursos requeridos para ejecutar las intervenciones examinadas de atención durante el parto consisten principalmente en los costos de proporcionar suministros, capacitación, equipo y recursos humanos adecuadamente capacitados. Era probable un juicio favorable o contrario a la intervención cuando las consecuencias en cuanto al consumo de recursos eran claramente ventajosas o desfavorables, respectivamente. La evaluación de los costos se basó en las estimaciones realizadas en el proceso de obtención de evidencia; el modelo OneHealth: informe de los supuestos sobre el tratamiento de intervención *(31)*; el compendio de la OMS sobre tecnologías sanitarias innovadoras para entornos de recursos escasos *(32)*, así como las experiencias y las opiniones de los miembros del GDG. Cuando la había, la evidencia directa obtenida en revisiones sistemáticas de la relación costo-efectividad se utilizó para fundamentar los juicios en este dominio.

Aceptabilidad: En este dominio se abordó la siguiente pregunta: "¿Resulta la intervención o la opción aceptable para las mujeres y los prestadores de atención de salud?". La evidencia cualitativa

obtenida en las revisiones sistemáticas de las opiniones y experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud respecto a las diversas prácticas utilizadas en el trabajo de parto sirvió de fundamento para las decisiones relativas a este dominio. Cuanto menor era la aceptabilidad, menos probable era que se llegara a una decisión favorable al uso de la intervención. Si se consideraba necesario recomendar una intervención que tenía una baja aceptabilidad, la recomendación se acompañaba de una estrategia para abordar las preocupaciones existentes sobre la aceptabilidad durante su aplicación.

Viabilidad: La viabilidad de la aplicación de una intervención depende de factores como los recursos necesarios, la infraestructura y los requisitos de capacitación. En este dominio se abordó la siguiente pregunta: "¿Resulta viable para los interesados directos pertinentes la aplicación de la intervención u opción?". La evidencia cualitativa obtenida en las revisiones sistemáticas de las opiniones y experiencias de las mujeres y de los profesionales de la salud respecto a las diferentes prácticas utilizadas en el trabajo de parto se utilizó para informar las decisiones relativas a ese dominio. Si se identificaban obstáculos, era menos probable que se llegara a un juicio favorable a la intervención.

Equidad: Este dominio abarca la evidencia o las consideraciones relativas a si la intervención reduciría o no las inequidades en materia de salud. Por consiguiente, este dominio abordó la siguiente pregunta: "¿Cuál es la repercusión prevista de la intervención/opción en la equidad?". Se utilizaron los resultados de las revisiones sistemáticas cualitativas de las opiniones y las experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud; el informe de la OMS del 2015 sobre las desigualdades en la salud reproductiva de la madre, el recién nacido y el niño *(33)*, y una revisión de los elementos que facilitan u obstaculizan el parto en centros de atención *(8)*, así como las experiencias y opiniones de los miembros del GDG, para informar este dominio. Era probable que una intervención fuera recomendada si sus efectos comprobados (o previstos) reducían (o podían reducir) las desigualdades de salud entre diferentes grupos de mujeres y sus familias.

Para cada uno de los dominios anteriores, se describe la evidencia adicional existente sobre posibles efectos nocivos o consecuencias no pretendidas en los apartados de "consideraciones adicionales". Tales consideraciones se basaron en estudios que tal vez no abordaran directamente la pregunta priorizada, pero sí aportaban una información relevante a falta de una evidencia directa. Se extrajeron a partir de estudios aislados, revisiones sistemáticas u otras fuentes pertinentes.

El Grupo Consultivo de la OMS proporcionó los marcos de EtD, incluidos los resúmenes de la evidencia, los perfiles de evidencia GRADE y otros documentos relacionados con cada recomendación, a los miembros del GDG en cuanto se dispuso de los documentos redactados, y varias semanas antes de que se celebraran las reuniones presenciales. Se pidió a los miembros del GDG que examinaran y formularan sus observaciones sobre los documentos por medios electrónicos, antes de las reuniones del GDG. Durante las reuniones presenciales en la sede de la OMS en Ginebra (Suiza), en mayo y septiembre del 2017, bajo la dirección del presidente del GDG designado para cada reunión, los miembros del GDG examinaron conjuntamente los marcos de toma de decisión, los proyectos de recomendaciones y cualquier observación recibida a través de los comentarios preliminares. La finalidad de las reuniones fue alcanzar consenso acerca de cada recomendación, que incluía su sentido y en algunos casos el contexto específico, basándose en la consideración explícita de la diversidad de la evidencia presentada en cada marco de EtD y en el juicio emitido por los miembros del GDG. De manera coherente con lo realizado en otras directrices de la OMS recientemente publicadas con el empleo de marcos de EtD *(34-36)*, el GDG clasificó cada recomendación en una de las categorías que se definen a continuación**.**

- **Recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción se deberían implementar.
- **No recomendado:** esta categoría indica que la intervención u opción no se debería implementar.
- **Recomendado solo en contextos específicos:** esta categoría indica que la intervención u opción se aplica solo a la condición, entorno o población que se especifican en la recomendación, y se debería implementar en estos contextos únicamente.
- **Recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas:** esta categoría indica que existen dudas importantes con respecto a la intervención u opción. En estos casos, la implementación se puede llevar a cabo a gran escala, siempre y cuando se adopte en forma de investigación capaz de abordar las preguntas y dudas pendientes de respuesta relacionadas tanto con la efectividad de la intervención u opción como con su aceptabilidad y viabilidad.

Para las recomendaciones integradas que procedían de directrices existentes, se presenta la información sobre la fuerza y la calidad de la evidencia que consta en el documento de la directriz de origen en los comentarios acompañantes. En aras de una mayor uniformidad, las recomendaciones integradas se han clasificado también según la tipología descrita anteriormente.

2.12 Toma de decisiones durante las reuniones del GDG

Las reuniones del GDG se realizaron con la guía del siguiente protocolo: las reuniones se diseñaron para permitir a los participantes comentar la evidencia favorable y cada una de las propuestas de recomendaciones redactadas por el Grupo

Consultivo de la OMS, y para alcanzar un consenso en la redacción final de cada recomendación después de haberla modificado según procediera. El consenso se definió como el acuerdo por parte de tres cuartas partes o más del GDG, a condición de que quienes diferían no se sintieran muy fuertes en su posición. La existencia de un desacuerdo marcado se habría registrado como tal en la directriz (no se registró ningún desacuerdo de este tipo en ninguna de las reuniones del GDG). En los casos en los que fue necesario, el GDG determinó el contexto de las recomendaciones utilizando el mismo proceso de consenso, basándose en los debates sobre el equilibrio de la evidencia relativa a los efectos (favorables o nocivos) de las intervenciones en los diferentes contextos.

Si los participantes no lograban alcanzar un consenso, la recomendación discutida, o cualquier otra decisión, debía someterse a votación. Dicha votación se habría realizado a mano alzada entre los miembros del GDG. Una recomendación o decisión sería aceptada si más de dos terceras partes del GDG votaban a favor, a menos que la disconformidad correspondiera a un problema de seguridad, en cuyo caso la Secretaría de la OMS podría decidir no formular una recomendación sobre el tema. El personal de la OMS presente en las reuniones, los expertos técnicos externos involucrados en la recopilación y clasificación de la evidencia y los observadores no tenían derecho a voto. Si el tema sometido a votación tenía relación con una investigación primaria o con revisiones sistemáticas realizadas por cualquiera de los participantes que hubiera declarado un conflicto de intereses académico, esas personas podían participar en los debates, pero no tenían derecho a voto sobre el tema en cuestión.

2.13 Declaración de intereses por parte de los contribuyentes externos

De conformidad con lo establecido en el manual de la OMS para la elaboración de directrices *(20)*, se pidió a todos los miembros del GDG, el Grupo de Trabajo Técnico y el ERG, así como a los colaboradores externos, que declararan por escrito cualquier posible conflicto de intereses (académico, económico o de otro tipo) en el momento de formularles la invitación a participar en el proceso de elaboración de la directriz. Cada uno de los expertos rellenó y firmó el formulario ordinario de la OMS para la declaración de los intereses (DI) y lo envió de forma electrónica al funcionario técnico responsable. El Grupo Consultivo de la OMS examinó todos los formularios de DI antes de ultimar las invitaciones a participar para los expertos. Se dieron instrucciones a todos los expertos de que notificaran al funcionario técnico responsable cualquier cambio que pudiera producirse en los intereses pertinentes en el transcurso del proceso, a fin de examinar y actualizar adecuadamente las declaraciones de conflictos de intereses. Además, se solicitó a los expertos que presentaran una copia electrónica de su *curriculum vitae* junto con el formulario de DI rellenado. El Grupo Consultivo de la OMS recopiló y examinó los formularios de DI firmados y los *curricula vitae* y determinó si existía un conflicto de intereses. En todos los casos en los que se declaró un conflicto de intereses, el Grupo Consultivo determinó si era o no lo suficientemente importante como para afectar la capacidad de la persona de realizar juicios objetivos sobre la evidencia o las recomendaciones. Con objeto de asegurar la uniformidad en este ámbito, el Grupo Consultivo aplicó los criterios para evaluar la gravedad de un conflicto de intereses que se incluyen en el manual de la OMS para la elaboración de directrices *(20)*.

Todo lo indicado en las DI recibidas se gestionó según lo establecido en las directrices de DI de la OMS caso por caso. Si un conflicto de intereses no se consideraba lo suficientemente importante como para entrañar riesgo alguno para el proceso de elaboración de la directriz o reducir su credibilidad, se exigía únicamente al experto que declarara el conflicto de intereses en la reunión del GDG y no se tomaba ninguna otra medida. Los conflictos de intereses que justificaron la adopción de alguna medida por parte del personal de la OMS fueron los que surgieron cuando los expertos habían realizado investigación primaria o una revisión sistemática relacionadas con alguna de las recomendaciones de la directriz; en tales casos, se limitó la participación de los expertos en los debates o en la elaboración de toda posible recomendación relacionada con el ámbito en el que se daba el conflicto de intereses. En las reuniones presenciales del GDG, se exigió nuevamente a los miembros que declararan abiertamente todo posible conflicto de intereses ante todo el grupo, así como que presentaran una versión firmada y actualizada de sus DI previas. Pueden consultarse un resumen de las DI y la información sobre la forma en la que se gestionaron los conflictos de intereses en el anexo 3.

2.14 Preparación de los documentos y arbitraje externo

Después de la reunión final del GDG, un asesor independiente y el funcionario técnico responsable del Grupo Consultivo de la OMS prepararon un borrador de todo el documento de la directriz para reflejar con exactitud las deliberaciones y las decisiones del GDG. Otros miembros del Grupo Consultivo formularon observaciones sobre el proyecto de documento de la directriz antes de que este se enviara electrónicamente a los miembros del GDG para que plantearan más observaciones. Se modificó el documento tomando en cuenta los comentarios recibidos del GDG y a continuación se envió al ERG para el arbitraje externo. Se pidió a los miembros del ERG que examinaran el borrador modificado de la directriz para identificar cualquier posible error objetivo, y para que aportaran observaciones sobre la claridad idiomática y plantearan cualquier posible

cuestión relativa a la aplicación, adaptación y consideraciones contextuales. El Grupo Consultivo evaluó cuidadosamente las aportaciones de los revisores expertos para su inclusión en el documento final de la directriz e introdujo nuevos cambios en el borrador en caso necesario. Después de las reuniones del GDG y de la revisión de arbitraje externo, los demás cambios introducidos en la directriz por el Grupo Consultivo se limitaron a las correcciones de errores objetivos y las mejoras idiomáticas para abordar toda posible falta de claridad. La versión definitiva revisada se devolvió por vía electrónica al GDG para su aprobación.

2.15 Presentación del contenido de la directriz

En el resumen ejecutivo de estas directrices se presenta una lista resumida de las recomendaciones. Para cada recomendación, puede consultarse un resumen de la evidencia sobre efectos, valores, recursos, equidad, aceptabilidad, viabilidad y otras consideraciones examinadas en las dos reuniones del GDG en el epígrafe "Evidencia y recomendaciones" (apartado 3). El tipo de lenguaje usado para interpretar la evidencia sobre los efectos es coherente con el enfoque adoptado por el registro especializado del Grupo Cochrane de Prácticas Efectivas y Organización de la Atención Médica (Cochrane Effective Practice and Organization of Care) (EPOC) *(37)*.

El Grupo Consultivo de la OMS ha integrado en esta directriz varias recomendaciones de la OMS ya existentes, procedentes de otras directrices recientes de la OMS, que son pertinentes para la atención habitual durante el parto. En todos los casos, estas recomendaciones son idénticas a las publicadas en las directrices de las respectivas fuentes. Para asegurar que la información integrada sea completa, en el apartado de comentario se han incluido la fuerza de la recomendación y la certidumbre de la evidencia tal como se habían publicado inicialmente para la recomendación ya existente. Estas recomendaciones incluyen otro comentario adicional en el que se indica una dirección de Internet directa en la que se encuentra la directriz de origen. Para más información sobre estas recomendaciones integradas, se remite a los usuarios de la directriz a las respectivas directrices de origen de la OMS.

3. Evidencia y recomendaciones

Esta directriz incluye 56 recomendaciones basadas en la evidencia sobre atención durante el parto (26 nuevas recomendaciones adoptadas por el Grupo de Elaboración de Directrices [GDG] en las reuniones del 2017, y 30 recomendaciones pertinentes ya existentes para la atención durante el parto que se integraron a partir de directrices de la OMS publicadas anteriormente). En los apartados 3.1-3.6 se presentan los resúmenes narrativos y las recomendaciones correspondientes, agrupadas y presentadas según la cronología de la práctica clínica que va del inicio del trabajo de parto al período posnatal inmediato.

Los correspondientes cuadros de valoración GRADE para las recomendaciones se designan en este apartado como cuadros de "base de evidencia" (BE) y se numeran según las recomendaciones específicas a que hacen referencia. Estos cuadros se presentan por separado en el anexo de este documento disponible en la web.[1] En los subapartados de "Resumen de la evidencia y consideraciones" se presentan para cada recomendación los cuadros de evidencia para la toma de decisiones (EtD) junto con los juicios realizados por el GDG respecto a la evidencia y las consideraciones correspondientes a todos los dominios.

3.1 Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento

3.1.1 Atención respetuosa de la maternidad

RECOMENDACIÓN 1

Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto. *(Recomendado)*

Comentarios

- La prestación de una atención a la maternidad respetuosa (ARM) es coherente con el enfoque basado en los derechos humanos que pretende reducir la morbilidad y mortalidad maternas. La ARM podría mejorar la experiencia de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto, así como abordar las desigualdades en salud.
- Es limitada la evidencia respecto a la eficacia de las intervenciones destinadas a fomentar la ARM o a reducir el trato incorrecto de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto. Dado que los factores que motivan este trato incorrecto durante el parto en un centro de atención son complejos, la reducción del trato incorrecto y la mejora de la experiencia de las mujeres en cuanto a la atención recibida requieren intervenciones a nivel interpersonal entre la mujer y quienes le prestan la atención de salud, así como a nivel del centro de atención de salud y del sistema de salud.
- La comunicación efectiva y la involucración de los prestadores de atención de salud, los administradores de servicios de salud, las mujeres y los representantes de grupos de mujeres y de movimientos de defensa de los derechos de las mujeres son esenciales para asegurar que la atención recibida responda a las necesidades y preferencias de las propias mujeres en todos los contextos y entornos.
- Las intervenciones deben estar orientadas a garantizar un entorno de trabajo respetuoso y digno para quienes dispensan la atención, reconociendo que el personal también puede experimentar una falta de respeto y maltrato en el lugar de trabajo o violencia en casa o en la comunidad.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de las intervenciones (cuadro BE 3.1.1)

La evidencia relativa a los efectos de las intervenciones de atención respetuosa de la maternidad (ARM) sobre los resultados del parto procedió de una revisión sistemática de cinco estudios que se realizaron en África (Kenya, Sudáfrica [2 estudios], Sudán y República Unida de Tanzanía) *(38)*. En la revisión no se encontró ningún estudio realizado en países de ingresos altos (PIA). Dos de los estudios incluidos fueron ensayos controlados y aleatorizados de grupos (1 ECAg con solo 2 centros y el otro con 10 centros) y tres fueron estudios de comparación antes-después. El tamaño de la muestra de comparación (o antes de la intervención) fue de entre 120 y 2000 participantes en los diversos estudios, y el tamaño de la muestra tras la intervención osciló entre 105 y 1680 participantes. La mayoría de las intervenciones incluían múltiples componentes y hacían hincapié en la participación de

[1] Puede consultarse en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/

las comunidades así como en los cambios por parte del personal para aumentar la ARM y reducir la falta de respeto y el maltrato. Los tipos de componentes incluidos en las intervenciones de ARM fueron los siguientes: capacitación en cuanto a los valores y la transformación de las actitudes; capacitación en aptitudes de comunicación interpersonal; creación de equipos de mejora de la calidad; seguimiento de la falta de respeto y el maltrato; orientación del personal; mejora de la privacidad en las salas (por ejemplo, con cortinas o separaciones entre las camas); mejora de las condiciones del personal (por ejemplo, proporcionar té a quienes están de guardia); jornadas de puertas abiertas de la maternidad; talleres en la comunidad; mediación/resolución de controversias sobre alternativas; asesoramiento a los miembros de la comunidad que han sufrido falta de respeto o maltrato; disponibilidad de un método para presentar quejas, y formación de las mujeres respecto a sus derechos. Una intervención se centró en el acompañamiento en el trabajo de parto haciendo hincapié en la ARM, y otra se centró en un conjunto de medidas de facilitación de la comunicación con el personal. En ninguno de estos estudios se informó que su naturaleza fuera de estudio de la "práctica clínica habitual".

Todos los estudios aportaron información sobre aspectos de la atención irrespetuosa o respetuosa basándose en lo notificado por las propias mujeres. En dos casos, los datos notificados por las mujeres se acompañaron de datos de estudios de observación de los investigadores. Un estudio presentó datos sobre la episiotomía, pero ninguno de los demás estudios aportó datos sobre resultados clínicos especificados previamente para orientar la toma de decisiones en cuanto a esta recomendación. No se agruparon los datos de diversos estudios debido a la heterogeneidad existente entre ellos en cuanto al diseño del estudio y las definiciones y forma de notificación de los resultados. Los datos fueron relativamente escasos y en todos los estudios el riesgo de sesgo era alto o no estaba claro. Por consiguiente, se redujo la clasificación del nivel de certidumbre de la evidencia asignado.

Comparación: Intervención de ARM en comparación con la práctica habitual (ninguna intervención de ARM)

Resultados maternos

Experiencia de parto

Atención respetuosa: Tres estudios (1 ECAg y 2 estudios de comparación antes-después) aportaron información sobre la experiencia de la atención respetuosa. Hay una evidencia de certidumbre moderada que indica que posiblemente es más probable que las mujeres afirmen haber experimentado una atención respetuosa cuando se usan intervenciones de ARM que cuando no se usan (1 ECAg, aproximadamente 3000 participantes, *odds ratio* ajustada [aOR] 3,44, IC del 95% 2,45-4,84). Este resultado es respaldado por los estudios de observación: un estudio de comparación antes-después indicó que el 22,8% frente al 0% de las participantes valoraron el respeto como "excelente" en el seguimiento después del parto y el otro indicó que experimentaron una atención respetuosa el 94,7% frente al 89,7% de las mujeres de los grupos de antes y después de la intervención, respectivamente.

Satisfacción materna: La evidencia de certidumbre baja procedente de un ECAg indica que puede haber poca o ninguna diferencia entre el uso de una intervención de ARM y no utilizarla en lo que respecta a la proporción de mujeres que afirman haber estado muy satisfechas con la atención recibida (aOR 0,98, IC del 95% 0,91-1,06).

Calidad de la atención: La evidencia de certidumbre moderada de un ECAg indica que la ARM comporta probablemente experiencias más frecuentes de atención de una buena calidad general (aproximadamente 3000 participantes, aOR 6,19, IC del 95% 4,29-8,94). Los datos de estudios de observación concuerdan con esta evidencia.

Experiencia de trato incorrecto

Experiencia de una atención irrespetuosa o con maltrato: Un ECAg y dos estudios de comparación antes-después aportaron información sobre este resultado. La evidencia de certidumbre moderada existente indica que la ARM reduce probablemente las experiencias de atención irrespetuosa o con maltrato en cerca de dos terceras partes (1 ECAg, aproximadamente 3000 participantes, aOR 0,34, 95% IC 0,21-0,57). Los datos de estudios de observación concuerdan con los del ECAg, con una reducción de 40% de la atención irrespetuosa o el maltrato después de la intervención de ARM en un estudio y una reducción del 52% en otro.

Falta de privacidad: Un ECAg y dos estudios de comparación antes-después aportaron datos sobre este resultado; sin embargo, la evidencia fue de una certidumbre muy baja, ya que hubo una amplia variedad de medidas diferentes y los resultados fueron discordantes.

Maltrato físico: La evidencia de certidumbre moderada obtenida en cuatro estudios (2 ECAg y 2 estudios de comparación antes-después) indica que es probable que las intervenciones de ARM reduzcan el maltrato físico. Un ECAg observó una reducción del maltrato físico en el grupo de intervención, que pasó de un promedio del 2% en la situación inicial al 1% en el seguimiento, así como un aumento en el grupo de referencia, en el que se pasó de un promedio del 3% en la situación inicial a un 4% en el seguimiento. El otro ECAg (aproximadamente 3000 participantes) obtuvo una aOR de 0,22 (95% IC 0,05-0,97). En un estudio de comparación antes-después se observó que el maltrato físico observado se redujo del 3,5% antes de la intervención de ARM (677 participantes) al 0,4% después de ella (523 participantes), y en el otro se registró una reducción de la presión del fondo uterino observada, que pasó del 3,4% (208 participantes) antes de la intervención al 0,2% (459 participantes) después de ella, así como una reducción del uso de la "episiotomía sin anestesia", que pasó del 4,3% antes de la intervención al 0% después de ella.

Maltrato verbal: La evidencia de certidumbre baja derivada de tres estudios (1 ECAg y 2 estudios de comparación antes-después) sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en el maltrato verbal, ya que las estimaciones del efecto en dos de los

estudios (1 ECAg y 1 estudio de comparación antes-después) incluyeron la posibilidad de un aumento del maltrato verbal, mientras que el tercer estudio mostró una reducción absoluta del maltrato verbal del 49%.

Descuido/abandono: La evidencia de certidumbre baja obtenida en cuatro estudios (2 ECAg y 2 estudios de comparación antes-después) sugiere que las intervenciones de ARM pueden reducir el descuido y el abandono. Un ECAg observó una reducción del 64% (aproximadamente 3000 participantes; aOR 0,36, IC del 95% 0,19-0,71) y el otro ECAg describió un aumento de 12% al 16%. Los estudios de observación no identificaron ninguna diferencia clara.

Atención poco digna: La evidencia de certidumbre baja obtenida en un ECAg indica que la ARM puede reducir la atención poco digna (aproximadamente 3000 mujeres, aOR 0,58, IC del 95% 0,30-1,12). Esta evidencia es respaldada por un estudio de comparación antes-después durante el cual los investigadores observaron reducciones importantes en diversos aspectos de atención poco digna (por ejemplo, el hecho de que el prestador de la atención de salud no se presente a la mujer, no proporcionar a la mujer una cama limpia y no limpiar a la mujer tras el parto).

Atención y detención no consentidas: La evidencia respecto a estos resultados es de una certidumbre muy baja, debido en parte a que procede de estudios de comparación antes-después que tienen limitaciones de diseño.

Traumatismo perineal/vaginal

Episiotomía: Los resultados de un estudio pequeño sugirieron que las intervenciones de ARM pueden reducir el uso de la episiotomía (evidencia de certidumbre baja). La tasa de episiotomía se redujo en un promedio del 13% (del 34% al 21%) en el grupo de ARM de este estudio en comparación con un promedio de tan solo un 1% (del 40% al 39%) en el grupo de referencia.

Modalidad de parto, duración del trabajo de parto, uso de analgesia

En la revisión no se encontró evidencia relativa a estos resultados.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: En la revisión no se encontró evidencia relativa a este resultado.

Consideraciones adicionales

La evidencia obtenida en la revisión sistemática de la ARM procede tan solo de estudios realizados en África y es posible que no sea generalizable a otras regiones.

Valores

Una revisión cualitativa *(28)* de la ARM incluyó 67 estudios cualitativos realizados en 32 países, entre ellos países de África subsahariana (6 países), Asia (7), Oceanía (1), Europa (8), Oriente Medio y Norte de África (5), América del Norte (2) y América Latina (3). Los estudios aportaron información sobre las experiencias de las mujeres, los familiares y múltiples tipos de prestadores de atención de salud y administradores. La revisión llegó a la conclusión de que las mujeres atribuyen un alto valor a la ARM, y este resultado fue uniforme en todos los países y entornos (evidencia de certidumbre alta).

Los resultados indican que las mujeres aprecian y valoran de manera uniforme la ARM, y los prestadores de atención de salud consideran que la ARM es un componente fundamental de la prestación de una atención sin riesgos y de buena calidad (evidencia de certidumbre alta). A nivel mundial, las perspectivas de las mujeres y de los prestadores de la atención sobre lo que constituye la ARM son también muy uniformes. Estos interesados directos identifican como componentes clave de la ARM los siguientes: ausencia de daño o trato incorrecto; mantenimiento de la privacidad y la confidencialidad; atención digna; aporte de información y apoyo en el proceso de otorgación del consentimiento fundamentado; acceso continuo al apoyo de la familia y de la comunidad; entorno físico y recursos de alta calidad; atención de maternidad equitativa; comunicación efectiva; ofrecimiento de alternativas y posibilidad de tomar decisiones; disponibilidad de recursos humanos competentes y motivados, y recibir una atención eficiente, eficaz y continua.

La evidencia indica que hay alguna variabilidad en la importancia relativa de algunos aspectos de la ARM. Por ejemplo, las mujeres que viven en PIA destacan sus derechos en cuanto a la toma de decisiones y la participación activa en su experiencia de parto (evidencia de certidumbre moderada). Comparativamente, las mujeres de los países de menores ingresos tienen una menor probabilidad de exigir alternativas personales y capacidad de toma de decisión sobre su proceso de parto (evidencia de certidumbre moderada).

Recursos

No se encontró evidencia basada en la investigación respecto a los costos o la relación costo-efectividad de la ARM.

Consideraciones adicionales

Para desarrollar una política que promueva la ARM es necesario abordar múltiples dominios de la ARM, en cuanto a las interacciones entre cada mujer y los prestadores de atención de salud, así como a las interacciones a nivel del sistema de salud. Es probable que la mejora de la calidad a nivel de sistema requiera recursos para mantener el cambio en el comportamiento del personal. Esto puede incluir la reestructuración de los planes de estudios para la formación clínica de parteras, enfermeras y médicos, el aumento del número de prestadores de atención de salud en el personal, la mejora de la remuneración y el respeto hacia el personal y la mejora del entorno físico. El diseño de la sala de preparto puede constituir un obstáculo fundamental para algunos de los componentes de la ARM (por ejemplo, el acompañamiento durante el trabajo de parto) en muchos entornos. Sin embargo, varios aspectos de la ARM, en particular los que afectan al nivel interpersonal (por ejemplo, mejorar la comunicación, respetar las decisiones de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, reducir el maltrato físico y verbal, mejorar la privacidad y mantener la confidencialidad), requerirían relativamente pocos recursos para abordarlos.

Cuadro 3.1 Principales recursos necesarios para una atención respetuosa de la maternidad (ARM)

Recurso	Descripción
Personal	▲ Número suficiente de parteras competentes, capacitadas, supervisadas y adecuadamente remuneradas, que dispongan de una combinación de aptitudes apropiada y que trabajen en equipos multidisciplinarios capaces de prestar una atención digna y continua a todas las mujeres
Capacitación	▲ Gestión de los centros de atención de salud: sensibilizada y orientada a la ARM, y con la capacitación necesaria para elaborar y aplicar las políticas de ARM ▲ Personal: capacitación regular, en el servicio y basada en la práctica, para la aplicación de una ARM con objeto de proporcionar de manera eficaz servicios que satisfagan las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de las mujeres (competencia cultural); capacitación antes del servicio, y orientación del personal nuevo ▲ Personal de extensión externa: capacitación para una involucración eficaz de las comunidades, en particular haciendo hincapié en incluir las voces de las mujeres y brindando oportunidades para la interacción de la comunidad en la gestión de los servicios y con el personal, por ejemplo, con jornadas de puertas abiertas. ▲ Otras: sesiones de orientación para usuarias de los servicios y sus acompañantes
Suministros	▲ Normas actualizadas y escritas y referencias que describan unos objetivos claros, planes de actuación y mecanismos de supervisión respecto a la ARM ▲ Comodidades para el personal de la sala de preparto, por ejemplo, refrescos ▲ Materiales de educación sanitaria, en un formato accesible escrito o visual y disponible en los idiomas de las comunidades a las que presta servicio el centro de atención de salud ▲ Un formulario de consentimiento fundamentado normalizado ▲ Información (escrita o visual, por ejemplo, volantes o folletos) para la mujer y su acompañante ▲ Disponibilidad en todo momento de los medicamentos esenciales para la atención del trabajo de parto y el parto en cantidades suficientes en las zonas de trabajo de parto y parto
Equipo	▲ Disponibilidad en todo momento del equipo básico adecuado para el trabajo de parto y el parto en cantidades suficientes en las zonas de trabajo de parto y parto
Infraestructura	▲ Entorno físico mejorado: ■ Alojamiento conjunto madre-bebé para permitirles permanecer juntos ■ Zonas de trabajo de parto, parto y neonatal limpias, adecuadamente iluminadas y bien ventiladas que permitan mantener la privacidad y que dispongan de un equipamiento y un mantenimiento adecuados ■ Suministro continuo de energía en las zonas de trabajo de parto, parto y neonatal ■ Baños limpios y accesibles para su uso por parte de las mujeres en trabajo de parto ■ Agua potable y un lugar para el lavado de manos, jabón o desinfectantes a base de alcohol ■ Cortinas, pantallas, separaciones y capacidad hospitalaria suficiente ■ Comodidades para los acompañantes en el trabajo de parto, incluido un espacio físico privado para la mujer y su acompañante ▲ Farmacia en el propio centro y un sistema de gestión de existencias de medicamentos y suministros dirigido por un farmacéutico o un dispensador capacitador
Supervisión y seguimiento	▲ Supervisión de apoyo regular por parte de la dirección de la sala o instalación de preparto ▲ Reuniones del personal para examinar las prácticas de ARM ▲ Mecanismo fácilmente accesible (por ejemplo, un buzón) para que las usuarias de los servicios y los prestadores de atención de salud puedan presentar quejas a la dirección ▲ Establecimiento de mecanismos de la rendición de cuentas para el resarcimiento en caso de maltrato o transgresión de las normas ▲ Establecimiento de procedimientos de consentimiento fundamentado

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre la repercusión de la ARM en la equidad. Sin embargo, la evidencia indirecta procedente de una revisión cualitativa de los elementos que facilitan o dificultan el parto en centros de atención *(8)* indica que el trato incorrecto y el maltrato por parte de los profesionales de la salud constituyen un obstáculo importante para el uso de los servicios de parto en centros de atención en los países de ingresos bajos y medianos (PIBM) (evidencia de certidumbre alta). Esto indica que el trato incorrecto agrava las desigualdades en salud asociadas a la utilización de los servicios de parto en un centro de atención.

Otra evidencia indirecta derivada de la revisión cualitativa de la ARM *(28)* indica que el respeto de la cultura, los valores y las creencias de cada mujer y de cada comunidad local es importante para las mujeres (evidencia de certidumbre alta). La evidencia indica también que la aplicación del mismo patrón de atención de maternidad a todas las mujeres, con independencia de la edad, origen étnico, raza, sexualidad, religión, posición socioeconómica, presencia de infección por el VIH, idioma u otras características, es importante para las mujeres (evidencia de certidumbre moderada).

La inequidad puede ser consecuencia de la recepción de una atención valorativa por parte de los prestadores de atención de salud, y es posible que garantizar a las mujeres una atención sin prejuicios sea importante para mejorar la equidad (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

Una política de ARM es coherente con los principios generales de las *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos* a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad del 2012 del Consejo de Derechos Humanos *(39)*, según consta en lo indicado en el recuadro 3.1.

Aceptabilidad

Los resultados de una revisión cualitativa *(28)* indican que las mujeres aprecian la ARM en todos los países y entornos (evidencia de certidumbre alta). Los interesados directos (incluidas las mujeres, los prestadores de la atención y los administradores) destacaron la importancia teórica de proporcionar y garantizar la ARM para todas las mujeres. Los resultados de la revisión indican también que los esfuerzos por abordar o mejorar la ARM pueden ser aceptables para los prestadores de atención de salud (evidencia de certidumbre alta). Sin embargo, en los entornos de recursos limitados, los prestadores de atención de salud creen que la ARM podría aumentar su volumen de trabajo y reducir su capacidad de proporcionar una atención de calidad a todas las mujeres. Por ejemplo, perciben que la ARM podría requerir una mayor dedicación de tiempo a cada mujer, lo cual puede provocar que algunas mujeres que queden desatendidas. Por lo tanto, la aceptabilidad para los prestadores de atención de salud puede variar en función del tiempo disponible y de la intervención específica de ARM. La revisión encontró poca evidencia respecto a la aceptabilidad de las intervenciones de ARM específicas que se han aplicado.

Consideraciones adicionales

El trato incorrecto de las mujeres durante el parto se debe a menudo a las normas sociales existentes y en algunos entornos es posible que esto sea considerado aceptable por los prestadores de atención de salud y otros interesados directos *(40-42)*.

RECUADRO 3.1

Algunas declaraciones del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas que indican el apoyo a la AR

- Un enfoque basado en los derechos humanos se ocupa de la salud en general y no de enfermedades aisladas; la premisa es que es necesario empoderar a la mujer para que reivindique sus derechos, y no simplemente evitar las defunciones o la morbilidad maternas.
- Deben adoptarse medidas para abordar los factores sociales que influyen en la salud de la mujer y que afectan al disfrute de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales [Esto incluye la discriminación por razón de género y la marginación basada en la etnia, la raza, la casta, el origen nacional y otros ámbitos.]
- Los derechos humanos requieren que se preste "especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados".
- Para aplicar un enfoque basado en los derechos a la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas se requiere un sistema de salud justo y efectivo.
- El diseño, la organización y la coordinación de los componentes del sistema de salud deberían guiarse por los principios fundamentales de los derechos humanos, que incluyen la no discriminación y la igualdad, la transparencia, la participación y la rendición de cuentas.
- Para hacer efectivos los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva es necesario que se cumplan las normas respecto de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud.
- Los Estados tienen la obligación de utilizar "el máximo de los recursos de que dispongan" para hacer efectivos progresivamente los derechos económicos, sociales y culturales; si la limitación de recursos impide a un Estado dar efecto inmediato a los derechos a la salud sexual y reproductiva de la mujer, ese Estado debe demostrar que ha utilizado todos los recursos de que dispone para hacerlo con carácter prioritario.

Fuente: Naciones Unidas, 2012 (39).

Viabilidad

La evidencia obtenida en una revisión cualitativa *(28)* indica que la mayoría de los prestadores de atención de salud desearían prestar una atención respetuosa, digna y centrada en las mujeres, pero que tal vez se sientan incapaces de hacerlo debido a las limitaciones de recursos existentes (evidencia de certidumbre alta). Es probable que abordar algunos aspectos de la ARM, como la mejora del entorno físico y la garantía de disponibilidad de un número suficiente de profesionales capacitados, requiera el empleo de muchos recursos y, por consiguiente, la viabilidad y sostenibilidad de estos aspectos podrían ser limitadas en los entornos desfavorecidos. Por lo tanto, la introducción de políticas de ARM tiene grandes probabilidades de ser viable en los entornos en los que los recursos son suficientes. No obstante, el hecho de que los cinco estudios que muestran una repercusión positiva de las políticas de ARM *(38)* se realizaran en entornos de recursos escasos implica que son viables en los lugares en los que se prioriza el aumento de la ARM en el sistema sanitario dentro del programa de atención de salud.

Consideraciones adicionales

Aunque es posible que la ARM sea percibida como algo positivo por los interesados directos en un sentido general, cambiar las normas culturales y los comportamientos establecidos en los centros de atención de salud resulta a menudo difícil, en especial en los entornos en los que el trato incorrecto a las mujeres durante el parto se considera socialmente aceptable *(40-42)*.

Cuadro 3.2 Resumen de las conclusiones: Intervención de atención respetuosa de la maternidad (ARM) en comparación con ninguna intervención de ARM

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	– Moderados	Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a no utilizar una intervención de ARM	– No favorable a la aplicación ni a la no aplicación de una intervención de ARM	– Probablemente favorable a la ARM	Favorable a la ARM
Recursos requeridos	Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a no utilizar una intervención de ARM	– No favorable a la aplicación ni a la no aplicación de una intervención de ARM	– Probablemente favorable a la ARM	- Favorable a la ARM
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	- Sí

3.1.2 Comunicación efectiva

RECOMENDACIÓN 2

Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables. *(Recomendado)*

Comentarios

- A falta de una definición estandarizada de "comunicación efectiva", el GDG se mostró de acuerdo en que la comunicación efectiva entre el personal de atención de maternidad y las mujeres durante el trabajo de parto y el parto debe incluir, como mínimo, lo siguiente;
  - Presentarse a la mujer y a su acompañante, y dirigirse a la mujer por su nombre.
  - Ofrecer a la mujer y a su familia la información que necesiten de una manera clara y concisa (en el idioma hablado por la mujer y su familia), evitando la terminología médica y usando materiales visuales y gráficos cuando sea necesario para comunicar procesos o procedimientos.
  - Respetar y responder a las necesidades, preferencias y preguntas de la mujer con una actitud positiva.
  - Prestar apoyo a las necesidades emocionales de la mujer con empatía y compasión, mediante el estímulo, el elogio, la tranquilización y la escucha activa.
  - Prestar apoyo a la mujer para que comprenda que puede elegir, y garantizar que se respete su elección;
  - Asegurarse de que se expliquen a la mujer los procedimientos y de que se obtenga de ella un consentimiento fundamentado verbal y cuando sea apropiado por escrito, para los tactos vaginales y otros procedimientos.
  - Alentar a la mujer a que exprese sus necesidades y preferencias, e informarles regularmente a la ella y a su familia acerca de lo que está sucediendo y preguntarles si tienen alguna pregunta;
  - Asegurar que se mantienen en todo momento la privacidad y la confidencialidad.
  - Conseguir que la mujer conozca los mecanismos de que dispone para plantear sus posibles quejas.
  - Interactuar con el acompañante elegido por la mujer para proporcionarle explicaciones claras sobre cuál es la mejor forma de prestarle apoyo respecto al trabajo de parto y el parto.
- Los sistemas de salud deben conseguir que el personal de atención de maternidad obtenga la capacitación necesaria respecto a los patrones de referencia nacionales de competencia en la comunicación interpersonal y las aptitudes de asesoramiento.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.1.2)

La evidencia existente sobre la repercusión de una comunicación efectiva en los resultados del parto se obtuvo mediante una revisión sistemática de métodos mixtos *(43)*. Los autores de la revisión evaluaron las intervenciones destinadas a mejorar la comunicación entre el personal de maternidad y las mujeres (incluido el uso de materiales de educación sanitaria, guías de ayuda, capacitación de los prestadores de la atención en comunicación y orientación interpersonal) para determinar su repercusión en los resultados del parto preespecificados para esta pregunta de la directriz. Se incluyeron dos ECA: un ECA de grupos (ECAg) escalonado de la República Árabe Siria *(44)* y un subanálisis de un ECA del Reino Unido *(45)*. En el estudio de la República Árabe Siria se evaluó la repercusión de las intervenciones para mejorar las aptitudes de comunicación de los médicos residentes en la satisfacción de las mujeres respecto a las aptitudes interpersonales y de comunicación de los médicos durante el trabajo de parto y el parto. El estudio del Reino Unido evaluó la repercusión de una capacitación en cuanto a las percepciones de la actriz-paciente de la atención de los médicos y las parteras durante emergencias obstétricas simuladas.

En el ensayo realizado en la República Árabe Siria se evaluó un módulo de capacitación de aptitudes de comunicación específicamente diseñado que se aplicó a todos los médicos residentes de cuatro hospitales (137 médicos) y que abarcaba las características y los principios de la comunicación efectiva, la forma de superar los obstáculos para una comunicación efectiva y la forma de mejorar las interacciones con las pacientes. Se evaluó la efectividad en 2000 mujeres que dieron a luz un bebé vivo. El parámetro de valoración principal fue la satisfacción de las mujeres respecto a las aptitudes interpersonales y de comunicación de los médicos durante el trabajo de parto y el parto, evaluada dos semanas después

del parto con el empleo de una versión modificada de la Escala de Satisfacción de Entrevistas Médicas (Medical Interview Satisfaction Scale) (MISS-21). Los parámetros de valoración secundarios fueron el comportamiento comunicativo de los médicos documentado con el empleo de listas de verificación mediante observación que se aplicaron de dos a tres semanas después de la aplicación del módulo de capacitación.

En el estudio del Reino Unido, un total de 140 parteras y médicos fueron asignados aleatoriamente a una de cuatro intervenciones posibles de capacitación en urgencias obstétricas: un curso de 1 día en un hospital local, un curso de 1 día en un centro de simulación, un curso de 2 días con capacitación de trabajo en equipo en un hospital local o un curso de 2 días con capacitación de trabajo en equipo en un centro de simulación local. El contenido de la capacitación incluía conferencias, videos breves y actividades para mostrar los componentes del trabajo en equipo. Los participantes abordaron tres urgencias obstétricas simuladas estandarizadas (eclampsia, hemorragia posparto [HPP] y distocia de hombro) antes y después de la capacitación, en una sala de partos en su propio hospital. Los resultados evaluados fueron la calidad de la atención en relación con la comunicación, la ausencia de riesgo y el respeto, en las tres emergencias simuladas tres semanas después de la capacitación. Se usó una escala de Likert de cinco puntos para las respuestas de la actriz-paciente a afirmaciones como esta: "Me sentí bien informada gracias a una buena comunicación". Las actrices-pacientes de este estudio fueron parteras con experiencia, a las que se ocultó el grupo de asignación.

Comparación: Comunicación efectiva por parte del personal de atención de salud en comparación con la práctica habitual

El primer estudio *(44)*, realizado en la República Árabe Siria, observó poca o ninguna diferencia en las puntuaciones de la satisfacción de las mujeres (evidencia de certidumbre muy baja). Los resultados relativos a las opiniones de las mujeres sobre aspectos específicos de la comunicación de su médico con ellas durante el parto (por ejemplo, ¿se presentó el doctor antes de realizar un examen médico? ¿Las saludó el doctor? ¿Las miraba el médico mientras hablaba con ustedes?) fueron similares en los distintos grupos del ensayo. Hubo, pues, una evidencia de certidumbre muy baja dado que las puntuaciones de las listas de verificación mediante observación (al comparar la conducta de comunicación de los clínicos antes y después de la intervención) eran similares antes y después de la intervención de capacitación.

El segundo estudio *(45)*, realizado en el Reino Unido, observó una evidencia de certidumbre muy baja respecto a los siguientes resultados de la valoración en la situación de la HPP: una mejora en las percepciones de las actrices-pacientes respecto a la atención recibida después de la capacitación de los médicos clínicos en el manejo de tres urgencias obstétricas, independientemente de si habían sido atendidas por un equipo multidisciplinario o por una sola persona; y la capacitación de los equipos en el hospital local puede conducir a una mejora en las percepciones de las actrices-pacientes respecto a la atención en relación con la ausencia de riesgos y la comunicación, en comparación con lo observado con una capacitación en un centro de simulación central. En lo que respecta a la situación de eclampsia, la evidencia de certidumbre muy baja indica que puede haber poca o ninguna diferencia en las percepciones de las actrices-pacientes en cuanto a las valoraciones relativas a la comunicación. En el caso de la distocia de hombros, la evidencia de certidumbre muy baja respecto a la evaluación de la atención prestada por los clínicos individuales sugiere también una ausencia de mejora en las percepciones de las actrices-pacientes respecto a la comunicación tras la capacitación realizada en el hospital local.

En ese mismo estudio se evaluó si las percepciones sobre la atención (evaluadas mediante la participación de actrices-pacientes) en relación con la comunicación se vieron afectadas por el agregado de una capacitación en el trabajo en equipo a la capacitación clínica en las tres situaciones de urgencia obstétrica simuladas. La capacitación en el trabajo en equipo incluyó un curso de 1 día, con conferencias, videos breves y actividades no clínicas, que resaltaban la importancia de la comunicación efectiva entre los miembros del equipo multidisciplinario. La evidencia de certidumbre muy baja obtenida indica que puede haber poca o ninguna diferencia en las percepciones sobre la atención en relación con la comunicación para cualquiera de las situaciones de urgencia obstétricas simuladas al agregar el trabajo en equipo a la capacitación clínica.

Consideraciones adicionales

En la revisión no se encontró evidencia respecto a otros parámetros de valoración maternos ni respecto a ninguno de los parámetros fetales o neonatales preespecificados para esta pregunta de la directriz.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que es importante para las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del trabajo de parto y el parto, los resultados adversos del parto y ciertas intervenciones médicas, y valoran el apoyo y la tranquilización por parte de los profesionales de la salud que son sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta). Cuando se requieren intervenciones, la mayoría de las mujeres desearían recibir la información pertinente de un profesional de la salud técnicamente competente, y de un modo que puedan comprender (evidencia de certidumbre alta). Los resultados de otra síntesis de la evidencia cualitativa *(28)* que se centró en la ARM indican que las mujeres aprecian y valoran de manera uniforme la comunicación efectiva como uno de los componentes clave de la ARM (evidencia de certidumbre alta).

Recursos

No se encontró evidencia de investigación sobre el costo o la relación costo-efectividad de las intervenciones relativas a la comunicación.

Consideraciones adicionales

Es probable que las intervenciones relativas a la

Cuadro 3.3 Principales recursos necesarios para la comunicación efectiva

Recurso	Descripción
Personal	▼ Número suficiente de parteras capacitadas que dispongan de una combinación de aptitudes apropiada y trabajen en equipos multidisciplinarios, y facilitadores capacitados
Capacitación	▼ Planes de estudio básicos en el nivel previo al servicio y en el propio servicio, que incluyan una capacitación en comunicación que refleje las necesidades sociales, culturales y lingüísticas de las mujeres, en aquello que sea pertinente respecto al trabajo de parto y el parto ▼ Elaboración o adaptación de estrategias de capacitación para fomentar, mantener y evaluar las capacidades de comunicación del personal de atención de maternidad durante la prestación de la atención al trabajo de parto y el parto ▼ Capacitación regular en el propio servicio respecto a la comunicación durante el trabajo de parto y el parto
Suministros	▼ Materiales de educación sanitaria o herramientas para comunicar claramente el progreso en el trabajo de parto (por ejemplo, gráfico visual de la dilatación del cuello uterino de 0-10 cm) para las mujeres y los acompañantes que estas elijan durante el trabajo de parto y el parto
Equipo	▼ No requiere ningún equipo especial ▼ Algunas herramientas para la toma de decisiones-apoyo podrían ser útiles (por ejemplo, herramientas electrónicas con el empleo de una pantalla) ▼ Variable, según el tipo y el contenido de la capacitación
Infraestructura	▼ Instalaciones para la capacitación que faciliten el desarrollo de aptitudes y competencias para una comunicación efectiva
Supervisión y seguimiento	▼ Apoyo a todo el personal clínico que se encarga de la atención a las mujeres en el trabajo de parto para que pueda asistir a la capacitación en comunicación ▼ Supervisión y apoyo regular y examen por parte de los responsables del trabajo de parto y del centro con un apoyo clínico positivo ▼ Reuniones regulares multidisciplinarias para comentar y examinar los enfoques de comunicación destinados a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto

comunicación tengan una relación costo-efectividad favorable si mejoran la calidad de la atención de maternidad, reducen las intervenciones médicas y mejoran los resultados del parto; sin embargo, no disponemos de evidencia directa sobre su repercusión. El costo principal asociado a las intervenciones relativas a la comunicación en las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el período posnatal inmediato es el de la capacitación del personal de atención de maternidad, que puede orientarse al previo al servicio o al del propio servicio. Esto requerirá recursos, ya que la capacitación para informar y mantener un cambio de comportamiento en los profesionales de la salud podría requerir diversos enfoques, como conferencias, talleres y sesiones de capacitación individualizada. Mantener la capacitación clínica requerirá también recursos para proporcionar un desarrollo práctico continuado. Desde la perspectiva de las mujeres y de sus familias, es probable que los recursos necesarios para realizar intervenciones de comunicación efectiva sean insignificantes.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre la repercusión de las intervenciones relativas a la comunicación en la equidad. La evidencia indirecta procedente de una revisión cualitativa de elementos que dificultan y facilitan la adopción de los servicios de parto en centros de atención de salud indica que la mala calidad percibida de la asistencia constituye probablemente un obstáculo importante para que las mujeres los utilicen en los PIMB (evidencia de certidumbre alta) *(8)*. Una comunicación con el prestador de la atención que sea mala o comporte un maltrato podría influir en las decisiones acerca de dónde dar a luz en posteriores embarazos *(8)*, a la vez que socavar la equidad si desincentiva a las mujeres marginadas respecto a dar a luz en un centro, en especial en los PIBM.

Una comunicación efectiva por parte de los prestadores de la atención que se produzca en colaboración con las mujeres y sus familias podría ser útil para hacer que las mujeres se sientan informadas y posiblemente empoderaría a las mujeres desfavorecidas para que se expresaran públicamente acerca de la atención que reciben.

Aceptabilidad

En la revisión sistemática de métodos mixtos *(43)* realizada, no se encontró evidencia directa sobre la aceptabilidad de las intervenciones relativas a la comunicación aplicadas a mujeres en el trabajo de parto. Sin embargo, los resultados de una revisión sistemática cualitativa de las opiniones y experiencias de las mujeres respecto a la atención durante el parto *(26)* indican que las mujeres aprecian la comunicación recibida en múltiples formas, incluida la tranquilización positiva para aliviar la ansiedad, la escucha activa, las aptitudes para aceptar las decisiones y preocupaciones de las mujeres, y la empatía para establecer una relación de confianza y entendimiento (evidencia de certidumbre alta).

Los resultados obtenidos en lo que respecta a las opiniones de los prestadores de atención de salud en uno de los estudios incluidos en la revisión de métodos mixtos, realizado en la República Árabe Siria *(44)*, sugieren que la asistencia a actividades de capacitación para mejorar las competencias y aptitudes de comunicación es aceptable para los profesionales de la salud y puede ser considerada favorablemente por ellos (evidencia de certidumbre muy baja).

Viabilidad

Nuevamente, los resultados de un estudio *(44)* incluido en la revisión de métodos mixtos indican que puede haber varios obstáculos para la aplicación de las intervenciones relativas a la comunicación para los profesionales de la salud que acuden a talleres de capacitación, como son la presión del tiempo y del volumen de trabajo o la rutina hospitalaria (evidencia de certidumbre muy baja). La posición social baja de la mujer, el tipo de centro de salud y las actitudes culturales del personal hacia las mujeres también pueden tener influencia en la viabilidad de la aplicación (evidencia de certidumbre muy baja). La evidencia obtenida en una revisión sistemática cualitativa en la que se exploraron las opiniones y experiencias de los profesionales de la salud respecto a la prestación de la atención durante el parto *(26)* sugiere que la presión del tiempo y del volumen de trabajo limita a veces su capacidad de comunicación con las mujeres de la forma sensible e involucrada que estas desean (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

En la revisión de métodos mixtos *(43)*, los dos ensayos incluidos aplicaron y evaluaron su intervención de capacitación en un período relativamente corto (alrededor de tres semanas), y será preciso considerar con mayor detalle la forma en la que las organizaciones preparan, supervisan y mantienen el efecto de las intervenciones de capacitación destinadas a mejorar los resultados de interés en cuanto a la comunicación y la cantidad de tiempo necesaria para "incluir" el cambio en la práctica clínica. Los resultados obtenidos sugieren que sin el cambio necesario en los sistemas (en especial en entornos con un gran volumen de pacientes, una fuerza laboral limitada y falta de trabajo en equipo) la aplicación de las intervenciones relativas a la comunicación durante el trabajo de parto y el parto puede no ser viable a más largo plazo.

También es probable que las actitudes culturales hacia las mujeres, especialmente las marginadas, tengan una influencia importante en la posibilidad de que se respalden las intervenciones relativas a la comunicación.

Cuadro 3.4 Resumen de las conclusiones: Intervenciones relativas a la comunicación en comparación con ausencia de tales intervenciones

Efectos deseables	Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			Muy baja	– Baja	– Moderados	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a no aplicar una intervención de comunicación	– Probablemente favorable a no aplicar una intervención de comunicación	No favorable a la aplicación ni a la no aplicación de una intervención de comunicación	– Probablemente favorable a la intervención de comunicación	– Favorable a la intervención de comunicación
Recursos requeridos	Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderados	– Alta
Relación costo-efectividad	Desconocido	– Variable	– Favorable a no aplicar una intervención de comunicación	– Probablemente favorable a no aplicar una intervención de comunicación	– No favorable a la aplicación ni a la no aplicación de una intervención de comunicación	– Probablemente favorable a la intervención de comunicación	– Favorable a la intervención de comunicación
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.1.3 Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto

RECOMENDACIÓN 3

Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección. *(Recomendado)*

Comentarios

- En este contexto el acompañante puede ser cualquier persona elegida por la mujer para que le preste apoyo de manera continua durante el trabajo de parto y el parto. Puede tratarse de alguien de la familia o la red social de la mujer, como su cónyuge o pareja, una amiga o pariente, un miembro de la comunidad (como un líder comunitario femenino, una profesional de la salud o una partera tradicional) o una doula (es decir, una mujer que ha recibido capacitación en el apoyo al parto pero que no forma parte del personal profesional de un centro de atención de salud).
- El GDG abordó las cuestiones de privacidad, preferencias culturales y uso de recursos, que a menudo constituyen obstáculos para aplicar esta intervención, y acordó que podían usarse medidas sencillas para permitir a mujeres familiares acompañar a las mujeres durante el trabajo de parto como formas costo-efectivas y sensibles a las características culturales de abordar estas inquietudes. Si el acompañamiento en el trabajo de parto se aplica en entornos en los que las salas de preparto tienen más de una cama por espacio, debe prestarse atención a asegurar que se mantenga para todas las mujeres la privacidad y confidencialidad (por ejemplo, mediante el uso sistemático de separadores o cortinas).
- El GDG señaló que los países y las instancias normativas son a menudo renuentes a aplicar esta intervención en la práctica clínica, a pesar de la evidencia que la respalda y de la que se ha dispuesto desde hace muchos años, y aun cuando la intervención se esté aplicando sistemáticamente en los centros privados. El grupo estuvo de acuerdo en que son necesarios esfuerzos adicionales para alentar a los posibles ejecutores de la intervención a que la lleven a cabo a diversos niveles de la prestación de servicios de salud.
- Es importante que se respeten los deseos de las mujeres, incluidos los de las que prefieren no tener ningún acompañante.
- Encontrar un acompañante preferido para que las apoye durante el trabajo de parto podría no resultar fácil para las mujeres marginadas o vulnerables, o que viven lejos de los centros de atención de salud o si la labor del acompañante requiere un pago. Los centros de atención de salud tienen que tener en cuenta esto y considerar los pasos a seguir para lograr que esté siempre disponible el apoyo para todas las mujeres durante el trabajo de parto.
- Varias directrices de la OMS recomiendan el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto y el parto, entre ellas las siguientes: Recomendaciones de la OMS: optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas *(34)*, Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)* y Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal *(47)*.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.1.3)

La evidencia para esta recomendación procede de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron datos procedentes de 26 ensayos con un total de 15.858 mujeres *(22)*. Los ensayos se realizaron en Australia, Bélgica, Botswana, Brasil, Canadá, Chile, Finlandia, Francia, Grecia, Guatemala, Irán, México, Nigeria, Sudáfrica, Suecia, Tailandia, Turquía y Estados Unidos. La mayoría de los ensayos *(20)* reclutaron a las mujeres aproximadamente en el momento del ingreso en el hospital para el parto. En 15 de los ensayos, el centro no permitía en general que las mujeres tuvieran con ellas a alguien durante el trabajo de parto, mientras que en 11 ensayos el centro sí permitía a las mujeres estar acompañadas por la pareja o por un familiar. Las intervenciones de apoyo durante el trabajo de parto fueron muy similares en los diversos ensayos (entre otras, el tacto reconfortante, el elogio y estímulo) y generalmente se proporcionaron de forma continua durante el trabajo establecido. Las mujeres dispusieron de anestesia peridural en 14 de los ensayos, no tuvieron acceso a ella en ocho ensayos y en cuatro no se dispuso de información al respecto.

Comparación: Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto en comparación con la práctica habitual

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede aumentar los partos vaginales espontáneos (21 ensayos, 14.369 mujeres, RR 1,08, IC del 95% 1,04-1,12; efecto absoluto: 54 más por cada 1000 [de 27 a 81 más]) y reducir las cesáreas (24 ensayos, 15.347 mujeres, RR 0,75, IC del 95% 0,64-0,88; efecto absoluto: 36 menos por cada 1000 [de 17 a 52 menos]). Un análisis de subgrupos

definidos según el tipo de persona de apoyo indica que las personas de apoyo que "no forman parte del personal del hospital y no son elegidas por la mujer" son las que pueden tener un mayor efecto (parto vaginal espontáneo: RR 1,15, IC del 95% 1,05-1,26; y cesárea: RR 0,61, IC del 95% 0,45-0,83).

La evidencia de certidumbre baja sugiere también que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede reducir los partos vaginales instrumentales (19 ensayos, 14.118 mujeres, RR 0,90, IC del 95% 0,85-0,96; efecto absoluto: 20 menos por cada 1000 [de 8 a 30 menos]). En esta revisión no se realizó un análisis de subgrupos según el tipo de personas de apoyo en lo que respecta a este parámetro de valoración.

Traumatismo perineal: La evidencia de certidumbre moderada existente indica que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto produce probablemente un cambio escaso o nulo en los traumatismos perineales (episiotomía o desgarros perineales) (4 ensayos, 8120 mujeres, RR 0,97, IC del 95% 0,92-1,01).

Duración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre moderada indica que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto reduce probablemente la duración del trabajo de parto (13 ensayos, 5429 mujeres, diferencia media [DM] 0,69 horas menos; IC del 95% 0,34-1,04 horas menos).

Uso de analgesia: La evidencia de certidumbre baja existente sugiere que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede reducir el uso de cualquier tipo de analgesia (15 ensayos, 12.433 mujeres, RR 0,90, IC del 95% 0,84-0,96; efecto absoluto: 75 menos por cada 1000 [de 30 a 120 menos]). Los resultados del análisis de subgrupos indican que puede haber poca o ninguna diferencia entre los distintos tipos de persona de apoyo en lo que respecta a este resultado. También hay una evidencia de certidumbre baja que indica que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede reducir el uso de la anestesia peridural en los entornos en los que se emplea (9 ensayos, 11.444 mujeres, RR 0,93, IC del 95% 0,88-0,99; efecto absoluto: 48 menos por cada 1000 [de 7 a 83 menos]).

Aceleración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja existente sugiere que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede tener poco o ningún efecto sobre la aceleración del trabajo de parto con oxitocina sintética (17 ensayos, 12.833 mujeres, RR 0,97, IC del 95% 0,91-1,03). Los resultados del análisis de subgrupos indican que es posible que este efecto no muestre diferencias en función del tipo de persona de apoyo.

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto reduzca las valoraciones negativas de la experiencia de parto (11 ensayos, 11.133 mujeres, RR 0,69, IC del 95% 0,59-0,79; efecto absoluto: 55 menos por cada 1000 [de 37 a 73 menos]). El análisis de las diferencias en los subgrupos indica que este efecto es mayor cuando la persona de apoyo no forma parte del personal del hospital, independientemente de si la persona ha sido elegida o no por la mujer.

La evidencia de certidumbre moderada existente indica que es probable que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto produzca un efecto escaso o nulo en el dolor intenso del trabajo de parto referido por las mujeres tras el parto (4 ensayos, 2456 mujeres, RR 1,00, IC del 95% 0,83-1,21).

Hay una evidencia de certidumbre baja que sugiere que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede reducir la depresión puerperal cuando la persona de apoyo no forma parte del personal del hospital y no ha sido elegida por la mujer (1 ensayo, 159 mujeres, RR 0,17, IC del 95% 0,09-0,33). Sin embargo, hay una evidencia de certidumbre moderada que indica que, cuando las personas de apoyo forman parte del personal hospitalario, es probable que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto tenga poco o ningún efecto en este resultado (1 ensayo, 5571 mujeres, RR 0,86, IC del 95% 0,73-1,02). No se combinaron los datos sobre la depresión puerperal debido al alto grado de incongruencia existente entre los dos estudios que aportaban datos al respecto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre moderada existente sugiere que es probable que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto reduzca la frecuencia de la puntuación baja del índice Apgar a los 5 minutos (14 ensayos, 12.615 bebés, RR 0,62, IC del 95% 0,46-0,85; efecto absoluto: 6 puntuaciones bajas menos por cada 1000 [de 2 a 9 menos]).

Resultados de la relación maternoinfantil a más largo plazo: La evidencia de certidumbre baja disponible sugiere que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto puede comportar poca o ninguna diferencia en lo que se refiere al uso exclusivo o a cualquier uso de la lactancia materna (4 ensayos, 5584 bebés, RR 1,05, IC del 95% 0,96-1,16). Sin embargo, cuando la persona de apoyo no forma parte del personal del hospital y no ha sido elegida por la mujer, los resultados del análisis de subgrupos indican que es probable que el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto aumente el uso exclusivo o cualquier uso de la lactancia materna (3 ensayos, 1025 mujeres, RR 1,11, IC del 95% 0,98-1,26).

Consideraciones adicionales

Otros resultados del análisis de subgrupos realizado en la revisión indican que los efectos beneficiosos del acompañamiento en cuanto a varios parámetros de valoración de los resultados, como la reducción de las cesáreas y la "experiencia de parto negativa", pueden ser máximos en los países de ingresos medianos en comparación con los PIA, así como en los entornos en los que no se dispone de anestesia peridural, no se realiza una cardiotocografía (CTG) de manera sistemática o no se ha permitido anteriormente el acompañamiento de la mujer por otra persona durante el trabajo de parto.

Aunque el acompañamiento durante el trabajo de parto comenzó en la mayoría de los ensayos incluidos en el momento del ingreso en la sala de preparto, el acompañamiento iniciado en la fase temprana del trabajo de parto (por ejemplo, en el

domicilio o antes del ingreso en la sala de preparto) podría ser más eficaz, ya que es entonces cuando muchas mujeres experimentan ansiedad respecto a cómo afrontar las contracciones, cuándo ir al hospital y otras consideraciones prácticas.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se exploraron las percepciones y experiencias del acompañamiento en el trabajo de parto indican que las mujeres, tanto de entornos de PIA como de entornos de PIBM, valoran las medidas de alivio del dolor no farmacológicas que los acompañantes ayudan a facilitar, como el tacto tranquilizador (sujetar la mano, masajes y contrapresión) y las técnicas de respiración y de relajación. Los acompañantes ayudan también a las mujeres a adoptar posturas alternativas para aliviar el dolor, como ponerse en cuclillas, sentarse sobre una bola o caminar. Algunas mujeres encuentran también consuelo en el apoyo espiritual, cuando sus acompañantes les leen textos sagrados o plegarias (evidencia de certidumbre alta) *(27)*.

En esta revisión se observó también que las mujeres, tanto de entornos de PIA como de entornos de PIBM, valoran el hecho de sentir que tienen un control durante el trabajo de parto y se sienten seguras de su capacidad de dar a luz. Los resultados indican que los acompañantes ayudan a las mujeres a sentirse seguras de sí mismas y a mejorar su autoestima cuando reconocen y refuerzan sus esfuerzos, les proporcionan estímulo y orientación sobre la forma de mantener el control, y se aseguran de que sean conscientes de su posibilidad de elección (evidencia de certidumbre moderada) *(27)*.

Recursos

No se encontró evidencia respecto al costo o la relación costo-efectividad de las intervenciones de acompañamiento en los PIBM. En un entorno de un PIA (Estados Unidos de América) en el que se remunera a las doulas por sus servicios, un estudio de la relación costo-efectividad mostró un posible ahorro de costos al utilizar la atención prestada por doulas, tomando como base una remuneración de media de estas en Estados Unidos de US$ 986 por parto, y puso de manifiesto que tiene una tasa inferior de partos prematuros y cesáreas. Por el contrario, un análisis de la relación costo-efectividad del apoyo de acompañantes voluntarios para las mujeres embarazadas de entornos desfavorecidos realizado en el 2015 en el Reino Unido describió unos costos por parto sustancialmente mayores (£1862) *(48)*, ya que la reducción de las cesáreas y del uso de anestesia peridural fue pequeña cuando la hubo. El costo principal atribuido al programa de Reino Unido fue la prestación de servicios (que incluía: salarios/sueldos, instalaciones, equipamiento y bienes consumibles); otros costos considerados fueron el reclutamiento de voluntarios, la capacitación (materiales, servicio de comidas, cuidado infantil) y los gastos de viaje. Los autores sugirieron que podría considerarse un pago a los acompañantes voluntarios del orden del salario mínimo nacional de Reino Unido (alrededor de £8 por hora).

Un estudio sobre el establecimiento de un programa de acompañantes voluntarios realizado en estudiantes de enfermería y miembros de la comunidad en Estados Unidos indicó que el costo de aplicación de su programa fue "mínimo" *(49)*. En el 2015, el programa pagó a los voluntarios US$ 35 por curso de capacitación; este pago incluía una "bolsa de doula" que contenía un manual, una bola de parto, bloques de yoga y diversos elementos de confort de un solo uso, como lociones y chicles.

Consideraciones adicionales

La evidencia antes descrita sugiere que el costo y la relación costo-efectividad de proporcionar un servicio de acompañamiento por parte de voluntarios en los PIA pueden mostrar diferencias considerables y que el costo principal es el asociado a la prestación de servicios. El uso de acompañantes no profesionales (familiares o amigos de la mujer) podría constituir una intervención de un costo relativamente bajo desde la perspectiva del prestador de la atención, puesto que generalmente no hay costos de remuneración por el servicio o el transporte; sin embargo, los costos para el usuario (costos de transporte de acompañantes o pérdida de ingresos de otras actividades del acompañante) podrían ser un obstáculo para su adopción. Desde la perspectiva del prestador de la atención, habría costos asociados a la orientación/capacitación tanto de los acompañantes no profesionales como de las doulas, y también costos derivados de asegurar que la infraestructura sea adecuada para respaldarlos (véase el cuadro 3.5).

La evidencia cuantitativa sobre la efectividad del acompañamiento en el trabajo de parto sugiere que este puede reducir las cesáreas en un 25%, los partos vaginales instrumentales en un 10% y el uso de analgesia en un 10%. Parece plausible que estas reducciones pudieran conducir a un ahorro de costos sustancial.

Equidad

La evidencia derivada de una revisión sistemática cualitativa de las percepciones y experiencias del acompañamiento en el trabajo de parto exploró la forma en la que las mujeres de grupos minoritarios experimentaban el acompañamiento en el trabajo de parto. En los PIA, las mujeres inmigrantes, refugiadas o nacidas en otro país resaltaron que los acompañantes no profesionales de su propia comunidad étnica/religiosa/cultural, que habían recibido capacitación como acompañantes, eran para ellas una forma importante de recibir una atención competente desde el punto de vista cultural. Estos acompañantes no profesionales empoderaban a las mujeres para facilitar que plantearan preguntas, actuaban como sus defensores y aseguraban que se respetaran sus costumbres y tradiciones. Cuando las mujeres recibían este tipo de asistencia, se consideraban más seguras de poder dar a luz y se sentían menos "extrañas" en su nueva comunidad (evidencia de certidumbre baja) *(27)*.

La evidencia obtenida en una revisión de los elementos que dificultan o facilitan los partos en centros de atención de salud indica que una falta de asistencia para recibir el apoyo de estos centros constituye

Cuadro 3.5 Principales recursos necesarios para el acompañamiento en el trabajo de parto

Recurso	Descripción
Salarios del personal	▼ Proporcionar orientación a los acompañantes del trabajo de parto o gestionar el servicio de acompañamiento
Capacitación del acompañante	▼ Sesión de orientación sobre técnicas de acompañamiento y apoyo en el trabajo de parto (por ejemplo, dos sesiones de 2 horas para un familiar o amigo *(50)*, o un curso de 1 o 2 días *(49)* o más prolongado para la capacitación de voluntarios o doulas) ▼ Cursos de actualización ▼ Otros costos de capacitación, incluidos los costos de transporte para los participantes y los del lugar de realización
Suministros	▼ Información, formación y materiales de comunicación respecto a las técnicas de apoyo ▼ Incentivos ▼ Medidas para respaldar la privacidad y la confidencialidad, como separadores o cortinas
Infraestructura	▼ Instalaciones para acoger a los acompañantes, como una silla, espacio para cambiarse de ropa, acceso al baño ▼ Espacio privado físico para la mujer y su acompañante en el momento del nacimiento
Tiempo	▼ Tiempo de los acompañantes para la capacitación y el aporte del apoyo durante el trabajo de parto (por ejemplo, turnos de entre 8 y 12 horas *(49)*, remunerados o no)
Supervisión y seguimiento	▼ Establecimiento de un sistema de inscripción, integración, coordinación y apoyo a los acompañantes voluntarios y remunerados (los que no son familiares o amigos) dentro del sistema de salud

probablemente un obstáculo importante para la adopción del parto en un centro de salud por parte de las mujeres en los PIBM (evidencia de certidumbre moderada) *(8)*. En esta revisión se observó que las políticas de los centros de atención de salud que limitan la intervención de los familiares y los asistentes tradicionales en el parto inducían ansiedad en muchas mujeres. La revisión observó también una evidencia clara que indicaba que una experiencia de parto negativa previa en los centros de salud disuade a muchas mujeres de los PIBM de optar por dar a luz en un centro de salud (evidencia de certidumbre alta) *(8)*.

Consideraciones adicionales

Mejorar el apoyo prestado a las mujeres que dan a luz y facilitarles la elección del acompañante en el parto es un componente importante de la atención respetuosa de la maternidad (ARM) y es coherente con el enfoque basado en los derechos humanos *(28, 39)*.

Los resultados de una revisión cualitativa de las percepciones y las experiencias del acompañamiento en el trabajo de parto *(27)* sugieren que los centros de salud de los PIBM que aseguran un acompañamiento de las mujeres en el trabajo de parto por parte de familiares, amigos o doulas de la comunidad podrían aumentar la equidad de manera directa, mediante el empoderamiento y la promoción de la causa, y también de manera indirecta, a través de un aumento de la adopción del parto en centros de atención de salud por parte de las mujeres. La equidad podría aumentar también si el acompañamiento reduce la medicalización del parto (por ejemplo, cesárea, parto vaginal instrumental, uso de anestesia peridural) en las mujeres de entornos de recursos altos.

En muchos países, en especial los PIA, las mujeres que desean disponer de una doula pagan por ello de manera privada *(51)*. La ampliación del acompañamiento preferido a las mujeres más desfavorecidas en estos entornos aumentaría la equidad.

Aceptabilidad

Una revisión sistemática cualitativa de las percepciones y experiencias del acompañamiento en el trabajo de parto exploró las preferencias de las mujeres al respecto. Las mujeres que preferían la presencia de un acompañante en el trabajo de parto expresaron la necesidad de que esa persona fuera afectuosa, compasiva y que abogara por ellas de manera fiable. Las mujeres expresaron preferencias diversas en lo que respecta al acompañante deseado, como las de que fuera el esposo o acompañante, la hermana, la madre, la suegra, una doula o una combinación de diferentes personas. Estas diferencias entre las mujeres, tanto entre las de distintos grupos poblacionales como entre las de un mismo grupo en entornos de PIA y de PIBM, pone de manifiesto la importancia de dar a elegir a las mujeres el acompañante en el trabajo de parto (evidencia de certidumbre alta) *(27)*.

Viabilidad

Una revisión sistemática cualitativa de las percepciones y experiencias del acompañamiento en el trabajo de parto exploró los elementos que dificultaban o facilitaban la aplicación del acompañamiento en diferentes contextos. Los profesionales de la salud, mujeres y acompañantes varones, en especial en entornos de PIBM, resaltaron las limitaciones de espacio físico en las salas de preparto como un obstáculo clave para aplicar el acompañamiento en el trabajo de parto, ya que se percibía que no sería posible mantener la privacidad y que en las salas habría demasiadas

personas. Con frecuencia las salas de preparto consistían en una planta diáfana, con las camas separadas posiblemente por tan solo una cortina. En algunos casos, a las mujeres solo se les permitió tener una acompañante femenina, a fin de proteger la privacidad de las demás mujeres de la sala, con lo cual se limitaba su posibilidad de elección (evidencia de certidumbre alta) *(27)*.

Además, en los entornos en los que se aplicó el acompañamiento en el trabajo de parto, a menudo los prestadores de atención de salud no habían recibido capacitación sobre la forma de integrar a esa persona en el equipo de apoyo a la mujer. Esto podía causar conflictos entre el prestador de atención de salud, el acompañante y la mujer, o la sensación de que el acompañante/doula estaba "en medio" (evidencia de certidumbre moderada) *(27)*.

Cuadro 3.6 Resumen de las conclusiones: Acompañamiento en comparación con la práctica habitual

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	– Moderados	Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	Moderados	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la práctica habitual	– Probablemente favorable a la práctica habitual	– No favorable al acompañamiento ni a la práctica habitual	– Probablemente favorable al acompañamiento	Favorable al acompañamiento
Recursos requeridos	– Desconocido	Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	Baja	– Ahorro moderado	– Alta
Relación costo-efectividad	Desconocido	Variable	– Favorable a la práctica habitual	– Probablemente favorable a la práctica habitual	– No favorable al acompañamiento ni a la práctica habitual	– Probablemente favorable al acompañamiento	– Favorable al acompañamiento
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.1.4 Continuidad de la atención

RECOMENDACIÓN 4

Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras–consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brindan apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto–se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. *(Recomendado solo en contextos específicos)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo *(35)*.
- Los modelos de continuidad de la atención dirigida por parteras (CADP) son modelos de atención en los que una partera conocida y de confianza (partería de volumen de casos), o un grupo pequeño de parteras conocidas (partería en equipo), apoyan a la mujer a lo largo del período prenatal, durante el parto y el período posnatal, con objeto de facilitar un embarazo y un parto sanos y la aplicación de prácticas de crianza saludables.
- Los modelos de CADP son intervenciones complejas y no está claro si la forma de influencia que puede producir estos resultados positivos es la continuidad de la atención, la filosofía de partería de atención o ambas cosas. La filosofía de partería inherente a los modelos de CADP podría aplicarse o no en la práctica ordinaria de la partería en otros modelos de atención. Las instancias normativas en los entornos que no disponen de programas de parteras con un funcionamiento satisfactorio deben considerar la posibilidad de aplicar este modelo tan solo después de ampliar con éxito a mayor escala el número (y mejorar la calidad) de las parteras en ejercicio. Además, los interesados directos pueden optar por analizar posibles formas de prestar una atención continua a través de profesionales distintos de las parteras, ya que las mujeres dan un gran valor a la continuidad de la atención.
- El grupo de expertos observó que con este modelo de atención es importante supervisar el uso de recursos, así como el desgaste y el volumen de trabajo del prestador de la atención, con objeto de determinar si los modelos basados en el número de casos o en la atención en equipo son más sostenibles en determinados entornos.
- La CADP requiere disponer de parteras bien capacitadas en un número suficiente para que cada mujer vea tan solo a una partera o a un grupo pequeño de ellas a lo largo de todo el embarazo y durante el parto. Este modelo puede requerir, pues, un cambio en la asignación de recursos para garantizar que el sistema de salud tenga acceso a un número suficiente de parteras con un volumen de casos razonable.
- La introducción de la CADP puede conducir a un cambio en las funciones y responsabilidades de las parteras así como de otros profesionales de la salud que anteriormente han sido los responsables de la atención prenatal y postnatal. Cuando así suceda, la aplicación tiene una mayor probabilidad de resultar eficaz si se consulta a todos los interesados directos pertinentes e intervienen en ello los departamentos de recursos humanos. En algunos entornos, podría ser útil también la consulta con organizaciones profesionales para facilitar el proceso de aplicación.
- Debe evaluarse la necesidad de una capacitación y formación puntual o continua, y deben proporcionarse los medios de capacitación necesarios.
- La evidencia que respalda esta recomendación se encuentra en el documento de la directriz de origen que puede consultarse en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/

3.2 Período de dilatación

3.2.1 Definición de las fases latente y activa del período de dilatación

RECOMENDACIÓN 5

Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación:.

- **La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.** *(Recomendado)*
- **El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.** *(Recomendado)*

Comentarios

- El GDG reconoció que la "fase latente del período de dilatación" (o "fase latente") se describe a veces como fase "inicial" o "pasiva" del período de dilatación. Sin embargo, el grupo se decantó por el empleo del término "fase latente del período de dilatación" (o "fase latente"), ya que esta es la denominación más clásica y más familiar, y porque la introducción de un nuevo término podría requerir una capacitación adicional que agregaría un valor mínimo o nulo. Asimismo, se prefiere el uso del término "fase activa del período de dilatación" (o "fase activa") para describir la fase del trabajo de parto acelerada que se produce en ese período, en vez de otros términos como el de "fase establecida" del trabajo de parto.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Definiciones de la fase latente y la fase activa del período de dilatación del trabajo de parto

No se encontró ningún estudio en el que se hubieran investigado específicamente los resultados del parto en función del uso de diferentes definiciones de las fases del período de dilatación del trabajo de parto. La evidencia relativa a las definiciones del inicio y las características de las fases latente y activa del período de dilatación del trabajo de parto se obtuvieron de tres revisiones sistemáticas: a) una revisión sistemática de las definiciones del inicio y las características de las fases latente y activa del período de dilatación según lo establecido para las embarazadas sanas que presentan un trabajo de parto espontáneo en contextos de investigación y de práctica clínica, y la justificación científica en la que se fundamentaban tales definiciones *(14)*; b) una revisión sistemática de la duración del trabajo de parto que evaluó también las definiciones de las etapas del trabajo de parto *(52)*, y c) una revisión sistemática de los patrones de dilatación del cuello uterino que aporta evidencia respecto al umbral de dilatación para el inicio de la fase activa indicado por el comienzo de una progresión rápida de dicha dilatación *(53)*.

En la primera revisión *(14)* se incluyeron 62 estudios realizados en 24 países de ingresos bajos, medianos y altos: Alemania (6 estudios), Arabia Saudita (1), Australia (1), Austria (1), Bahréin (1), Canadá (1), Estados Unidos (22), Filipinas (1), Francia (1), India (1), Irán (3), Irlanda (1), Israel (2), Italia (4), Jordania (1), Kuwait (1), Nueva Zelanda (1), Nigeria (4), Noruega (3), Pakistán (1), República de Corea (2), Sudáfrica (2) y Suecia (1). La mayoría de los estudios se publicaron entre el 2005 y el 2013. Se trataba de estudios de cohortes retrospectivos (29), estudios de cohortes prospectivos (18) y ECA (7), mientras que en los demás estudios (8) se empleó una amplia variedad de métodos cualitativos, estudios de casos y testigos, métodos mixtos u otros diseños de investigación.

En la segunda revisión sistemática *(52)* se incluyeron 37 estudios realizados en 17 países de ingresos bajos, medianos y altos (Alemania, China, Colombia, Croacia, Egipto, Estados Unidos, Finlandia, Israel, Japón, Myanmar, Nigeria, Noruega, Reino Unido, República de Corea, Taiwán [China], Uganda y Zambia), con más de 200.000 mujeres de diferentes orígenes étnicos y distintas posiciones socioeconómicas. Estos estudios evaluaron principalmente la duración de las fases y las etapas del trabajo de parto en las mujeres que presentaron un trabajo de parto espontáneo y se consideró que tenían un riesgo bajo de sufrir complicaciones, y de manera secundaria se evaluaron las definiciones de las fases de los períodos del trabajo de parto aplicadas en los estudios incluidos.

La tercera revisión sistemática *(53)* incluyó siete estudios de observación realizados en China (2 estudios), Estados Unidos (3), Japón (1), Nigeria y Uganda (1 estudio realizado en ambos países). Estos estudios presentaron datos de 99.712 mujeres "de bajo riesgo" con un inicio espontáneo del trabajo de parto, un parto vaginal y ningún resultado adverso perinatal; y evaluaron el tiempo necesario para la dilatación del cuello uterino centímetro a centímetro a lo largo del período de dilatación, así como la correspondiente velocidad del cambio (pendiente) de un nivel de dilatación al siguiente.

Resultados

Inicio y características de la fase latente: En la primera revisión, los 13 estudios que definían la fase latente del período de dilatación incluían la presencia de contracciones uterinas dolorosas regulares, mientras que 11 incluían en la definición la dilatación del cuello uterino. Tres estudios (23%) afirmaban que durante el inicio de la fase latente debe haber como mínimo una contracción uterina dolorosa cada 8-10 minutos, y un estudio afirmaba que debía haber al menos dos contracciones dolorosas cada 10 minutos; ninguno de estos estudios incluía la duración de cada contracción en su definición. El inicio de la fase latente se definió la mayor parte de las veces como una dilatación del cuello uterino de menos de 4 cm (7 estudios); sin embargo, en tres estudios y un estudio se utilizaron los criterios de menor de 3 cm y de igual o menor de 2 cm, respectivamente. Un estudio definió el final de la fase latente según la paridad, indicando que una dilatación de 3 cm marcaba el final de la fase latente en las mujeres nulíparas y 4 cm lo establecía para las mujeres no nulíparas. Fueron pocos los estudios que incluían signos fisiológicos (por ejemplo, "presentación sanguinolenta" o pérdida de líquido amniótico) en sus definiciones.

En la segunda revisión, seis estudios definieron la fase latente con el empleo de medidas no uniformes de la dilatación del cuello uterino, como menos de 2,5 cm, menos de 3 cm o menos de 4 cm. Un estudio definió la fase latente como "la duración del trabajo de parto antes de acudir al hospital", mientras que en otro se utilizó "el período de tiempo transcurrido desde el inicio notificado de las contracciones regulares hasta el momento del examen en el que la pendiente de la progresión de la dilatación del cuello uterino era > 1,2 cm/hora".

La tercera revisión no aporta ninguna información adicional respecto a la definición de la fase latente**.**

Inicio y características de la fase activa: En la primera revisión, 20 (60%) de los 33 estudios que definían la fase activa del período de dilatación incluían la presencia de contracciones uterinas dolorosas regulares, mientras que 27 (82%) incluían en la definición la dilatación del cuello uterino. La frecuencia de las contracciones uterinas dolorosas no se especificó generalmente en los estudios que incluían las contracciones como parte de la definición, pero se describió como de un mínimo de 2-3 contracciones en 10 minutos en seis estudios. Un estudio indicó que el inicio de la dilatación activa del trabajo de parto se caracteriza por unas contracciones de una duración de 20-25 segundos, mientras que en dos estudios se afirmaba que las contracciones de la fase activa debían ser de más de 40 segundos de duración.

La mayor parte de las veces la aparición de la fase activa se definió como una dilatación del cuello uterino de 4 cm o más (14 estudios); sin embargo, se usaron definiciones de 2 cm o más o de 3-4 cm en 2 y 10 estudios, respectivamente. Cuatro estudios caracterizaron el inicio de la fase activa como el momento en el que el cuello uterino empieza a dilatarse en más de 1 cm por hora. Seis estudios incluían el borramiento sustancial del cuello uterino en la definición del inicio del período de dilatación activa, con un borramiento de entre al menos un 75% y un 100%. Dos estudios incluían signos fisiológicos (por ejemplo, "presentación sanguinolenta" o pérdida de líquido amniótico) en sus definiciones del inicio de la fase activa.

En la segunda revisión, 11 estudios definieron de manera no uniforme el inicio de la fase activa mediante umbrales de dilatación del cuello uterino de 1,5 cm (1 estudio), 2,5 cm (1), 3 cm (1), 4 cm (6) o 5 cm (1). En un estudio, la fase activa se definió como el tiempo transcurrido hasta alcanzar una dilatación completa del cuello uterino desde el momento de la llegada al hospital. Todos los estudios definieron de manera uniforme el final de la fase activa como la dilatación de 10 cm.

En la tercera revisión, la mediana combinada del tiempo transcurrido hasta que la dilatación del cuello uterino progresó en 1 cm en las mujeres nulíparas fue de más de 1 hora hasta llegar a la dilatación de 5 cm, momento en el que la mediana de velocidad de dilatación pasó a ser de 1,09 cm/hora (6 estudios, 42.648 mujeres). La transición a una progresión más rápida de la dilatación comenzó entre los 5 y los 6 cm, tras lo cual la mediana de la velocidad de dilatación aumentó al doble. De igual modo, la mediana combinada del tiempo transcurrido hasta que la dilatación del cuello uterino progresó en 1 cm en las mujeres no nulíparas (paridad ≥ 1) fue de más de 1 hora hasta llegar a la dilatación de 5 cm, momento en el que la mediana de la velocidad de dilatación pasó a ser de 1,49 cm/hora (3 estudios, 56.823 mujeres).

Consideraciones adicionales

No hay evidencia que respalde el fundamento ni las repercusiones de una determinada definición de la fase latente en los resultados del parto. Sin embargo, el inicio de la fase activa definido por un umbral de dilatación de al menos 5 cm se basó en una revisión en la que se incluyó a mujeres con un trabajo de parto espontáneo y unos resultados perinatales normales *(53)*.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó qué cuestiones consideraban importantes las mujeres durante la atención del parto *(23)* indican que la mayoría de ellas desean un parto normal con un buen resultado para la madre y el bebé.

Consideraciones adicionales

La evidencia de otros estudios indica que en las mujeres es menos probable que en los prestadores de atención de salud la capacidad de identificar fases temporales bien definidas en el trabajo de parto *(54)* y que es más probable que su capacidad de enfrentarlo dependa de diversos factores interrelacionados, como el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido *(55)*.

Cuadro 3.7 Principales recursos necesarios para la adopción de nuevas definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación

Recurso	Descripción
Capacitación	▼ Capacitación basada en práctica para que los prestadores de atención de salud aumenten su conocimiento sobre la atención de apoyo hospitalaria y ambulatoria para la fase latente del período de dilatación
Suministros	▼ Manuales de capacitación modificados y protocolos clínicos para los prestadores de atención de salud y las personas en fase de formación previa a la incorporación al servicio ▼ Materiales didácticos para las mujeres sobre lo que constituye el inicio de las fases latente y activa y cuándo deben acudir a un centro de salud para una evaluación ▼ Nuevo partograma de impresión en papel que indique el punto de inicio de la fase activa
Infraestructura	▼ En los entornos en los que se ingresa directamente en el hospital a todas las mujeres independientemente de la fase del trabajo de parto, deben proporcionarse a la sala de maternidad/prenatal las camas suficientes en las que pueda prestarse la atención de apoyo necesaria (por ejemplo, alivio del dolor) a las mujeres antes de que la dilatación del cuello uterino alcance los 5 cm
Supervisión y seguimiento	▼ Supervisión y seguimiento continuados mediante auditorías regulares y exámenes de los resultados en relación con la aplicación de la nueva definición de la fase activa

Recursos

En las revisiones no se encontró evidencia sobre las necesidades de recursos en relación directa con las definiciones de las fases del período de dilatación.

Consideraciones adicionales

La aplicación de un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm como punto de referencia para el inicio de la fase activa del período de dilatación podría tener una relación costo-efectividad favorable porque tiene el potencial de reducir el uso de intervenciones destinadas a acelerar el trabajo de parto y el parto (cesárea, aceleración con oxitocina) y otras intervenciones relacionadas (por ejemplo, cardiotocografía, analgesia, antibióticos). Esto está respaldado por la evidencia aportada por los estudios de observación que muestran que las intervenciones en el trabajo del parto se reducen en las mujeres que son ingresadas en la fase activa del período de dilatación (basándose en un umbral de 4 cm o menos) en comparación con las que lo son en la fase latente, sin que con ello aumente la morbilidad materna ni perinatal. Aunque el nuevo umbral de 5 cm para el inicio de la fase activa puede reducir aun más la probabilidad de intervenciones, también podría aumentar los costos sanitarios como resultado de la reorganización de la infraestructura de la sala de preparto, la modificación de las políticas de ingreso en las salas de preparto y la necesidad de una capacitación adicional del personal de salud para que pueda aplicar las nuevas definiciones en la práctica clínica.

Equidad

No se encontró evidencia relativa a la repercusión en la equidad.

Consideraciones adicionales

El empleo innecesario de la aceleración del trabajo de parto con oxitocina y de la cesárea es muy contrario a la equidad, y estas intervenciones podrían reducirse si la atención ordinaria aplicada en la fase activa del período de dilatación se utilizara tan solo después de que la mujer haya llegado a un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm.

Aceptabilidad

No se encontró evidencia directa sobre la aceptabilidad de ninguna definición específica del período de dilatación por parte de los interesados directos, es decir, las mujeres y los prestadores de atención de salud.

Consideraciones adicionales

La evidencia aportada por otros estudios indica que en las mujeres es menos probable que en los prestadores de atención de salud la identificación de fases temporales bien definidas del trabajo de parto *(54)* y que su capacidad de enfrentarlo depende con mayor probabilidad de una amplia variedad de factores interrelacionados, como el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido *(55)*. Teniendo en cuenta que el criterio de 4 cm de dilatación del cuello uterino ha sido ampliamente adoptado y usado en la práctica clínica durante decenios como límite de la fase latente del período de dilatación del trabajo de parto, no se prevé que la aceptación de un nuevo valor de corte por parte de los clínicos vaya a ser rápida.

Viabilidad

No se encontró evidencia directa sobre la viabilidad de adoptar o aplicar estas definiciones en los protocolos de la sala de preparto.

Consideraciones adicionales

Aunque la aplicación de un nuevo umbral para identificar el inicio de la fase activa del período de dilatación en los protocolos del trabajo de parto podría ser relativamente sencilla en entornos en los que todas las mujeres en trabajo de parto son ingresadas sea cual sea la fase en la que se encuentren, es probable que surjan dificultades en los entornos en los que la política consiste en ingresar tan solo a las mujeres que se encuentran en la fase activa del período de dilatación, ya que sería necesaria una reorganización de la atención prestada.

Cuadro 3.8 Resumen de las conclusiones: Adopción de nuevas definiciones en comparación con el uso de las definiciones existentes para el período de dilatación

Efectos deseables	– Desconocido	Variable		– Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a los límites existentes	– Probablemente favorable a las definiciones existentes	– No es favorable ni a las definiciones nuevas ni a las existentes	Probablemente favorable a las definiciones nuevas	– Favorable al aumento de los límites
Recursos requeridos	Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	Desconocido	– Variable	– Favorable a los límites existentes	– Probablemente favorable a las definiciones existentes	– No es favorable ni a las definiciones nuevas ni a las existentes	– Probablemente favorable a las definiciones nuevas	– Favorable al aumento de los límites
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	- Sí

3.2.2 Duración del período de dilatación

RECOMENDACIÓN 6

Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes. *(Recomendado)*

Comentarios

- El GDG reconoce que el grado de certidumbre de la evidencia relativa a la duración de la fase latente del período de dilatación es muy baja, debido en parte a la dificultad existente para determinar el inicio real del trabajo de parto; por lo tanto decidió no establecer una duración estandarizada de la fase latente del período de dilatación para la toma de decisiones durante el trabajo de parto.
- La duración esperada de la fase activa del período de dilatación depende del umbral de referencia usado para establecer su inicio. Los límites establecidos para la fase activa del período de dilatación fueron los valores redondeados del centil 95 basados en la evidencia existente sobre la duración del avance de la dilatación de los 5 cm a los 10 cm.
- La mediana de duración de la fase activa del período de dilatación es de 4 horas en el primer parto y de 3 horas en el segundo parto y los posteriores, si se toma como referencia para el inicio la dilatación de 5 cm.
- El GDG resaltó que la decisión de intervenir cuando el período de dilatación parece prolongarse no debe adoptarse basándose tan solo en la duración.
- Los profesionales de la salud deben prestar apoyo a las embarazadas con un trabajo de parto de inicio espontáneo para que experimenten el trabajo de parto y el parto según el proceso reproductivo natural de cada mujer concreta, sin intervenciones para acortar la duración del trabajo de parto, siempre y cuando el estado de la madre y del bebé sea tranquilizador, haya una dilatación progresiva del cuello del útero y la duración esperada del trabajo de parto esté dentro de los límites recomendados.
- Los profesionales de la salud deben informar a las embarazadas sanas que la duración del trabajo de parto es sumamente variable y depende de su proceso fisiológico individual y de las características del embarazo.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Duración del período de dilatación

La evidencia analizada procede de una revisión sistemática de 37 estudios en los que se evaluó la duración del trabajo de parto espontáneo en mujeres que no tenían factores de riesgo de complicaciones *(52)*. Los estudios se publicaron entre los años 1960 y 2016 en 17 países de ingresos bajos, medianos y altos (Alemania, China, Colombia, Corea, Croacia, Egipto, Estados Unidos, Finlandia, Israel, Japón, Myanmar, Nigeria, Noruega, Reino Unido, Taiwán [China], Uganda y Zambia) e incluyeron un total de más de 200.000 mujeres de diferentes orígenes étnicos y posiciones socioeconómicas. La mayoría (34) de los estudios incluidos se realizaron en hospitales terciarios. Las intervenciones en el trabajo de parto, la amniotomía, la aceleración con oxitocina, la anestesia peridural y el parto vaginal instrumental, tanto en las mujeres nulíparas como en las no nulíparas, mostraron grandes diferencias entre los estudios. Se consideró también la inclusión de los estudios si la tasa de cesáreas en la primera fase era inferior al 1%. No se analizaron de forma combinada los estudios debido a la heterogeneidad existente en las características de la población, las intervenciones en el trabajo de parto y las definiciones del inicio de las diferentes fases del trabajo de parto.

Resultados

Fase latente nulípara: Tal como se muestra en el cuadro 3.9, la evidencia de certidumbre muy baja procedente de dos estudios indica una mediana de duración de la fase latente del período de dilatación de 6,0-7,5 horas, sin que haya ninguna información sobre las distribuciones en centiles. Uno de estos estudios presentó la fase latente como el período transcurrido entre el inicio de las contracciones regulares y el momento en el que la pendiente del registro del trabajo de parto superaba los 1,2 cm/hora, mientras que en el otro estudio la fase latente se definió como la "duración del trabajo de parto antes de acudir al hospital".

La evidencia de certidumbre muy baja derivada de dos estudios que presentaron la duración de la fase latente en forma de media y desviación estándar indicó una media de duración de 5,1 y 7,1 horas, con unos límites estadísticos ("máximos") estimados de 10,3 y 11,5 horas, respectivamente. Uno de estos dos estudios definió la fase latente a partir del momento del ingreso al hospital y hasta la dilatación de 4 cm mientras que en el otro no se señaló ningún punto de referencia.

Cuadro 3.9 Duración de la fase latente del período de dilatación en mujeres nulíparas y no nulíparas

MUJERES NULÍPARAS						
Estudio	N	Mediana de dilatación del cuello uterino al ingreso (cm)	Definición de los puntos de referencia	Mediana de duración (h)	Centil 5 (h)	Centil 95 (h)
Peisner 1985 *(56)*	1544	0,5	Del inicio notificado de las contracciones a la pendiente del registro de trabajo de parto > 1,2 cm/h	7,5	NI	NI
Ijaiya 2009 *(57)*	75	5,0	Duración del trabajo de parto antes de acudir	6,0	NI	NI
		Mediana de dilatación al ingreso (cm)	Definición de puntos de referencia	Media de duración (h)	DE (h)	+2DE (h)
Juntunen 1994 *(58)*	42	NI	No definido	5,1	3,2	11,5
Velasco 1985 *(59)*	74	NI	Del ingreso a los 4 cm	7,1	1,6	10,3
MUJERES NO NULÍPARAS						
Estudio	N	Mediana de dilatación del cuello uterino al ingreso (cm)	Definición de los puntos de referencia	Mediana de duración (h)	Centil 5 (h)	Centil 95 (h)
Peisner 1985 (P = 1) *(56)*	720	4,5	Del inicio notificado de las contracciones a la pendiente del registro de trabajo de parto > 1,5 cm/h	5,5	NI	NI
Peisner 1985 (P ≥ 1) *(56)*	581	4,5	Del inicio notificado de las contracciones a la pendiente del registro de trabajo de parto > 1,5 cm/h	4,5	NI	NI
Ijaiya 2009 *(57)*	163	6,0	Duración del trabajo de parto antes de acudir	5,0	NI	NI
Estudio	N	Mediana de dilatación al ingreso (cm)	Definición de puntos de referencia	Media de duración (h)	DE (h)	+2DE (h)
Juntunen 1994 (P = 2/3) *(58)*	42	NI	No definido	3,2	2,3	7,8 [a]
Juntunen 1994 (GM) *(58)*	42	NI	No definido	2,2	1,6	5,4 [a]
Velasco 1985 *(59)*	37	NI	Del ingreso a los 4 cm	5,7	1,5	8,8 [a]

GM: gran multiparidad; h: hora; NI: no indicado; P: paridad; DE: desviación estándar; [a] Valor calculado por los autores de la revisión sistemática. Fuente: Abalos et al., 2018 *(52)*.

Fase latente no nulípara: La evidencia de certidumbre muy baja existente procede de dos estudios que presentaron datos de mediana de duración de la fase latente de 4,5 y 5,5 horas (cuadro 3.9). Sin embargo, no se presentaron las distribuciones de centiles. Uno de estos estudios describió la fase latente como el período comprendido entre el inicio de las contracciones regulares y el momento en el que se llegaba a una pendiente del registro del trabajo de parto de más de 1,2 cm/hora, mientras que en el otro la fase latente se definió como la "duración del trabajo antes de acudir al hospital".

La evidencia de certidumbre muy baja procedente de dos estudios indica que la duración media de la fase latente va de 2,2 a 5,7 horas y los límites estadísticos ("máximos") estimados fueron de 5,4-8,7 horas. Uno de estos estudios definió la fase latente como el período transcurrido entre el ingreso en el hospital y la dilatación de 4 cm.

Fase activa nulípara: En el cuadro 3.10a se muestra la mediana de duración del trabajo de parto con el empleo de los puntos de referencia usados para el inicio y la finalización de la fase activa del período de dilatación. La evidencia de certidumbre moderada procedente de dos estudios indica que la mediana de duración de la fase activa cuando el punto de partida de referencia era de 4 cm fue de 3,7-5,9 horas (con umbrales del centil 95 de 14,5-16,7 horas). Cuando el

Cuadro 3.10a Duración de la fase activa del período de dilatación: mujeres nulíparas

Estudio	N	Intervenciones en el trabajo de parto			Puntos de referencia (cm)	Mediana de duración (h)	Centil 5 (h)	Centil 95 (h)
		Amniotomía (%)	Oxitocina (%)	Epidural (%)				
Zhang 2010 *(17)*	8690	NI	20	8	4-10	3,7	NI	16,7
Zhang 2010 *(16)*	5550	NI	47 [a]	8 [a]	4 (o 4,5)-10	5,3	NI	16,4
Oladapo 2018 *(62)*	715	NI	40 [a]	0,0	4-10	5,9	2,4	14,5
Zhang 2010 *(16)*	2764	NI	47 [a]	84 [a]	5 (o 5,5)-10	3,8	NI	12,7
Oladapo 2018 *(62)*	316	NI	40 [a]	0,0	5-1	4,3	1,6	11,3
Oladapo 2018 *(62)*	322	NI	40 [a]	0,0	6-10	2,9	0,9	9,3
						Media de duración (h)	DE (h)	+2DE (h)
Albers 1996 *(63)*	347	NI	0,0	NI	4–10	7,7	5,9	19,4
Albers 1999 *(64)*	806	0,0	0,0	NI	4–10	7,7	4,9	17,5
Jones 2003 *(65)*	120	NI	0,0	0,0	4–10	6,2	3,6	13,4
Juntunen 1994 *(58)*	42	57,1	0,0	42,9	4–10	3,1	1,5	6,1[b]
Velasco 1985 *(59)*	74	0,0	0,0	0,0	4–10	3,9	1,6	7,1[b]
Schiff 1998 *(66)*	69	NI	NI	NI	4–10	4,7	2,6	9,9[b]
Kilpatrick 1989 *(67)*	2 032	NI	0,0	0,0	NI	8,1	4,3	16,7[b]
Lee 2007 *(68)*	66	NI	NI	0,0	NI	3,6	1,9	7,4[b]
Schorn 1993 *(69)*	18	NI	18,0	NI	NI	15,4	6,6	28,6

NI: no indicado; DE: desviación estándar; [a] Valor notificado para toda la población del estudio; [b] Valor calculado por los autores de la revisión sistemática.
Fuente: Abalos et al., 2018 *(52)*.

punto de partida de referencia era de 5 cm, la mediana de duración fue de 3,8-4,3 horas (con umbrales del centil 95 de 11,3-12,7 horas). El único estudio que utilizó 6 cm como punto de partida de referencia presentó una mediana de duración de la fase activa de 2,9 horas y una duración del centil 95 de 9,5 horas.

En los estudios que presentan valores en forma de media, la evidencia de certidumbre moderada indica que la media de duración del trabajo de parto para pasar de una dilatación de 4 cm a 10 cm fue de 3,1-8,1 horas, con unos límites estadísticos de 7,1-19,4 horas. Un estudio presentó una media de duración de 4,7 horas y unos límites estadísticos de 9,9 horas para la fase activa tomando como punto de partida de referencia la dilatación de 3 cm. Sin embargo, en la revisión no se incluyó ningún estudio que presentara la media de duración de la fase activa tomando como punto inicial de referencia la dilatación de 5 o 6 cm.

Fase activa no nulípara: Según lo indicado en el cuadro 3.10b, la evidencia de certidumbre moderada procedente de dos estudios indica que la mediana de duración de la fase activa en las mujeres con paridad 1 y paridad de más de 1, definiendo el inicio como una dilatación de 4 cm, fue de 2,2-4,7 horas, con un intervalo de valores de 13,0-14,2 horas para los umbrales del centil 95. En un estudio que presentó por separado los datos de las mujeres con paridad 1 y los de las mujeres de paridad superior a 1, tomando como punto de referencia para el inicio de la fase activa la dilatación de 5 cm, la mediana de duración descrita fue de 3,4 y 3,1 horas y el umbral del centil 95

Cuadro 3.10b Duración de la fase activa del período de dilatación: mujeres no nulíparas

Estudio	N	Intervenciones en el trabajo de parto			Puntos de referencia (cm)	Mediana de duración (h)	Centil 5 (h)	Centil 95 (h)
		Amniotomía (%)	Oxitocina (%)	Epidural (%)				
Zhang 2010 (P = 1) *(17)*	6 373	NI	20,0	11	4–10	2,4	NI	13,8
Zhang 2010 (P = 2+) *(17)*	11 765	NI	12,0	8	4–10	2,2	NI	14,2
Oladapo 2018 (P = 1) *(62)*	491	NI	29,8[a]	0,1	4–10	4,6	1,7	13,0
Oladapo 2018 (P = 2+) *(62)*	626	NI	26,7[a]	0,0	4–10	4,7	1,7	13,0
Oladapo 2018 (P = 1) *(62)*	292	NI	29,8[a]	0,1	5–10	3,4	1,2	10,1
Oladapo 2018 (P = 2+) *(62)*	385	NI	26,7[a]	0,0	5–10	3,1	0,9	10,8
Oladapo 2018 (P = 1) *(62)*	320	NI	29,8[a]	0,1	6–10	2,2	0,6	7,5
Oladapo 2018 (P = 2+) *(62)*	414	NI	26,7[a]	0,0	6–10	2,4	0,8	7,4
						Media de duración (h)	DE (h)	+2DE (h)
Albers 1996 *(63)*	602	NI	NI	NI	4–10	5,7	4,0	13,7
Albers 1999 *(64)*	1 705	0,0	0,0	0,0	4–10	5,6	4,1	13,8
Jones 2003 *(65)*	120	NI	0,0	0,0	4–10	4,4	3,4	11,6
Juntunen 1994 (P = 2/3) *(58)*	42	69,0	0,0	2,4	4–10	2,7	1,4	5,5[b]
Juntunen 1994 (GM) *(58)*	42	71,4	0,0	9,5	4–10	2,8	1,5	5,8[b]
Velasco 1985 *(59)*	37	0,0	0,0	0,0	4–10	2,1	1,4	4,9[b]
Schiff 1998 *(66)*	94	NI	NI	NI	NI	3,3	1,9	7,1[b]
Kilpatrick 1989 *(67)*	3 767	NI	NI	0,0	NI	5,7	3,4	12,5
Schorn 1993 *(69)*	30	NI	18,0	NI	No definido	13,2	5,3	23,9

GM: gran multiparidad; NI: no indicado; P: paridad; DE: desviación estándar; [a] Valor notificado para toda la población del estudio; [b] Valor calculado por los autores de la revisión sistemática.
Fuente: Abalos et al., 2018 *(52)*.

fue de 10,1 y 10,8 horas, respectivamente. El mismo estudio indicó que la mediana de duración fue de 2,2 y 2,4 horas y el umbral del centil 95 fue de 7,5 y 7,4 horas, respectivamente, cuando el punto de partida de referencia para la fase activa fue la dilatación de 6 cm.

En lo que respecta a los estudios en los que se presentaron los valores de media de duración del trabajo de parto, la evidencia de certidumbre moderada indica que la media de duración de la fase activa cuando el punto de partida de referencia era de 4 cm fue 2,1-5,7 horas, con unos límites estadísticos de 4,9-13,8 horas. En otros dos estudios de este tipo no se informó el punto de partida utilizado para definir la fase activa de la dilatación.

Un análisis de sensibilidad en el que se excluyeron los estudios en los que había habido alguna intervención (aceleración, parto vaginal instrumental y cesárea en el período expulsivo) muestra un intervalo de valores de la media de duración de la fase activa similar tomando como punto de partida la dilatación de 4 cm. En este análisis de sensibilidad no se incluyó ningún estudio que presentara la duración del trabajo de parto en forma de mediana.

Consideraciones adicionales

Las definiciones utilizadas sobre el momento de inicio de la fase latente fueron muy inciertas en los estudios disponibles que presentaban valores de mediana y media de duración de la fase latente del período de dilatación. A pesar de la certidumbre muy baja de la

evidencia con respecto a la duración de la fase latente en las mujeres nulíparas y no nulíparas, los datos presentados son comparativamente mejores que las observaciones realizadas en el trabajo pionero de Friedman sobre la duración "normal" del trabajo de parto *(60, 61)*, el cual no satisfacía los criterios exigidos para la inclusión en la revisión. Friedman indicó que la duración de la fase latente en las mujeres nulíparas era de una media de 8,6 horas, una mediana de 7,5 horas y un máximo estadístico de 20,6 horas; y en las mujeres no nulíparas de una media de 5,3 horas, una mediana de 4,5 horas y un máximo estadístico de 13,6 horas.

Mientras que los datos disponibles respecto a la duración de la fase activa del período de dilatación tomando como punto de referencia del inicio la dilatación de 4 y de 5 cm en las mujeres nulíparas y no nulíparas concuerdan también con la media y la mediana de la duración descritas por Friedman, los máximos estadísticos notificados por este último autor son considerablemente inferiores a los límites indicados por los estudios incluidos en la revisión sistemática *(53, 60, 61)*. Esta diferencia significativa en los límites superiores entre los estudios anteriores de Friedman y los estudios incluidos en la revisión sistemática no puede explicarse por el hecho de que la "fase de deceleración" no se incluyera en la duración de la fase activa descrita por Friedman.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y para el bebé, pero reconocen que a veces pueden ser necesarias intervenciones médicas

Consideraciones adicionales

En general, las mujeres atribuyen un gran valor a la duración total del trabajo de parto, aunque la importancia relativa de lo prolongado o breve que sea este trabajo de parto puede depender del contexto. La evidencia obtenida en otros estudios indica que las mujeres tienen una menor probabilidad que los prestadores de atención de salud de identificar fases temporales bien definidas del trabajo de parto *(54)* y que es más probable que su capacidad de enfrentarlo dependa de una amplia variedad de factores interrelacionados, como el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido *(55)*.

Recursos

No se encontró evidencia relativa a las necesidades de recursos en relación con la duración del trabajo de parto.

Consideraciones adicionales

El uso de unos límites de duración del trabajo de parto tomando como referencia los respectivos umbrales del centil 95 para identificar la prolongación excesiva del período de dilatación podría tener una relación costo-efectividad favorable, puesto que tiene el potencial de reducir el uso de intervenciones destinadas a acelerar el trabajo de parto y el parto (cesárea, aceleración con oxitocina). Sin embargo, también podría aumentar los costos asociados a la atención de apoyo como la relativa al alivio del dolor y el acompañamiento en el trabajo de parto.

En ciertos entornos en los que los médicos asisten a todas las mujeres en trabajo de parto, el uso de unos límites de la duración del trabajo de parto basados en el umbral del centil 95 para actuar sobre el trabajo de parto podría comportar un aumento de los costos si las mujeres con un trabajo de parto más prolongado son atendidas por profesionales con salarios más elevados.

Es probable que facilitando el uso de límites superiores se produzca un aumento de los costos de camas hospitalarias para las mujeres que tienen un parto vaginal, debido a la estadía más prolongada en la sala de preparto. El costo diario estimado de una cama en un centro muestra amplias diferencias en distintas regiones, como indican los ejemplos de estimaciones de WHO-CHOICE (2007-2008) *(70)*. El aumento de los costos de camas asociado a un trabajo de parto más prolongado podría tener menos repercusión en los costos de atención de salud en los PIBM que en los PIA, en los que los costos de camas de hospitalización constituyen una

Cuadro 3.11 Principales necesidades de recursos para adoptar unos nuevos límites superiores de la duración del trabajo de parto

Recurso	Descripción
Capacitación	▼ Capacitación basada en práctica para los prestadores de atención de salud
Suministros	▼ Manuales de capacitación modificados y protocolos clínicos para los prestadores de atención de salud y las personas en fase de formación previa a la incorporación al servicio ▼ Materiales didácticos para las mujeres sobre lo que constituye el trabajo de parto "normal" en cuanto a su duración y para cuándo debe preverse el nacimiento ▼ Nuevo partograma de impresión en papel
Infraestructura	▼ Camas suficientes en la sala de preparto para proporcionar apoyo a las mujeres en trabajo de parto durante un período superior al de la media de la población
Supervisión y seguimiento	▼ Supervisión y seguimiento continuados mediante auditorías regulares y exámenes de los resultados en relación con la ampliación del límite superior para diagnosticar un trabajo de parto prolongado, cuando el estado fetal y materno son tranquilizadores

proporción más alta de los costos de los servicios obstétricos. Por otro lado, si el uso de la aceleración con oxitocina se reduce y se realizan menos cesáreas como consecuencia de la ampliación de los límites superiores de duración del trabajo de parto sin riesgo, los costos globales de camas de hospitalización y el uso de recursos de atención de salud podrían reducirse debido a las estadías posnatales más breves.

Equidad

No se encontró evidencia respecto a la repercusión en la equidad.

Consideraciones adicionales

Una de las indicaciones frecuentes para realizar una cesárea primaria es un trabajo de parto prolongado, partiendo de la expectativa de que duración de la fase activa del período de dilatación (cuyo inicio se establece tradicionalmente en los 4 cm) no debe ser superior a 12 horas *(71)*. Sin embargo, la cesárea es una intervención en la que hay muy poca equidad, ya que es improbable que se aplique de manera inmediata en las mujeres desfavorecidas de entornos con recursos limitados. La aplicación de un límite superior que no comporte riesgos para abordar el trabajo de parto en todas las mujeres tiene el potencial de reducir la desigualdad asociada a la sobremedicalización del parto.

Aceptabilidad

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las embarazadas preferirían un trabajo de parto más corto (evidencia de certidumbre baja). Sin embargo, cuando se les pregunta después del parto, es más probable que las mujeres refieran una experiencia de trabajo de parto positiva si pueden "dejarse llevar" con una duración óptima de trabajo de parto adaptada a cada persona sin unos plazos estandarizados (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

La evidencia existente sugiere que es más probable que las mujeres valoren de forma negativa un trabajo de parto muy corto o muy largo *(26, 72, 73)*.

Viabilidad

En una revisión de la evidencia cualitativa en la que se examinaron los puntos de vista y las experiencias de los prestadores de atención de salud durante el parto *(26)*, se observó que la capacidad de acomodar los trabajos de parto más prolongados puede verse limitada por la escasez de personal y por las presiones de tiempo de la organización (evidencia de certidumbre alta). Los protocolos locales y las reglas de actuación informales pueden limitar también la capacidad del personal de atención de salud de prestar un cuidado personalizado *(26)*.

Cuadro 3.12 Resumen de las conclusiones: Adopción de nuevos límites superiores de la duración del trabajo de parto en comparación con el uso de los límites existentes

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	Baja	– Moderados	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a los límites existentes	– Probablemente favorable a los límites existentes	– No es favorable ni a los límites nuevos ni a los existentes	Probablemente favorable a la adopción de nuevos límites superiores	– Favorable al aumento de los límites
Recursos requeridos	Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta

Relación costo-efectividad	Desconocido	– Variable	– Favorable a los límites existentes	– Probablemente favorable a los límites existentes	– No es favorable ni a los límites nuevos ni a los existentes	– Probablemente favorable a la adopción de nuevos límites superiores	– Favorable a la adopción de nuevos límites superiores
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

Consideraciones adicionales

Permitir una mayor duración del trabajo de parto puede no conducir necesariamente a una estadía más prolongada en el centro de atención de salud o a un mayor volumen de trabajo del personal, en especial si se reducen las intervenciones obstétricas innecesarias (que comportan estadías hospitalarias más largas).

3.2.3 Progreso del período de dilatación

RECOMENDACIÓN 7

Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta del partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.

(No recomendado)

Comentarios

- La evidencia existente es insuficiente para respaldar el uso de la línea de alerta del partograma como criterio para la detección de las mujeres que tienen un riesgo de un resultado adverso del parto.
- El GDG reconoció que, en los entornos hospitalarios, el uso de la línea de alerta y los intentos de mantener la progresión de la dilatación del cuello uterino de 1 cm/hora conducen a intervenciones innecesarias debido a la percepción de que la lentitud del progreso del trabajo de parto es patológica.
- Aunque el GDG acordó recomendar que no se usen el umbral de 1 cm/hora y la línea de alerta para evaluar el progreso de una dilatación del cuello uterino satisfactoria, el grupo identificó que el desarrollo y la elección de una herramienta apropiada para supervisar la progresión del trabajo de parto (y especialmente los patrones de dilatación del cuello uterino) constituyen una prioridad de investigación.
- Las mujeres con una presunta lentitud de progresión del trabajo de parto deben ser evaluadas cuidadosamente para descartar la aparición de complicaciones (por ejemplo, desproporción cefalopelviana) y para determinar si se están abordando adecuadamente sus necesidades emocionales, psicológicas y físicas en el trabajo de parto.
- Las líneas prefijadas en el cervicograma son tan solo un elemento del partograma de la OMS. Los profesionales de la salud deben seguir obteniendo un registro gráfico de la dilatación del cuello uterino a lo largo del tiempo en el cervicograma, así como otros parámetros del partograma (como la frecuencia cardíaca fetal, el *caput succedaneum* [edema de la cabeza fetal durante el parto], el moldeo, el estado del líquido amniótico, el descenso del feto, la temperatura materna, la presión arterial y la diuresis) para supervisar el bienestar de la mujer y del bebé e identificar los posibles riesgos de resultados adversos del parto. En los centros de atención de salud en los que no pueden realizarse intervenciones como la aceleración del parto y la cesárea, y en los que sea difícil el traslado a centros de referencia, podría continuar utilizándose la línea de alerta para el triaje de las mujeres que pueden requerir una atención adicional. En este caso, el registro gráfico debe comenzar a una dilatación del cuello uterino de 5 cm, que corresponde al inicio de la fase activa del período de dilatación del trabajo de parto en la mayoría de las mujeres.
- Esta recomendación reemplaza la recomendación de uso del partograma en la fase activa con una línea de actuación de cuatro horas para la aceleración del parto en las recomendaciones de la OMS *(46)*.

Resumen de la evidencia y consideraciones

a. Exactitud de la prueba diagnóstica del umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm/hora (cuadro 3.13)

La evidencia relativa a la exactitud de la prueba diagnóstica (DTA) correspondiente al uso del umbral de 1 cm/hora para diagnosticar el riesgo de resultados adversos del parto (RAP) procede de una revisión sistemática en la que se incluyeron once estudios de observación, con más de 17.000 mujeres, realizados en Brasil, Ecuador, India, Indonesia, Irán, Malasia, Malí, Nigeria, Senegal, Sudáfrica, Tailandia y Uganda *(74)*. Todos los estudios se llevaron a cabo en centros de atención de salud de nivel secundario o terciario.

Las valores de referencia para los RAP se definieron de maneras diversas en estos estudios: puntuación del índice Apgar inferior a 7 a 1 minuto, puntuación del índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos, asfixia perinatal y resultados adversos combinados, que incluían la mortinatalidad y reanimación neonatal, la mortinatalidad e índice Apgar de 7 o menos a 1 minuto, la mortinatalidad e índice de Apgar inferior a 7 a los 5 minutos, la mortinatalidad y asfixia perinatal y el RAP grave (este último se definió como la aparición de cualquiera de los siguientes resultados: mortinatalidad, muerte neonatal temprana, uso neonatal de medicación anticonvulsiva, reanimación cardiopulmonar neonatal, índice de Apgar inferior a 6 a los 5 minutos, muerte materna o disfunción orgánica asociada a una distocia en el trabajo de parto, o rotura uterina). No se excluyó específicamente a las mujeres con factores de riesgo en ninguno de estos estudios. Las diferencias existentes entre los estudios en cuanto a la definición de los resultados, la prevalencia inicial y los resultados evaluados impidieron realizar un metaanálisis de los resultados y esto hizo que la evidencia fuera considerada de certidumbre baja.

Resultados de exactitud de la prueba diagnóstica (DTA): En el cuadro 3.13 se presentan los resultados de exactitud de la prueba diagnóstica en cada uno de los estudios. Los resultados indican que la sensibilidad del umbral de 1 cm/hora (línea de alerta) es de entre el 28,8% y el 100,0% y que la especificidad es de entre el 22,8% y el 93,1%, según el valor de referencia aplicado. En el cuadro 3.14 se han usado los resultados del estudio más grande (n = 8489 mujeres) con una tasa de RAP del 2,3%, y una sensibilidad y especificidad del 56,7% (IC del 95% 49,7-63,5%) y el 51,1% (IC del 95% 50,1-52,2%), respectivamente, para ilustrar los efectos de los resultados de la prueba en presencia de diferentes niveles de prevalencia de los RAP.

El cuadro 3.14 indica que el uso del umbral de velocidad de dilatación de 1 cm/hora permite identificar correctamente a 6 de cada 10 mujeres con RAP (resultados positivos verdaderos) cuando la prevalencia de RAP en la población es del 1% (10 de cada 1000 nacimientos), o a 28 de cada 50 mujeres con RAP cuando la prevalencia de RAP en la población es del 5% (50 de cada 1000 mujeres) (evidencia de certidumbre baja). El cuadro indica también que esta estrategia de pruebas puede no detectar a 4 de cada 10 mujeres con RAP (resultados negativos falsos) cuando la prevalencia de RAP en la población es del 1%, o a 22 de cada 50 mujeres cuando la prevalencia de RAP en la población es del 5% (evidencia de certidumbre baja).

Además, esta estrategia de prueba puede identificar incorrectamente a 484 de cada 990 mujeres sin RAP como mujeres con riesgo cuando en realidad no lo tienen (resultados positivos falsos) si la prevalencia de RAP en la población es del 1%, o puede identificar incorrectamente a 465 de cada 950 mujeres sin RAP como mujeres con riesgo cuando en realidad no lo tienen si la prevalencia de RAP en la población es del 5% (evidencia de certidumbre baja). Como consecuencia de esta clasificación errónea, podría ofrecerse a una mayor proporción de mujeres sin un riesgo real de RAP una intervención en el trabajo de parto inapropiada, innecesaria o potencialmente perjudicial.

Certidumbre de la evidencia sobre la exactitud de la prueba diagnóstica: La certidumbre de la evidencia en cuanto a la exactitud de la prueba diagnóstica es baja en términos generales, puesto que la evidencia procede de estudios observacionales y los resultados de DTA fueron discordantes en los diversos estudios incluidos, debido en parte a la heterogeneidad existente en las definiciones de RAP empleadas en los distintos estudios.

Certidumbre de la evidencia sobre los efectos de la estrategia de prueba: No hay ninguna revisión que aporte evidencia relativa a los beneficios o riesgos directos asociados al empleo de la estrategia de prueba. De por sí, la estrategia de prueba no comporta un riesgo de efecto perjudicial directo para la mujer en trabajo de parto, ya que se basa en comparar los gráficos de dilatación del cuello uterino de la mujer con una línea de alerta preestablecida en el partograma. Sin embargo, el grupo de expertos partió del supuesto de que la necesidad de hacer esta comparación podría requerir el empleo de tactos vaginales adicionales, que son incómodos para la mujer y comportan un riesgo adicional de infección.

Certidumbre de la evidencia sobre los efectos del manejo: No hay ninguna revisión que aporte una evidencia directa respecto a los efectos del manejo asociado al empleo de la línea de 1 cm/hora para identificar a las mujeres con riesgo de RAP durante el trabajo de parto.

Se dispuso de una evidencia indirecta basada en una revisión Cochrane sobre el uso de la amniotomía y la aceleración con oxitocina en comparación con la asistencia habitual para el tratamiento del trabajo de parto prolongado (3 ensayos, 280 mujeres) *(75)*. Esta revisión encontró evidencia de certidumbre muy baja que indicaba que, si bien la amniotomía y la oxitocina podrían reducir las cesáreas, no había ninguna evidencia de que redujeran los RAP.

Certidumbre de la evidencia sobre los resultados de la prueba y el ulterior manejo: No hay ninguna revisión que aporte una evidencia directa sobre la relación entre los resultados de la prueba y las posteriores decisiones de tratamiento, es decir, si las mujeres con un determinado resultado de la prueba (superación o no de la línea de alerta) serían tratadas según este resultado y sobre la certidumbre de esta relación.

Cuadro 3.13 Exactitud de la prueba diagnóstica de uso del umbral de 1 cm/hora (línea de alerta) para diagnosticar el riesgo de resultados adversos del parto (RAP) en los 11 estudios incluidos

País (año de publicación) [RAP tal como se definen en el estudio]	Estado de la línea de alerta	RAP		Porcentaje que super la línea de alerta	Prevalencia de RAP	Sensibilidad (IC del 95%)	Especificidad (IC del 95%)	Razón de verosimilitud positiva (IC del 95%)	Razón de verosimilitud negativa (IC del 95%)	*Odds ratio* diagnóstica (IC del 95%)	Estadígrafo J (IC del 95%)
		Presente	Ausente								
Senegal (1992) *(78)* [mortinatalidad y reanimación neonatal al nacer]	Superada	19	62	8,4%	6,8%	28,8% (19,3-40,6)	93,1% (91,3-94,6)	4,18 (2,67-6,56)	0,76 (0,66-0,89)	5,47 (3,03-9,89)	21,9% (10,9-33,0)
	No superada	47	839								
Indonesia, Malasia y Thailandia (1994) *(79)* [mortinatalidad e índice Apgar ≤ 7 a 1 minuto]	Superada	65	585	16,6%	3,8%	44,2% (36,4-52,3)	84,4% (83,2-85,6)	2,84 (2,34-3,46)	0,66 (0,57-0,76)	4,30 (3,07-6,03)	28,7% (20,5-36,8)
	No superada	82	3175								
Sudáfrica 2006 *(80)* [mortinatalidad e índice Apgar < 7 a 5 minutos]	Superada	30	433	75,9%	8,0%	61,2% (47,3-73,6)	22,8% (19,5-26,5)	0,79 (63,2-99,6)	1,70 (1,16-2,49)	0,47 (0,25-0,86)	-16,0% (-30,0 a -1,9)
	No superada	19	128								
Ecuador 2008 *(81)* [Índice Apgar < 7 a 5 minutos]	Superada	3	289	58,4%	0,6%	100,0% (43,9-100,0)	41,9% (37,6-46,2)	1,72 (1,60-1,85)	NA	NA	41,9% (37,6-46,2)
	No superada	0	208								
Nigeria (2008) *(82)* [mortinatalidad y asfixia perinatal]	Superada	27	186	46,0%	11,2%	51,9% (38,7-64,9)	54,7% (49,9-59,5)	1,15 (0,87-1,52)	0,88 (0,65-1,18)	1,31 (0,73-2,33)	6,7% (-7,7-21,1)
	No superada	25	225								
Brasil (2009) *(83)* [Índice Apgar < 7 a 5 minutos]	Superada	441	107	36,0%	90,4%	32,0% (29,64-34,56)	26,7% (20,2-34,42)	0,44 (0,39-0,50)	2,54 (1,94-3,34)	0,17 (0,12-0,25)	-41,2% (-48,8 a -33,6)
	No superada	935	39								
Malí *(84)* [Índice Apgar < 7 a 1 minuto]	Superada	2	98	42,9%	1,3%	66,7% (20,8-93,9)	57,4% (50,9-63,6)	1,56 (0,69-3,53)	0,58 (0,12-2,89)	2,69 (0,24-30,13)	24,1% (-29,7-77,8)
	No superada	1	132								

País (año de publicación) [RAP tal como se definen en el estudio]	Estado de la línea de alerta	RAP		Porcentaje que super la línea de alerta	Prevalencia de RAP	Sensibilidad (IC del 95%)	Especificidad (IC del 95%)	Razón de verosimilitud positiva (IC del 95%)	Razón de verosimilitud negativa (IC del 95%)	*Odds ratio* diagnóstica (IC del 95%)	Estadígrafo J (IC del 95%)
		Presente	Ausente								
India (2014) *(85)* [Índice Apgar < 7 a 5 minutos]	Superada	43	53	19,2%	17,2%	50,0% (39,7-60,3)	87,2% (83,6-90,0)	3,91 (2,81-5,42)	0,57 (0,46-0,71)	6,81 (4,08-11,36)	37,2% (26,2-48,2%)
	No superada	43	361								
Irán (2006) *(86)* [Índice Apgar < 7 a 1 minuto]	Superada	10	30	29,4%	9,6%	76,9% (49,7-91,8)	75,6% (67,3-82,4)	3,15 (2,05-4,85)	0,31 (0,11-0,83)	10,33 (2,67-40,0)	52,5% (28,4-76,7)
	No superada	3	93								
India (2016) *(87)* [Asfixia perinatal]	Superada	7	106	56,5%	4,5%	77,8% (45,3-93,7)	44,5% (37,6-51,6)	1,4 (0,97-2,03)	0,5 (0,15-1,71)	2,8 (0,57-13,86)	22,3% (-5,8%-50,3%)
	No superada	2	85								
Nigeria y Uganda (2018) *(88)* [Mortinatalidad e índice Apgar < 7 a 5 minutos o reanimación neonatal durante la hospitalización]	Superada	152	4011	49,0%	3,0%	59,8% (53,7-65,7)	51,3% (50,2-52,4)	1,23 (1,11-1,36)	0,78 (0,67-0,91)	1,57 (1,22-2,02)	11,1% (5,0-17,3)
	No superada	102	4224								
Nigeria y Uganda (2018) *(88)* [RAP grave][a]	Superada	110	4053	49,0%	2,3%	56,7% (49,7-63,5)	51,1% (50,1-52,2)	1,16 (1,02-1,32)	0,85 (0,72-100)	1,37 (1,03-1,83)	7,8% (0,80-14,9%)
	No superada	84	4242								

[a] Los RAP graves se definieron como la aparición de cualquiera de los siguientes resultados: mortinatalidad, muerte temprana del recién nacido, uso neonatal de tratamiento anticonvulsivo, reanimación cardiopulmonar neonatal, índice Apgar inferior a 6 a los 5 minutos, muerte materna o disfunción orgánica asociada a distocia en el trabajo de parto, o rotura uterina.

Fuente: Souza et al., 2018 *(74)*.

Table 3.14 Resultados ilustrativos de la prueba a diferentes niveles de prevalencia de los resultados adversos del parto (RAP) según la exactitud de la prueba diagnóstica en el estudio más grande

Sensibilidad: 56.7% (95% IC 49.7–63.5%)
Especificidad: 51.1% (95% IC 50.1–52.2%)

Resultado de la prueba (superación de la línea de alerta)	Número de resultados por cada 1000 mujeres evaluadas, según la prevalencia de RAP (IC del 95%)		
	Prevalencia de RAP del 1%	Prevalencia de RAP del 2,5%	Prevalencia de RAP del 5%
Positivos verdaderos (identificación correcta como mujeres con RAP)	6 de cada 10 (5-6)	14 de cada 25 (12-16)	28 de cada 50 (25-32)
Negativos falsos (clasificación incorrecta como mujeres sin RAP)	4 de cada 10 (4-5)	11 de cada 25 (9-13)	22 out of 50 (18-25)
Negativos verdaderos (identificación correcta como mujeres sin RAP)	506 de cada 990 (496-517)	498 de cada 975 (488-509)	485 de cada 950 (476-496)
Positivos falsos (clasificación incorrecta como mujeres con RAP)	484 de cada 990 (473-494)	477 de cada 975 (466-487)	465 de cada 950 (454-474)

Fuente: Souza et al., 2018 *(88)*.

Salvo que se trate de un contexto de ensayo clínico, la aplicación de un protocolo de manejo específico de manera inmediata en función de que la mujer supere o no el umbral de 1 cm/hora durante el trabajo de parto no es una conducta óptima. La evidencia obtenida en estudios transversales y cualitativos sugiere que el partograma se aplica de manera incorrecta en muchos entornos, y que aunque se use correctamente, los prestadores de atención de salud afrontan dificultades importantes para iniciar las actuaciones necesarias debido a la falta de recursos *(76, 77)*.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y para el bebé y no aprecian las intervenciones médicas innecesarias, como los tactos vaginales adicionales que la estrategia de prueba puede requerir (evidencia de certidumbre alta). La mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión respecto al trabajo de parto y el parto (evidencia de certidumbre alta) y acerca de determinadas intervenciones médicas como la cesárea (evidencia de certidumbre alta).

Recursos

No se encontró ninguna revisión que aportara evidencia directa sobre el uso de recursos o la relación costo-efectividad que comporta el empleo del umbral de 1 cm/hora.

Consideraciones adicionales

El uso del umbral de 1 cm/hora podría tener repercusiones importantes en los costos (y podría no tener una relación costo-efectividad favorable) debido a la alta proporción de mujeres que son clasificadas erróneamente como mujeres con riesgo de RAP (porcentaje elevado de resultados positivos falsos), y a las que podrían aplicarse luego una supervisión intensificada e intervenciones para acelerar el trabajo de parto y el parto (en especial la aceleración y la cesárea), con las consiguientes complicaciones yatrógenas.

Una revisión de los costos del parto indica que, en los entornos de PIA los costos de las cesáreas fueron de entre € 3909 y € 7354, en comparación con los costos de los partos vaginales que fueron de entre € 1274 y € 5343 *(89)*. Los datos de un estudio realizado en un país de ingresos bajos, que se incluyó en la revisión, indicaron que los costos hospitalarios de la cesárea ($ 162) fueron cuatro veces mayores que los costos del parto vaginal ($ 40), y los costos para la usuaria fueron tres veces mayores en las mujeres a las que se practicó una cesárea ($ 204) en comparación con las que tuvieron un parto vaginal ($ 79) *(90)*.

El aumento del volumen de derivaciones de centros de atención de salud de nivel más bajo a centros de referencia, como consecuencia de los porcentajes elevados de resultados positivos falsos, requeriría recursos sustanciales de atención de salud tanto en el lugar de origen de las derivaciones como en los centros de referencia.

Equidad

No se encontró ninguna revisión que aportara evidencia sobre la repercusión de la estrategia de prueba en la equidad.

Consideraciones adicionales

La indicación más frecuente para la aceleración del trabajo de parto con oxitocina y para la cesárea primaria es la "falta de progresión del trabajo de parto" *(71)*. Sin embargo, la aceleración del

trabajo de parto y la cesárea innecesarias son intervenciones en las que hay una gran falta de equidad, puesto que es improbable que se realicen de manera inmediata en las mujeres desfavorecidas.

Aceptabilidad

En una revisión de estudios cualitativos en la que se exploraron las opiniones de los profesionales de la salud sobre la atención durante el parto, con un subanálisis específico de los artículos en los que se examinaron las actitudes de los profesionales respecto al partograma *(26)*, dichos estudios, que se realizaron principalmente en PIBM, mostraron que los profesionales de la salud consideraban, en términos generales, que se trata de una forma útil de supervisión de la progresión del trabajo de parto (en especial como indicador para las derivaciones), pero la aceptación del beneficio no se traducía necesariamente en un uso en la práctica clínica.

Consideraciones adicionales

Los resultados mencionados son coherentes con los de una revisión realizada de los obstáculos e incentivos existentes para el uso del partograma por parte de los profesionales de la salud de los PIBM *(77)* y también concuerdan con lo indicado por una revisión descriptiva más reciente del uso del partograma en diversos entornos *(76)*.

Viabilidad

En una revisión de la evidencia cualitativa en la que se examinaron las opiniones y las experiencias de los profesionales de la salud respecto a la atención prestada durante el parto *(26)*, los resultados del subanálisis de las actitudes de los profesionales respecto al uso del partograma resaltan la capacitación insuficiente, la confusión acerca de quién registra el partograma y las limitaciones de recursos (costos iniciales y costos continuados) como posibles inquietudes respecto a la viabilidad de su uso en entornos de recursos limitados. Los profesionales de la salud consideraban que tenían una capacitación insuficiente y, por lo tanto, no se sentían seguros en el uso del partograma. Consideraban que era difícil de utilizar y que las presiones del volumen de trabajo hacían que con frecuencia se rellenara de forma retrospectiva o se registrara de manera poco uniforme, en especial cuando las mujeres llegaban en una fase ya avanzada del trabajo de parto. En algunos casos, los profesionales de la salud se sentían obligados a rellenar el partograma para reducir el posible temor a una demanda.

Consideraciones adicionales

En una revisión descriptiva del uso del partograma, los resultados resaltan las limitaciones de disponibilidad, la dotación de personal insuficiente, la falta de políticas claras sobre su uso, el conocimiento limitado y la capacitación insuficiente como posibles obstáculos para su uso, en especial en contextos de recursos escasos *(76)*.

M

Cuadro 3.15 Resumen de las conclusiones: Exactitud de prueba diagnóstica de un umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm/hora

Exactitud de la prueba	– Desconocido	– Variable		– Muy inexacta	Inexacta	– Exacta	– Muy exacta
Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre sobre la exactitud de la prueba	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	Baja	– Moderados	– Alta
Certidumbre de la evidencia sobre los efectos de la estrategia de prueba	Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderados	– Alta
Certidumbre de la evidencia sobre los efectos del manejo	– Ningún estudio incluido			Muy baja	– Baja	– Moderados	– Alta
Certidumbre de la evidencia sobre el resultado de la prueba/manejo	Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderados	– Alta
Certidumbre global sobre los efectos	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	Baja	– Moderados	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante

Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable		No favorable a la estrategia de pruebay	– Probablemente no favorable a la estrategia de prueba	– Probablemente favorable a la estrategia de prueba	– Favorable a la estrategia de prueba
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevados
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable		– No favorable a la estrategia de prueba	Probablemente no favorable a la estrategia de prueba	– Probablemente favorable a la estrategia de prueba	– Favorable a la estrategia de prueba
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

oderados

RECOMENDACIÓN 8

Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor de 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica. *(No recomendado)*

RECOMENDACIÓN 9

Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre. *(No recomendado)*

Comentarios

- Estas recomendaciones tienen como finalidad prevenir los resultados adversos yatrógenos maternos y perinatales al reducir al mínimo las intervenciones médicas innecesarias y mejorar la experiencia materna del parto.
- La evidencia existente muestra diferencias importantes en la distribución de los patrones de dilatación del cuello uterino en mujeres sin factores de riesgo de sufrir complicaciones, de tal manera que muchas mujeres que presentan una velocidad de progresión inferior a 1 cm/hora en la mayor parte de su trabajo de parto alcanzan no obstante un parto vaginal con un resultado del parto normal.
- Aunque esta orientación proporciona a los profesionales de la salud una referencia con la que poder evaluar a las mujeres en el trabajo de parto, ello no implica que el parto facilitado de esta forma no pueda conducir a resultados adversos. Hay otras variables tanto conocidas como no conocidas que pueden contribuir a producir resultados adversos.
- Antes de considerar cualquier intervención médica, las mujeres en las que se sospecha una progresión demasiado lenta del trabajo de parto deben ser evaluadas cuidadosamente para descartar la presencia de complicaciones (por ejemplo, desproporción cefalopelviana) y para determinar si se están satisfaciendo sus necesidades emocionales, psicológicas y físicas en el trabajo de parto.

Resumen de la evidencia y consideraciones

b. Patrones de la dilatación del cuello uterino en las mujeres con resultados perinatales normales (cuadro BE 3.2.3)

La evidencia evaluada procedió de una revisión sistemática en la que se incluyeron siete estudios de observación de Estados Unidos (3 estudios), China, Japón, Nigeria y Uganda (1 estudio de cada uno de estos países), todos los cuales se publicaron entre el 2002 y el 2017 *(53)*. Los estudios presentaron datos de un total de 99.971 mujeres de "bajo riesgo" con un inicio espontáneo del trabajo de parto, que completaron el período de dilatación y dieron a luz sin resultados perinatales adversos. Los estudios se realizaron en centros de atención de salud de nivel secundario o terciario. En general, las poblaciones de estudio fueron de la nacionalidad correspondiente al país en el que se realizó cada estudio, y los estudios de Estados Unidos incluyeron una población multirracial de mujeres blancas, afroestadounidenses, hispanas y asiáticas. Todos los estudios aportaron datos de mujeres nulíparas (n = 43.148), mientras que tres estudios proporcionaron también datos de mujeres no nulíparas (n = 56.823).

Las observaciones realizadas en la situación inicial al ingresar en trabajo de parto indicaron que, en las mujeres nulíparas, la mediana de dilatación del cuello uterino fue de una mediana de entre 3 cm y 4 cm con un grado diverso de borramiento, y en las mujeres no nulíparas fue de entre 3,5 cm y 5 cm con una proporción considerable de mujeres con un borramiento completo. En lo que respecta a las intervenciones aplicadas durante el trabajo de parto, el aceleramiento con oxitocina fue de entre el 0% (en el estudio de China) y el 50% (en un estudio de Estados Unidos) en las mujeres nulíparas, y de entre el 12% y el 45% (en dos estudios de Estados Unidos) en las mujeres no nulíparas. El uso de anestesia peridural se limitó en gran parte a los estudios de Estados Unidos en ambos grupos de paridad.

De los siete estudios en los que se examinó a mujeres nulíparas, en cuatro se consideró que había un riesgo de sesgo bajo, en dos un riesgo moderado y en uno un riesgo de sesgo alto. Los tres estudios en los que se examinó a mujeres no nulíparas se consideraron de riesgo bajo de sesgo. Seis estudios presentaron datos de mediana y centiles 5 y 95, mientras que en el otro estudio se presentaron los datos en forma de media y desviación estándar.

Resultados

Tiempo necesario para la progresión centímetro a centímetro (tiempo transversal) en las mujeres nulíparas (cuadro BE 3.2.3[i]): En el conjunto de datos combinados, la mediana de tiempo basada en seis estudios muestra el período que fue necesario para que, en las mujeres nulíparas, se pasara de una dilatación de 2 cm a una dilatación plena (cuadro 3.16). También se muestra la variedad existente en los correspondientes centiles 95 de los estudios que aportaron datos para el cálculo de las medianas. Esta evidencia pone de manifiesto que la mediana de tiempo para pasar de 2 cm a 3 cm fue de 5,28 horas, mientras que para pasar de 3 cm a 4 cm fue de 2,00 horas y para pasar de 4 cm a 5 cm fue de 1,46 horas, tras lo cual el intervalo de tiempo entre un nivel de dilatación y el siguiente se reducía rápidamente hasta llegar a ser de media hora para el paso de 9 cm a 10 cm. Sin embargo, el intervalo de valores de la distribución del centil 95 en los estudios indica que en algunas mujeres hubo una progresión aun más lenta en todo el período de dilatación y, no obstante, se alcanzó una dilatación completa. Los centiles 95 del tiempo transcurrido en cada uno de los estudios sugieren que no era infrecuente que en algunas mujeres fueran necesarias hasta 7 horas para pasar de 2 cm a 3 cm, 4 horas para pasar de 3 cm a 4 cm, 4 horas para pasar de 4 cm a 5 cm y al menos 1 hora para pasar de 9 cm a 10 cm. Salvo en la dilatación para pasar de 2 cm a 3 cm, la certidumbre de la evidencia respecto a estos tiempos transversales se consideró alta en todos los casos.

En el estudio en el que se presentó la media (en vez de la mediana) de tiempo necesario para la progresión de cada centímetro, los patrones fueron similares a los descritos para la mediana**.**

Velocidad de cambio centímetro a centímetro (pendiente) en las mujeres nulíparas: Con el empleo de las medianas calculadas para el conjunto de los datos combinados antes descrito, la velocidad de dilatación del cuello uterino fue de menos de 1 cm/hora hasta alcanzar los 5 cm, y en ese momento llegó a ser de 1,09 cm/hora. Aunque la transición a una progresión más rápida se inició entre los 5 cm y los 6 cm, fue tan solo después de los 6 cm cuando se duplicó la velocidad de dilatación. Según lo indicado por el valor mínimo

Cuadro 3.16 Tiempo necesario para la progresión centímetro a centímetro en las mujeres nulíparas

Dilatación del cuello uterino	Número de estudios	Mediana de tiempo transversal en el conjunto de los datos (horas)	Centil 95 (intervalo de valores, horas)	Mediana de velocidad de dilatación (cm/hora)	Certidumbre de la evidencia
2 - 3 cm	3	5,28	7,20-15,00	0,19	Baja
3 - 4 cm	6	2,00	4,20-17,70	0,50	Alta
4 - 5 cm	6	1,46	4,00-15,70	0,68	Alta
5 - 6 cm	6	0,92	2,50-10,70	1,09	Alta
6 - 7 cm	6	0,70	1,80-9,30	1,43	Alta
7 - 8 cm	6	0,55	1,40-6,80	1,82	Alta
8 - 9 cm	5	0,52	1,30-4,40	1,92	Alta
9 - 10 cm	5	0,49	1,00-2,60	2,04	Alta

del intervalo del centil 95 en los diversos estudios, había siempre mujeres en las que la velocidad de dilatación no alcanzaba el umbral de 1 cm/hora hasta haber llegado a una dilatación de 9 cm. Los datos ponen de manifiesto que no es infrecuente que las mujeres alcancen una dilatación completa del cuello uterino a pesar de una velocidad inferior a 1 cm/hora durante una parte más grande de su trabajo de parto. La certidumbre general de la evidencia se consideró alta, salvo la de la evidencia relativa a la velocidad del paso de 2 cm a 3 cm, que se consideró de certidumbre baja.

En el único estudio que presentó la media del tiempo para la progresión de 1 cm, las velocidades de cambio de un nivel de dilatación al siguiente fueron similares a las de los estudios que presentaron los datos en forma de mediana.

Tiempo necesario para la progresión centímetro a centímetro (tiempo transversal) en las mujeres no nulíparas (paridad = 1+) (cuadro BE 3.2.3[ii]): En el conjunto de datos combinados, la mediana de tiempo basada en seis estudios muestra el período que fue necesario para que, en las mujeres no nulíparas, se pasara de una dilatación de 3 cm a una dilatación plena (cuadro 3.17). Esta evidencia indica que la mediana de tiempo que fue necesaria para pasar de 3 cm a 4 cm fue de 2,38 horas, mientras que para pasar de 4 cm a 5 cm fue de 1,17 horas, tras lo cual el intervalo de tiempo disminuía rápidamente al progresar la dilatación hacia los 10 cm. De manera similar a lo observado en las mujeres nulíparas, el intervalo de valores de la distribución del centil 95 en los estudios indica que en algunas mujeres hubo una progresión mucho más lenta en todo el período de dilatación y, no obstante, se alcanzó una dilatación completa. Los centiles 95 del tiempo transcurrido en cada uno de los estudios sugieren que no era infrecuente que para algunas mujeres fueran necesarias hasta 14 horas para pasar de 3 cm a 4 cm, 3 horas para pasar de 4 cm a 5 cm y tan solo después de los 8 cm el tiempo para progresar 1 cm fue siempre inferior a 1 hora. Salvo en la dilatación para pasar de 3 cm a 4 cm, la certidumbre de la evidencia respecto a cada uno de estos tiempos transversales se consideró alta.

Velocidad de cambio centímetro a centímetro (pendiente) en las mujeres no nulíparas (paridad = 1+): Con el empleo de las medianas calculadas para el conjunto de los datos combinados antes descrito, la velocidad de dilatación del cuello uterino fue de menos de 1 cm/hora hasta alcanzar los 5 cm, y en ese momento llegó a ser de 1,49 cm/hora. En comparación con la velocidad de dilatación entre los 4 cm y los 5 cm, la velocidad aumentaba bruscamente y casi se duplicaba entre los 5 cm y los 6 cm y luego se incrementaba rápidamente al progresar la dilatación hacia los 10 cm. Según lo indicado por el valor mínimo del intervalo del centil 95 en los diversos estudios, había siempre mujeres en las que la velocidad de dilatación no alcanzaba el umbral de 1 cm/hora hasta haber llegado a una dilatación de 7 cm. La certidumbre general de la evidencia se consideró alta salvo por la de la evidencia relativa a la velocidad de progresión entre los 3 cm y los 4 cm, que se consideró de certidumbre baja.

Consideraciones adicionales

Según lo indicado por los resultados de la revisión, podría considerarse que el punto de transición en el cual el trabajo de parto comienza a acelerarse (lo cual está correlacionado con el inicio de la "fase activa") es el de 5 cm tanto en las mujeres nulíparas como en las no nulíparas. La velocidad de dilatación más alta era la que se producía entre los 7 cm y los 10 cm tanto en las mujeres nulíparas como en las no nulíparas, pero fue mayor (es decir, tuvo una pendiente más pronunciada) en las mujeres no nulíparas. Los patrones de dilatación del cuello uterino antes del punto de transición parecen ser sumamente variables e individuales tanto en las mujeres nulíparas como en las no nulíparas. La progresión del trabajo de parto muestra una curva hiperbólica y no una curva lineal, puesto que es más lenta al comienzo de la fase activa tradicional (por ejemplo, a una dilatación de 4 cm) y más rápida en el trabajo de parto avanzado.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en la que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención médica. La mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y de ciertas intervenciones, aunque en determinados contextos o para intervenciones médicas, las mujeres reciben con agrado una intervención médica destinada a acortar el trabajo de parto (evidencia de certidumbre baja).

Cuadro 3.17 Tiempo necesario para la progresión centímetro a centímetro en las mujeres no nulíparas

Dilatación del cuello uterino	Número de estudios	Mediana de tiempo transversal en el conjunto de los datos (horas)	Centil 95 (intervalo de valores, horas)	Mediana de velocidad de dilatación (cm/hora)	Certidumbre de la evidencia
3 - 4 cm	1	2,38	14,18-17,85	0,42	Baja
4 - 5 cm	3	1,17	3,30-8,05	0,85	Alta
5 - 6 cm	3	0,67	1,60-6,24	1,49	Alta
6 - 7 cm	3	0,44	1,20-3,67	2,27	Alta
7 - 8 cm	3	0,35	0,70-2,69	2,86	Alta
8 - 9 cm	2	0,28	0,60-1,00	3,57	Alta
9 - 10 cm	2	0,27	0,50-0,90	3,70	Alta

Cuadro 3.18 Principales recursos necesarios para facilitar los patrones de dilatación del cuello lentos pero aun así normales

Recurso	Descripción
Capacitación	Capacitación basada en práctica para los prestadores de atención de salud
Suministros	Manuales de capacitación modificados y protocolos clínicos para los prestadores de atención de salud y las personas en fase de formación previa a la incorporación al servicio Materiales promocionales para las mujeres sobre lo que constituye el trabajo de parto "normal" y cuándo deben acudir a un centro de atención para la evaluación Nuevo partograma de impresión en papel
Infraestructura	Camas suficientes en la sala de preparto para proporcionar apoyo en un trabajo de parto más largo
Supervisión y seguimiento	Supervisión y seguimiento continuados mediante auditorías regulares y exámenes de los resultados en relación con la aplicación de patrones de dilatación más lenta para el manejo del trabajo de parto

Consideraciones adicionales

La evidencia obtenida en otros estudios indica que en las mujeres la probabilidad de identificar fases temporales bien definidas en el trabajo de parto es menor que la que tienen los prestadores de atención de salud *(54)* y que es probable que su capacidad de afrontarlo dependa en mayor medida de diversos factores interrelacionados, como el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido *(55)*.

Recursos

No se encontró ninguna revisión que presentara evidencia sobre las necesidades de recursos.

Consideraciones adicionales

La aplicación de patrones de dilatación del cuello uterino lentos pero aun así normales como referencia para el manejo del período de dilatación podría tener una relación costo-efectividad favorable, puesto que tiene el potencial de reducir el uso de intervenciones destinadas a acelerar el trabajo de parto y el parto (por ejemplo, cesárea, aceleración con oxitocina) y otras intervenciones relacionadas (por ejemplo, cardiotocografía continua, alivio del dolor, antibióticos).

En algunos entornos de países de ingresos medianos y altos, en los que los médicos atienden a todas las mujeres en el trabajo de parto, es probable que el uso de patrones de dilatación lentos pero aun así normales para el manejo del parto dé lugar a un aumento del uso de recursos de atención de salud.

Es probable que facilitando el trabajo de parto lento pero aun así normal se produzca un aumento de los costos de camas hospitalarias para las mujeres que tienen un parto vaginal, debido a la estadía más prolongada en la sala de preparto. El costo diario estimado de una cama en un centro muestra amplias diferencias en distintas regiones, como indican los ejemplos de estimaciones de WHO-CHOICE (2007-2008) *(70)*. El aumento de los costos de camas asociado a un trabajo de parto más prolongado podría tener menos repercusión en los costos de atención de salud en los PIBM que en los PIA, en los que los costos de camas de hospitalización constituyen una proporción más alta de los costos de servicios obstétricos. Por otro lado, si el uso de la aceleración con oxitocina se reduce y se realizan menos cesáreas como consecuencia de la facilitación de patrones de dilatación lentos pero aun así normales, los costos globales de camas de hospitalización y el uso de recursos de atención de salud podrían reducirse debido a las estadías posnatales más breves.

Equidad

No se ha encontrado evidencia relativas a la repercusión en la equidad.

Consideraciones adicionales

La indicación más frecuente para la aceleración del trabajo de parto con oxitocina y para la cesárea primaria es la "falta de progresión del trabajo de parto", que se define en función de la expectativa de que la progresión del trabajo de parto normal es de como mínimo 1 cm/hora durante la fase activa, que comienza tradicionalmente a los 4 cm *(71)*. Sin embargo, la aceleración del trabajo de parto y la cesárea innecesarias son intervenciones en las que hay una gran falta de equidad, puesto que es improbable que se realicen de manera inmediata en las mujeres desfavorecidas aun cuando estén indicadas. La aplicación de patrones de dilatación lentos pero aun así normales en el manejo del trabajo de parto en todas las mujeres tiene el potencial de reducir las desigualdades asociadas a la sobremedicalización del parto.

Aceptabilidad

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que es importante para las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las embarazadas preferirían un trabajo de parto más corto (evidencia de certidumbre baja). Sin embargo, cuando se pregunta después del parto, es más probable que las mujeres describan una experiencia de trabajo de parto positiva si pueden "dejarse llevar" con una duración óptima de trabajo de parto adaptada a cada persona sin unos plazos estandarizados (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

La evidencia existente sugiere que es más probable que las mujeres valoren de forma negativa un trabajo de parto muy corto o muy largo *(26, 72, 73, 91)*.

Viabilidad

En una revisión de la evidencia cualitativa en la que se examinaron las experiencias de los prestadores de atención de salud durante el parto *(26)*, se observó que la capacidad de acomodar los trabajos de parto más prolongados puede verse limitada por la escasez de personal y por las presiones de tiempo de la organización (evidencia de certidumbre alta). Los protocolos locales y las reglas de actuación informales pueden limitar también la capacidad del personal de atención de salud de prestar un cuidado personalizado *(26)*.

Consideraciones adicionales

En una revisión descriptiva del uso del partograma, los resultados resaltan las limitaciones de disponibilidad, la dotación de personal insuficiente, la falta de políticas claras sobre su uso, el conocimiento limitado y la capacitación insuficiente como posibles obstáculos para el uso del partograma, en especial en contextos de recursos escasos *(76)*.

Cuadro 3.19 Resumen de las conclusiones: Aplicación de patrones de dilatación del cuello uterino lenta pero aun así normal para el manejo del trabajo de parto

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la opción alternativa	– Probablemente favorable a la opción alternativa	– No favorable a la dilatación lenta pero normal ni tampoco a la opción alternativa	Probablemente favorable a la dilatación lenta pero normal	– Favorable a la dilatación lenta pero normal
Recursos requeridos	– Desconocido	Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	Variable	– Favorable a la opción alternativa	– Probablemente favorable a la opción alternativa	– No favorable a la dilatación lenta pero normal ni tampoco a la opción alternativa	– Probablemente favorable a la dilatación lenta pero normal	– Favorable a la dilatación lenta pero normal
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.4 Política de ingreso en las salas de preparto

RECOMENDACIÓN 10

Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de preparto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa. *(Recomendado solo en el contexto de investigaciones rigurosas)*

Comentarios

- Mientras no se disponga de más evidencia al respecto, una mujer que acude a un centro de atención de salud en trabajo de parto debe ser ingresada y debe recibir el apoyo adecuado, aun cuando se encuentre en una fase temprana del trabajo de parto, a menos que prefiera esperar a la fase activa en su domicilio.
- En las mujeres ingresadas en la sala de preparto durante la fase latente del período de dilatación, deben evitarse las intervenciones médicas destinadas a acelerar el trabajo de parto y el parto si el bienestar materno y fetal es tranquilizador.
- El GDG estableció que esto era una recomendación aplicable en el "contexto de investigación" dada la inquietud generada por la posibilidad de que la evidencia sobre los efectos sea limitada si se aplica a la fase activa del período de dilatación definiendo el inicio de dicha fase por una dilatación cervical de 4 cm o menos, y no a la fase activa del período de dilatación definida por un inicio a una dilatación del cuello uterino de 5 cm o más, como se recomienda en esta directriz. El grupo señaló que esto era una prioridad de investigación.
- Debe estar claro que esta recomendación se refiere a retrasar el ingreso en la sala de preparto (es decir, el área de partos) y no a retrasar el ingreso en las áreas de espera de maternidad, en las que las mujeres que se encuentran en la fase inicial del trabajo de parto aguardan a que se inicie la fase activa del trabajo de parto, ni a retrasar el ingreso en el centro de atención de salud. Además, retrasar el ingreso en la sala de preparto no significa retrasar el contacto con el primer profesional de la salud ni retrasar la evaluación de ingreso. Una evaluación integral materna y fetal por parte de un profesional de la salud cuando la madre acude a un centro de atención de salud es esencial para asegurar que se descartan las complicaciones no diagnosticadas o de nueva aparición.
- Los centros que aplican actualmente una política de retrasar el ingreso en la sala de preparto deben considerar la posibilidad de poner en práctica esta recomendación en un contexto de investigación, a la vista de la nueva definición del inicio de la fase activa del trabajo de parto.
- Las observaciones habituales para evaluar el bienestar materno y fetal deben realizarse según sea necesario en todas las mujeres que están a la espera de ingresar en la sala de preparto.
- Los planes para el parto deben individualizarse según las necesidades y preferencias de la mujer.
- Las mujeres que se encuentran en la fase latente del período de dilatación y sus acompañantes deben disponer de salas de espera limpias y cómodas, con espacio suficiente para que puedan caminar en ellas, y con un acceso fácil a baños limpios y bien mantenidos, así como a alimentos y agua potable.
- Podría considerarse la posibilidad de aplicar estrategias de reorganización del centro, como la creación de una unidad de partos dirigida por partera *in situ* (UPDPIS) y unidades de partería asociadas, en vez de una política de retrasar el ingreso en la sala de preparto.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.4)

La evidencia evaluada procede de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyó a embarazadas sin factores de riesgo que se encontraban en la fase inicial del trabajo de parto *(92)*. Tan solo hubo un ensayo realizado en Canadá, con un total de 209 embarazadas nulíparas, que aportara una evidencia directa de interés para esta pregunta de la directriz; se describe a continuación la evidencia aportada por este ensayo *(93)*. En él, después de comprobar que las mujeres no se encontraban en la fase activa del período de dilatación (definida en el estudio como la presencia de contracciones dolorosas regulares y una dilatación mayor de 3 cm), a las del grupo de intervención se les proporcionaron apoyo, estímulo y asesoramiento, y se les indicó que caminaran por el exterior del centro o que volvieran a su casa hasta que el trabajo de parto fuera más activo, con instrucciones sobre cuándo debían regresar. Si no estaba claro si una mujer del grupo de intervención se encontraba o no en la fase activa de dilatación, se le pedía que permaneciera durante varias horas en el área de evaluación, en donde disponía de sillones y revistas para ella y para su acompañante, hasta ser evaluada de nuevo. El grupo de intervención se comparó con un grupo de referencia formado por mujeres que fueron ingresadas directamente en la sala de preparto tras la evaluación inicial.

Comparación: Aplazamiento del ingreso en comparación con ingreso directo en la sala de preparto

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia relativa al efecto de aplazar el ingreso en comparación con el ingreso directo en la sala de preparto en lo que respecta al uso de la cesárea y el parto vaginal instrumental es de un grado de certidumbre muy bajo, debido principalmente al pequeño tamaño de la muestra y al bajo número de episodios.

Duración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que la duración del trabajo de parto a partir del momento de ingreso en el hospital puede ser menor en las mujeres del grupo en el que se aplazó el ingreso (1 ensayo, 209 mujeres; DM -5,20 horas [menos], IC del 95% -7,06 a -3,34 horas menos).

Uso de opciones de alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que puede haber una reducción del uso de la anestesia peridural con una política de retrasar el ingreso (1 ensayo, 209 mujeres, RR 0,87, IC del 95% 0,78-0,98). En este ensayo, con una tasa de anestesia peridural de aproximadamente el 90% en el grupo de referencia, la diferencia absoluta de uso de anestesia peridural se estima en 118 peridurales menos por cada 1000 (de 18 a 199 menos) con el uso de una política de aplazamiento del ingreso.

Aceleración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que el aplazamiento del ingreso puede reducir el uso de la aceleración con oxitocina en comparación con lo observado con el ingreso directo (1 ensayo, 209 mujeres, RR 0,57, IC del 95% 0,37-0,86). En este ensayo, con una tasa de aceleración con oxitocina del 40% en el grupo de referencia, la diferencia absoluta en el uso de esta técnica se estima en 174 casos menos por cada 1000 (de 57 a 271 menos) con una política de aplazamiento del ingreso.

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que las puntuaciones de satisfacción pueden ser mayores con una política de aplazamiento del ingreso en comparación con la de ingreso directo (1 ensayo, 201 mujeres, DM 16 puntos mayor, IC del 95% 7,53-24,47 puntos mayor).

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia relativa a la puntuación del índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos es de certidumbre muy baja, debido principalmente al pequeño tamaño de la muestra y al bajo número de episodios.

Nacimiento antes de la llegada: La evidencia es de un grado de certidumbre muy bajo ya que no hubo ningún episodio en este ensayo de pequeño tamaño.

Mortalidad perinatal: El ensayo no aportó información sobre este parámetro de valoración.

En este ensayo no se presentaron datos de otros resultados perinatales.

Consideraciones adicionales

Se presentaron otros parámetros de valoración de interés en el ensayo en sí *(93)*, pero no en la revisión Cochrane *(92)*.

Duración del período expulsivo: Este período fue más corto en las mujeres del grupo en el que se retrasó el ingreso en comparación con las del grupo de ingreso directo (76,8 frente a 95 minutos; P = 0,045); y

Amniotomía: Se utilizó con una frecuencia similar en ambos grupos (49/105 frente a 56/104; P = 0,368).

Los efectos de retrasar el ingreso en la sala de preparto presentados en la revisión sistemática Cochrane dependen del modelo de sistema de salud para la atención durante el parto en las embarazadas sanas y es posible que no sean aplicables a los países en los que los partos sin complicaciones son atendidos en centros de atención primaria, como consultorios y unidades de partos dirigidas por parteras *in situ* (UPDPIS), que tienden a ofrecer una atención menos medicalizada que la atención hospitalaria durante el parto *(94)*.

Varios estudios de observación con un tamaño de la muestra de entre 120 y 6121 mujeres han evaluado la relación entre la dilatación del cuello uterino en el momento del ingreso y las intervenciones médicas posteriores, incluidas la cesárea y la aceleración del trabajo de parto *(95-99)*. Los resultados obtenidos en los diversos estudios son uniformes. Muestran que en las mujeres ingresadas en la fase latente del período de dilatación hay una mayor probabilidad de que se realice una cesárea, de tal manera que la tasa de cesárea en los grupos de fase latente y fase activa al ingreso en estos estudios fueron del 14,2% frente al 6,2% (n = 6121 mujeres) *(96)*, 18% frente a 4% (n = 1202 mujeres) *(97)*, 34,8% frente a 18,6% (n = 354 mujeres) *(98)*, 15,8% frente a 6,9% (n = 216 mujeres) *(95)* y 10,3% frente a 4,2% (n = 3220 mujeres) *(99)*, respectivamente. Estos estudios de observación mostraron también de manera uniforme una tasa superior de aceleración con oxitocina y de otras varias intervenciones médicas (por ejemplo, pH del cuero cabelludo, seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal con electrodos en el cuero cabelludo fetal, amniotomía, peridural) en las mujeres ingresadas en la sala de preparto en una fase temprana del trabajo de parto en comparación con las que ingresaron cuando se encontraban en una fase de dilatación activa establecida.

La revisión sistemática Cochrane *(92)* examinó también la "evaluación y apoyo en el domicilio" en las mujeres que se encontraban en una fase temprana del trabajo de parto en comparación con el triaje telefónico (una conversación telefónica entre la mujer y un profesional de la salud para determinar si era necesario el ingreso en la sala de preparto). Para esta comparación se dispuso de datos de tres ensayos (6096 participantes) realizados en Reino Unido y Canadá. Las mujeres de los grupos de evaluación en el domicilio recibieron el apoyo y asesoramiento en su hogar de una partera u otro profesional de la salud capacitado; esto incluyó el asesoramiento sobre las técnicas de manejo del dolor y sobre cuándo acudir al hospital. Las mujeres del grupo de triaje telefónico tomaron la decisión de ir al hospital por sí mismas, basándose en la conversación telefónica con una enfermera u otro profesional de la salud. La revisión encontró evidencia (considerada

principalmente de certidumbre baja) que sugería que estas intervenciones tienen un efecto escaso o nulo en los parámetros de valoración del parto, incluida la cesárea, el parto vaginal instrumental, la aceleración con oxitocina, la anestesia peridural, la morbilidad materna grave, el índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos y la muerte perinatal. Sin embargo, la evidencia de certidumbre baja de esta revisión sugiere que la satisfacción materna puede aumentar con la intervención de evaluación y apoyo en el domicilio.

Valores

Los resultados de una revisión cualitativa de lo que las mujeres consideran importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión respecto al parto y respecto a determinadas intervenciones (evidencia de certidumbre alta).

La revisión mostró también que, si bien la mayoría de las mujeres desean un parto normal, comprenden que a veces es necesaria una intervención médica para facilitar el nacimiento de un bebé sano (evidencia de certidumbre alta). Además, en ciertos contextos o situaciones, las mujeres pueden recibir con agrado intervenciones destinadas a acortar el trabajo de parto o a proporcionar un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

Teniendo en cuenta lo antes indicado, las mujeres que muestran ansiedad respecto al parto podrían no dar valor al efecto que pueda tener en la duración de la estadía retrasar el ingreso en la sala de preparto y es posible que prefieran el ingreso directo en la sala de preparto, en especial si la alternativa consiste en volver a su casa para esperar a que el trabajo de parto esté establecido. También parece plausible que las mujeres puedan apreciar la menor tasa de uso de la anestesia peridural y de la aceleración del trabajo de parto que se asocia a retrasar el ingreso en la sala de preparto.

La evidencia procedente de otros estudios indica que las mujeres tienen una menor probabilidad que los prestadores de atención de salud de identificar fases temporales bien definidas en el trabajo de parto *(54)* y que es más probable que su capacidad de afrontarlo dependa de diversos factores interrelacionados, como el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido

Recursos

Un análisis de la relación costo-efectividad realizado en 2015 en Estados Unidos sugiere que el aplazamiento del ingreso en el hospital, en comparación con el ingreso en la fase latente, podría aportar un ahorro de costos de 694 millones de dólares anuales en este PIA *(100)*. Estos resultados se basaron en estimaciones realizadas con modelos que indicaban que habría 672.000 peridurales menos, 67.232 cesáreas menos y 9,6 defunciones maternas menos con una política de retrasar el ingreso en el hospital hasta que hubiera un trabajo de parto activo.

Consideraciones adicionales

No disponemos de ninguna evidencia relativa a la relación costo-efectividad de retrasar el ingreso en comparación con el ingreso directo en la sala de preparto en los PIBM. Dicha relación dependería del modelo del sistema sanitario para la atención durante el parto. En los entornos de PIBM, a menudo se utilizan modelos de atención primaria, ya que su relación costo-efectividad es mejor que la de los modelos de atención hospitalaria (94). Los modelos de atención primaria tienden a ofrecer una atención durante el parto menos medicalizada que la de los modelos basados en la atención hospitalaria (por ejemplo, ningún uso de anestesia peridural).

Si se envía a su casa a las mujeres que se encuentran en una fase temprana del trabajo de parto para que esperen allí hasta la fase activa, la política de retrasar el ingreso podría asociarse a unos costos superiores de transporte de las mujeres en todos los entornos.

Cuadro 3.20 Principales recursos necesarios para aplazar el ingreso en la sala de preparto hasta haber llegado a la fase activa del período de dilatación

Recurso	Descripción
Personal	Reorganización del personal existente asignado a uno o varios profesionales a una sala de espera para el "ingreso aplazado"
Capacitación	Capacitación en el servicio para aplicar el nuevo protocolo del centro y proporcionar el apoyo necesario para el ingreso aplazado
Suministros	Son necesarios menos suministros con una política de aplazamiento del ingreso en comparación con los del ingreso directo, ya que se realizan menos tactos vaginales (guantes) y se reduce el uso de la aceleración del trabajo de parto (oxitocina, equipos de administración intravenosa, líquidos intravenosos)
Equipo	Sillones y otros recursos apropiados, como una radio, música, un televisor, revistas, para que la mujer se encuentre más cómoda durante el período de espera No hay diferencias en el equipamiento médico, por ejemplo, aparatos de determinación de la presión arterial
Infraestructura	Sala de espera limpia y cómoda para las mujeres y sus acompañantes, con espacio para que estas puedan pasear Debe haber un fácil acceso al baño y a agua potable
Supervisión y seguimiento	Buen acceso a la supervisión médica Auditoría y examen de los bebés nacidos antes de la llegada a la sala de preparto, y evaluación de otros resultados clave

Equidad

No se encontró evidencia relativa a la repercusión que pueda tener retrasar el ingreso en la equidad.

Consideraciones adicionales

En los PIA y en las mujeres de entornos más favorecidos, hay una prevalencia elevada de intervenciones obstétricas innecesarias para acelerar el parto, como la cesárea y la aceleración con oxitocina. Por consiguiente, si aplazar el ingreso tiene como consecuencia una reducción de estas intervenciones innecesarias y costosas, como sugieren los análisis de la relación costo-efectividad de Estados Unidos *(100)*, es plausible que con ello aumente la equidad.

En los PIBM, las mujeres de entornos desfavorecidos acuden a menudo tarde a los establecimientos de atención de salud, o dan a luz antes de llegar a ellos o acaban teniendo un parto domiciliario no planificado, debido a las dificultades económicas o de transporte *(101-104)*; por consiguiente, es posible que en estos entornos el aplazamiento del ingreso reduzca la equidad.

Los costos del transporte necesario para llegar a los centros de atención de salud son una consideración importante en todas las mujeres de entornos desfavorecidos *(102, 105, 106)*. Si se hace que las mujeres vuelvan a su casa para esperar a que haya un trabajo de parto establecido, sería necesario cubrir el costo económico del transporte para asegurar la equidad con esta intervención.

Aceptabilidad

Como parte de una revisión cualitativa de las experiencias de las mujeres en cuanto a la atención durante el parto *(26)*, los autores realizaron un subanálisis de las opiniones de las mujeres respecto a las prácticas de ingreso en los hospitales. Los resultados, que procedían tan solo de PIA, indican que las mujeres reconocen y en general aceptan el mensaje de permanecer en casa tanto tiempo como sea posible, pero su experiencia de la fase inicial del trabajo de parto es con frecuencia más intensa de lo esperado (sobre todo en las mujeres nulíparas) y ello las lleva a contactar con los profesionales de la salud, sea por teléfono o personalmente, para solicitar aclaraciones y tranquilización (evidencia de certidumbre alta). A las mujeres les resulta difícil aceptar que lo mejor que pueden hacer es permanecer en casa cuando se las ha llevado a creer que el apoyo médico es importante para evitar riesgos (evidencia de certidumbre alta). Tienden a considerar que el hospital es un lugar seguro y se enteran de un modo brusco de que las pueden enviar a casa si no están en un trabajo de parto "activo". La presión de tener que "ir en el momento adecuado" les genera una tensión adicional y puede aumentar su ansiedad y vulnerabilidad (evidencia de certidumbre alta). La decisión de ir a un hospital o centro de maternidad viene dada generalmente por su experiencia en el trabajo de parto (asociada a menudo al grado de dolor) en vez de por una evaluación clínica, y pueden sentirse decepcionadas, defraudadas, frustradas e incómodas si, tras la evaluación, se les dice que vuelvan a su casa.

Un subanálisis similar de las experiencias de los prestadores de la atención sobre las prácticas de ingreso sugiere que los profesionales de la salud reconocen las necesidades de clarificación y tranquilización de las mujeres y tratan de mantener un enfoque centrado en la mujer, sea telefónicamente o en persona (evidencia de certidumbre moderada). Sin embargo, las presiones de la organización y las limitaciones de tiempo los llevan a menudo a actuar como guardianes de la sala de preparto, y ello puede conducir a un abordaje poco coherente del ingreso en la sala de preparto (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

Toda la evidencia comentada procedió de estudios realizados en PIA. En los PIBM se ha obtenido evidencia que sugiere que las mujeres de estos entornos tienen una mayor probabilidad de llegar a los centros de atención de salud en una fase de trabajo de parto ya establecido *(107)*.

Viabilidad

Como parte de una revisión cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto a la atención durante el parto (26), los autores realizaron un subanálisis de las opiniones de las mujeres sobre las prácticas de ingreso en el hospital. Los resultados, que procedían tan solo de PIA, indican que el mensaje de "permanecer en casa" suele ser bien comprendido. Sin embargo, por razones de evitación de riesgos y tranquilización, muchas mujeres pueden preferir estar en la sala de preparto o cerca de ella cuando se inicia su propia experiencia del trabajo de parto, sea cual sea la evaluación clínica (evidencia de certidumbre alta). En las situaciones en las que los profesionales de la salud indican a las mujeres que vuelvan a su casa, estas desearían recibir una recomendación e instrucciones claras sobre los signos y síntomas que deben prever y sobre cuándo deben regresar a la sala de preparto (evidencia de certidumbre alta).

Un subanálisis similar sobre las experiencias de los prestadores de la atención en cuanto a las prácticas de ingreso sugiere que el personal se decantaría por respaldar un enfoque de aplazamiento del ingreso en la sala de preparto, porque ello les proporciona la flexibilidad de gestionar las presiones organizativas en relación con las camas y los recursos de personal disponibles (evidencia de certidumbre moderada). Sin embargo, los resultados indican también que los profesionales de la salud pueden esforzarse por ofrecer el tipo de cuidados centrados en la mujer que desean proporcionar (y que las mujeres valoran) si se adopta este planteamiento (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

Toda la evidencia comentada procedió de estudios realizados en PIA.

Cuadro 3.21 Resumen de las conclusiones: Política de aplazamiento del ingreso en la sala de preparto en comparación con el ingreso directo

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable al ingreso directo	– Probablemente favorable al ingreso directo	– No favorable al ingreso directo ni al aplazamiento del ingreso	Probablemente favorable al aplazamiento del ingreso	– Favorable al aplazamiento del ingreso
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable al ingreso directo	– Probablemente favorable al ingreso directo	– No favorable al ingreso directo ni al aplazamiento del ingreso	Probablemente favorable al aplazamiento del ingreso	– Favorable al aplazamiento del ingreso
Equidad	– Desconocido	Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.5 Pelvimetría clínica en el ingreso

RECOMENDACIÓN 11

No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.

(No recomendado)

Comentarios

- La evidencia indirecta procedente de los estudios de pelvimetría radiológica indica que el uso de rutina de la pelvimetría clínica en las embarazadas sanas al ingresar en trabajo de parto puede aumentar el uso de la cesárea sin que ello aporte un beneficio claro en cuanto a los resultados del parto.
- La pelvimetría clínica es la evaluación de la idoneidad de la forma y el tamaño de la pelvis materna (entrada, parte media y salida) para un parto vaginal mediante el tacto vaginal interno; no debe confundirse con el tacto vaginal ordinario, que es necesario para la evaluación clínica del estado del cuello uterino, el líquido amniótico y la posición del feto al ingresar en la sala de preparto.
- La pelvimetría clínica podría desempeñar un papel en el triaje de las mujeres con un riesgo alto de desproporción cefalopelviana que residen en zonas rurales y remotas; sin embargo, actualmente no hay ninguna evidencia que respalde que esta práctica mejore los resultados.
- En los entornos en los que la pelvimetría clínica se realiza sistemáticamente en las embarazadas sanas al ingresar en la sala de preparto, debe informarse a los prestadores de atención de salud de que la evidencia que respalda esta práctica es insuficiente.
- Todas las mujeres que acuden a un centro de maternidad en trabajo de parto deben ser evaluadas clínicamente por el profesional que presta la atención médica a la madre según la práctica clínica recomendada, que incluye realizar un tacto vaginal, con el consentimiento de la mujer, para evaluar el estado (inicio y grado) del trabajo de parto.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.5)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron cinco ECA (108). Los autores de la revisión no encontraron ningún ensayo en el que se hubiera evaluado la pelvimetría clínica, en lo que esta recomendación se basó en la evidencia indirecta existente de los efectos de la pelvimetría radiológica en los resultados del parto. Tres de los ensayos de la revisión se realizaron en Sudáfrica, España y Estados Unidos, con un total de 769 mujeres con embarazos únicos cefálicos a término. Un ensayo se realizó en 1962 en 305 mujeres en trabajo de parto; en los otros dos se incluyó a 464 mujeres nulíparas a las que se aplicó una inducción o aceleración del trabajo de parto. En los tres ensayos se evaluó la pelvimetría radiológica (concretamente con radiografías) en comparación con la ausencia de pelvimetría. Los dos ensayos restantes se realizaron en mujeres con una cesárea previa; la evidencia obtenida en estos dos ensayos no se incluye en esta directriz.

Comparación: Pelvimetría clínica sistemática en comparación con la no realización de pelvimetría

La valoración del grado de la evidencia se redujo debido a su carácter indirecto, puesto que los datos procedían de estudios de pelvimetría radiológica.

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja obtenida indica que la cesárea puede ser más frecuente con pelvimetría que sin ella (3 ensayos, 769 mujeres, RR 1,34, IC del 95% 1,19-1,52). El efecto absoluto de la pelvimetría podría ser de 73 cesáreas más por cada 1000 (de 6 a 157 más).

Morbilidad materna: Los tres ensayos incluidos no aportaron ninguna evidencia sobre la morbilidad materna.

Duración del trabajo de parto: En la revisión no se consideró este parámetro de valoración.

Experiencia de parto: La satisfacción materna y otros aspectos de la experiencia de las pacientes con la pelvimetría no se evaluaron en la revisión.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia relativa al efecto de la pelvimetría en la "asfixia perinatal" es muy incierta, ya que procedía de un solo ensayo con pocos episodios, y dicho ensayo tenía también limitaciones en cuanto al diseño del estudio y debido a su carácter indirecto. No se presentaron otros resultados de morbilidad fetal y neonatal (índice Apgar < 7 a los 5 minutos) en los estudios pertinentes.

Mortalidad perinatal: La evidencia relativa a este parámetro de valoración es de una certidumbre

muy baja debido al bajo número de episodios, las limitaciones de los estudios y su carácter indirecto.

Consideraciones adicionales

La pelvimetría clínica incluye un tacto vaginal de la cara interna de la pelvis ósea, que puede resultar muy incómodo para la mujer, en especial cuando esta está sufriendo los dolores del trabajo de parto *(108)*. Sin embargo, la revisión no evaluó las posibles experiencias maternas asociadas a esta técnica.

Una tasa de cesáreas más elevada sin que haya una evidencia indicativa de un efecto beneficioso en otros resultados es una consecuencia indeseable teniendo en cuenta la posible morbilidad adicional y el aumento de los costos de atención de salud que se asocian a la cesárea.

La exactitud diagnóstica de la pelvimetría clínica es incierta; sin embargo, los resultados de algunos estudios de observación indican que es posible que ayude a predecir la desproporción cefalopelviana en las mujeres nulíparas en determinados entornos de recursos escasos con un acceso limitado a la cesárea y una necesidad de derivar oportunamente los casos adecuados a un centro de atención de salud de nivel más alto *(109, 110)*.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención médica. La mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y de ciertas intervenciones. Cuando se les presentan las intervenciones, las mujeres desearían recibir una información pertinente por parte de prestadores de atención de salud técnicamente competentes que sean sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Según lo indicado por los resultados de la revisión antes presentados, tal vez sea improbable que las mujeres valoren favorablemente esa intervención médica si con ello aumenta la probabilidad de una cesárea sin que mejoren los resultados del parto.

Recursos

No se encontró ninguna revisión que aportara evidencia sobre las necesidades de recursos ni sobre la relación costo-efectividad.

Consideraciones adicionales

El costo principal de esta intervención es el tiempo de dedicación del personal y, aunque la técnica en sí puede requerir tan solo unos minutos, también se requiere tiempo para informar a la mujer los motivos del tacto vaginal, obtener su consentimiento y explicarle luego los resultados. Dado que la intervención podría conducir a un aumento del riesgo de cesárea sin mejorar resultados importantes del embarazo, es improbable que su relación costo-efectividad sea favorable.

Equidad

No se encontró evidencia directa sobre la repercusión de la pelvimetría clínica en la equidad. Sin embargo, la evidencia indirecta procedente de una revisión de los elementos que dificultan o favorecen el parto en un centro de atención de salud indica que las exploraciones de tacto vaginal realizadas por los profesionales de la salud en los centros, que son percibidas por las mujeres como algo incómodo y deshumanizante, constituyen un obstáculo importante para la aceptación del parto en centros de salud por parte de las mujeres de entornos marginados en los PIBM (evidencia de certidumbre alta) *(8)*.

Consideraciones adicionales

Según lo indicado por la evidencia indirecta antes comentada, la pelvimetría clínica, que puede ser más incómoda que un tacto vaginal ordinario realizado para la evaluación de progreso del trabajo de parto, podría disuadir a las mujeres desfavorecidas de dar a luz en un centro de atención de salud y reducir aun más la equidad. Además, dado que la pelvimetría podría aumentar el uso de la cesárea en las mujeres de entornos más favorecidos en las que se determine la presencia de una pelvis estrecha, las mujeres más desfavorecidas con unas características similares podrían no recibir un nivel de atención de salud similar, a pesar de que estuviera indicada médicamente.

Aceptabilidad

No hay evidencia específica respecto a la pelvimetría clínica en la revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres y los profesionales de la

Cuadro 3.22 Principales recursos necesarios para la pelvimetría clínica

Recurso	Descripción
Capacitación	Capacitación basada en práctica sobre cómo realizar la pelvimetría clínica
Suministros	Suministros para el tacto vaginal ordinario
Equipo	Ninguno
Tiempo del personal	Tiempo necesario para informar a las mujeres, obtener su consentimiento y realizar la intervención
Supervisión y seguimiento	Supervisión por parte de la dirección de la sala de preparto/consultorio/centro de salud como parte de la auditoría/examen regular de la calidad de la atención prestada

salud sobre la atención durante el parto. Sin embargo, los resultados generales sobre las experiencias de las mujeres indican que estas preferirían evitar intervenciones médicas a menos que haya un riesgo para su bebé (evidencia de certidumbre alta) *(26)*. Además, cuando es necesaria una intervención, las mujeres desearían que se les informara sobre ella y ser tratadas por personal sensible, amable y técnicamente competente (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Las mujeres pueden aceptar de buen grado un tacto vaginal realizado por el prestador de atención de salud que las tranquilizará respecto a la posibilidad de dar a luz por vía vaginal. Sin embargo, es posible que no acepten con facilidad la pelvimetría clínica si es probable que los resultados les impidan intentar el trabajo de parto o aumentan su temor a resultados adversos durante este.

Viabilidad

No hay ninguna evidencia específica sobre la pelvimetría clínica en la revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres y los prestadores de la atención durante el parto *(26)*. Sin embargo, los resultados generales respecto a las experiencias de los profesionales de la salud indican que, en ciertos contextos (en especial, en los PIBM), los prestadores de la atención pueden carecer del tiempo, la capacitación o los recursos necesarios para realizar de manera sistemática la pelvimetría clínica en todas las mujeres que acuden en trabajo de parto (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La pelvimetría clínica requiere una experiencia y unos conocimientos especializados específicos para examinar con un alto grado de certidumbre los diámetros internos de la pelvis materna en relación con el tamaño de la cabeza fetal, y para evaluar la probabilidad de una desproporción cefalopelviana durante el trabajo de parto. Este conocimiento experto suele estar limitado a los hospitales de nivel más alto y los obstetras y parteras con experiencia, y no se dispone de ello con facilidad en los hospitales de nivel inferior y en los entornos de recursos limitados.

Cuadro 3.23 Resumen de las conclusiones: Pelvimetría clínica en comparación con la no utilización de pelvimetría clínica

Efectos deseables	✓ Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	✓ Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la no utilización de pelvimetría	✓ Probablemente favorable a la no utilización de pelvimetría	– No favorable a la pelvimetría ni a la no utilización de pelvimetría	– Probablemente favorable a la pelvimetría	– Favorable a la pelvimetría
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la no utilización de pelvimetría	✓ Probablemente favorable a la no utilización de pelvimetría	– No favorable a la pelvimetría ni a la no utilización de pelvimetría	– Probablemente favorable a la pelvimetría	– Favorable a la pelvimetría
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	✓ Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumentada
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.6 Evaluación de rutina del bienestar fetal en el ingreso al trabajo de parto

RECOMENDACIÓN 12

No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo. *(No recomendado)*

RECOMENDACIÓN 13

Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto. *(Recomendado)*

Comentarios

- La evidencia existente indica que la cardiotocografía (CTG) en el ingreso en trabajo de parto aumenta probablemente el riesgo de cesárea sin mejorar los resultados del parto. Además, aumenta la probabilidad de que a la mujer y a su bebé se les aplique una serie de intervenciones adicionales, como la CTG continua y la toma de muestras de sangre fetal, que incrementan los costos del parto y podrían tener repercusiones negativas en la experiencia de parto de la mujer.
- Todos los interesados directos deben ser conscientes de que la evaluación del estado del feto al ingreso y de manera regular durante todo el trabajo de parto, mediante la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, es un aspecto vital y es parte integrante de la prestación de una atención de calidad durante el parto. En la fase activa del período de dilatación, la auscultación se realiza generalmente cada 15-30 minutos, mientras que en el período expulsivo suele realizarse cada 5 minutos.
- El GDG era consciente de la inquietud existente en la comunidad clínica y legal acerca de la no realización de un CTG al ingreso a causa de la opinión de algunos médicos clínicos de que la CTG es mejor que la auscultación para identificar a los bebés en riesgo y de que su uso está por consiguiente justificado, incluso en las mujeres que no tienen factores de riesgo evidentes para sufrir complicaciones del trabajo de parto. Sin embargo, el GDG se mostró confiado en que no hay una evidencia que respalde esta opinión, y acordó que los clínicos podrían protegerse mejor frente a las demandas manteniendo una buena historia clínica y un registro médico, en que se indiquen claramente los resultados de la auscultación, en vez de basarse en los registros de CTG al ingreso como defensa de su práctica clínica.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.6)

La evidencia utilizada procedió de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron cuatro ECA realizados en Irlanda (1 ensayo) y Reino Unido (3 ensayos) *(111)*. Un total de más de 13.000 mujeres en las que se consideró que había un riesgo bajo de sufrir complicaciones durante el trabajo de parto fueron asignadas aleatoriamente a la CTG (de una duración de 15 minutos [1 ensayo] o 20 minutos [3 ensayos]) o al seguimiento habitual con auscultación. Este último se realizó con el empleo de un dispositivo de ecografía Doppler manual en un ensayo y con un estetoscopio fetal de Pinard o un dispositivo de ecografía Doppler en otro ensayo, mientras que en los otros dos ensayos no se indicó claramente la técnica utilizada para la auscultación. Se consideró que en todos los ensayos el riesgo de sesgo era bajo.

Comparación: Cardiotocografía (CTG) en comparación con auscultación en el ingreso en trabajo de parto

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre moderada basada en cuatro ensayos (11.338 mujeres) indica que la CTG al ingreso se asocia probablemente a un aumento del uso de la cesárea (RR 1,20, IC del 95% 1,00-1,44) pero no aumenta los partos vaginales instrumentales (RR 1,10, IC del 95% 0,95-1,27). La diferencia absoluta en cuanto a la cesárea se estima en 7 intervenciones más por cada 1000 con la CTG al ingreso (de 0 a 16 más).

Experiencia de parto: Los ensayos no aportaron información sobre la satisfacción de las mujeres con la intervención ni sobre otras medidas de la experiencia de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre moderada obtenida indica que probablemente se obtenga un cambio escaso o nulo en la tasa del índice Apgar bajo (< 7 a los 5 minutos) (4 ensayos, 11.324 bebés, RR 1,00, IC del 95% 0,54-1,85) o en la de crisis convulsivas neonatales (1 ensayo, 8056 bebés, RR 0,72, IC del 95% 0,32-1,61), y la evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber un cambio escaso o nulo en la encefalopatía hipóxica-isquémica (1 ensayo, 2367 bebés, RR 1,19, 955 IC 0,37-3,90). Hay una evidencia de certidumbre alta que indica que, en comparación con la auscultación, la CTG al ingreso aumenta la toma de muestras de sangre fetal (3 ensayos, 10.757 mujeres,

RR 1,28, IC del 95% 1,13-1,45). La diferencia absoluta observada en el efecto se estima en 21 bebés más a los que se realizan tomas de muestras de sangre fetal por cada 1000 (de 10 a 34 más).

Sufrimiento fetal: En la revisión no se evaluó este resultado.

Mortalidad perinatal: La evidencia de certidumbre moderada obtenida indica que la CTG al ingreso produce probablemente un cambio escaso o nulo en la mortalidad perinatal (4 ensayos, 11.339 bebés, RR 1,01, IC del 95% 0,30-3,47).

Resultados en el bebé a largo plazo: Ninguno de los estudios aportó datos sobre las discapacidades graves del desarrollo nervioso.

Consideraciones adicionales

La revisión aportó también datos sobre los efectos de la CTG al ingreso en las tasas de otras intervenciones médicas. La evidencia de certidumbre alta obtenida indica que la CTG al ingreso tiene un efecto escaso o nulo sobre la amniotomía (2 ensayos, 2694 mujeres, RR 1,04, IC del 95% 0,97-1,12), la aceleración del trabajo de parto con oxitocina (2 ensayos, 11.324 mujeres, RR 1,05, IC del 95% 0,95-1,17) o el uso de anestesia peridural (3 ensayos, 10.757 mujeres, RR 1,11, IC del 95% 0,87 a 1,41). Sin embargo, hay una evidencia de certidumbre moderada que indica que es probable que la CTG al ingreso aumente la probabilidad del seguimiento continuo de la CTG durante el trabajo de parto (3 ensayos, 10.753 mujeres, RR 1,30, IC del 95% 1,14 a 1,48). La diferencia absoluta en el efecto se estima en 125 mujeres más a las que se aplica el seguimiento continuo con CTG por cada 1000 (de 58 a 200 más).

Es posible que la evidencia observada en esta revisión no sea aplicable a los PIBM, ya que todos los ensayos se realizaron en PIA.

Valores

Los resultados de una revisión cualitativa de lo que tiene importancia para las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención médica para facilitar el nacimiento de un bebé sano (evidencia de certidumbre alta). La mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, muestran cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y de determinadas intervenciones, si bien en ciertos contextos o situaciones las mujeres pueden recibir con agrado el empleo de intervenciones destinadas a acortar el trabajo de parto o a proporcionar un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se les presentan las intervenciones, las mujeres desearían recibir una información pertinente por parte de profesionales de la salud técnicamente competentes que sean sensibles a sus necesidades. Los resultados indicaron también que las mujeres desean tener el control de su propio proceso de parto y querrían participar en la toma de decisiones respecto al uso de las intervenciones (evidencia de certidumbre alta).

Recursos

No se encontró evidencia respecto a los costos relativos a la relación costo-efectividad de la CTG en comparación con la auscultación.

Consideraciones adicionales

Ante la ausencia de beneficios de salud adicionales con el empleo de la CTG al ingreso, parece plausible que su relación costo-efectividad sea menos favorable que la de la auscultación con un estetoscopio fetal de Pinard o con un dispositivo de ecografía Doppler, dados los mayores costos de equipamiento y de suministros, así como el uso excesivo de la cesárea y la cascada de intervenciones adicionales que se producen. Algunas intervenciones, como la cesárea, tienen consecuencias importantes en cuanto al uso de recursos, tanto para el centro de salud como para las mujeres a las que se aplican. Hay un ahorro de costos claro si se recomienda no utilizar la CTG en el ingreso en trabajo de parto.

Equidad

No se encontró evidencia directa en cuanto a la repercusión de la CTG al ingreso (o la CTG en general) en la equidad.

Consideraciones adicionales

La evidencia de certidumbre moderada que indica que la CTG al ingreso no mejora los resultados del parto procedió tan solo de PIA y es posible que no sea aplicable a entornos en los que las mujeres más desfavorecidas solo pueden recibir una atención prenatal de mala calidad y donde el riesgo inicial de mortalidad fetal al ingresar en trabajo de parto puede ser más alto.

La introducción de la CTG de rutina al ingreso podría reducir la equidad si conduce a una cascada de intervenciones innecesarias a las que solamente pueden acceder las mujeres más favorecidas y las de entornos de recursos abundantes. En contextos con tasas de mortalidad perinatal elevada, las intervenciones de CTG destinadas a mejorar la detección de feto con hipoxia, con el consiguiente aumento apropiado de las cesáreas, podrían aumentar la equidad al aportar un mayor beneficio a las mujeres desfavorecidas.

Aceptabilidad

En una revisión de estudios cualitativos en los que se examinaron las experiencias de las mujeres y de los prestadores de atención de salud en el trabajo de parto y el parto, los resultados sugieren que algunas mujeres encuentran el uso de la CTG tranquilizador, pero se sienten limitadas por el equipo y preferirían un enfoque de la atención más práctico y centrado en la mujer (evidencia de certidumbre baja) *(26)*.

Los resultados de un subestudio de la revisión *(26)* indicaron que el personal consideraba que había un uso excesivo de la CTG, y que ello conducía a intervenciones innecesarias y, desde la perspectiva de la partería, socavaba las capacidades tradicionales de la atención centrada en la mujer

Cuadro 3.24 Principales recursos necesarios para la evaluación del bienestar del feto al ingreso: cardiotocografía (CTG), aparato de ecografía Doppler y estetoscopio fetal de Pinard

Recurso	Descripción
Capacitación del personal	▲ CTG: capacitación basada en la práctica sobre la forma de aplicarla e interpretar los resultados *(112)* ▲ Ecografía Doppler: facilidad de uso sin una capacitación adicional *(32)* ▲ Estetoscopio de Pinard: capacitación basada en la práctica; puede requerir experiencia para dominar su uso *(113)*
Suministros	▲ CTG: gel de ecografía, papel térmico,[a] fusibles *(112)* ▲ Ecografía Doppler: gel de ecografía, algunos aparatos necesitan pilas reemplazables (AA de 1,5 V) *(112)* ▲ Estetoscopio de Pinard: ninguno
Equipo	▲ CTG: el aparato tiene un costo de US$ 1457,16 *(112)* ▲ Ecografía Doppler: el aparato puede costar de US$ 95 a US$ 350 *(32, 112)* ▲ CTG y ecografía Doppler: costos de mantenimiento ▲ Estetoscopio de Pinard: US$ 0,94 *(112)*
Infraestructura	▲ CTG: requiere un enchufe en la pared ▲ Ecografía Doppler: a pilas (las pilas tienen que recargarse o reemplazarse) ▲ Estetoscopio Pinard: no requiere ninguna
Tiempo del personal	▲ CTG: tiempo para la preparación del examen y tiempo para la interpretación de la CTG por parte de personal capacitado ▲ Ecografía Doppler: mínimo de 60 segundos ▲ Estetoscopio de Pinard: variable, según la experiencia del profesional
Supervisión y seguimiento	▲ CTG: requiere supervisión para identificar con exactitud todos los parámetros de un registro de CTG que no sea tranquilizador

[a] El costo del papel del electrocardiógrafo (ECG) se ha estimado en US$ 0,03 por uso *(112)*. El costo del papel de la cardiotocografía (CTG) varía pero parece plausible que pueda ser similar a esta estimación para una longitud de 15-30 cm (suponiendo una velocidad de avance del papel de 1 cm/minuto).

(evidencia de certidumbre alta). Mientras algunos profesionales creen que el uso de la CTG aporta tranquilización, muchos de ellos no confían en la tecnología y se sienten presionados a utilizarla de manera defensiva para atenuar el temor de la organización a las demandas legales (evidencia de certidumbre alta). Además, algunos profesionales de la salud no se sienten lo suficientemente capacitados para interpretar los registros de la CTG y reconocen que su comprensión e interpretación pueden ser poco uniformes (evidencia de certidumbre alta).

Los resultados también indican que, en los lugares en los que ello es posible, los profesionales de la salud preferirían usar la AI porque creen que ello ofrece una mayor flexibilidad y conduce a mejores resultados (en comparación con la CTG) (evidencia de certidumbre baja.

Consideraciones adicionales

Los resultados de la revisión cualitativa proceden tan solo de entornos de PIA.

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa en la que se exploraron las opiniones de los profesionales de la salud *(26)*, un subanálisis sobre las opiniones respecto a la CTG y el seguimiento fetal puso de manifiesto que el personal tiende a considerar que la CTG se utiliza en exceso y que ello puede conducir al empleo de intervenciones innecesarias (evidencia de certidumbre alta). Es probable que esto tenga una repercusión en los costos, lo cual reduciría la viabilidad de la respuesta a los resultados en los entornos de recursos escasos. Los profesionales consideran también que es más barato de utilizar (en comparación con las alternativas disponibles), pero que las limitaciones económicas conducen a menudo a un bajo mantenimiento y una disponibilidad limitada de accesorios (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

Los resultados de la revisión cualitativa proceden tan solo de entornos de PIA. En los entornos de recursos escasos, la existencia de otras necesidades de recursos sanitarios más prioritarias disuadirá de invertir en la adquisición de aparatos de CTG y en la capacitación del personal de atención de salud para usarlos.

Cuadro 3.25 Resumen de las conclusiones: Uso de rutina de la cardiotocografía (CTG) al ingreso en comparación con la auscultación del corazón fetal con un aparato de ecografía Doppler o un estetoscopio fetal de Pinard al ingreso

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		✓ Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	✓ Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	✓ Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a Pinard/ Doppler	✓ Probablemente favorable a Pinard/ Doppler	– No favorable a CTG al ingreso ni a Pinard/ Dopplerr	– Probablemente favorable a CTG al ingreso	– Favorable a CTG al ingreso
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	✓ Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a Pinard/ Doppler	✓ Probablemente favorable a Pinard/ Doppler	– No favorable a CTG al ingreso ni a Pinard/ Doppler	– Probablemente favorable a CTG al ingreso	– Favorable a CTG al ingreso
Equidad	– Desconocido	✓ Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.7 Rasurado púbico o perineal

RECOMENDACIÓN 14

No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto *(114)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de muy baja calidad.
- Esta recomendación se aplica a cualquier rasurado en la zona genital externa femenina en el contexto de un parto vaginal. No se aplica a las mujeres a las que se prepara para una cesárea.
- La decisión con respecto al rasurado púbico o perineal debe dejarse en manos de la mujer y no del prestador de atención de salud. En las situaciones en las que una mujer opte por el rasurado púbico o perineal antes del parto, se le debe indicar que disponga en dónde y quién debe realizar el rasurado para que se sienta lo más cómoda posible al respecto (por ejemplo, en casa poco antes del momento del trabajo de parto y el parto).
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, a la que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.8 Enema en el ingreso

RECOMENDACIÓN 15

No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación firme basada en una evidencia de muy baja calidad.
- El GDG observó que no se ha demostrado que un uso sistemático de enemas reduzca la duración del trabajo de parto ni que aporte otros beneficios clínicos. Se considera una intervención invasiva y que comporta molestias para las mujeres.
- El GDG hizo su hincapié en la viabilidad de aplicar esta recomendación, la reducción del uso de recursos de atención de salud y la aceptabilidad por parte de los cuidadores y las mujeres, y por consiguiente hizo una recomendación firme en contra de esta intervención.
- La evidencia que respaldaba esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, a la que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.9 Tacto vaginal

RECOMENDACIÓN 16

Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina de la fase activa del período de dilatación en las mujeres de bajo riesgo. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto *(114)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación firme basada en una evidencia de muy baja calidad.
- Actualmente no hay ninguna evidencia directa sobre la frecuencia más apropiada de las exploraciones de tacto vaginal para prevenir la morbilidad infecciosa en la madre y el bebé, y por consiguiente esta recomendación se basó en el consenso alcanzado por el GDG y es coherente con una recomendación similar que forma parte de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto del 2014 *(46)*.
- Debe darse prioridad a la limitación de la frecuencia y el número total de exploraciones de tacto vaginal. Ello resulta especialmente crucial en situaciones en las que hay otros factores de riesgo de infección (por ejemplo, rotura de aguas prolongada o trabajo de parto de larga duración).
- El GDG reconoció que la frecuencia de las exploraciones de tacto vaginal depende del contexto de la atención del parto y del progreso del trabajo de parto. El grupo acordó que puede estar justificada la realización de tactos vaginales a intervalos más cortos que los especificados en esta recomendación si así lo exige el estado de la madre o del bebé.
- Debe evitarse la realización de tactos vaginales en la misma mujer por parte de múltiples profesionales en períodos similares o en momentos distintos. El grupo señaló que esta práctica es común en contextos docentes en los que múltiples profesionales (o estudiantes) realizan tactos vaginales con fines de aprendizaje.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, a la que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.10 Cardiotocografía continua (CTG) durante el trabajo de parto

RECOMENDACIÓN 17

No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo. *(No recomendado)*

Comentarios

- Al hacer esta recomendación, el GDG hizo hincapié en la evidencia que indica que la CTG continua aumenta las intervenciones de cesárea y otras intervenciones médicas, sin que con ello se obtenga una relación costo-efectividad más favorable, y con un grado diverso de aceptabilidad y viabilidad. El GDG hizo menos hincapié en la pequeña reducción en términos absolutos de las crisis convulsivas neonatales (1 menos por cada 1000), que puede tener o no otras consecuencias adicionales para la salud.
- La CTG continua no debe usarse como sustituto de una atención durante el parto que proporcione apoyo y esté centrada en la mujer.
- La CTG continua puede limitar el empleo de otras intervenciones beneficiosas durante el trabajo de parto, como la posibilidad de elegir las posturas para el trabajo de parto y el nacimiento y la de pasear libremente, y puede resultar estresante para las mujeres. Aunque el GDG reconoció que se dispone de una CTG continua móvil, llegó a la conclusión de que no hay una evidencia conocida sobre los efectos de esta tecnología más reciente.
- Los interesados directos de los países con una mortalidad perinatal alta deben analizar de qué forman podrían mejorarse la cobertura y la documentación de la auscultación intermitente (AI).
- En los países y los entornos en los que se usa la CTG continua con fines defensivos, para protegerse frente a posibles demandas, se debe informar a todos los interesados directos de que esta práctica no está basada en la evidencia y no mejora los resultados del parto. Los médicos clínicos podrían protegerse mejor frente a posibles demandas manteniendo una buena historia clínica y un registro médico, en que se indiquen claramente los resultados de la AI, en vez de basarse en los registros de CTG continuos como defensa de su práctica clínica

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.10)

La evidencia evaluada procede de una revisión sistemática Cochrane en la que se comparó la CTG continua con la auscultación intermitente (AI) para evaluar el bienestar del feto durante el trabajo de parto *(115)*. Para los fines de esta directriz, tan solo se tuvo en cuenta la evidencia obtenida en el subgrupo de riesgo bajo de la revisión. Los datos de este subgrupo de riesgo bajo procedían de cuatro ensayos realizados en Australia (989 mujeres), Estados Unidos (14.618 mujeres), Irlanda (10.053 mujeres) y Reino Unido (504 mujeres), que presentaron sus resultados entre 1978 y 1986. En el estudio realizado en Irlanda se incluyó también a mujeres con embarazos de alto riesgo, pero estos datos se excluyeron del presente análisis. Tres de los ensayos fueron ECA de pacientes individuales y uno (el estudio de Estados Unidos) fue un cuasi-ECA, en el que se alternaron las intervenciones en cada mes del ensayo. En este último estudio se consideró que había un riesgo alto de sesgo. El método de AI fue distinto en los diferentes ensayos y consistió en la auscultación con el empleo de un estetoscopio fetal de Pinard o en el empleo de un aparato de ecografía Doppler.

Comparación: Cardiotocografía continua (CTG) en comparación con la auscultación intermitente (AI)

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja procedente de dos ensayos (1431 mujeres) indica que es posible que el uso de la cesárea aumente con el empleo de la CTG continua en comparación con el de la AI (RR 2,06, IC del 95% 1,24-3,45). La diferencia absoluta en este efecto se estima en 30 cesáreas más por cada 1000 mujeres (de 7 a 70 más). La evidencia relativa al parto vaginal instrumental aportada por esos ensayos es de una certidumbre muy baja.

Necesidad de analgesia: Hay una evidencia de certidumbre moderada que indica que la diferencia entre estos métodos de seguimiento fetal en lo que respecta a las necesidades de analgesia de la madre es probablemente escasa o nula (1 ensayo, 504 mujeres, RR 0,92, IC del 95% 0,79-1,07).

Experiencia de parto: En esta revisión no se presentó evidencia alguna respecto a la experiencia de parto, incluida la incapacidad de adoptar la posición de parto preferida, la insatisfacción con la atención recibida y la percepción de una pérdida del control durante el trabajo de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre moderada obtenida indica que la CTG continua reduce probablemente las crisis convulsivas neonatales en comparación con lo observado con la AI (3 ensayos, 25.175 bebés, RR 0,36, IC del 95% 0,16-0,79). La diferencia absoluta en cuanto a este efecto se estimó en 1 episodio menos por cada 1000 bebés (de 0 a 2 menos). En la revisión no se presentaron datos sobre la acidosis en sangre del cordón ni sobre la parálisis cerebral en el subgrupo de bajo riesgo.

Mortalidad perinatal: Esta evidencia tiene tan solo un grado de certidumbre muy bajo, debido a las limitaciones del diseño de estudio y al bajo número de episodios.

Resultados en el bebé a largo plazo: En los estudios de mujeres con embarazos de bajo riesgo no se presentaron datos de parálisis cerebral ni de otros resultados en el bebé a largo plazo.

Consideraciones adicionales

La evidencia obtenida en el subgrupo de bajo riesgo fue coherente con la del subgrupo de alto riesgo y la del subgrupo de riesgo mixto. En los análisis globales de la revisión, que incluyeron subgrupos de riesgo alto, bajo y mixto, las estimaciones de resumen sugieren una diferencia entre las intervenciones en lo que respecta al efecto sobre:

- las crisis convulsivas neonatales: reducción con la CTG continua (9 ensayos, 32.386 bebés, RR 0,50, IC del 95% 0,31-0,80);
- la cesárea: aumento con la CTG continua (11 ensayos, 18.861 mujeres, RR 1,63, IC del 95% 1,29-2,07);
- el parto vaginal instrumental: aumento con la CTG continua (10 ensayos, 18.615 mujeres, RR 1,15, IC del 95% 1,01-1,33), y
- la toma de muestra de sangre fetal: aumento con la CTG continua (2 ensayos, 13.929 bebés, RR 1,24, IC del 95% 1,05-1,47.

Las estimaciones de resumen indican poca o ninguna diferencia en cuanto al efecto en lo que respecta a la mortalidad perinatal, la parálisis cerebral, la acidosis de sangre del cordón, la encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI), la aceleración con oxitocina y la anestesia peridural, entre otros.

Hubo muy pocos resultados neonatales de interés clínico que se registraran de manera uniforme en los ensayos *(115)*. Además, dado que no se realizó un seguimiento a largo plazo, no se conocen los efectos a largo plazo de las crisis convulsivas neonatales notificadas.

En los ensayos no se distinguió entre las mujeres nulíparas y las no nulíparas, ni entre las mujeres con trabajo de parto espontáneo o inducido. Además, los ensayos eran relativamente antiguos y las prácticas clínicas utilizadas en ellos podrían diferir de las actuales; por ejemplo, en uno de los ensayos, se realizó una amniotomía sistemática en el plazo de una hora tras el ingreso en todas las mujeres.

La CTG continua en comparación con la CTG intermitente se evaluó en un ECA llevado a cabo en Suecia en 4044 participantes que tenían un riesgo bajo de sufrir complicaciones *(116)*. En el grupo de uso intermitente, la CTG se realizó durante 10-30 minutos cada 2,0-2,5 horas a lo largo del período de dilatación, y se llevó a cabo una auscultación con estetoscopio cada 15-20 minutos en los intervalos entre los registros de CTG. En todas las mujeres se utilizó una vigilancia continua durante el período expulsivo. Los autores de la revisión no observaron diferencias significativas en las cesáreas por sufrimiento fetal (1,2% frente a 1,0%, respectivamente) ni en otros resultados, y su conclusión fue que la CTG intermitente mostraba el mismo bajo riesgo que la CTG continua en la supervisión del trabajo de parto de bajo riesgo.

Valores

Los resultados de una revisión cualitativa de lo que las mujeres consideran importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de ellas desean un parto normal, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención médica para facilitar el nacimiento de un bebé sano (evidencia de certidumbre alta).

Cuando se les presentan las intervenciones, las mujeres desearían recibir una información pertinente por parte de profesionales de la salud técnicamente competentes que sean sensibles a sus necesidades.

Los resultados indicaron también que las mujeres quieren tener el control de su proceso de parto y que desearían participar en la toma de decisiones respecto al uso de las intervenciones (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La evidencia obtenida en la misma revisión cualitativa indica que las mujeres podrían atribuir un mayor valor a la evitación del riesgo de intervenciones adicionales (por ejemplo, cesárea, parto instrumental y toma de muestras de sangre fetal) que hacen que un parto sea anormal y que anulan su control del proceso del parto, sin mejorar necesariamente los resultados para ellas ni para sus bebés *(23)*.

Además, la CTG continua durante el trabajo de parto podría tener efectos negativos en la percepción de autonomía de la mujer durante el proceso del parto, al aumentar sus molestias y reducir sus posibilidades de elección respecto a la movilidad y las opciones existentes para el alivio del dolor.

Recursos

No se encontró evidencia respecto a los costos o la relación costo-efectividad de la CTG en comparación con la AI.

Consideraciones adicionales

La auscultación con el estetoscopio fetal de Pinard es el método de seguimiento del feto que resulta menos costoso. La evidencia relativa a los efectos beneficiosos de la CTG continua indica que podría

Cuadro 3.26 Principales recursos necesarios para la evaluación del bienestar del feto durante el trabajo de parto: cardiotocografía (CTG), aparato de ecografía Doppler y estetoscopio fetal de Pinard

Recurso	Descripción
Capacitación del personal	▼ CTG: capacitación basada en la práctica sobre la forma de aplicarla e interpretar los resultados *(112)* ▼ Ecografía Doppler: facilidad de uso sin una capacitación adicional *(32)* ▼ Estetoscopio de Pinard: capacitación basada en la práctica; puede requerir experiencia para dominar su uso *(113)*
Suministros	▼ CTG: gel de ecografía, papel térmico,[a] fusibles *(112)* ▼ Ecografía Doppler: gel de ecografía, algunos aparatos necesitan pilas reemplazables (AA de 1,5 V) *(112)* ▼ Estetoscopio de Pinard: ninguno
Equipo	▼ CTG: el aparato tiene un costo de US$ 1457,16 *(112)*; un aparato y una cama por mujer durante el seguimiento ▼ Ecografía Doppler: el aparato puede costar de US$ 95 a US$ 350 *(32, 112)* ▼ Estetoscopio de Pinard: US$ 0,94 *(112)* ▼ Costo de mantenimiento: más alto para la CTG; ninguno para el estetoscopio de Pinard
Infraestructura	▼ CTG: requiere un enchufe en la pared y un suministro estable de corriente eléctrica ▼ Ecografía Doppler: a pilas (las pilas tienen que recargarse o reemplazarse) ▼ Estetoscopio Pinard: no requiere ninguna
Tiempo del personal	▼ CTG: el registro requiere una supervisión regular y una interpretación por parte de personal capacitado ▼ Ecografía Doppler: mínimo de 60 segundos cada 15 minutos ▼ Estetoscopio de Pinard: variable, según la experiencia del profesional

[a] El costo del papel del electrocardiógrafo (ECG) se ha estimado en US$ 0,03 por uso *(112)*. El costo del papel de la cardiotocografía (CTG) varía pero parece plausible que pueda ser similar a esta estimación para una longitud de 15-30 cm (suponiendo una velocidad de avance del papel de 1 cm/minuto). Partiendo de esta estimación, el papel podría tener un costo de US$ 0,48 para un trabajo de parto que tenga una duración de 8 horas ($ 0,03 × 16).

no tener una relación costo-efectividad favorable en comparación con la AI ya que el único beneficio claro es una pequeña reducción absoluta de las crisis convulsivas neonatales (con una tasa de 1 menos por cada 1000), y no están claros los efectos a largo plazo. Teniendo en cuenta que el uso de la CTG también podría conducir a un aumento moderado de intervenciones costosas en el trabajo de parto, como la cesárea, el parto vaginal instrumental y la toma de muestras fetales, que se asocian a un riesgo adicional de morbilidad para la madre y el bebé, la evitación de su uso podría conducir a una reducción sustancial de los costos. Los costos sanitarios derivados de la adquisición del equipo de CTG para la sala de preparto, junto con los costos de mantenimiento asociados a ello, o el uso de recursos auxiliares como el seguimiento del pH, pueden usarse, en vez de ello, para facilitar el acceso a otras instalaciones básicas. Por ejemplo, en un estudio de los Países Bajos, el costo estimado del seguimiento interno mediante CTG fue de € 1316 por nacimiento *(117)*.

Equidad

No se encontró evidencia relativa a la repercusión de la CTG en la equidad.

Consideraciones adicionales

Los ensayos sobre los efectos de la CTG continua en comparación con la AI se realizaron en PIA y es posible que las estimaciones del efecto no sean igualmente aplicables a los PIBM con tasas de mortalidad perinatal elevadas. Sin embargo, estos efectos de la CTG continua indican que podría reducir la equidad si conduce a una cascada de intervenciones innecesarias.

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 indica que las mujeres que son pobres, tienen menos estudios o residen en zonas rurales y remotas tienen un menor acceso a la cobertura de intervenciones de salud que las mujeres más favorecidas *(33)*. En estos entornos, es probable que el seguimiento electrónico de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) de cualquier tipo muestre una gran desigualdad, debido a las diferencias en la calidad de la atención de salud y a la falta de recursos básicos. Los estudios realizados muestran que con frecuencia no se dispone de una supervisión adecuada de la progresión del trabajo de parto en estos entornos, y que es posible que la FCF se determine tan solo de manera muy infrecuente mediante auscultación *(118-120)*. La introducción de la CTG continua en estos entornos podría no hacer más que ampliar la repercusión negativa en la equidad.

Aceptabilidad

En una revisión de estudios cualitativos en los que se exploraron las experiencias de las mujeres y de los profesionales de la salud respecto al trabajo de parto y el parto, los resultados sugieren que algunas mujeres encuentran el uso de la CTG tranquilizador pero se sienten limitadas por el equipo y preferirían un abordaje más práctico y centrado en la mujer (evidencia de certidumbre baja) *(26)*. Además, los resultados de una revisión cualitativa en la que se

examinó lo que tiene importancia para las mujeres en la atención durante el parto indican que no les gusta que las dejen solas durante el parto y que preferirían la presencia de un profesional de la salud sensible y competente (evidencia de certidumbre alta) *(23)*.

Los resultados de una revisión cualitativa de las experiencias sobre el trabajo de parto y el parto mostraron también que algunos profesionales de la salud consideran que hay un uso excesivo de la CTG, que conduce a la realización de intervenciones innecesarias y, desde una perspectiva de partería, socava las capacidades tradicionales centradas en la mujer (evidencia de certidumbre alta) *(26)*. Si bien algunos profesionales consideran que el uso de la CTG aporta tranquilización, muchos de ellos no confían en la tecnología y se sienten presionados para usarla de una manera defensiva para reducir el temor de la organización a las demandas (evidencia de certidumbre alta). Además, algunos profesionales de la salud no se sienten suficientemente capacitados para interpretar los registros de CTG y reconocen que su comprensión e interpretación pueden no ser uniformes (evidencia de certidumbre alta). Los resultados indican también que, en los lugares en los que ello es posible, los profesionales de la salud preferirían usar la AI porque creen que ello les proporciona más flexibilidad y conduce a mejores resultados (en comparación con la CTG) (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

Los resultados cualitativos procedían tan solo de entornos de PIA *(26)*. Los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos en el que se exploraron las actitudes de las parteras respecto al uso del seguimiento fetal intermitente indicaron que, de 145 parteras, el 72,4% se mostraron de acuerdo en que el seguimiento intermitente debía ser la norma de asistencia y el 87,0% afirmaron que estarían dispuestas a aplicarla. Sin embargo, un 53,9% señalaron que el cociente de enfermeras-pacientes constituía un problema para prestar este servicio *(121)*. A pesar de que la evidencia no indicaba beneficios clínicos claros, las opiniones de algunos clínicos son que la CTG es mejor que la AI para identificar a los bebés en riesgo y que esto justifica el riesgo adicional de otras intervenciones, incluso en las mujeres sin factores de riesgo evidentes para sufrir complicaciones del trabajo de parto. Sin embargo, es probable que la CTG resulte especialmente poco aceptable para las mujeres y otros profesionales de la salud que creen que el parto debe ser una experiencia natural y no medicalizada.

Viabilidad

Los resultados de una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud respecto al trabajo de parto y el parto indican que a las mujeres les puede parecer irritante la CTG porque restringe su capacidad de movimiento (evidencia de certidumbre baja) *(26)*.

Los resultados de la revisión indican también que los profesionales consideran que hay una tendencia al uso excesivo de la CTG y que ello puede conducir a intervenciones innecesarias (evidencia de certidumbre alta). También creen que su uso es más barato (en comparación con las técnicas de seguimiento fetal), pero que las limitaciones económicas pueden llevar a un mantenimiento deficiente y a una disponibilidad limitada de los accesorios. Además, algunos profesionales de la salud creen que las presiones de volumen de trabajo junto con una dotación de personal insuficiente conducen a un uso (continuo) de la CTG como una "niñera" y como un sustituto inadecuado de la atención centrada en la mujer.

Consideraciones adicionales

Los resultados cualitativos proceden tan solo de entornos de PIA. Sin embargo, indican que las opiniones de las mujeres podrían impedir el uso de la CTG en entornos de atención del parto, mientras que las opiniones diversas de los profesionales de la salud tendrían repercusiones diferentes sobre su aplicación según el contexto concreto.

Cuadro 3.27 Resumen de las conclusiones: Cardiotocografía continua (CTG) en comparación con la auscultación intermitente (AI) para el seguimiento del feto durante el trabajo de parto

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	✓ Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	✓ Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la AI	✓ Probablemente favorable a la AI	– No favorable a la GTG continua ni a la AI	– Probablemente favorable a la CTG continua	– Favorable a la CTG continua

Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	✓ Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la AI	✓ Probablemente favorable a la AI	– No favorable a la GTG continua ni a la AI	– Probablemente favorable a la CTG continua	– Favorable a la CTG continua
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	✓ Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.11 Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto

RECOMENDACIÓN 18

Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto. *(Recomendado)*

Comentarios

- Hay evidencia que indica que la auscultación intermitente (AI) con un dispositivo de ecografía Doppler manual, cardiotocografía (CTG), o un seguimiento estricto con un estetoscopio fetal de Pinard podría aumentar la detección de las anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), lo cual puede reducir a su vez los resultados de hipoxia-isquemia. Sin embargo, no está clara su posible repercusión en otros resultados tempranos y a largo plazo importantes en el bebé.
- El GDG resaltó que la AI de la FCF durante el trabajo de parto es esencial para la atención durante el parto, independientemente de cuál sea el dispositivo utilizado, y que debe atenerse estrictamente a lo establecido en los protocolos clínicos. El grupo señaló que el seguimiento de la FCF durante el trabajo de parto es insuficiente en muchos entornos de países de ingresos bajos y medianos (PIBM) y que este problema debe abordarse seriamente mediante iniciativas de mejora de la calidad en estos entornos.
- El GDG reconoció la falta de evidencia respecto a los beneficios comparativos de distintos protocolos de AI y de las variaciones en los protocolos en los diversos entornos de atención de salud. Sin embargo, el grupo se mostró de acuerdo en que la normalización del protocolo es importante para la planificación de la atención de salud y para fines medicolegales y, por consiguiente, adoptó el siguiente protocolo *(113)*.
  - Intervalo: Auscultar cada 15-30 minutos en la fase activa del período de dilatación y cada 5 minutos en el período expulsivo.
  - Duración: Cada auscultación debe durar como mínimo 1 minuto; si la FCF no está siempre dentro de los límites normales (es decir, 110-160 l.p.m.), la auscultación debe prolongarse para abarcar como mínimo tres contracciones uterinas. Cronología: Auscultar durante una contracción uterina y continuar durante al menos 30 segundos después de la contracción.
  - Registro: Registrar la FCF en la situación inicial (como un solo conteo del número de latidos por minuto) y la presencia o ausencia de aceleraciones y deceleraciones.
- Sea cual sea el método usado, debe proporcionarse a la mujer una explicación clara de la técnica y de su finalidad. Se le deben explicar los resultados de la auscultación y lo que conviene hacer a continuación, con objeto de permitir una toma de decisiones compartida.
- El GDG señaló que, en algunos entornos de recursos escasos es frecuente ver equipos defectuosos, múltiples tipos de equipos (debido a donaciones de diferentes colaboradores para el desarrollo, o a adquisiciones realizadas por países vecinos) y una escasez de pilas y otros suministros. El uso de un equipo que requiere corriente eléctrica puede verse afectado negativamente por los cortes de suministro eléctrico en entornos de países de ingresos bajos. Por consiguiente, antes de pasar del estetoscopio fetal de Pinard a un dispositivo de ecografía Doppler, es importante asegurar que se disponga de los recursos apropiados para poder mantener su aplicación.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.11)

La evidencia procedía de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron tres ECA realizados en República Unida de Tanzanía, Uganda y Zimbabue, con un total de 6241 mujeres en trabajo de parto, pero solamente se incluyeron dos de los estudios (se excluyó el de la República Unida de Tanzanía) en el metaanálisis *(122)*.

En el ensayo de Uganda (con 1987 mujeres sin factores de riesgo) se comparó el uso intermitente de un aparato de ecografía Doppler con el seguimiento intermitente con el empleo de un estetoscopio fetal de Pinard. Ambos métodos se aplicaron durante 1 minuto inmediatamente después de una contracción, y esto se hizo cada 30 minutos en el período de dilatación, cada 15 minutos en el período expulsivo antes de pujar y cada 5 minutos en el período expulsivo cuando la mujer pujaba.

El estudio de Zimbabue (633 mujeres) fue un ensayo con cuatro grupos en el que se compararon la cardiotocografía intermitente (CTG), la ecografía Doppler y dos métodos de seguimiento de la FCF con estetoscopio de Pinard (práctica estricta y práctica ordinaria). En el grupo de CTG, se aplicó un transductor externo durante 10 minutos cada media hora para el seguimiento de la FCF; no está claro hasta qué punto se aplicó de manera uniforme el transductor para las contracciones. Los métodos de ecografía Doppler y de Pinard "estricto" los aplicó una partera de investigación que auscultaba la FCF durante 1 minuto durante los 10 últimos minutos de cada media hora, durante e inmediatamente después de una contracción, mientras en el grupo de "práctica ordinaria" la auscultación la realizaron las parteras de guardia. En este ensayo las mujeres tenían factores de riesgo obstétricos o médicos (se excluyeron las mujeres con ruptura placentaria o eclampsia) y se les reservó una cama o se las trasladó a un hospital de referencia para el parto. En los casos en los que se incluyeron datos de este ensayo en los metaanálisis, se redujo la valoración de la calidad de la evidencia dado su carácter indirecto.

Las participantes de ambos ensayos tenían embarazos únicos a término y con presentación cefálica y en el ingreso mostraban una dilatación del cuello uterino igual o inferior a 7 cm y una FCF de 120-160 latidos por minuto.

Comparación 1: Seguimiento intermitente con el aparato de ecografía Doppler en comparación con el estetoscopio fetal de Pinard ordinario

Dos ensayos (Uganda y Zimbabue) aportaron datos para esta comparación.

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia relativa al efecto de estos métodos en el total de cesáreas realizadas (por cualquier indicación) es de un grado de certidumbre muy bajo. La evidencia de certidumbre moderada, derivada del estudio que incluía a mujeres con factores de riesgo de complicaciones, indica que el empleo intermitente de ecografía Doppler aumenta probablemente las cesáreas realizadas por sufrimiento fetal (1 ensayo, 627 mujeres, RR 2,71, IC del 95% 1,64-4,48) pero es probable que comporte un cambio escaso o nulo en los partos vaginales instrumentales (1 ensayo, 627 mujeres, RR 1,35, IC del 95% 0,78-2,32).

Experiencia de parto: En estos ensayos no hubo ninguna evidencia sobre la experiencia de parto de las mujeres, incluida la satisfacción, la incapacidad de adoptar la postura preferida durante el trabajo de parto o la percepción de una pérdida de control durante el trabajo de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja obtenida indica que la ecografía Doppler intermitente puede reducir la encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI) (1 ensayo, 627 bebés, RR 0,10, IC del 95% 0,01-0,78) y las crisis convulsivas neonatales (RR 0,05, IC del 95% 0,00-0,91). La diferencia absoluta en la EHI se estima en 29 menos por cada 1000 (de 7 a 31 menos). La evidencia sobre la puntuación del índice Apgar es de un grado de certidumbre muy bajo.

Sufrimiento fetal: La evidencia de certidumbre baja indica que puede detectarse una anomalía de la FCF con mayor frecuencia con la ecografía Doppler que con la auscultación de Pinard (2 ensayos, 2598 bebés, RR 2,40, IC del 95% 1,09-5,29) y que se identifican deceleraciones tempranas y tardías probablemente con mayor frecuencia con la ecografía Doppler (1 ensayo, 627 bebés, RR 2,72, IC del 95% 1,73-4,28) (evidencia de certidumbre moderada).

Mortalidad perinatal: La evidencia para este resultado es de un grado de certidumbre muy bajo.

Resultados en el bebé a largo plazo: No se presentaron datos sobre este resultado en los ensayos.

Consideraciones adicionales

La evidencia relativa a la mayoría de los resultados se basó en los datos de un estudio realizado en mujeres que se consideró que cursaban un embarazo "de alto riesgo". Según lo indicado por esta evidencia, no está claro si el aumento en la identificación de deceleraciones tempranas y tardías y el aumento de las cesáreas por sufrimiento fetal se traducen o no en mejores resultados tempranos y a largo plazo en el bebé.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces pueden ser necesarias intervenciones. Cuando se está considerando la posible conveniencia de las intervenciones, las mujeres desearían que se les informara sobre su naturaleza y, cuando sea

posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta). También valoran recibir cuidado y atención por parte de profesionales de la salud técnicamente competentes que sean sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La evidencia existente sobre los efectos indica que en los PIBM la ecografía Doppler podría aumentar la detección de anomalías de la FCF, probablemente aumenta las cesáreas posteriores por sufrimiento fetal, y es posible que reduzca la hipoxia-isquemia perinatal. A nivel mundial, las mujeres atribuyen un gran valor a la evitación de la morbilidad neonatal grave como la de la hipoxia-isquemia perinatal y la de las crisis convulsivas neonatales, y estarían dispuestas a sufrir la mayor morbilidad de la cesárea para tener un bebé sano.

Recursos

No se encontró evidencia relativa a los costos o la relación costo-eficacia de la ecografía Doppler en comparación con el uso del método de Pinard.

Consideraciones adicionales

El estetoscopio fetal de Pinard es el método de AI más barato del que se dispone.

Equidad

No se encontró evidencia relativa a la repercusión de diferentes tipos de seguimiento fetal en la equidad.

Consideraciones adicionales

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 indica que las mujeres que son pobres, tienen menos estudios o residen en zonas rurales y remotas tienen un menor acceso a la cobertura de intervenciones de salud que las mujeres más favorecidas *(33)*. Los estudios realizados muestran que con frecuencia no se dispone de una supervisión adecuada de la progresión del trabajo de parto en estos entornos, y que es posible que la FCF se determine tan solo de manera muy infrecuente mediante auscultación *(118-120)*. Aunque los monitores fetales de ecografía Doppler son más fáciles de aplicar, son escasos en los centros de atención de salud rurales y remotos debido a que hay necesidades de recursos de salud que compiten entre sí. La introducción del seguimiento con ecografía Doppler en la práctica clínica puede comportar costos adicionales y, por consiguiente, su uso es más probable en los centros que atienden a las mujeres más favorecidas.

Aceptabilidad

En una revisión de estudios cualitativos de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto, los resultados sugieren que las mujeres preferirían un enfoque de la atención más práctico y centrado en la mujer, y que es probable que se muestren favorables a cualquier técnica que permita alcanzar estos objetivos (evidencia de certidumbre alta) *(26)*.

Los resultados obtenidos en cuanto a las experiencias de los profesionales de la salud respecto al trabajo de parto y el parto en la misma revisión *(26)*, indican que les gusta utilizar un aparato de ecografía Doppler porque su uso es tranquilizador y puede proporcionar mejores resultados para las mujeres (en comparación con la CTG) (evidencia de certidumbre baja). En ciertos entornos, los profesionales de la salud prefieren usar un estetoscopio fetal de Pinard porque facilita un enfoque de la atención más centrado en la mujer (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

Los resultados cualitativos correspondientes a los profesionales de la salud se obtuvieron únicamente en entornos de ingresos altos.

La ecografía Doppler permite también a la mujer oír el latido cardiaco del feto, lo cual resulta tranquilizador y podría aumentar su atractivo en comparación con el seguimiento fetal con el método de Pinard.

Cuadro 3.28 Principales recursos necesarios para la auscultación intermitente: aparato de ecografía Doppler y estetoscopio fetal de Pinard (comparación 1)

Recurso	Descripción
Capacitación del personal	▼ Ecografía Doppler: bastante fácil de utilizar sin una capacitación adicional *(32)* ▼ Estetoscopio de Pinard: capacitación basada en la práctica; puede requerir cierta experiencia para llegar a dominar su uso *(113)*
Suministros	▼ Ecografía Doppler: gel de ecografía; algunos requieren pilas reemplazables (AA de 1,5 V) *(112)* ▼ Estetoscopio de Pinard: ninguno
Equipo	▼ Ecografía Doppler: el aparato puede costar de US$ 95 a US$ 350 *(32, 112)* ▼ Estetoscopio de Pinard: US$ 0,94 *(112)*
Infraestructura	▼ Ecografía Doppler: a pilas (las pilas tienen que recargarse o reemplazarse) ▼ Estetoscopio de Pinard: no requiere ninguna
Tiempo del personal	▼ Ecografía Doppler: variable (minutos), según la experiencia del profesional ▼ Estetoscopio de Pinard: variable (minutos), según la experiencia del profesional

Visibilidad

Una revisión sistemática cualitativa de la experiencia de las mujeres en el trabajo de parto y el parto no encontró ninguna inquietud respecto al uso de la ecografía Doppler *(26)*.

En la misma revisión se exploraron también las opiniones de los profesionales de la salud y se observó que estos consideraban que la ecografía Doppler proporciona un enfoque más flexible para el seguimiento fetal y que su uso es menos costoso que el de otros equipos de seguimiento similares (evidencia de certidumbre baja) *(26)*. Sin embargo, los resultados también indican que en ciertos entornos de ingresos bajos, los recursos que requiere el uso de la ecografía Doppler (en cuanto a costos de adquisición inicial, de capacitación y de mantenimiento continuado) pueden ser una limitación (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

El estetoscopio fetal de Pinard es la opción menos costosa; sin embargo, es probable que la ecografía Doppler sea más fácil de usar y, por consiguiente, su empleo podría ser más factible en entornos en los que haya pocas parteras si se dispone del aparato y si están asegurados el mantenimiento del equipo y el suministro continuo de pilas.

Cuadro 3.29 Resumen de las conclusiones: Auscultación intermitente con un aparato de ecografía Doppler en comparación con el estetoscopio fetal de Pinard (comparación 1)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	✓ Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable al estetoscopio de Pinard	– Probablemente favorable al estetoscopio de Pinard	– No favorable a la ecografía Doppler ni al estetoscopio de Pinard	✓ Probablemente favorable a la ecografía Doppler	– Favorable a la ecografía Doppler
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	✓ Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable al estetoscopio de Pinard	✓ Probablemente favorable al estetoscopio de Pinard	– No favorable a la ecografía Doppler ni al estetoscopio de Pinard	– Probablemente favorable a la ecografía Doppler	– Favorable a la ecografía Doppler
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	✓ Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

Comparación 2: Cardiotocografía (CTG) intermitente en comparación con el estetoscopio fetal de Pinard ordinario

La evidencia procedió del ensayo de cuatro grupos realizado en Zimbabue que, para esta comparación, incluyó un total de 633 mujeres y bebés. En el grupo de uso del estetoscopio de Pinard con la "práctica ordinaria" se utilizó la "atención habitual" por parte de las parteras de guardia. Como se mencionó anteriormente, en este estudio participaron mujeres con factores de riesgo de complicaciones; por consiguiente, se ha reducido la clasificación de calidad de esta evidencia dado su carácter indirecto.

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que la CTG intermitente aumente el uso de la cesárea en comparación con lo que se observa con el uso del estetoscopio fetal de Pinard según la práctica ordinaria (RR 1,92, IC del 95% 1,39-2,64), en especial en lo que respecta al sufrimiento fetal (RR 2,92, IC del 95% 1,78-4,80). Hay una evidencia de certidumbre baja que indica que es probable que el cambio obtenido en el uso del parto vaginal instrumental sea escaso o nulo (RR 1,46, IC del 95% 0,86-2,49).

Experiencia de parto: No se encontró evidencia relativa a ninguno de los elementos de la experiencia materna del parto en este ensayo, incluidos los de satisfacción, imposibilidad de adoptar la postura preferida durante el trabajo de parto o percepción de una pérdida del control durante el trabajo de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja indica que la CTG intermitente puede reducir la encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI) (RR 0,20, IC del 95% 0,04-0,90) y las crisis convulsivas neonatales (RR 0,05, IC del 95% 0,00-0,89). La diferencia absoluta en la EHI, según indica este conjunto limitado de datos se estima en 25 casos menos por cada 1000 (de 3 a 30 menos). La evidencia relativa al índice Apgar de menos de 7 a los 5 minutos es de un grado de certidumbre muy bajo. En este ensayo no se aportaron datos sobre la acidosis de sangre del cordón.

Sufrimiento fetal: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que la CTG intermitente aumente el diagnóstico de una anomalía de la FCF (RR 6,08, IC del 95% 4,21-8,79), incluidas las deceleraciones tempranas y tardías de la FCF (RR 2,84, IC del 95% 1,82-4,45). La diferencia absoluta en la detección de deceleraciones tempranas y tardías, según lo observado en este conjunto de datos limitado, se estima en 134 más por cada 1000 (de 60 a 252 más).

Mortalidad perinatal: La evidencia relativa a este parámetro de valoración es de un grado de certidumbre muy bajo.

Resultados en el bebé a largo plazo: No se presentaron resultados al respecto en este ensayo.

Consideraciones adicionales

La evidencia relativa a esta comparación se basa en los datos de un único estudio realizado en mujeres que se consideró que cursaban embarazos "de alto riesgo"; por consiguiente, es posible que se sobreestimaran los beneficios. Según lo indicado por esta evidencia, no está claro si esta identificación de un mayor número de deceleraciones tempranas y tardías y de más cesáreas para abordar el sufrimiento fetal, se tradujo en unos mejores resultados inmediatos y a largo plazo para el bebé.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces pueden ser necesarias intervenciones. Cuando se contempla la posible conveniencia de una intervención, las mujeres desearían que se les informara sobre la naturaleza de la intervención y que, en los casos en los que ello sea posible, se les diera la posibilidad de elegir (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La evidencia existente sobre los efectos indica que, en los PIBM, la CTG intermitente puede aumentar la detección de anomalías de la FCF y puede reducir la hipoxia-isquemia perinatal a expensas de una posterior cesárea para abordar el sufrimiento fetal. A nivel mundial, las mujeres atribuyen un gran valor a la evitación de la morbilidad neonatal grave como la de la hipoxia-isquemia perinatal y pueden estar dispuestas a aceptar la morbilidad de la cesárea para tener un bebé sano.

Recursos

No se encontraron datos de investigación sobre los costos o la relación costo-eficacia de diferentes tipos de AI.

Equidad

No se encontró evidencia relativa a la repercusión en la equidad.

Consideraciones adicionales

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 indica que las mujeres que son pobres, tienen menos estudios o residen en zonas rurales y remotas tienen un menor acceso a la cobertura de intervenciones de salud que las mujeres más favorecidas *(33)*. Los estudios realizados indican que, en estos entornos, a menudo se carece del seguimiento adecuado del progreso del trabajo de parto y la FCF se ausculta tan solo de manera muy poco frecuente (118-120). Los monitores fetales electrónicos son escasos en los establecimientos de atención de salud rurales y remotos ya que hay otras necesidades de recursos de atención de salud que compiten con ellos. Es probable que una inversión en CTG comporte otros costos

Cuadro 3.30 Principales recursos necesarios para la auscultación intermitente: el estetoscopio de cardiotocografía (de CTG) y Pinard fetal (comparación 2)

Recurso	Descripción
Capacitación del personal	▼ CTG: capacitación basada en la práctica sobre la forma de aplicarla e interpretar los resultados *(112)* ▼ Estetoscopio de Pinard: capacitación basada en la práctica; puede requerir experiencia para dominar su uso *(113)*
Suministros	▼ CTG: gel de ecografía, papel térmico,[a] fusibles *(112)* ▼ Estetoscopio de Pinard: ninguno
Equipo	▼ CTG: el aparato tiene un costo de US$ 1457,16 *(112)*; un aparato y una cama por mujer durante el seguimiento ▼ Estetoscopio de Pinard: US$ 0,94 *(112)* ▼ Costo de mantenimiento: más alto para la CTG; ninguno para el estetoscopio de Pinard)
Infrastructura	▼ CTG: requiere un enchufe en la pared ▼ Estetoscopio Pinard: no requiere ninguna
Tiempo del personal	▼ CTG: tiempo para la preparación del examen y tiempo para la interpretación de la CTG por parte de personal capacitado ▼ Estetoscopio de Pinard: variable, según la experiencia del profesional

[a] El costo del papel del electrocardiógrafo (ECG) se ha estimado en US$ 0,03 por uso *(112)*. El costo del papel de la cardiotocografía (CTG) varía pero parece plausible que pueda ser similar a esta estimación para una longitud de 15-30 cm (suponiendo una velocidad de avance del papel de 1 cm/minuto). Partiendo de esta estimación, el papel podría tener un costo de US$ 0,48 para un trabajo de parto que tenga una duración de 8 horas ($0,03 x 16).

adicionales para las mujeres y para los centros de salud, en lo que su uso es más probable en los centros que prestan atención a las mujeres más favorecidas. La CTG podría reducir también la equidad si conduce a una cascada de intervenciones que tan solo pueden ofrecerse a las mujeres más favorecidas y las de entornos bien abastecidos.

Aceptabilidad

IEn una revisión de estudios cualitativos en los que se exploraron las experiencias de las mujeres y de los profesionales de la salud respecto al trabajo de parto y el parto, los resultados sugieren que algunas mujeres encuentran tranquilizador el uso de la CTG pero se sienten limitadas por el equipo y preferirían un enfoque más práctico y centrado en la mujer (evidencia de certidumbre baja) *(26)*.

En la misma revisión *(26)*, los resultados indican que los profesionales consideran que hay un uso excesivo de la CTG y que ello puede conducir a intervenciones innecesarias (evidencia de certidumbre moderada). Desde una perspectiva de partería, las profesionales consideran que la CTG socava las competencias de atención tradicionales, centradas en la mujer (evidencia de certidumbre moderada), y es posible que se emplee como una "niñera" cuando la dotación de personal es baja (evidencia de certidumbre baja). Aunque algunos profesionales creen que el uso de la CTG ofrece una tranquilización, hay muchos que no confían en la tecnología y se sienten presionados a usarla de manera defensiva para reducir los temores de la organización a posibles demandas (evidencia de certidumbre alta). Además, algunos profesionales de la salud no se sienten lo suficientemente capacitados para interpretar los registros de CTG y reconocen que la comprensión e interpretación pueden ser poco uniformes (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Los resultados cualitativos se obtuvieron en estudios realizados tan solo en entornos de PIA. Los nuevos métodos inalámbricos de CTG podrían resultar más aceptables para las mujeres que la CTG actualmente existente, ya que permiten a las mujeres mantener la movilidad durante el parto; estos métodos están siendo evaluados para el uso en entornos de PIBM *(123)*.

Viabilidad

Los resultados de una revisión sistemática cualitativa sobre las opiniones y experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto indican que la CTG puede limitar el movimiento de las mujeres (evidencia de certidumbre baja) *(26)*.

En esa misma revisión se exploraron las opiniones y las experiencias de los profesionales de la salud sobre el trabajo de parto y el parto; los resultados indican que muchos profesionales de la salud creen que tiende a haber un uso excesivo de la CTG que podría conducir a intervenciones innecesarias (evidencia de certidumbre moderada). Es probable que esto tenga repercusiones en los costos. Los resultados también indican que, en los lugares en los que ello sea posible, los profesionales de la salud prefieren usar un dispositivo de Doppler debido a la mayor flexibilidad que permite y porque consideran que conduce a mejores resultados (en comparación con la CTG). Además, aunque los profesionales de la salud creen que el uso de la CTG es más barato (en comparación con otras opciones de alta tecnología), reconocen que las limitaciones económicas pueden llevar a un mantenimiento deficiente y a una disponibilidad limitada de los accesorios en ciertos contextos.

Consideraciones adicionales

Estos resultados cualitativos procedían tan solo de entornos de PIA. Es probable que un estetoscopio fetal de Pinard sea la opción más barata en los entornos de recursos escasos. La necesidad de suministros y de un mantenimiento continuo para la CTG reduce su viabilidad en los PIBM.

Cuadro 3.31 Resumen de las conclusiones: Cardiotocografía intermitente (CTG) en comparación con el estetoscopio fetal de Pinard (comparación 2)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	✓ Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	✓ Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable al estetoscopio de Pinard	– Probablemente favorable al estetoscopio de Pinard	✓ No favorable a la CTG ni al estetoscopio de Pinard	– Probablemente favorable a la CTG intermitente	– Favorable a la CTG intermitente
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	✓ Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable al estetoscopio de Pinard	✓ Probablemente favorable al estetoscopio de Pinard	– No favorable a la CTG ni al estetoscopio de Pinard	– Probablemente favorable a la CTG intermitente	– Favorable a la CTG intermitenter
Equidad	– Desconocido	– Variable	✓ Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

Comparación 3: Seguimiento "estricto" (o intensivo) en comparación con el seguimiento "ordinario" con el estetoscopio fetal de Pinard

La evidencia utilizada para esta comparación procedió del ensayo de Zimbabue en el que se incluyó a mujeres con factores de riesgo de complicaciones (1 ensayo, 625 mujeres y bebés); por consiguiente, se ha reducido la valoración de la calidad de la evidencia debido a su carácter indirecto.

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que puede haber poca o ninguna diferencia entre el seguimiento con estetoscopio de Pinard intensivo y el ordinario en lo que respecta a la cesárea para cualquier indicación (RR 0,71, IC del 95% 0,46-1,08), la cesárea debida a sufrimiento fetal (RR 0,70, IC del 95% 0,35-1,38) y el parto vaginal instrumental (RR 1,21, IC del 95% 0,69-2,11).

Experiencia de parto: En este ensayo no se obtuvo ninguna evidencia relativa a la experiencia de parto materna, incluidos los aspectos de satisfacción, imposibilidad de adoptar la postura preferida durante el trabajo de parto o percepción de una pérdida del control durante el trabajo de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia relativa al índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos, las crisis convulsivas neonatales y la encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI) es de un grado de certidumbre muy bajo.

Sufrimiento fetal: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que la supervisión

intensiva con el método de Pinard aumente el diagnóstico de anomalías de la FCF (RR 1,71, IC del 95% 1,10-2,65), pero no en cambio la de las deceleraciones tempranas y tardías de la FCF (RR 1,33, IC del 95% 0,79-2,23) (evidencia de certidumbre baja).

Mortalidad perinatal: La evidencia relativa a este parámetro de valoración es de un grado de certidumbre muy bajo.

Resultados en el bebé a largo plazo: No se presentaron resultados al respecto en este ensayo.

Consideraciones adicionales

Según la evidencia analizada, no está claro si la mayor identificación de anomalías de la FCF conduce o no a un mejor resultado del parto y a mejores resultados para el bebé a largo plazo.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención o evaluación médica. Cuando así sucede, desearían recibir una información pertinente por parte de profesionales de la salud técnicamente competentes y que sean sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

Recursos

No se encontró evidencia respecto a los recursos necesarios.

Consideraciones adicionales

Los dos grupos de estudio del ensayo de Zimbabue parecen reflejar la práctica clínica en un contexto de investigación (rigurosa) frente a la práctica clínica cotidiana habitual (menos rigurosa). Parece plausible que el seguimiento fetal más riguroso requiera muchos más recursos en lo que respecta al tiempo de dedicación del personal.

Principales recursos necesarios: Véanse los recursos necesarios en la comparación 2 (cuadro 3.30).

Equidad

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 indica que las mujeres que son pobres, tienen menos estudios o residen en zonas rurales y remotas tienen un menor acceso a la cobertura de intervenciones de salud que las mujeres más favorecidas *(33)*. En estos entornos, es probable que el seguimiento electrónico de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) sea menos riguroso debido a la falta de recursos y la calidad deficiente de la atención. Los estudios realizados muestran que con frecuencia no se dispone de una supervisión adecuada de la progresión del trabajo de parto en estos entornos, y que es posible que la FCF se determine tan solo de manera muy infrecuente mediante auscultación *(118-120).* Abordar esta cuestión fundamental de la calidad de la atención mediante la capacitación, supervisión y seguimiento apropiados podría tener una notable repercusión en la equidad, sea cual sea el método de auscultación intermitente utilizado.

Aceptabilidad

Los resultados de una revisión sistemática cualitativa sobre las experiencias de las mujeres y de los prestadores de la atención en el trabajo de parto y el parto *(26)* indican que es probable que las mujeres aprecien la relación más íntima con un profesional de la salud que permite este enfoque de seguimiento estricto o intensivo, siempre que se encarguen de ello profesionales amables, competentes y sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

Los resultados de la revisión indican también que a los profesionales de la salud les gusta prestar este tipo de atención centrada en la mujer siempre que dispongan de los recursos (personal) suficientes para abordar la mayor necesidad de tiempo de dedicación de los profesionales que ello requiere (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La evidencia cualitativa antes descrita indica que, si va a realizarse un seguimiento fetal, las mujeres preferirían que ello esté a cargo de personal competente que lo realice de tal modo que permita detectar la hipoxia fetal a tiempo de evitar un mal resultado (26). Las mujeres pueden percibir que reciben un mejor cuidado si los profesionales de la salud aplican un seguimiento estricto del bienestar de su bebé.

Viabilidad

Una revisión sistemática cualitativa sobre la experiencia de las mujeres en el trabajo de parto y el parto no encontró inquietudes respecto a la viabilidad en relación con el uso intensivo del estetoscopio fetal de Pinard.

En la misma revisión se exploraron también las experiencias de los profesionales de la salud respecto a la atención prestada durante el parto y se observó que a veces no disponían de tiempo suficiente para realizar el seguimiento aplicando este enfoque y que consideraban que en ocasiones un seguimiento exacto requería unas capacidades y experiencia que a veces resultaba difícil de alcanzar en situaciones en las que hay presiones de tiempo (evidencia de certidumbre baja) *(26)*.

Cuadro 3.32 Resumen de las conclusiones: Seguimiento estricto en comparación con el seguimiento ordinario con el estetoscopio fetal de Pinar (comparación 3)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		✓ Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable al seguimiento ordinario	– Probablemente favorable al seguimiento ordinario	✓ No favorable al seguimiento estricto ni al ordinario	– Probablemente favorable al seguimiento estricto	– Favorable al seguimiento estricto
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable al seguimiento ordinario	– Probablemente favorable al seguimiento ordinario	✓ No favorable al seguimiento estricto ni al ordinario	– Probablemente favorable al seguimiento estricto	– Favorable al seguimiento estricto
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

3.2.12 Anestesia peridural para el alivio del dolor

RECOMENDACIÓN 19

Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. *(Recomendado)*

Comentarios

- El GDG acordó que, si bien hay una evidencia limitada respecto a la repercusión de esta comparada con no utilizarla para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, esta es un método de utilidad comprobada para aliviar el dolor asociado a la intervención quirúrgica, incluida la cirugía abdominal, y optó por recomendarla como opción para el alivio del dolor.
- Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que el deseo de las mujeres de que se les aplique una anestesia peridural podría verse atenuado por el contexto clínico en el que reciben la atención prenatal y durante el parto, por el hecho de que el trabajo de parto sea espontáneo o no, y por su posibilidad de acceso y conocimiento de otras diversas medidas posibles de alivio del dolor.
- Es probable que el contexto en el que se presta la atención, el tipo de atención prestada y el tipo de profesional que se encarga de ello tengan un efecto importante en la necesidad de alivio del dolor del parto, y sobre los tipos de decisiones que tomen las mujeres en relación con esta necesidad.
- Las dos opciones farmacológicas comúnmente utilizadas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (anestesia peridural o analgesia opioide) tienen ventajas e inconvenientes. La anestesia peridural parece ser la opción de alivio del dolor más eficaz, pero, en comparación con la analgesia opioide, requiere también más recursos para su aplicación y para abordar sus efectos adversos, que son más frecuentes con la anestesia peridural.
- Para evitar complicaciones y preservar en la mayor medida posible la función motora, deberá usarse la concentración efectiva más baja posible del anestésico local al aplicar una anestesia peridural *(124)*.
- En las mujeres en las que se realiza una anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda facilitar la posición de parto elegida por cada mujer, incluida una posición de parto vertical. En las mujeres con una anestesia peridural en el período expulsivo del trabajo de parto, se recomienda aplazar el empuje una o dos horas tras alcanzar la dilatación plena o hasta que la mujer recupere la sensación de necesidad de pujar.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.12)

Esta evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane, en la que se incluyeron datos de 43 ensayos *(125)*.

Comparación 1: Cualquier anestesia peridural en comparación con la no utilización de anestesia peridural

En siete ensayos con un total de 897 se comparó la anestesia peridural con la no utilización de ninguna analgesia. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios de China (3 ensayos) y de Brasil, India, México y Turquía (1 ensayo en cada uno de estos países). El tamaño de la muestra de cada uno de los ensayos fue de entre menos de 100 y poco más de 300 mujeres. Uno de los ensayos se realizó entre 1990 y el 2000, tres se llevaron a cabo después del 2010 y en los otros tres no se indicó la fecha.

En todos los ensayos se utilizó bupivacaína o ropivacaína para la anestesia peridural. La ropivacaína se complementó con sufentanilo en un ensayo; la bupivacaína se complementó con fentanilo en un ensayo y con tramadol en el otro. La anestesia peridural controlada por la paciente se usó en dos ensayos. Tres ensayos usaron la técnica combinada raquídea-peridural. Los grupos de referencia fueron los siguientes: ninguna analgesia (4 ensayos, 637 mujeres); sin anestesia peridural pero ofrecimiento de otra analgesia (no especificada) (2 ensayos, 190 mujeres), y ofrecimiento de un apoyo continuo con analgesia no farmacológica en ambos grupos (1 ensayo, 70 mujeres).

Resultados maternos

Alivio del dolor: No está claro si el uso de anestesia peridural en comparación con no emplear ninguna analgesia reduce las puntuaciones de dolor, la intensidad de dolor o la necesidad de analgesia adicional durante el trabajo de parto, ya que la certidumbre de la evidencia para todos estos resultados es muy baja.

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre moderada indica que la anestesia peridural conduce probablemente a que se realicen cesáreas en menos mujeres que cuando no se emplea analgesia (5 ensayos, 578 mujeres, RR 0,46, IC del 95% 0,23-0,90). No está claro si la anestesia peridural tiene o no algún efecto sobre los partos instrumentales, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja.

Duración del trabajo de parto: No está claro si la anestesia peridural produce algún cambio en la duración del período de dilatación y el período

expulsivo del trabajo de parto en comparación con el placebo, ya que el grado de certidumbre de la evidencia es muy bajo.

Aceleración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja obtenida indica que la anestesia peridural puede comportar una diferencia escasa o nula en el hecho de que se administre o no oxitocina para acelerar el trabajo de parto (3 ensayos, 415 mujeres, RR 0,89, IC del 95% 0,63-1,24).

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja procedente de un único ensayo indica que la anestesia peridural puede aumentar el porcentaje de mujeres que indican estar satisfechas o muy satisfechas con el alivio del dolor en el trabajo de parto (70 mujeres, RR 1,32, IC del 95% 1,05-1,65). En comparación con la no utilización de analgesia, no está claro si la anestesia peridural afecta la percepción de la mujer de un mal control del parto, ya que la certidumbre de esta evidencia es muy baja.

Efectos secundarios: La evidencia obtenida en la revisión del efecto relativo de la anestesia peridural en comparación con el placebo o con la no utilización de ninguna intervención sobre la hipotensión, los vómitos, la fiebre, la somnolencia o la retención urinaria es muy incierta.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: No está claro si la anestesia peridural tiene o no un efecto sobre el número de bebés nacidos con un índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos, ya que la certidumbre de esta evidencia es muy baja.

Resultados a largo plazo: No se presentaron resultados de este tipo en los estudios incluidos.

Interacción entre la madre y el bebé y lactancia materna: No se presentaron datos al respecto en ninguno de los ensayos incluidos.

Valores

En una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)*, los resultados indican que la mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y en ciertos contextos o situaciones pueden recibir con agrado intervenciones que proporcionan un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se está contemplando la posibilidad de estas intervenciones, las mujeres desearían que se les informara acerca de su naturaleza y que, cuando ello sea posible, se les permita elegir (evidencia de certidumbre alta).

Una revisión de estudios cualitativos sobre la experiencia de las mujeres en cuanto al uso de la anestesia peridural cuando solicitan un alivio del dolor (basada en un estudio realizado tan solo en PIA) pone de manifiesto que las mujeres desean y valoran la anestesia peridural cuando su uso alivia eficazmente el dolor del trabajo de parto y que valoran también que les permita conservar su control del parto (evidencia de certidumbre moderada) *(126)*. Sin embargo, algunas mujeres tienen temor a que se les administre una inyección peridural debido al posible dolor y a las complicaciones, y hubo opiniones diversas respecto a si el alivio del dolor proporcionado fue en realidad eficaz o ineficaz en su experiencia (evidencia de certidumbre baja). Algunas mujeres señalan que la anestesia peridural las ayudó a tener una experiencia de parto positiva (evidencia de certidumbre moderada). Las mujeres valoran que se les brinde la posibilidad de elegir una alternativa a este método de alivio del dolor y también el apoyo de los profesionales y los familiares en la toma de decisión respecto al alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

Todos los estudios cualitativos incluidos sobre el uso de la anestesia peridural se realizaron en entornos de ingresos altos. Seis se llevaron a cabo en Estados Unidos. En los estudios incluidos, no fue posible identificar si se habían utilizado intervenciones de aceleración del trabajo de parto, inducción del parto u otras, que pudieran haber influido en su valoración de los resultados asociados a esta forma de analgesia.

En algunas culturas, las mujeres podrían considerar el dolor del parto como parte integrante del parto en sí, e interpretar la expresión física de dolor o molestia como un signo de debilidad. Además, algunas mujeres podrían considerar que el uso de una anestesia peridural es una intervención que repercute negativamente en su percepción de control durante el trabajo de parto y el parto.

Recursos

No se encontró ninguna revisión reciente sobre los costos y la relación costo-efectividad; sin embargo, una revisión realizada en Estados Unidos en el 2002 sobre la relación costo-efectividad de la anestesia peridural en comparación con la analgesia opioide sugiere que el uso de la anestesia peridural para el alivio del dolor tiene un costo superior al de la analgesia opioide *(127)*. En esta revisión, el costo medio de un parto vaginal basado en el hospital fue de US$ 3117 y el incremento de costo esperado al utilizar la anestesia peridural se estimó en US$ 338 (valores de 1998), debido fundamentalmente al mayor costo de los profesionales de la salud (que se estimó en US$ 238) y al mayor costo asociado a las complicaciones (que se estimó en US$ 120). En el modelo de costos de la anestesia peridural se partió del supuesto de que había más partos vaginales instrumentales (14% frente a 10%), fiebre (24% frente a 6%), aceleración con oxitocina (45% frente a 35%), retención urinaria (2,7% frente a 0,13%), cefalea postural tras la punción (1,5% frente a 0%), hipotensión con necesidad de tratamiento (30% frente a 0%) y una mayor duración del trabajo de parto (7 horas frente a 6 horas para el período de dilatación, y 1,75 horas frente a 1,5 horas para el período expulsivo) en comparación con la analgesia opioide, además de una tasa más alta de complicaciones menos frecuentes. Para los costos de la analgesia opioide se partió del supuesto de una mayor incidencia de depresión respiratoria en las mujeres a las que se administraba (14% frente a

Cuadro 3.33 Principales recursos necesarios para la anestesia peridural

Recurso	Descripción
Personal	▼ Un anestesista u otro profesional de la salud especializado con capacitación en cuanto a la colocación y manejo de la anestesia peridural ▼ Un obstetra u otro profesional de la salud especializado con capacitación en cuanto a la realización de un parto instrumental
Capacitación	▼ Se requiere una capacitación médica de especialista
Suministros	▼ Solución para infusión, equipo estéril (con guantes, bata, gorra, mascarilla, tallas), equipo de inyección peridural, catéter intravenoso, medicamentos apropiados para la reanimación, oxígeno
Equipo e infraestructura	▼ Soporte para la infusión, bomba de infusión, equipo de reanimación completa
Tiempo	▼ Tiempo necesario para administrar la anestesia peridural ▼ Tiempo necesario para la supervisión de la mujer y el bebé durante el trabajo de parto y después del parto para detectar posibles efectos secundarios
Supervisión y seguimiento	▼ Supervisión y seguimiento de especialistas ▼ Las complicaciones asociadas a la anestesia peridural requieren la supervisión de un especialista y el manejo por parte de un anestesista y un obstetra (en el caso de que se requiera un parto instrumental)

2%), una mayor incidencia de reanimación neonatal a causa de depresión respiratoria (4,5% frente a 0,5%) y mayor prurito (14% frente a 12%). Se supuso que la cesárea se daba con la misma frecuencia con la anestesia peridural que con el empleo de opioides (20%).

Consideraciones adicionales

Los resultados de otros estudios indican que los costos por nacimiento son sustancialmente mayores con la anestesia peridural *(128, 129)*. Por ejemplo, en un estudio australiano, se observó que el uso de la anestesia peridural aumentaba por sí solo el costo medio del parto en hasta un 36% según el tipo de centro de atención de salud de que se tratara *(129)*. En las mujeres nulíparas que daban a luz en un centro sanitario público, la anestesia peridural aumentó los costos del nacimiento en un 20%, y cuando esto se combinaba con la aceleración del trabajo de parto había un aumento adicional de los costos de un 24% (es decir, un aumento total del 44%). En los resultados de un estudio holandés en el que se comparó el uso ordinario de la anestesia peridural con la analgesia a solicitud de la paciente, se observó que los costos del nacimiento fueron mayores, con una diferencia de € 322 (€ 60 a € 355), con la anestesia peridural ordinaria, debido a los mayores costos de medicación, una estadía más prolongada en el hospital y un mayor número de cesáreas y partos vaginales instrumentales *(130)*.

La necesidad de que los profesionales de la salud tengan que administrar y supervisar la anestesia peridural, y el hecho de que tengan que realizar partos instrumentales, son probablemente los principales elementos de costos de esta intervención. En el estudio holandés, los costos atribuidos a la intervención en sí fueron mucho mayores con la anestesia peridural (€ 122) que con la analgesia opioide (€ 15).

En muchos entornos, las mujeres a las que se aplica una anestesia peridural no pueden ser atendidas en unidades de parto dirigidas por parteras, sino que requieren niveles de atención más altos (es decir, unidades obstétricas de hospitales), de tal manera que los costos de la cama son también probablemente más elevados. Es probable que la duración de las estadías en la sala de preparto sea también mayor con la anestesia peridural, debido a la posibilidad de que la duración del trabajo de parto y de la supervisión después de parto sea mayor.

Equidad

No se encontró evidencia directa respecto a la repercusión del alivio del dolor mediante anestesia peridural en la equidad. La evidencia indirecta obtenida en una revisión de los factores que facilitan o dificultan el parto en un centro de salud *(8)* indica que "el descuido y los retrasos en la aplicación de la atención" constituyen probablemente un obstáculo para los partos en un centro de salud (evidencia de certidumbre moderada). Este factor podría darse en el manejo del dolor en el trabajo de parto.

Además, la revisión pone de manifiesto también que muchas mujeres de los PIBM tienen temor a las prácticas obstétricas "con las que no están familiarizadas y consideran indeseables", lo cual constituye un obstáculo para los partos en centros de salud (evidencia de certidumbre alta) *(8)*. no están familiarizadas con las inyecciones peridurales y otros tipos de inyecciones que consideran indeseables.

Consideraciones adicionales

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 llegó a la conclusión de que todavía hay brechas notables en la cobertura de asistencia al parto con la capacitación adecuada *(33)*. La anestesia peridural para el alivio del dolor se usa generalmente en los PIA y en las mujeres más favorecidas de los PIBM. Dado que requiere el empleo de recursos elevados, su disponibilidad en los países difiere a menudo

entre los distintos centros y, por ejemplo, a menudo no puede accederse a ella en las zonas rurales en las que las mujeres no pueden permitírselo o no hay profesionales capacitados *(127)*. Los resultados limitados de un estudio de Estados Unidos indican que es posible que las mujeres con diferentes características sociodemográficas tengan distintos niveles de acceso a la anestesia peridural o diferentes niveles de participación en la toma de decisiones en relación con el uso de la anestesia peridural *(131)*.

Proporcionar un alivio del dolor eficaz y oportuno del trabajo de parto a las mujeres desfavorecidas podría ser útil para reducir directamente las desigualdades en la atención durante el parto. Según lo indicado por la evidencia antes descrita, es posible que ello repercuta también en la equidad de manera indirecta, al alentar a más mujeres desfavorecidas a acceder a la atención en un centro de salud. Sin embargo, en particular en los entornos de los PIBM, algunas mujeres no están familiarizadas con la anestesia peridural, la consideran indeseable, y podría constituir un obstáculo para el parto en los centros de salud, en especial para las mujeres que creen que el trabajo de parto y el parto son procesos naturales que no necesitan intervención, y para las que preferirían un método de manejo del dolor tradicional.

Se ha alegado que el cambio en las actitudes de los profesionales de la salud y de las mujeres acerca del dolor del trabajo de parto y la reducción de la medicalización de las molestias del trabajo de parto podría capacitar a las mujeres para que redescubrieran sus capacidades de dar a luz innatas *(132),* y es posible que ello tenga una repercusión positiva en la equidad al reducir el uso de la anestesia peridural en los entornos de recursos abundantes.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al uso de la anestesia peridural *(126)* se observaron opiniones diversas. Dichas opiniones se veían afectadas por la disponibilidad de la anestesia peridural y por lo explicado por otras personas (evidencia de certidumbre moderada). Algunas mujeres expresaron *a priori* el deseo de una anestesia peridural para facilitar un parto sin dolor, para aliviar el temor al dolor o para mantener el control durante el trabajo de parto (evidencia de certidumbre moderada), mientras que otras solicitaron una anestesia peridural como último recurso, cuando el grado de dolor o la percepción de pérdida del control del trabajo de parto eran abrumadores y difíciles de controlar (evidencia de certidumbre baja).

Hay evidencia que indica que la anestesia peridural podría ser útil para facilitar una experiencia de trabajo de parto y parto positiva, al ayudar a las mujeres a relajarse, restablecer o renovar sus niveles de energía, y mantener una sensación de control (evidencia de certidumbre moderada). Sin embargo, aunque algunas mujeres se sintieron apoyadas por los profesionales de la salud en su decisión de utilizar la anestesia peridural, otras sintieron que habían sido presionadas o persuadidas para tomar esa decisión (por los profesionales de la salud, a través de mensajes recibidos mediante la educación prenatal, o por los familiares) (evidencia de certidumbre baja). Algunas mujeres que tomaron la decisión de que se usara una anestesia peridural tenían temores sobre esta intervención y los posibles riesgos para ellas o para sus bebés (evidencia de certidumbre baja). Experimentaron efectos fisiológicos negativos como dolor y otras complicaciones asociadas a la introducción de agujas (evidencia de certidumbre baja). Algunas se sintieron también desconectadas del bebé y experimentaron diversas emociones negativas como conflicto, culpabilidad, desilusión y sensación de fracaso (evidencia de certidumbre baja). Algunas mujeres señalaron que se sintieron limitadas en su movilidad tras la administración de la anestesia peridural (evidencia de certidumbre baja).

El alivio del dolor aportado por la anestesia peridural fue considerado eficaz por algunas mujeres, pero no por todas ellas (evidencia de certidumbre baja). La percepción de falta de eficacia se atribuyó a la persistencia del dolor, la aparición de un dolor intercurrente o la cronología de la administración (por ejemplo, cuando se administró demasiado tarde para que llegara a surtir efecto).

En otra revisión sistemática cualitativa sobre las experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud respecto al trabajo de parto y el parto se analizaron las opiniones de los profesionales de la salud sobre la anestesia peridural *(26)*; sin embargo, la evidencia fue de un grado de certidumbre muy bajo. Los datos indican que algunas parteras opinan que la anestesia peridural es poco coherente con la filosofía de la partería, y la asocian a efectos secundarios, desconexión del bebé y posibilidad de que se apliquen otras intervenciones adicionales. La evidencia indica también que algunos profesionales de la salud creen que, si se usa, puede ser más apropiada para mujeres nulíparas o para las que tienen un trabajo de parto anormal.

Consideraciones adicionales

Los resultados de una revisión cualitativa sobre la anestesia peridural *(26, 126)* proceden todos de estudios realizados en entornos de PIA en los que el uso de la anestesia peridural es frecuente.

Viabilidad

Los resultados de una revisión sistemática cualitativa en la que se exploró la experiencia de las mujeres y de los profesionales de la salud sobre el trabajo de parto y el parto *(26)* indican que algunos profesionales de la salud de los PIA pueden alentar a las mujeres a que usen anestesia peridural debido a un volumen de trabajo elevado y una falta de tiempo para proporcionar otras opciones de apoyo (evidencia de certidumbre muy baja).

La percepción de una falta de eficacia del uso de la anestesia peridural descrita por las mujeres en algunos estudios de otra revisión sistemática cualitativa *(126)* se atribuyó en parte a la administración tardía (evidencia de certidumbre baja), lo cual sugiere que podría haber problemas logísticos en la aplicación de este método de alivio del dolor.

Consideraciones adicionales

Todos los resultados relativos a la anestesia peridural en las revisiones cualitativas *(26, 126)* procedieron de entornos de PIA en los que hay una amplia disponibilidad de esta técnica. En los entornos de recursos más limitados, en los que el uso de la anestesia peridural no está tan extendido, es probable que haya consecuencias económicas, así como otras consideraciones en cuanto a la capacitación, que puedan tener una influencia negativa en la viabilidad de aplicar esta intervención.

Cuadro 3.34 Resumen de las conclusiones: Anestesia peridural en comparación con un placebo o con no utilizar anestesia peridural

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	✓ Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	✓ Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a los opioides o a no usar anestesia peridural	– Probablemente favorable a los opioides o a no usar anestesia peridural	– No favorable a la anestesia peridural ni a no usar ninguna analgesia	✓ Probablemente favorable a la anestesia peridural	– Favorable a la anestesia peridural
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	✓ Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a los opioides o a no usar anestesia peridural	✓ Probablemente favorable a los opioides o a no usar anestesia peridural	– No favorable a la anestesia peridural ni a no usar ninguna analgesia	– Probablemente favorable a la anestesia peridural	– Favorable a la anestesia peridural
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	✓ Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

Comparación 2: Anestesia peridural en comparación con analgesia parenteral con opioides

En 35 ensayos con un total de 10.835 mujeres se comparó la anestesia peridural con el empleo de opioides *(125)*. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios de Canadá (3 ensayos), China (2), Egipto (2), Estados Unidos (10), Finlandia (2), India (2), Israel (2), Países Bajos (3) y Reino Unido (2) y un ensayo en cada uno de los siguientes países: Dinamarca, Francia, Irán, Kuwait, Malasia, Noruega y Suecia. El tamaño de la muestra de cada uno de los ensayos mostró diferencias considerables, desde menos de 50 hasta más de 1000 mujeres. Once ensayos se realizaron entre 1990 y el 2000, seis entre el 2000 y el 2010, tres entre el 2010 y el 2013, y en 14 ensayos no se indicaron las fechas. Para la anestesia peridural se utilizó bupivacaína o levobupivacaína en la mayoría de los estudios en los que se presentó esta información. La bupivacaína se complementó con fentanilo en 10 de los estudios y con tramadol en un estudio. La levobupivacaína se complementó con fentanilo en un estudio. Tan solo cuatro de los estudios usaron la técnica combinada raquídea-peridural. El uso de la anestesia peridural se interrumpió en el período expulsivo en tres estudios. Los opioides utilizados para la comparación fueron la petidina (17 ensayos, 6889 mujeres), el butorfanol (1 ensayo, 100 mujeres), el fentanilo (3 ensayos, 447 mujeres) y el remifentanilo (9 ensayos, 3462 mujeres),

mientras que en los demás estudios se usaron otros opioides. Los opioides se administraron en forma de analgesia intravenosa controlada por la paciente en 19 ensayos, inyección intravenosa en 10 ensayos e inyección intramuscular en 5 ensayos (la vía de administración no estaba clara en 1 ensayo).

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja obtenida indica que la anestesia peridural puede reducir las puntuaciones asignadas al dolor en las mujeres durante el trabajo de parto, en comparación con la analgesia con opioides parenterales (5 ensayos, 1133 mujeres, diferencia media estandarizada [DME] –2,64, IC del 95% –4,56 a –0,73; esto equivale a una diferencia de aproximadamente 3 puntos menos en una escala de 10 puntos). La evidencia de certidumbre baja indica que las mujeres a las que se aplica una anestesia peridural pueden tener una probabilidad superior a la de las tratadas con opioides de valorar el alivio del dolor como excelente o muy bueno (7 ensayos, 1911 mujeres, RR 1,47, IC del 95% 1,03-2,08). La evidencia de certidumbre baja obtenida sugiere que la anestesia peridural puede reducir la necesidad de otra analgesia adicional (16 ensayos, 5099 mujeres, RR 0,10, IC del 95% 0,04-0,25).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que la anestesia peridural puede aumentar los partos vaginales instrumentales, que se dieron en un 13,2% de los casos en el grupo de anestesia peridural en comparación con el 9,6% en el grupo de opioides parenterales (31 ensayos, 10.343 mujeres, RR 1,43, IC del 95% 1,29-1,59). La evidencia de certidumbre moderada indica que la anestesia peridural conduce probablemente a una diferencia escasa o nula en el número de mujeres a las que se practica una cesárea (34 ensayos, 10.745 mujeres, RR 1,07, IC del 95% 0,97-1,19).

Duración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre moderada indica que la duración del período de dilatación aumenta probablemente en alrededor de 30 minutos en las mujeres a las que se aplica una anestesia peridural en comparación con las que reciben opioides parenterales (10 ensayos, 2654 mujeres, DM 29,79 minutos, IC del 95% 12,79-46,79) y hay una evidencia de certidumbre baja que sugiere que la duración del período expulsivo puede aumentar en aproximadamente 15 minutos (DM 14,96, IC del 95% 8,96-20,96).

Aceleración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que la aceleración del trabajo de parto con oxitocina puede ser más utilizada con la anestesia peridural que con los opioides parenterales (20 ensayos, 8746 mujeres, RR 1,11, IC del 95% 1,01-1,22).

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja procedente de un solo ensayo indica que la anestesia peridural puede producir pocos o ningún cambio en la percepción de las mujeres de un mal control en el parto (334 mujeres, RR 1,17, IC del 95% 0,62-2,21) o en el número de mujeres que refieren estar satisfechas o muy satisfechas con su experiencia de parto (332 mujeres, RR 0,95, IC del 95% 0,87-1,03).

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que la anestesia peridural puede aumentar la probabilidad de hipotensión, aunque hubo incongruencias considerables entre los diversos ensayos en cuanto al número de pacientes que presentaron hipotensión (10 ensayos, 4212 mujeres, RR 11,34, IC del 95% 1,89-67,95). La evidencia de certidumbre moderada indica que la anestesia peridural se asocia probablemente a un menor riesgo de presentar una depresión respiratoria que requiera oxigenoterapia, en comparación con lo que se observa con los opioides (5 ensayos, 2031 bebés, RR 0,23, IC del 95% 0,05-0,97). No está claro si, en comparación con la analgesia opioide, la anestesia peridural reduce las náuseas y vómitos, o la somnolencia materna, ya que el grado de certidumbre de la evidencia es muy bajo. Hay una evidencia de certidumbre baja que sugiere que la fiebre (temperatura > 38 °C) puede ser más frecuente con la anestesia peridural (10 ensayos, 4671 mujeres, RR 2,60, IC del 95% 1,82-3,73). La evidencia de certidumbre moderada indica que, en comparación con los opioides parenterales, es probable que el riesgo de retención urinaria sea mayor con la anestesia peridural (4 ensayos, 343 mujeres, RR 9,20, IC del 95% 2,28-37,11).

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja indica que hay poca o ninguna diferencia en los índices Apgar inferiores a 7 a los 5 minutos (23 ensayos, 9147 bebés, RR 0,80, IC del 95% 0,58-1,10). La evidencia de certidumbre moderada indica que el número de bebés con un pH de la sangre arterial del cordón inferior a 7,2 es probablemente menor con la anestesia peridural en comparación con la analgesia opioide (8 ensayos, 4783 bebés, RR 0,81, IC del 95% 0,69-0,94); sin embargo, hay una evidencia de certidumbre baja que indica que hubo poca o ninguna diferencia entre los grupos en cuanto al pH de la sangre arterial del cordón inferior a 7,15 (3 ensayos, 480 bebés, RR 1,17, IC del 95% 0,64-2,14). La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que los bebés a cuyas madres se ha aplicado una anestesia peridural en lugar de la administración de opioides parenterales tengan una menor probabilidad de necesitar una administración de naloxona (10 ensayos, 2645 bebés, RR 0,15, IC del 95% 0,10-0,23).

Resultados neonatales a largo plazo: No se presentaron datos al respecto en ninguno de los ensayos incluidos.

Interacción entre la madre y el bebé y lactancia materna: No se presentaron datos al respecto en ninguno de los ensayos incluidos.

Valores

En una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que tenía importancia para las mujeres en la atención durante el parto *(23)*, los resultados indican que la mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y en ciertos contextos o situaciones pueden recibir con agrado intervenciones que proporcionen

un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se está contemplando el uso de estas intervenciones, las mujeres desearían recibir información sobre la naturaleza de las intervenciones y, cuando ello sea posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta).

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos sobre la experiencia de las mujeres durante el trabajo de parto y el parto (evidencia procedente tan solo de PIA) ponen de manifiesto que las mujeres desean y valoran la anestesia peridural cuando su uso alivia eficazmente el dolor del trabajo de parto, y también valoran que esto les permita conservar el control del parto (evidencia de certidumbre moderada) *(26)*. Sin embargo, algunas mujeres muestran temor ante la inyección peridural debido a la posibilidad de dolor y complicaciones, y expresan opiniones diversas respecto a si el alivio del dolor obtenido fue en realidad eficaz o ineficaz en su experiencia (evidencia de certidumbre baja). Algunas mujeres señalan que la anestesia peridural las ayudó a tener una experiencia de parto positiva (evidencia de certidumbre moderada).

Las mujeres valoran tener la posibilidad de elegir una alternativa sobre el método de alivio del dolor y valoran también el apoyo de los profesionales y los familiares en la decisión sobre el método de analgesia a utilizar (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

Todos los estudios cualitativos incluidos sobre el uso de la anestesia peridural se realizaron en entornos de ingresos altos. Seis se llevaron a cabo en Estados Unidos. No fue posible establecer, dentro de los estudios incluidos, si se habían aplicado a las mujeres intervenciones de aceleración del trabajo de parto, inducción del trabajo de parto u otras, que pudieran haber influido en su valoración de los resultados asociados a esta forma de alivio del dolor. En algunas culturas, las mujeres podrían considerar el dolor del parto como parte integrante del parto en sí, e interpretar la expresión física de dolor o molestia como un signo de debilidad. Además, algunas mujeres podrían considerar que el uso de una anestesia peridural es una intervención que repercute negativamente en su percepción de control durante el trabajo de parto y el parto.

Recursos

No se encontró ninguna revisión reciente sobre los costos y la relación costo-efectividad; sin embargo, una revisión realizada en Estados Unidos en el 2002 sobre la relación costo-efectividad de la anestesia peridural en comparación con la analgesia opioide sugiere que el uso de la anestesia peridural para el alivio del dolor tiene un costo superior al de la analgesia opioide *(127)*. En esta revisión, el costo medio de un parto vaginal en el hospital fue de US$ 3117 y el incremento de costo esperado al utilizar la anestesia peridural se estimó en US$ 338 (valores de 1998), debido fundamentalmente al mayor costo de los profesionales de la salud (que se estimó en US$ 238) y al mayor costo asociado a las complicaciones (que se estimó en US$ 120). En el modelo de costos de la anestesia peridural se partió del supuesto de que había más partos vaginales instrumentales (14% frente a 10%), fiebre (24% frente a 6%), aceleración con oxitocina (45% frente a 35%), retención urinaria (2,7% frente a 0,13%), cefalea postural tras la punción (1,5% frente a 0%), hipotensión con necesidad de tratamiento (30% frente a 0%) y una mayor duración del trabajo de parto (7 horas frente a 6 horas para el

Cuadro 3.35 Principales recursos necesarios para la anestesia peridural y la analgesia opioide

Resource	Description
Personal	▼ Anestesia peridural: un anestesista u otro profesional de la salud especializado con capacitación en cuanto a la colocación y el manejo de la anestesia peridural; otro personal capacitado, por ejemplo, una enfermera capacitada en supervisión de las mujeres con anestesia peridural ▼ Opioides: generalmente se requiere un médico para prescribir los opioides (esto varía en distintos países y entornos); sin embargo, otros profesionales, como una partera o una enfermera, pueden administrarlos
Capacitación	▼ Anestesia peridural: se requiere una capacitación médica de especialista ▼ Opioides: bastante fáciles de administrar
Suministros	▼ Anestesia peridural: solución para infusión, equipo estéril (con guantes, bata, gorra, mascarilla, tallas), equipo de inyección peridural, solución de limpieza cutánea, catéter intravenoso, medicamentos apropiados para la reanimación, oxígeno ▼ Opioides: medicamento (por ejemplo, petidina), aguja, jeringa, catéter intravenoso (facultativo), solución de limpieza cutánea, oxígeno, medicamentos apropiados para la reanimación
Equipo e infraestructura	▼ Anestesia peridural: soporte para la infusión, bomba de infusión, oxígeno y equipo de reanimación completa ▼ Opioides: oxígeno y equipo de reanimación completa
Tiempo	▼ El tiempo del personal necesario para administrar y supervisar la anestesia peridural es sustancialmente mayor que el tiempo necesario para administrar y supervisar el uso de opioides
Supervisión y seguimiento	▼ Tanto la anestesia peridural como los opioides requieren supervisión y seguimiento ▼ Las complicaciones asociadas a la anestesia peridural requieren la supervisión de un especialista y el manejo por parte de un anestesista y un obstetra (en el caso de que se requiera un parto instrumental)

período de dilatación, y 1,75 horas frente a 1,5 horas para el período expulsivo) en comparación con la analgesia opioide, además de una tasa más alta de complicaciones menos frecuentes. Para los costos de la analgesia opioide se partió del supuesto de una mayor incidencia de depresión respiratoria en las mujeres a las que se administraban opioides (14% frente a 2%), una mayor incidencia de reanimación neonatal a causa de depresión respiratoria (4,5% frente a 0,5%) y mayor prurito (14% frente a 12%). Se supuso que la cesárea se daba con la misma frecuencia con la anestesia peridural que con el empleo de opioides (20%).

Consideraciones adicionales

Los resultados de otros estudios indican que los costos por nacimiento son sustancialmente mayores con la anestesia peridural *(128, 129)*. Por ejemplo, en un estudio australiano, se observó que el uso de la anestesia peridural aumentaba por sí solo el costo medio del parto en hasta un 36% según el tipo de centro de atención de salud de que se tratara *(129)*. En las mujeres primíparas que daban a luz en un centro sanitario público, la anestesia peridural aumentó los costos del nacimiento en un 20%, y cuando esto se combinaba con la aceleración del trabajo de parto había un aumento adicional de los costos de un 24% (es decir, un aumento total del 44%). En los resultados de un estudio holandés en el que se comparó el uso ordinario de la anestesia peridural con la analgesia a solicitud de la paciente se observó que los costos del nacimiento fueron mayores, con una diferencia de € 322 (€ 60 a € 355), con la anestesia peridural ordinaria, debido a los mayores costos de medicación, una estadía más prolongada en el hospital y un mayor número de cesáreas y partos vaginales instrumentales *(130)*.

La necesidad de que los profesionales de la salud tengan que administrar y supervisar la anestesia peridural, y el hecho de que tengan que realizar partos instrumentales, son probablemente los principales elementos de costos de esta intervención. En el estudio holandés, los costos atribuidos a la intervención en sí fueron mucho mayores con la anestesia peridural (€ 122) que con la analgesia opioide (€ 15).

En muchos entornos, las mujeres a las que se aplica una anestesia peridural no pueden ser atendidas en unidades de parto dirigidas por parteras sino que requieren niveles de atención más altos (es decir, unidades obstétricas de hospitales), de tal manera que los costos de la cama son también probablemente más elevados. Es probable que la duración de las estadías en la sala de preparto sea también mayor con la anestesia peridural, debido a la posibilidad de que la duración del trabajo de parto y de la supervisión después de parto sea mayor.

Equidad

No se encontró evidencia directa respecto a la repercusión del alivio del dolor mediante anestesia peridural en la equidad.

La evidencia indirecta obtenida en una revisión de los factores que facilitan o dificultan el parto en un centro de salud *(8)* indica que "el descuido y los retrasos en la aplicación de la atención" constituyen probablemente un obstáculo para los partos en un centro de salud (evidencia de certidumbre moderada). Este factor podría darse en el manejo del dolor en el trabajo de parto.

Además, la revisión pone de manifiesto también que muchas mujeres de los PIBM tienen temor a las prácticas obstétricas "con las que no están familiarizadas y consideran indeseables", lo cual constituye un obstáculo para los partos en centros de salud (evidencia de certidumbre alta) *(8)*. Algunas mujeres no están familiarizadas con las inyecciones peridurales y otros tipos de inyecciones que consideran indeseables.

Consideraciones adicionales

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 llegó a la conclusión de que todavía hay brechas notables en la cobertura de asistencia al parto con la capacitación adecuada *(33)*. La anestesia peridural para el alivio del dolor se usa generalmente en los PIA y en las mujeres más favorecidas de los PIBM. Dado que requiere el empleo de recursos elevados, su disponibilidad en los países difiere a menudo entre los distintos centros y, por ejemplo, a menudo no puede accederse a ella en las zonas rurales en las que las mujeres no pueden permitírselo o no hay profesionales capacitados *(127)*. Los resultados limitados de un estudio de Estados Unidos indican que es posible que las mujeres con diferentes características sociodemográficas tengan distintos niveles de acceso a la anestesia peridural o diferentes niveles de participación en la toma de decisiones en relación con el uso de la anestesia peridural *(131)*.

Proporcionar un alivio del dolor eficaz y oportuno del trabajo de parto a las mujeres desfavorecidas podría ser útil para reducir directamente las desigualdades en la atención durante el parto. Según lo indicado por la evidencia antes descrita, es posible que ello repercuta también en la equidad de manera indirecta, al alentar a más mujeres desfavorecidas a acceder a la atención en un centro de salud. Sin embargo, en particular en los entornos de los PIBM, algunas mujeres no están familiarizadas con la anestesia peridural, la consideran indeseable, y podría constituir un obstáculo para el parto en los centros de salud, en especial para las mujeres que creen que el trabajo de parto y el parto son procesos naturales que no necesitan intervención, y para las que preferirían un método de manejo del dolor tradicional.

Se ha alegado que el cambio en las actitudes de los profesionales de la salud y de las mujeres acerca del dolor del trabajo de parto y la reducción de la medicalización de las molestias del trabajo de parto podría capacitar a las mujeres para que redescubrieran sus capacidades de dar a luz innatas *(132)*, y es posible que ello tenga una repercusión positiva en la equidad al reducir el uso de la anestesia peridural en los entornos de recursos abundantes.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al uso de la anestesia peridural *(126)* se observaron opiniones diversas. Dichas opiniones se veían afectadas

por la disponibilidad de la anestesia peridural y por lo explicado por otras personas (evidencia de certidumbre moderada). Algunas mujeres expresaron *a priori* el deseo de una anestesia peridural para facilitar un parto sin dolor, para aliviar el temor al dolor o para mantener el control durante el trabajo de parto (evidencia de certidumbre moderada), mientras que otras solicitaron una anestesia peridural como último recurso, cuando el grado de dolor o la percepción de pérdida del control del trabajo de parto eran abrumadores y difíciles de controlar (evidencia de certidumbre baja).

Hay evidencia que indica que la anestesia peridural podría ser útil para facilitar una experiencia de trabajo de parto y parto positiva, al ayudar a las mujeres a relajarse, restablecer o renovar sus niveles de energía, y mantener una sensación de control (evidencia de certidumbre moderada). Sin embargo, aunque algunas mujeres se sintieron apoyadas por los profesionales de la salud en su decisión de utilizar la anestesia peridural, otras sintieron que habían sido presionadas o persuadidas para tomar esa decisión (por los profesionales de la salud, a través de mensajes recibidos mediante la educación prenatal, o por los familiares) (evidencia de certidumbre baja).

Algunas mujeres que tomaron la decisión de que se usara una anestesia peridural tenían temores sobre esta intervención y los posibles riesgos para ellas o para sus bebés (evidencia de certidumbre baja). Experimentaron efectos fisiológicos negativos como dolor y otras complicaciones asociadas a la introducción de agujas (evidencia de certidumbre baja). Algunas se sintieron también desconectadas del bebé y experimentaron diversas emociones negativas como conflicto, culpabilidad, desilusión y sensación de fracaso (evidencia de certidumbre baja). Algunas mujeres señalaron que se sintieron limitadas en su movilidad tras la administración de la anestesia peridural (evidencia de certidumbre baja).

El alivio del dolor aportado por la anestesia peridural fue considerado eficaz por algunas mujeres, pero no por todas ellas (evidencia de certidumbre baja). La percepción de falta de eficacia se atribuyó a la persistencia del dolor, la aparición de un dolor intercurrente o la cronología de la administración (por ejemplo, cuando se administró demasiado tarde para que llegara a surtir efecto).

En otra revisión sistemática cualitativa sobre las experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud respecto al trabajo de parto y el parto se analizaron las opiniones de los profesionales de la salud sobre la anestesia peridural *(26)*; sin embargo, la evidencia fue de un grado de certidumbre muy bajo. Los datos indican que algunas parteras opinan que la anestesia peridural es poco coherente con la filosofía de la partería, y la asocian a efectos secundarios, desconexión del bebé y posibilidad de que se apliquen otras intervenciones adicionales. La evidencia indica también que algunos profesionales de la salud creen que, si se usa, puede ser más apropiada para mujeres nulíparas o para las que tienen un trabajo de parto anormal.

Consideraciones adicionales

Los resultados de una revisión cualitativa sobre la anestesia peridural *(26, 126)* proceden todos de estudios realizados en entornos de PIA en los que el uso de la anestesia peridural es frecuente.

Viabilidad

Los resultados de una revisión sistemática cualitativa en la que se exploró la experiencia de las mujeres y de los profesionales de la salud sobre el trabajo de parto y el parto *(26)* indican que algunos profesionales de la salud de los PIA pueden alentar a las mujeres a que usen anestesia peridural debido a un volumen de trabajo elevado y una falta de tiempo para proporcionar otras opciones de apoyo (evidencia de certidumbre muy baja).

La percepción de una falta de eficacia del uso de la anestesia peridural descrita por las mujeres en algunos estudios de otra revisión sistemática cualitativa *(126)* se atribuyó en parte a la administración tardía (evidencia de certidumbre baja), lo cual sugiere que podría haber problemas logísticos en la aplicación de este método de alivio del dolor.

Consideraciones adicionales

Todos los resultados relativos a la anestesia peridural en las revisiones cualitativas *(26, 126)* procedieron de entornos de PIA en los que hay una amplia disponibilidad de esta técnica. En los entornos de recursos más limitados, en los que el uso de la anestesia peridural no está tan extendido, es probable que haya consecuencias económicas, así como otras consideraciones en cuanto a la capacitación, que puedan tener una influencia negativa en la viabilidad de aplicar esta intervención.

Cuadro 3.36 Resumen de las conclusiones: Anestesia peridural comparada con analgesia opioide

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	✓ Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a analgesia opioide l	– Probablemente favorable a analgesia opioide	✓ No favorable a anestesia peridural ni a analgesia opioide	– Probablemente favorable a anestesia peridural	– Favorable a anestesia peridural
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	✓ Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a analgesia opioide	✓ Probablemente favorable a analgesia opioide	– No favorable a anestesia peridural ni a analgesia opioide	– Probablemente favorable a anestesia peridural	– Favorable a lanestesia peridural
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	✓ Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.13 Opioides para el alivio del dolor

RECOMENDACIÓN 20

Los opioides de administración parenteral, como fentanilo, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. *(Recomendado)*

Comentarios

- Muchas mujeres aprecian que se les proporcione alguna forma de alivio del dolor en el trabajo de parto y desearían poder elegir entre varias opciones. La evidencia indica que es probable que los opioides proporcionen algún alivio del dolor durante el trabajo de parto, a pesar de tener algunos efectos secundarios indeseables, como la somnolencia, y las náuseas y vómitos.
- A pesar de su amplia disponibilidad y uso, la petidina no es la opción de analgesia opioide preferida, ya que los opioides de acción más corta tienden a tener menos efectos secundarios indeseables.
- Antes del uso, los prestadores de atención de salud deben informar a las mujeres acerca de los posibles efectos secundarios de los opioides, incluida la somnolencia materna, las náuseas y vómitos, y la depresión respiratoria neonatal, así como acerca de las opciones alternativas existentes para el alivio del dolor.
- Es importante que los prestadores de atención de salud se aseguren de que se administra la posología correcta, puesto que una sobredosis de opioides puede tener graves consecuencias.
- Debe informarse a los interesados directos que el contexto en el que se presta la atención y el tipo de atención proporcionada, así como el profesional de la salud que se encarga de ello podrían tener una influencia importante en la necesidad de alivio del dolor durante el trabajo de parto, así como en el tipo de decisión por la que se decantan las mujeres en relación con esta necesidad.
- El GDG se mostró de acuerdo en que, para las mujeres que presentan en ese momento o han tenido antes una adicción a sustancias opioides, se prefieren los métodos del alivio del dolor no opioides.
- Los prestadores de atención de salud deben tener la capacitación necesaria para controlar los efectos secundarios en el caso de que se produzcan y deben ser conocedores de que la medicación opioide debe guardarse en un lugar seguro y requiere llevar un registro de su dispensación para reducir el riesgo de abuso.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.13)

Esta evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane actualizada, con 61 ensayos que incluyen datos de más de 8000 mujeres *(133)*. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios en 21 países: Alemania, Argentina, Austria, Canadá, China, Dinamarca, Egipto, Estados Unidos, India, Irán, Nigeria, Noruega, Países Bajos, Pakistán, Región Administrativa Especial de Hong Kong, Reino Unido, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Tailandia y Turquía. Los ensayos se publicaron entre los años 1958 y 2017. En esta revisión no se aportó información sobre la duración del trabajo de parto.

Comparación 1: Opioides parenterales en comparación con un placebo o con no usar opioides

Los opioides que se han comparado con el placebo o con no usar ninguna analgesia en ECA son la petidina, la pentazocina, el tramadol y el fentanilo.

Comparación 1.a: Petidina (intramuscular [IM]) en comparación con un placebo

En cuatro ensayos con un total de 406 mujeres se comparó la petidina IM con un placebo de solución salina. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios de la Región Administrativa Especial de Hong Kong, Irán (2 ensayos) y Sudáfrica. El tamaño de las muestras de los diversos ensayos fue de entre 50 a 150. Los ensayos se publicaron entre los años 1970 y 2014. Dos de los ensayos usaron una dosis de petidina IM de 50 mg y otros dos utilizaron dosis de 100 mg. No se describió bien el uso de nuevas dosis posteriores. En todos los casos se utilizó como placebo una solución salina IM.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que la petidina IM puede aliviar la puntuación asignada al dolor 30 minutos después de la administración (reducción de 40 mm en una escala de 100 mm) (1 ensayo, 50 mujeres, RR 25,00, IC del 95% 1,56-400,54). Asimismo, la evidencia de certidumbre baja indica que las mujeres a las que se administra petidina, en comparación con aquellas a las que se administra un placebo, pueden tener una mayor probabilidad de considerar el alivio del dolor "bueno" o "adecuado" 1 hora después de la administración (1 estudio, 116 mujeres, RR 1,75, IC del 95% 1,24-2,47). Aunque hay una evidencia de certidumbre baja que indica que la petidina IM puede reducir el uso de otras formas de analgesia (1 ensayo, 50 mujeres, RR 0,71, IC del 95% 0,54-0,94),

la evidencia respecto a su efecto sobre uso de la anestesia peridural es de un grado de certidumbre muy bajo. No está claro si la satisfacción por el alivio del dolor mejora con la petidina IM, ya que la certidumbre de la evidencia al respecto es muy baja.

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que la petidina IM puede producir pocos o ningún cambio en la frecuencia de la cesárea (2 ensayos, 380 mujeres, RR 0,79, IC del 95% 0,50-1,26). La evidencia sobre un posible efecto en el uso del parto vaginal instrumental es de un grado de certidumbre muy bajo.

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que la petidina IM puede aumentar la somnolencia materna durante el trabajo de parto (2 ensayos, 166 mujeres, RR 4,67, IC del 95% 2,43-8,95). Hay una evidencia de certidumbre moderada que indica que la petidina IM aumenta las náuseas y vómitos, en comparación con el placebo (3 ensayos, 406 mujeres, RR 1,90, IC del 95% 1,06-3,40).

Experiencia de parto, interacción entre madre y bebé, lactancia materna: No se presentaron datos al respecto en ninguno de los ensayos incluidos.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal (índice Apgar < 7): La evidencia es de certidumbre muy baja.

Resultados adversos en el bebé a largo plazo: No se presentaron datos al respecto en ninguno de los ensayos incluidos.

Comparación 1.b. Petidina (intravenosa [IV]) en comparación con un placebo

En un ensayo realizado en 240 mujeres en Egipto se comparó la petidina IV con un placebo.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que la petidina IV puede reducir las puntuaciones asignadas al dolor (1 ensayo, 240 mujeres, DM –4,1, IC del 95% –3,64 a –4,56).

Modalidad de parto: La evidencia respecto a los posibles efectos en el empleo del parto vaginal instrumental y la cesárea es de certidumbre muy baja.

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que las náuseas y vómitos podrían ser mayores en las mujeres a las que se administra petidina IV (1 ensayo, 240 mujeres, RR 2,43, IC del 95% 1,05-5,64). No se registraron otros efectos secundarios.

Experiencia de parto, interacción entre madre y bebé, lactancia materna: No se aportó ninguna información al respecto en el ensayo incluido.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: No se aportó ninguna información al respecto en el ensayo incluido.

Resultados neonatales a largo plazo: No se aportó ninguna información al respecto en el ensayo incluido.

Comparación 1.c. Pentazocina (IM) en comparación con un placebo

En un ensayo de tres grupos realizado en Pakistán, con la inclusión de 150 mujeres, se comparó la pentazocina (IM, 30 mg) con un placebo de solución salina. El ensayo se publicó en el 2016.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que la pentazocina IM puede producir pocos o ningún cambio en las puntuaciones de dolor en comparación con el placebo (1 ensayo, 89 mujeres, DM –3,6, IC del 95% –9,91 a 2,71).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que la pentazocina IM puede producir pocos o ningún cambio en las cesáreas o los partos vaginales instrumentales (1 ensayo, 89 mujeres, RR 0,89, IC del 95% 0,24-3,25 y RR 0,60, IC del 95% 0,10-3,39, respectivamente).

Efectos secundarios: Ninguna de las mujeres incluidas en este ensayo afirmó haber tenido vómitos. No se notificaron otros efectos secundarios.

Experiencia de parto, interacción entre madre y bebé, lactancia materna: No se presentaron resultados al respecto en este ensayo.

Resultados fetales y neonatales

En este ensayo no se presentó ningún resultado fetal o neonatal.

Comparación 1.d. Tramadol (IM) en comparación con no usar ninguna analgesia

En un ensayo en el que participaron 60 mujeres, se comparó a las mujeres a las que se administró tramadol (IM, 100 mg) con un grupo en el que no se utilizó ninguna analgesia. El ensayo se realizó en un entorno hospitalario en China, y se publicó en 1994. La evidencia relativa a los efectos del tramadol en el alivio del dolor del trabajo de parto y otros resultados es de un grado de certidumbre muy bajo.

Comparación 1.e. Fentanilo (IV) en comparación con no usar ninguna analgesia

En un ensayo en el que participaron 70 mujeres, se comparó el fentanilo (IV, 2 dosis de 25 µg, con una hora de separación) con un grupo de referencia en el que no se utilizó ninguna analgesia. El ensayo se realizó en un entorno hospitalario en Irán, y se publicó en el 2016. La evidencia relativa a los efectos del fentanilo sobre el alivio del dolor del trabajo de parto y otros resultados es de un grado de certidumbre muy bajo.

Resumen de los resultados principales para la comparación 1

La evidencia existente indica que la petidina puede proporcionar un alivio del dolor del trabajo de parto, pero puede asociarse también a más efectos secundarios (náuseas, vómitos y somnolencia) en comparación con lo observado con un placebo. Es posible que la pentazocina produzca pocos cambios en las puntuaciones del dolor. La evidencia relativa a los efectos del tramadol y el fentanilo sobre el alivio del dolor en el trabajo de parto y otros resultados es de un grado de certidumbre muy bajo.

Consideraciones adicionales

La revisión sistemática Cochrane *(133)* incluyó también otras comparaciones (entre diferentes opioides, y entre opioides y otras formas de analgesia [analgesia inhalada, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea [ENET] y métodos complementarios]) que no se presentaron en esta revisión; la evidencia relativa a estas opciones provino predominantemente de estudios aislados y según lo evaluado en la revisión fue de un grado de certidumbre bajo o muy bajo.

La evidencia aportada por otra revisión sistemática Cochrane *(125)* de la anestesia peridural incluyó una comparación de esta con los opioides (35 ensayos, 10.835 mujeres). Los resultados sugieren que la anestesia peridural puede ser más eficaz para aliviar el dolor durante el trabajo de parto que los opioides parenterales. Con la anestesia peridural, las puntuaciones del dolor asignadas por las mujeres durante el trabajo de parto podrían reducirse en comparación con lo observado con la analgesia opioide parenteral; es posible que las mujeres tengan una mayor probabilidad de valorar el alivio del dolor como excelente o muy bueno y que se reduzca la necesidad de utilizar cualquier otra analgesia adicional (toda la evidencia es de un grado de certidumbre bajo). Sin embargo, es probable que la anestesia peridural aumente la duración del trabajo de parto (evidencia de certidumbre moderada) y es posible que aumente la necesidad de intervenciones durante el trabajo de parto (por ejemplo, aceleración del trabajo de parto, parto vaginal instrumental) (evidencia de certidumbre baja). Es probable que haya poca o ninguna diferencia entre las dos opciones de alivio del dolor en lo que respecta al índice Apgar bajo (evidencia de certidumbre baja).

El uso repetido de analgésicos opioides se asocia a la aparición de una dependencia psicológica y física. Teniendo en cuenta los problemas mundiales de drogadicción y los eventos adversos asociados a ello, recientemente se ha expresado una cierta inquietud respecto a la prescripción de opioides para el alivio del dolor agudo y crónico *(134)*. Es probable que estas inquietudes sean menos aplicables al uso de los opioides para el alivio del dolor en el trabajo de parto *(135, 136)*; sin embargo, no se conocen los efectos a largo plazo de la analgesia opioide en las mujeres y sus hijos.

Valores

En una revisión de estudios cualitativos en la que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)*, los resultados indican que la mayoría de ellas, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y en ciertos contextos o situaciones pueden recibir con agrado intervenciones que proporcionan un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se está contemplando la posibilidad de aplicar estas intervenciones, las mujeres desearían que se les informara acerca de su naturaleza, cuando ello sea posible, y que se les diera la posibilidad de elegir (evidencia de certidumbre alta).

Una revisión sistemática cualitativa en la que se exploraron las experiencias de las mujeres respecto al uso de opioides durante el trabajo de parto tan solo pudo encontrar evidencia de certidumbre muy baja *(126)*. Los resultados indican que algunas mujeres valoran el empleo de opioides para ayudarlas a hacer frente a los dolores del trabajo de parto intensos y difíciles de controlar. Se identificaron respuestas diversas en cuanto a si el alivio del dolor había sido eficaz o ineficaz y respecto a si tuvo una repercusión positiva o negativa en el trabajo de parto y la experiencia de parto.

Los datos disponibles para esta revisión cualitativa fueron muy limitados: tan solo tres estudios, dos de ellos realizados en PIA y uno en un país de ingresos medianos-altos. Uno de los estudios contenía datos mínimos para informar la revisión, y otro se basó en entrevistas cualitativas con las mujeres participantes en un ECA en el que se evaluaron diferentes esquemas posológicos de los opioides. Todas las participantes fueron mujeres que habían solicitado una analgesia.

En los estudios incluidos no fue posible establecer si a las mujeres se les había aplicado una aceleración del trabajo de parto, inducción del trabajo de parto u otras intervenciones que pudieran haber influido en su valoración de los resultados asociados a esa forma de analgesia.

Recursos

No se encontró evidencia respecto al costo o la relación costo-efectividad comparativa de los diferentes analgésicos opioides. Sin embargo, en una revisión realizada en Estados Unidos de la relación costo-efectividad de la anestesia peridural en comparación con la analgesia opioide, se observó que la analgesia opioide tenía una relación costo-efectividad más favorable que la de la anestesia peridural, debido al mayor costo de profesionales de la salud asociado a la administración peridural, así como al mayor costo asociado a las complicaciones de la administración *(127)*.

En un estudio de los Países Bajos publicado en el 2016, la administración de opioides comportó un costo unitario de € 15 (unos US$ 18) por procedimiento (incluidos los costos de personal) *(130)*.

Consideraciones adicionales

Mientras que en algunos entornos de recursos abundantes, los medicamentos opioides parenterales se consideran de un costo relativamente bajo, ese costo puede hacer que esos medicamentos no sean accesibles en todos los entornos, y en algunos PIBM pueden no ser asequibles *(136, 137)*.

Cuadro 3.37 Principales recursos necesarios para analgesia opioide

Recurso	Descripción
Personal	▲ Generalmente se requiere un médico para prescribir los opioides (esto varía en distintos países; en algunos entornos las parteras también pueden prescribir opioides) ▲ Otros profesionales, como una partera o una enfermera, pueden administrar los opioides
Capacitación	▲ La capacitación habitual de prestadores de atención de salud para administrar los medicamentos; los opioides son bastante fáciles de administrar mediante inyección intravenosa (IV) o intramuscular (IM) ▲ Capacitación para supervisar y controlar los efectos secundarios y las complicaciones
Suministros	▲ Opioide (por ejemplo, petidina), aguja, jeringa, catéter intravenoso (facultativo), solución para la limpieza cutánea ▲ Antieméticos para prevenir o tratar las náuseas y vómitos asociados al tratamiento ▲ Naloxona para revertir la depresión respiratoria en caso necesario
Equipo e infraestructura	▲ Monitor de saturación de oxígeno
Tiempo	▲ Unos 2-10 minutos para su obtención, preparación y administración
Supervisión y seguimiento	▲ Supervisión de la administración y seguimiento para detectar posibles efectos secundarios ▲ Método seguro del almacenamiento de los opioides y uso de un registro de dispensación de opioides para evitar el abuso

Una dosis de petidina o de fentanilo puede costar menos de US$ 1; el tramadol puede costar cerca de US$ 1,30; la diamorfina y el meptazinol pueden costar alrededor de US$ 3 por dosis, y el remifentanilo puede costar alrededor de US$ 6,50 por dosis. La naloxona (para revertir la depresión respiratoria) cuesta unos US$ 6 por dosis.[1]

Equidad

No se encontró evidencia directa respecto a la repercusión del alivio del dolor mediante anestesia peridural en la equidad. La evidencia indirecta obtenida en una revisión de los factores que facilitan o dificultan el parto en un centro de salud *(8)* indica que "el descuido y los retrasos en la aplicación de la atención" constituyen probablemente un obstáculo para los partos en un centro de salud (evidencia de certidumbre moderada). Este factor podría darse en el manejo del dolor en el trabajo de parto.

Además, la revisión pone de manifiesto también que muchas mujeres de los PIBM tienen temor a las prácticas obstétricas "con las que no están familiarizadas y consideran indeseables", lo cual constituye un obstáculo para los partos en centros de salud (evidencia de certidumbre alta). Es posible que para algunas mujeres las inyecciones representen prácticas con las que no están familiarizadas y las consideren indeseables.

Consideraciones adicionales

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 llegó a la conclusión de que todavía hay brechas notables en la cobertura de asistencia al parto con la capacitación adecuada *(33)*. Proporcionar un alivio eficaz y oportuno del dolor del trabajo de parto a las mujeres desfavorecidas podría ser útil para reducir de manera directa las desigualdades en la atención durante el parto. Según lo indicado por la evidencia limitada antes descrita, es posible que ello repercuta también en la equidad de manera indirecta, al alentar a más mujeres desfavorecidas a que accedan a la atención prestada en un centro. Sin embargo, en los entornos de los PIBM, para algunas mujeres las opciones de alivio del dolor médicas pueden representar algo con lo que no están familiarizadas y considerarlas no deseables, lo cual podría constituir un obstáculo para la realización de los partos en centros de salud, en especial para las mujeres que creen que el trabajo de parto y el parto son procesos naturales que no necesitan intervención, y para las que preferirían un método de manejo del dolor tradicional.

Si a las mujeres que solicitan un alivio del dolor se les ofrece elegir entre una opción farmacológica y otra no farmacológica (como las preferencias tradicionales y culturales), es posible que ello ayude a abordar las desigualdades en la atención durante el parto.

Las mujeres que solicitan un alivio del dolor deben ser informadas sobre los efectos (deseables e indeseables) de las respectivas opciones farmacológicas y se las debe capacitar para que participen en la toma de decisiones respecto al trabajo de parto y el parto, incluido el manejo del dolor.

Se ha alegado que el cambio en las actitudes de los profesionales de la salud y de las mujeres acerca del dolor de trabajo de parto (y la reducción de la medicalización de las molestias del trabajo de parto) podría capacitar a las mujeres para que redescubrieran sus capacidades de dar a luz innatas *(132)*, y es posible que ello tenga una repercusión positiva en la equidad al reducir la medicalización del parto en las mujeres más favorecidas.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al uso de opioides para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, se observaron opiniones diversas *(126)*.

[1] Página web del Formulario Nacional Británico: https://bnf.nice.org.uk/

Algunas mujeres solicitaron los opioides debido a dolores de trabajo de parto intensos y difíciles de controlar (evidencia de certidumbre muy baja). Se observó que los opioides eran una forma eficaz (evidencia de certidumbre muy baja) o ineficaz de alivio del dolor (evidencia de certidumbre muy baja). Las mujeres siguieron presentando dolor debido a que el método de analgesia fue ineficaz, a que se aplicó demasiado tarde o a que el efecto desapareció de forma demasiado temprana (evidencia de certidumbre muy baja).

En algunas mujeres hubo algunas repercusiones negativas fisiológicas (por ejemplo, mareo, distorsión de procesos cognoscitivos, incapacidad de alcanzar un parto fisiológico) y psicológicas (por ejemplo, desilusión) (evidencia de certidumbre muy baja). Sin embargo, otros resultados de la revisión ponen de manifiesto que los opioides aumentaron el disfrute del parto por parte de las mujeres, acortaron y redujeron la intensidad de las contracciones, y las ayudaron a alcanzar un parto fisiológico (evidencia de certidumbre muy baja).

Después del uso de opioides, algunas mujeres estaban decepcionadas por haberse basado en exceso en el personal para la administración de la medicación y por una falta de apoyo de cuidadores (evidencia de certidumbre muy baja). Además, las mujeres no fueron siempre plenamente conscientes de la vía de administración utilizada o de los riesgos del uso de opioides (evidencia de certidumbre muy baja).

En otra revisión en la que se incluyeron las experiencias de los prestadores de atención de salud *(26)*, no se encontró ninguna descripción cualitativa de las opiniones de los profesionales de la salud respecto al uso de opioides en las mujeres durante el trabajo de parto y el parto.

Consideraciones adicionales

En términos generales, la revisión sobre la experiencia de las mujeres respecto a las opciones de analgesia *(126)* destaca la falta de evidencia cualitativa de alta calidad. Aunque el grado de certidumbre de la evidencia es muy bajo, la mayoría de los comentarios negativos se centraron en el uso de petidina IM, mientras que las opiniones respecto al fentanilo intranasal y subcutáneo fueron en general mucho más positivas.

En los estudios incluidos, no fue posible establecer si las mujeres valoraban los resultados asociados a los opioides de manera diferente si se les había aplicado una aceleración del trabajo de parto, una inducción del trabajo de parto u otros tipos de intervención.

En otros estudios se ha sugerido que el contexto de la atención y el tipo de atención proporcionada, así como el profesional de la atención que la presta tienen un efecto potente sobre la necesidad de alivio del dolor del trabajo de parto y sobre las clases de alternativas que las mujeres eligen en relación con esta necesidad *(138, 139)*.

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al uso de opioides durante el trabajo de parto *(126)*, la falta de eficacia de estos fármacos para aliviar el dolor se atribuyó a veces a una administración tardía (evidencia de certidumbre muy baja), lo cual sugiere la necesidad de un uso más oportuno y juicioso de este método de analgesia.

Consideraciones adicionales

En entornos de escasos recursos, en donde no hay una disponibilidad y uso tan amplios de los opioides, es probable que haya repercusiones económicas, así como necesidad de una capacitación adicional para su uso y para el manejo de los posibles efectos secundarios maternos y fetales.

Cuadro 3.38 Resumen de las conclusiones: Analgesia opioide en comparación con no usar analgesia opioide

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	✓ Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a no usar opioides	– Probablemente favorable a no usar opioides	✓ No favorable a los opioides ni a no usar opioides	– Probablemente no favorable a los opioides	– Favorable a los opioides
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	✓ Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado

Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a no usar opioides	✓ Probablemente favorable a no usar opioides	– No favorable a los opioides ni a no usar opioides	– Probablemente no favorable a los opioides	– Favorable a los opioides
Equidad	– Desconocido	✓ Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

Comparación 2: Opioides parenterales (diversos tipos) en comparación con petidina

Comparación 2.a. Meptazinol (IM) en comparación con petidina (IM)

En ocho ensayos con un total de 2222 mujeres se comparó el meptazinol IM con la petidina IM. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios en Dinamarca (2 ensayos), Reino Unido (6) y Sudáfrica (2). Los tamaños de muestra de cada uno de los ensayos fueron de entre 46 y 1100. Los ensayos se publicaron entre 1981 y 1988.

Resultados maternos

Alivio del dolor: En comparación con la petidina, no está claro si el meptazinol IM aporta algún cambio en la puntuación del dolor, o respecto al uso de mayor analgesia o de una anestesia peridural, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja. La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre grupos a la hora de clasificar como "deficiente" el alivio del dolor (más de un 60% en ambos grupos) (1 ensayo, 801 mujeres, RR 1,01, IC del 95% 0,91-1,12).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en los partos vaginales asistidos (3 ensayos, 1266 mujeres, RR 1,00, IC del 95% 0,81-1,22), mientras que no está claro si hay o no diferencias entre el meptazinol y la petidina en cuanto a las cesáreas, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja.

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre moderada indica que los vómitos aumentan con el empleo de meptazinol (3 ensayos, 1589 mujeres, RR 1,25, IC del 95% 1,06-1,47), mientras que hay una evidencia de certidumbre baja que sugiere que hay poca o ninguna diferencia entre los grupos en cuanto a la somnolencia materna (3 ensayos, 1590 mujeres, RR 0,55, IC del 95% 0,28-1,07).

Lactancia materna: No está claro si el meptazinol afecta o no a la lactancia materna, ya que la certidumbre de la evidencia al respecto es muy baja.

En los ensayos incluidos no se presentaron datos respecto a otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: No está claro si el meptazinol produce algún cambio en la FCF o el índice Apgar superior a 7 a los 5 minutos, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja.

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que el meptazinol puede comportar pocos o ningún cambio en la administración de naloxona (1 ensayo, 975 bebés, RR 0,89, IC del 95% 0,77-1,02) o en la reanimación neonatal (2 ensayos, 1333 bebés, RR 1,0, IC del 95% 0,95-1,05) en bebés nacidos a las 36 semanas o más de gestación.

Resultados adversos en el bebé a largo plazo: En los estudios incluidos no se presentaron datos al respecto.

Comparación 2.b. Tramadol (IM) en comparación con petidina (IM)

En seis ensayos con un total de 483 mujeres se comparó el tramadol IM con la petidina IM. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios de Alemania, Austria, Irán, Reino Unido, Tailandia y Turquía. El tamaño de muestra de cada uno de los ensayos fue de entre 45 y 160. Los ensayos se publicaron entre los años 1980 y 2009.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que, en comparación con la petidina, el tramadol puede aumentar el número de las mujeres que refieren un alivio del dolor deficiente (38,8% frente a 25,4%) (4 ensayos, 243 mujeres, RR 1,56, IC del 95% 1,10-2,21). En comparación con la petidina, no está claro si el tramadol IM produce algún cambio en la necesidad de analgesia adicional de las mujeres, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja.

Modalidad de parto: La evidencia relativa al efecto del tramadol en comparación con la petidina en las cesáreas o los partos vaginales asistidos es de un grado de certidumbre muy bajo.

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que la somnolencia materna podría reducirse con el empleo del tramadol (5 ensayos, 409 mujeres, RR 0,57, IC del 95% 0,33-0,97), pero

no está claro si los opioides producen algún cambio respecto a los vómitos, puesto que la certidumbre de la evidencia es muy baja.

En los ensayos no se presentaron datos sobre otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: En comparación con la petidina, no está claro si el tramadol comporta algún cambio en cuanto al índice Apgar bajo a los 5 minutos, ya que no se notificó ningún episodio en ninguno de los dos grupos.

Efectos secundarios: No está claro si el tramadol produce algún cambio en cuanto a la dificultad respiratoria neonatal, puesto que la certidumbre de la evidencia es muy baja. No hubo ningún episodio de reanimación neonatal en los ensayos en los que se comparó el tramadol con la petidina.

Resultados adversos en el bebé a largo plazo: En los ensayos no se aportaron datos al respecto.

Comparación 2.c. Tramadol (IM) con trifluprómazina en comparación con petidina (IM) con trifluprómazina

En un único ensayo de 40 mujeres que se realizó en Alemania y se publicó en 1992, se comparó el tramadol IM con la petidina IM; en ambos grupos se administró también trifluprómazina (un antipsicótico utilizado a veces como antiemético).

Resultados maternos

Efectos secundarios: No está claro si hay alguna diferencia entre los grupos en lo que respecta a los vómitos o la somnolencia, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja.

En el ensayo no se presentaron datos de otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

En el ensayo no se presentaron datos de resultados fetales/neonatales.

Comparación 2.d. Morfina o diamorfina (IM) en comparación con petidina (IM)

Resultados maternos

Alivio del dolor: En un ensayo realizado en 484 mujeres del Reino Unido, que se publicó en el 2014, se comparó la diamorfina IM con la petidina. La evidencia de alta calidad obtenida indica que es probable que la diamorfina reduzca levemente las puntuaciones de dolor maternas a los 30 y 60 minutos en comparación con la petidina (DM –0,8, IC del 95% –1,24 a -0,36 y DM –0,8, IC del 95% –1,26 a 0,34, respectivamente, en una escala de 10 puntos) y que aumente levemente el número de mujeres que se muestran satisfechas con el alivio del dolor (RR 1,13, IC del 95% 1,02-1,26). En otro ensayo publicado en 1986 con la inclusión de 135 mujeres de Tailandia, no está claro si la morfina IM produjo algún cambio en el alivio del dolor en comparación con la petidina.

La evidencia de certidumbre moderada sugiere que hay poca o ninguna diferencia en la necesidad de analgesia adicional entre la morfina o la diamorfina y la petidina (2 ensayos, 574 mujeres, RR 1,00, IC del 95% 0,92-1,10).

Efectos secundarios: La evidencia relativa a los vómitos y la somnolencia que se obtuvo en el ensayo realizado en Tailandia en 135 mujeres para comparar la morfina IM con la petidina es de una certidumbre muy baja. En otro ensayo realizado en el Reino Unido en 161 mujeres (de las que 133 fueron incluidas en el análisis) y publicado en 1999, se comparó la diamorfina con la petidina, y se administró a ambos grupos el antiemético proclorperazina. La evidencia de certidumbre baja indica que la diamorfina IM junto con proclorperazina puede reducir los vómitos, en comparación con la petidina junto con proclorperazina (RR 0,39, IC del 95% 0,17-0,86).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre moderada sugiere que hay poca o ninguna diferencia entre los grupos en cuanto a las cesáreas (RR 0,94, IC del 95% 0,66-1,35) o el parto vaginal asistido (RR 1,28, IC del 95% 0,91-1,80).

En estos ensayos no se presentaron otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre moderada sugiere que hay pocas o ninguna diferencia entre la diamorfina o la morfina y la petidina en lo que respecta a la reanimación neonatal (2 ensayos, 574 bebés, RR 0,96, IC del 95% 0,66-1,41.

Resultados neonatales adversos a largo plazo: No se presentaron datos al respecto.

Comparación 2.e. Dihidrocodeína (IM) en comparación con petidina (IM)

En esta comparación se tiene en cuenta un ensayo realizado en Sudáfrica en 196 mujeres y publicado en 1970.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La certidumbre de esta evidencia es muy baja.

Efectos secundarios: La certidumbre de la evidencia respecto a los vómitos y la somnolencia es muy baja.

En este ensayo no se presentaron resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

En este ensayo no se presentaron resultados fetales o neonatales.

Comparación 2.f. (IM) en comparación con petidina (IM)

En seis ensayos se comparó la pentazocina con la petidina (IM); todos ellos excepto uno son de hace más de 40 años; el más reciente se publicó en 1980. La certidumbre de la evidencia para todos los resultados presentados excepto uno es muy baja.

Resultados maternos

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que las náuseas podrían ser menores con el empleo de pentazocina (3 ensayos, 391 mujeres, RR 0,46, IC del 95% 0,24-0,90).

En los ensayos no se presentaron datos de otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

En los ensayos no se presentaron resultados fetales o neonatales.

Comparación 2.g. Nalbufina (IM) en comparación con petidina (IM)

En esta comparación se han incluido tres ensayos con un total 430 mujeres realizados en Alemania, Argentina y Reino Unido, y publicados entre 1986 y 1999. La certidumbre de la evidencia es muy baja para la mayoría de los resultados presentados.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja procedente de un único ensayo con 72 mujeres sugiere que la satisfacción materna por el alivio del dolor podría reducirse con el empleo de la nalbufina (RR 0,73, IC del 95% 0,55-0,96). La evidencia de certidumbre baja indica que la nalbufina produce pocos o ningún cambio en el uso de una anestesia peridural como método de analgesia adicional (1 ensayo, 307 mujeres, RR 1,65, IC del 95% 0,55-4,94).

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre moderada indica que las náuseas y vómitos son menos frecuentes con nalbufina (1 ensayo, 72 mujeres, RR 0,41, IC del 95% 0,18-0,94).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja sugiere que hay poca o ninguna diferencia entre los grupos en cuanto a las cesáreas (1 ensayo, 310 mujeres, RR 0,45, IC del 95% 0,12-1,69).

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: En un estudio de 72 bebés se compararon las puntuaciones conductuales a las 2-4 horas del nacimiento y se obtuvo una evidencia de certidumbre baja que sugiere unas puntuaciones algo inferiores (peores) en los bebés de madres a las que se había administrado nalbufina (DM –3,7, IC del 95% –1,26 a –6,14).

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En los ensayos no se presentaron datos al respecto.

Comparación 2.h. Fenazocina (IM) en comparación con petidina (IM)

En un único ensayo en 212 mujeres, que se realizó en Reino Unido y se publicó en 1970, se comparó la fenazocina IM con la petidina.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La certidumbre de la evidencia es muy baja en lo que respecta al uso de la anestesia peridural como intervención adicional.

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que los vómitos podrían ser menos frecuentes con fenazocina (RR 0,39, IC del 95% 0,20-0,78).

En este ensayo no se presentaron otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

En el ensayo no se presentaron resultados fetales/neonatales.

Comparación 2.i. Butorfanol (IM) en comparación con petidina (IM)

En esta comparación se tiene en cuenta un único ensayo en 80 mujeres, que se realizó en Alemania y se publicó en 1978. No está claro si los medicamentos tienen alguna diferencia de efectos en los resultados, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja para todos los resultados presentados.

Comparación 2.j. Fentanilo (IV) en comparación con petidina (IV)

En esta comparación se tuvo en cuenta un único ensayo en 105 mujeres, que se realizó en Estados Unidos y se publicó en 1989. La certidumbre de la evidencia en lo que respecta a la mayoría de los resultados presentados es muy baja.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que las mujeres a las que se administra fentanilo pueden necesitar una dosis de medicación ligeramente superior (DM 0,4 mayor, IC del 95% 0,14-0,66 mayor), pero pueden mostrar una ligera reducción del dolor materno 1 hora después de la administración, en comparación con lo que se observa con la petidina (DM 0,20 menor, IC del 95% 0,34-0,06 menor).

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja indica que la sedación materna podría ser ligeramente menor con el fentanilo (RR 0,05, IC del 95% 0,00-0,82).

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja indica que las puntuaciones neurocomportamentales de los recién nacidos a las 1-2 horas del nacimiento podrían ser mayores si se ha administrado a las madres fentanilo en lugar de petidina (DM 1,30, IC del 95% 0,15-2,45 mayor).

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En el ensayo no se presentaron datos al respecto.

Comparación 2.k. Nalbufina (IV) en comparación con petidina (IV)

En esta comparación se tuvo en cuenta un único ensayo en 28 mujeres, que se realizó en Estados Unidos y se publicó en 1995.

Resultados maternos

Modalidad de parto: La certidumbre de la evidencia es muy baja en lo que respecta a las cesáreas.

En este ensayo no se presentaron datos de otros resultados maternos pertinentes.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: No hubo ningún bebé con un índice Apgar bajo a los 5 minutos.

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En el ensayo no se presentaron datos al respecto.

Comparación 2.l. Fenazocina (IV) en comparación con petidina (IV)

En esta comparación se tuvo en cuenta un único ensayo en 194 mujeres, que se realizó en Estados Unidos y se publicó en 1964. Para todos los resultados presentados, la certidumbre de la evidencia es muy baja o no se registró ningún episodio. No se presentaron datos para la mayoría de los resultados evaluados.

Resultados fetales y neonatales

Muerte perinatal: No se registró ningún caso (evidencia de certidumbre baja).

Comparación 2.m. Butorfanol (IV) en comparación con petidina (IV)

En tres estudios, todos ellos realizados en Estados Unidos y publicados entre los años 1979 y 2005, con un total de 330 mujeres, se comparó el butorfanol IV con la petidina IV.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que las puntuaciones de dolor podrían ser ligeramente inferiores y el alivio del dolor ligeramente mayor en las mujeres del grupo de butorfanol (1 ensayo, 80 mujeres, DM –0,6, IC del 95% –1,02 a –0,18 y DM 0,67, IC del 95% 0,25 a 1,09, respectivamente). La certidumbre de la evidencia es muy baja en lo que respecta al uso de la anestesia peridural o la necesidad de analgesia adicional.

Modalidad de parto: La certidumbre de la evidencia es muy baja en lo que respecta al parto vaginal asistido y a la cesárea.

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja sugiere que los vómitos podrían reducirse con el empleo del butorfanol (1 ensayo, 200 mujeres, RR 0,04, IC del 95% 0,00-0,67).

En estos ensayos no se presentaron datos de otros resultados maternos de interés.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia con respecto al índice Apgar bajo del recién nacido a los 5 minutos es de un grado de certidumbre muy bajo.

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En los ensayos no se presentaron datos al respecto.

Comparación 2.n. Morfina (IV) en comparación con petidina (IV)

En esta comparación se incluyeron datos de dos estudios con un total de 163 mujeres, que se realizaron en Suecia (1996) y Estados Unidos (1961).

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que las mujeres podrían estar ligeramente menos satisfechas con el alivio del dolor obtenido con la morfina (1 ensayo, 141 mujeres, RR 0,87, IC del 95% 0,78-0,98) y que puede ser más probable que necesiten dosis de analgesia adicionales (1 ensayo, 143 mujeres, RR 3,41, IC del 95% 1,90-6,12).

Modalidad de parto: En un estudio en el que participaron 20 mujeres, ninguna necesitó una cesárea.

En estos ensayos no se presentaron datos sobre ninguno de los demás resultados considerados en la directriz.

Comparación 2.o. Alfaprodina (IV) en comparación con petidina (IV)

En un único ensayo de Estados Unidos publicado en 1958 con datos de 395 mujeres, se comparó la alfaprodina IV con la petidina IV.

Resultados maternos

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre moderada indica que los vómitos son menos frecuentes con la alfaprodina (RR 0,38, IC del 95% 0,22-0,66).

En estos ensayos no se presentaron datos de otros resultados maternos de interés.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia relativa a la reanimación neonatal es de un grado de certidumbre muy bajo.

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En el ensayo no se aporta información al respecto.

Comparación 2.p. Pentazocina con analgesia controlada por la paciente (ACP) en comparación con petidina ACP

En esta comparación se tuvo en cuenta un único ensayo de 29 mujeres, que se llevó a cabo en Sudáfrica. La certidumbre de la evidencia es muy baja para todos los resultados presentados.

Comparación 2.q. Remifentanilo ACP en comparación con petidina ACP

En esta comparación se incluyeron tres ensayos realizados en Reino Unido (2 ensayos) y Países Bajos (1) y publicados entre el 2001 y el 2010, con un total de 237 mujeres.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre los grupos en cuanto a las puntuaciones de dolor materno en el trabajo de parto (2 ensayos, 122 mujeres, DM –8,59, IC del 95% –27,61 a 10,44). La evidencia de certidumbre moderada sugiere que el uso de anestesia peridural es inferior con remifentanilo (2 ensayos, 122 mujeres, RR 0,42, IC del 95% 0,20-0,89).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que puede haber poca o ninguna diferencia en lo relativo a los partos vaginales asistidos o las cesáreas (2 ensayos, 97 mujeres, RR 0,96, IC del 95% 0,46-2,00 y RR 1,81, IC del 95% 0,60-5,46, respectivamente).

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre moderada indica que la satisfacción respecto a la experiencia de parto fue levemente mayor con el remifentanilo (1 ensayo, 68 mujeres, DM 1,1, IC del 95% 0,46-1,74).

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre moderada derivada de un único ensayo con un total de 105 mujeres indica que la somnolencia aumenta levemente con el remifentanilo (DM 0,4, IC del 95% 0,14-0,66). La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre los grupos en cuanto a las náuseas y vómitos (2 estudios, 119 mujeres, RR 0,95, IC del 95% 0,61-1,49).

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en cuanto al índice Apgar a los 5 minutos (1 ensayo, 17 lactantes, RR 0,13, IC del 95% 0,01-2,16). La certidumbre de la evidencia es muy baja en lo que respecta a la administración de naloxona. La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en las puntuaciones neurocomportamentales de los recién nacidos a las 2 horas del parto (1 ensayo, 56 recién nacidos, DM 0,6, IC del 95% -0,66 a 1,86).

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En los ensayos no se presentaron resultados al respecto.

Comparación 2.r. Nalbufina ACP en comparación con petidina ACP

En esta comparación se examina un único estudio con un total de 60 mujeres, que se llevó a cabo en Reino Unido y se publicó en 1987.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que las puntuaciones de dolor materno en el trabajo de parto podrían ser algo menores con la nalbufina ACP en comparación con la petidina ACP (DM -0,51, IC del 95% -1,02 a 0). No están claros los efectos comparativos de las intervenciones, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja respecto a todos los resultados presentados.

En este ensayo no se presentaron datos de otros resultados maternos de interés.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: En este ensayo no se presentaron datos respecto a estos resultados.

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En el ensayo no se presentaron datos relativos a estos resultados.

Comparación 2.s. Fentanilo ACP en comparación con petidina ACP

En esta comparación se tuvo en cuenta un único ensayo con datos de 120 mujeres. El estudio se realizó en Países Bajos y se publicó en el 2010.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre las intervenciones en lo que respecta a las puntuaciones de dolor materno (DM -0,65, IC del 95% -1,56 a 0,26). La evidencia de calidad moderada indica que el uso de la anestesia peridural es inferior en las mujeres a las que se administra fentanilo ACP (RR 0,44, IC del 95% 0,21-0,92).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre las intervenciones en lo que respecta al parto vaginal asistido (RR 0,57, IC del 95% 0,22-1,49) o la cesárea (RR 0,25, IC del 95% 0,03-2,34).

Efectos secundarios: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en las puntuaciones de la somnolencia materna (DM -0,16, IC del 95% -0,25 a 0,13) o de los vómitos (RR 0,87, IC del 95% 0,55-1,37).

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja indica poca o ninguna diferencia en las puntuaciones neurocomportamentales de los recién nacidos a las 2 horas del nacimiento (DM 0,5, IC del 95% -1,95 a 0,95).

Resultados neonatales adversos a largo plazo: En el ensayo no se presentaron datos de estos resultados.

Comparación 2.t. Meptazinol ACP en comparación con petidina ACP

Para esta comparación se tiene en cuenta un único estudio realizado en 10 mujeres en Reino Unido. La certidumbre relativa a todos los resultados presentados es muy baja.

Resumen de los resultados principales de la comparación 2

La diamorfina se asocia a un alivio del dolor algo mejor que el obtenido con la petidina y podría asociarse a una menor frecuencia de náuseas y vómitos. El fentanilo podría asociarse a un alivio del dolor algo mejor que el de la petidina, a una menor sedación materna, a un menor uso de la anestesia peridural y a unas puntuaciones neurocomportamentales del recién nacido algo mejores después del nacimiento. El remifentanilo se asocia probablemente a un uso menos frecuente de la anestesia peridural pero también a más somnolencia que la petidina; su uso puede comportar una mayor puntuación de satisfacción respecto a la experiencia de parto. La nalbufina puede producir una menor satisfacción materna respecto al alivio del dolor y una menor puntuación conductual en el recién nacido después del nacimiento; sin embargo, es probable que cause menos náuseas y vómitos que la petidina. La mayor parte de la evidencia sobre otros opioides en comparación con la petidina es de un grado de certidumbre muy bajo.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, muestran cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y en ciertos contextos o situaciones pueden recibir con agrado intervenciones que proporcionan un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se está contemplando la posibilidad de aplicar ciertas intervenciones, las mujeres desearían recibir información acerca de la naturaleza de esas intervenciones y, cuando ello sea posible, que se les brinde la posibilidad de elegir (evidencia de certidumbre alta).

Una revisión sistemática cualitativa en la que se exploraron las experiencias de las mujeres respecto al uso de opioides para el alivio del dolor durante el trabajo de parto tan solo pudo encontrar evidencia con un grado de certidumbre muy bajo *(126)*. Los resultados indican que algunas mujeres parecen valorar el uso de opioides ya que las ayuda a afrontar los dolores del trabajo de parto intensos y difíciles de controlar. Se identificaron respuestas diversas en lo que respecta a si el alivio del dolor fue eficaz o ineficaz y si tuvo una repercusión positiva o negativa en el trabajo de parto y la experiencia de parto.

Consideraciones adicionales

Los datos disponibles para la revisión cualitativa de las experiencias de las mujeres sobre el uso de opioides durante el trabajo de parto fueron muy limitados; se obtuvieron a partir de tan solo tres estudios (2 en países de ingresos altos y 1 en un país de ingresos medianos-altos) *(126)*. Uno de estos estudios contenía datos mínimos que permitieran informar la revisión, y en otro se realizaron entrevistas cualitativas con las mujeres participantes en un ECA de diferentes esquemas de administración de opioides. Todas las participantes fueron mujeres que habían solicitado analgesia.

En los estudios incluidos no fue posible establecer si en las mujeres había habido un uso de aceleración del trabajo de parto, inducción del trabajo de parto u otras formas de intervención que pudieran haber influido en su valoración de los resultados asociados a esta forma de analgesia.

Recursos

No se encontró evidencia relativa al costo o la relación costo-efectividad comparativa de los diferentes analgésicos opioides. Sin embargo, en una revisión de Estados Unidos respecto a la relación costo-efectividad de la anestesia peridural en comparación con la analgesia opioide se observó que la analgesia opioide tenía una relación costo-efectividad más favorable que la de la anestesia peridural, debido a los mayores costos de los profesionales de la salud asociados a la administración peridural, así como a los mayores costos asociados a las complicaciones de la administración *(127)*.

En un estudio holandés publicado en el 2016, la administración de opioides se asoció a un costo unitario de € 15 (cerca de US$ 18) por procedimiento (incluidos los costos de personal) *(130)*.

Consideraciones adicionales

Mientras que en algunos entornos de recursos abundantes los medicamentos opioides parenterales se consideran de costo relativamente bajo, estos medicamentos pueden no ser accesibles en todos los entornos y en algunos PIBM pueden no ser asequibles *(136, 137)*.

Una dosis de petidina o de fentanilo puede tener un costo inferior a US$ 1; el costo del tramadol puede ser de cerca de US$ 1,30; la diamorfina y el meptazinol pueden costar alrededor de los US$ 3 por dosis, y el remifentanilo puede tener un costo de alrededor de US$ 6,50 por dosis. La naloxona (para revertir la depresión respiratoria) cuesta cerca de US$ 6 por dosis.[1]

Equidad

No se encontró evidencia directa en relación con la repercusión del alivio del dolor con cualquier opioide parenteral en la equidad.

[1] Página web del Formulario Nacional Británico: https://bnf.nice.org.uk/:

Cuadro 3.39 Recursos necesarios para la analgesia opioide

Recurso	Descripción
Personal	▲ Generalmente se requiere un médico para prescribir los opioides (esto varía en distintos países; en algunos entornos las parteras también pueden prescribir opioides) ▲ Otros profesionales, como una partera o una enfermera, pueden administrar los opioides
Capacitación	▲ La capacitación habitual de prestadores de atención de salud para administrar los medicamentos; los opioides son bastante fáciles de administrar mediante inyección intravenosa (IV) o intramuscular (IM) ▲ Capacitación para supervisar y controlar los efectos secundarios y las complicaciones
Suministros	▲ Opioide (por ejemplo, petidina), aguja, jeringa, catéter intravenoso (facultativo), solución para la limpieza cutánea ▲ Antieméticos para prevenir o tratar las náuseas y vómitos asociados al tratamiento ▲ Naloxona para revertir la depresión respiratoria en caso necesario ▲ Oxígeno
Equipo e infraestructura	▲ Equipo de reanimación
Tiempo	▲ Unos 2-10 minutos para su obtención, preparación y administración
Supervisión y seguimiento	▲ Supervisión de la administración y seguimiento para detectar posibles efectos secundarios ▲ Método seguro de almacenamiento de los opioides y uso de un registro de dispensación de opioides para evitar el abuso

La evidencia indirecta obtenida en una revisión de los factores que facilitan o dificultan el parto en un centro de salud *(8)* indica que "el descuido y los retrasos en la aplicación de la atención" constituyen probablemente un obstáculo para los partos en un centro de salud (evidencia de certidumbre moderada). Este descuido y los retrasos podrán darse en relación con el control del dolor del trabajo de parto.

La revisión pone de manifiesto también que muchas mujeres de los PIBM tienen temor a las prácticas obstétricas "con las que no están familiarizadas y consideran indeseables", lo cual constituye un obstáculo para los partos en centros de salud (evidencia de certidumbre alta). Para algunas mujeres las inyecciones peridurales y otros tipos de inyecciones pueden representar prácticas con las que no están familiarizadas y que consideran indeseables.

Consideraciones adicionales

Si a las mujeres que solicitan analgesia se les proporciona información al respecto y se les permite elegir entre las opciones farmacológicas y no farmacológicas (incluidas las preferencias tradicionales y culturales), esto podría facilitar el abordaje de las desigualdades en la atención durante el parto, al dar a las mujeres un mayor control sobre su experiencia de parto.

A las mujeres que solicitan analgesia se les debe informar sobre los efectos (deseables e indeseables) de las respectivas opciones farmacológicas disponibles y se las debe capacitar para participar en los procesos de toma de decisión relativos al trabajo de parto y el parto, incluido el control del dolor.

El uso de las otras opciones de analgesia opioide costosas podría tener una repercusión negativa en la equidad si se usan de forma preferente en entornos de recursos abundantes y en grupos poblacionales más favorecidos.

Se ha alegado que el cambio en las actitudes de los profesionales de la salud y de las mujeres acerca del dolor del trabajo de parto y la reducción de la medicalización de las molestias del trabajo de parto podría capacitar a las mujeres para que redescubrieran sus capacidades de dar a luz innatas *(132)*, y es posible que ello tenga una repercusión positiva en la equidad al reducir la medicalización del parto en las mujeres más favorecidas.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al uso de la analgesia opioide *(126)* se observaron opiniones diversas.

Algunas mujeres solicitaron los opioides debido a los dolores del trabajo de parto intensos y difíciles de controlar (evidencia de certidumbre muy baja). Se observó que los opioides eran una forma eficaz (evidencia de certidumbre muy baja) o ineficaz de alivio del dolor (evidencia de certidumbre muy baja). Las mujeres continuaron teniendo dolor debido a que la analgesia fue ineficaz, se administró demasiado tarde o se usó demasiado pronto y su efecto había desaparecido ya (evidencia de certidumbre muy baja).

En algunas mujeres hubo algunas repercusiones negativas fisiológicas (por ejemplo, mareo, distorsión de procesos cognoscitivos, incapacidad de alcanzar un parto fisiológico) y psicológicas (por ejemplo, desilusión) (evidencia de certidumbre muy baja). Sin embargo, otros resultados de la revisión ponen de manifiesto que los opioides aumentaron el disfrute del parto por parte de las mujeres, acortaron y redujeron la intensidad de las contracciones y las ayudaron a alcanzar un parto fisiológico (evidencia de certidumbre muy baja).

Después del uso de opioides, algunas mujeres estaban decepcionadas por haberse basado en exceso en el personal para la administración de la medicación y por una falta de apoyo de cuidadores (evidencia

de certidumbre muy baja). Además, las mujeres no fueron siempre plenamente conscientes de la vía de administración utilizada o de los riesgos del uso de opioides (evidencia de certidumbre muy baja).

En otra revisión en la que se incluyeron las experiencias de los prestadores de atención de salud *(26)*, no se encontró ninguna descripción cualitativa de las opiniones de los profesionales de la salud respecto al uso de opioides.

Consideraciones adicionales

En términos generales, la revisión de la experiencia de las mujeres respecto a las opciones de analgesia *(126)* destaca la falta de evidencia cualitativa de alta calidad. Aunque el grado de certidumbre de la evidencia es muy bajo, la mayoría de los comentarios negativos se centraron en el uso de petidina IM; mientras que las opiniones respecto al fentanilo intranasal y subcutáneo fueron en general mucho más positivas.

En otros estudios se ha sugerido que el contexto de la atención y el tipo de atención proporcionada, así como el profesional de la atención que la presta tienen un efecto potente sobre la necesidad de alivio del dolor del trabajo de parto, y sobre las clases de alternativas que las mujeres eligen en relación con esta necesidad *(138, 139)*.

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al uso de opioides durante el trabajo de parto *(126)*, la falta de eficacia de estos fármacos para aliviar el dolor se atribuyó a veces a una administración tardía (evidencia de certidumbre muy baja), lo cual sugiere la necesidad de un uso más oportuno y juicioso de este método de analgesia.

Consideraciones adicionales

En entornos de escasos recursos, en donde no hay una disponibilidad y uso tan amplios de los opioides, es probable que haya repercusiones económicas, así como necesidad de una capacitación adicional para su uso y para el manejo de los posibles efectos secundarios maternos y fetales.

Es probable que el tipo de opioide usado en diferentes entornos y países se viera influido por el costo de la medicación.

Cuadro 3.40 Resumen de las conclusiones: Diversas analgesias opioides en comparación con la petidina

Efectos deseables	– Desconocido	✓ Variable		– Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	✓ Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	✓ Variable	– Favorable a petidina	– Probablemente favorable a petidina	– No favorable a otro opioide ni a petidina	– Probablemente favorable a otro opioide	– Favorable a otro opioide
Recursos requeridos	– Desconocido	✓ Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	✓ Variable	– Favorable a petidina	– Probablemente favorable a petidina	– No favorable a otro opioide ni a petidina	– Probablemente favorable a otro opioide	– Favorable a otro opioide
Equidad	– Desconocido	✓ Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.14 Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor

RECOMENDACIÓN 21

Se recomiendan técnicas de relajación, como las de relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación de atención plena *(mindfulness)* y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
(Recomendado)

Comentarios

- La mayoría de las mujeres desean alguna forma de alivio del dolor durante el trabajo de parto, y la evidencia cualitativa existente indica que las técnicas de relajación pueden reducir las molestias del trabajo de parto, aliviar el dolor y mejorar la experiencia de parto materna.
- Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que el contexto de atención y el tipo de atención prestada, así como el tipo de profesional de la salud que la presta podrían tener un efecto considerable en la necesidad de alivio del dolor del trabajo de parto y en los tipos de decisiones que toman las mujeres en relación con esta necesidad.
- Las opciones de alivio del dolor no farmacológicas pueden variar mucho dentro de un mismo entorno y en contextos diferentes, y ello podría llevar a preferir otras técnicas que no se contemplan en esta directriz, como la inmersión en agua, el hipnoparto, la acupuntura, y prácticas culturales y tradicionales que pueden tener un efecto tranquilizante en las mujeres.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.14)

La evidencia respecto a las técnicas de relajación para el alivio del dolor en el trabajo de parto deriva de una revisión sistemática Cochrane, realizada con datos de 15 ensayos con un total de 2248 mujeres *(140)*. Los ensayos se realizaron en 10 países: Brasil (2 ensayos), Estados Unidos, Irán (2), Italia (2), Noruega, Reino Unido, Suecia, Taiwán [China], Tailandia (2) y Turquía (2). Las técnicas de relajación evaluadas incluían técnicas generales de relajación (por ejemplo, relajación muscular progresiva, técnicas respiratorias), música, yoga, audioanalgesia (por ejemplo, escuchar sonidos tranquilizantes como el ruido de oleaje durante el trabajo de parto) y capacitación en meditación de atención plena *(mindfulness)*.

Comparación 1: Técnicas generales de relajación en comparación con la atención habitual (sin ninguna técnica de relajación)

En esta comparación se incluyeron datos de ocho ensayos con un total de 1382 mujeres. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios de Brasil e Italia (2 ensayos en cada país) y en Irán, Reino Unido, Suecia y Turquía (1 ensayo en cada país). El tamaño de la muestra en cada uno de los ensayos fue de entre 40 y 1087 mujeres. Los ensayos se publicaron entre el 2000 y el 2017. Las intervenciones incluyeron técnicas de respiración, relajación muscular progresiva y técnicas combinadas de respiración y relajación muscular. La atención habitual no se definió claramente en la mayoría de los ensayos.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que la relajación puede reducir la intensidad del dolor durante la fase latente del trabajo de parto (1 ensayo, 40 mujeres, DM –1,25, IC del 95% –0,53 a –1,97; el dolor se evaluó en una escala de 5 puntos). No está claro si la intensidad del dolor en la fase activa del trabajo de parto se reduce mediante las técnicas de relajación, ya que la certidumbre de la evidencia es muy baja (4 ensayos, 273 mujeres). Para el dolor a lo largo de todo el trabajo de parto, la evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que la relajación produzca pocos o ningún cambio en las percepciones de las mujeres respecto al dolor (1 ensayo, 977 mujeres, DM 0,0, IC del 95% –0,23 a 0,23). La evidencia de certidumbre baja indica que la relajación puede producir pocos o ningún cambio en el uso de una analgesia farmacológica adicional (2 ensayos, 1036 mujeres, RR 0,99, IC del 95% 0,88-1,11). No está claro si la relajación tiene o no algún efecto sobre la satisfacción de las mujeres respecto al alivio del dolor, puesto que la certidumbre de la evidencia es muy baja.

Modalidad de parto: No está claro si las técnicas de relajación tienen o no algún efecto sobre el uso de partos instrumentales o de cesáreas, ya que la evidencia al respecto es de un grado de certidumbre muy bajo.

Duración del trabajo de parto: No está claro si la relajación produce o no algún cambio en la duración del trabajo de parto, porque la evidencia existente es de certidumbre muy baja.

Aceleración del trabajo de parto: No está claro si la relajación produce o no algún cambio en el uso de la

aceleración del trabajo de parto, porque la evidencia existente es de certidumbre muy baja.

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que las técnicas de relajación pueden producir pocos o ningún cambio en la satisfacción general de las mujeres respecto a la experiencia de dar a luz (3 ensayos, 1176 mujeres, DME 0,03, IC del 95% –0,37 a 0,31) o en las puntuaciones de ansiedad percibida (1 ensayo, 140 mujeres, DM 0,3, IC del 95% –4,15 a 4,75). Ninguno de los estudios presentó datos sobre la percepción materna de control respecto al parto.

Efectos adversos, interacción entre madre y bebé, lactancia materna: No se presentaron datos al respecto en ninguno de los ensayos incluidos.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal e ingreso para una atención especial: La evidencia existente respecto a estos resultados es de una certidumbre muy baja.

Resultados en el bebé a largo plazo: En los ensayos no se presentó información al respecto.

Comparación 2: Técnicas de yoga en comparación con un grupo de referencia (sin ninguna técnica de yoga)

En dos ensayos, ambos realizados en Tailandia, con un total de 149 mujeres, se compararon las técnicas de yoga con un grupo de referencia. Los ensayos se publicaron en el 2007 y el 2008. En uno de ellos se utilizaron respiración, canto, educación y posturas; en el otro se usaron tan solo posturas de yoga. En las mujeres de los grupos de referencia se utilizó la atención habitual en uno de los ensayos y se les recomendó que mantuvieran una posición de decúbito supino en el otro.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre baja indica que el yoga puede reducir levemente las puntuaciones de dolor en el trabajo de parto (1 ensayo, 66 mujeres, DM -6,12, IC del 95% –0,47 a –11,7) y puede aumentar ligeramente la satisfacción respecto al alivio del dolor (1 ensayo, 66 mujeres, DM 7,88, IC del 95% 1,51-14,25). No está claro si el yoga tiene o no algún efecto en el uso de analgesia farmacológica porque la certidumbre de la evidencia al respecto es muy baja.

Modalidad de parto: En los ensayos no se aportó información al respecto.

Duración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que es posible que el yoga reduzca la duración del trabajo de parto (1 ensayo, 66 mujeres, DM –139,91 minutos, IC del 95% –27,32 a –252,50).

Aceleración del trabajo de parto: La evidencia relativa a este resultado es de un grado de certidumbre muy bajo.

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que es posible que el yoga mejore levemente las puntuaciones generales de satisfacción de las mujeres respecto al parto (1 ensayo, 66 mujeres, DM 6,34, IC del 95% 0,26-12,42).

Efectos adversos, interacción entre madre y bebé, lactancia materna: No se presentaron datos al respecto en ninguno de los ensayos incluidos.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia relativa a este resultado es de un grado de certidumbre muy bajo.

Ingreso para una atención especial y resultados adversos en el bebé a largo plazo: En los estudios no se presentó información al respecto.

Comparación 3: Música en comparación con la atención habitual (sin música)

En tres ensayos con un total de 241 mujeres se comparó el empleo de la música con un grupo de referencia. Los ensayos se realizaron en entornos hospitalarios en Italia, Taiwán [China] y Turquía. Los tamaños de muestra fueron de entre 58 y 161 mujeres. Los ensayos se publicaron entre el 2010 y el 2014. En los tres estudios se proporcionó una selección de música para el trabajo de parto; en un caso se utilizó un folleto de preparación durante el período prenatal. En los grupos de comparación se utilizó la atención habitual.

Resultados maternos

Alivio del dolor, modalidad de parto, experiencia de parto: La evidencia relativa al alivio del dolor (intensidad del dolor, uso de anestesia peridural), la modalidad de parto (parto vaginal instrumental, cesárea) y la experiencia de parto (ansiedad materna) son de certidumbre muy baja.

Satisfacción y percepción de control por parte de la madre: En estos ensayos no se presentaron datos al respecto.

Duración del trabajo de parto, aceleración del trabajo de parto, efectos adversos, interacción entre madre y bebé, lactancia materna: En estos ensayos no se presentaron datos al respecto.

Resultados fetales y neonatales

Ingreso para una atención especial: La evidencia relativa a este resultado es de una certidumbre muy baja.

Hipoxia-isquemia perinatal y resultados adversos en el bebé a largo plazo: En estos ensayos no se presentaron datos al respecto.

Comparación 4: Audioanalgesia en comparación con un grupo de referencia

En un ensayo realizado en 25 mujeres se comparó la audioanalgesia con un grupo de referencia. El ensayo se realizó en el Reino Unido en 1965. El grupo de intervención escuchó "ruido del mar" a 120 decibelios durante el trabajo de parto; el grupo de referencia escuchó el mismo sonido a 90 decibelios.

Resultados maternos

Alivio del dolor: No está claro si escuchar el sonido del oleaje durante el trabajo de parto tiene o no algún efecto en la satisfacción respecto al alivio del dolor porque la certidumbre de la evidencia existente es muy baja.

En el ensayo no se presentaron datos de otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

En este estudio no se presentaron resultados fetales o neonatales.

Comparación 5: Capacitación en meditación de atención plena *(mindfulness)* en comparación con un grupo de referencia (sin capacitación en meditación de atención plena)

En un ensayo realizado en 30 mujeres se comparó la capacitación en meditación de atención plena con un grupo de referencia. El ensayo se realizó en Estados Unidos y se publicó en el 2017. En el grupo de intervención se realizó un curso de nueve semanas sobre el trabajo de parto y el cuidado de los hijos basado en la meditación de atención plena durante el período prenatal. En el grupo de comparación se realizó un curso prenatal de nueve semanas sin el componente de meditación de atención plena.

Resultados maternos

Alivio del dolor: No está claro si la capacitación en meditación de atención plena tiene o no algún efecto sobre el uso de analgesia farmacológica porque la certidumbre de la evidencia es muy baja. En el ensayo no se presentaron otros resultados relativos al alivio del dolor.

Modalidad de parto: La evidencia relativa al parto vaginal instrumental y la cesárea es de una certidumbre muy baja.

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que es posible que la percepción de control del trabajo de parto de las mujeres mejore con la capacitación en meditación de atención plena (1 ensayo, 26 mujeres, DM 31,3, IC del 95% 1,61-60,99); sin embargo, la evidencia relativa a las puntuaciones de satisfacción es de un grado de certidumbre muy bajo. En este ensayo no se presentaron datos sobre la ansiedad.

Duración del trabajo de parto, aceleración del trabajo de parto, efectos adversos, interacción entre la madre y el bebé, lactancia materna: En este ensayo no se presentaron resultados al respecto.

Resultados fetales y neonatales

En este ensayo no se presentaron resultados fetales o neonatales.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y en ciertos contextos o situaciones pueden recibir con agrado intervenciones que proporcionan un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se está considerando la posible conveniencia de las intervenciones, las mujeres desearían que se les informara sobre su naturaleza y, cuando sea posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta).

En otra revisión de estudios cualitativos relativos a las técnicas para afrontar el dolor del trabajo de parto *(126)*, las mujeres valoraron el alivio proporcionado por las técnicas de relajación (evidencia de certidumbre moderada). Las mujeres que las utilizaron se sintieron relajadas y tuvieron una percepción de control durante el trabajo de parto, fueron capaces de abordar de manera eficaz los dolores del trabajo de parto; y pudieron tener una experiencia de trabajo de parto y parto positiva (evidencia de certidumbre baja). Estos métodos tuvieron también una influencia positiva en el bienestar posnatal (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

Aunque los resultados fueron uniformes en los diversos estudios incluidos en la revisión cualitativa del alivio del dolor, tan solo se encontraron ocho estudios para la revisión cualitativa de la percepción de las mujeres y tan solo tres para la de los profesionales de la salud, y ninguno de esos estudios se realizó en un PIBM. En los estudios incluidos no fue posible establecer si a las mujeres se les había aplicado una aceleración del trabajo de parto, inducción del trabajo de parto u otras formas de intervención que pudieran haber influido en su valoración de los resultados asociados a esta forma de alivio del dolor.

Es probable que el contexto en el que se presta la atención y el tipo de atención proporcionada, así como el profesional de la salud que se encarga de ello, tengan una influencia importante en la necesidad de alivio del dolor durante el trabajo de parto, así como en el tipo de decisión por la que se decantan las mujeres en relación con esta necesidad *(138, 139)*. Por ejemplo, algunos de los resultados relativos a las técnicas de relajación podrían estar relacionados con las relaciones positivas establecidas con los profesionales de la salud o con el acompañamiento durante el parto.

Recursos

No se encontró evidencia relativa a los costos o la relación costo-efectividad de estas intervenciones.

Consideraciones adicionales

Es probable que las técnicas de relajación sean de un costo relativamente bajo, ya que la mayoría de ellas puede realizarlas la propia mujer una vez las ha aprendido, o con el apoyo de un acompañante del parto, mientras que otras requieren una breve dedicación de tiempo y esfuerzo por parte del personal de salud (por ejemplo, intervenciones de música). Los costos de capacitación serían el principal componente de los costos de algunas técnicas de relajación (por ejemplo, técnicas de relajación muscular y técnicas respiratorias), y esta capacitación puede integrarse en las clases de preparación para el parto cuando las haya, o en la capacitación de las doulas o acompañantes del parto.

Cuadro 3.41 Principales recursos necesarios para las técnicas de relajación para el alivio del dolor

Recurso	Descripción
Personal	▲ Partera u otro profesional de la salud (como en la atención habitual)
Capacitación	▲ Capacitación en técnicas de relajación (por ejemplo, incluirlas en la capacitación del profesional de la salud, capacitación de acompañantes del parto o clases de preparación para el parto)
Suministros	▲ Ninguno
Equipo e infraestructura	▲ Varía según la intervención: las intervenciones de música requieren un método de reproducción de la música (por ejemplo, teléfono, reproductor de CD, reproductor MP3, altavoces); para el yoga, espacio suficiente en el suelo para desplegar una alfombra de yoga, etc.
Tiempo	▲ Tiempo para la capacitación: varía según la intervención ▲ Tiempo para la aplicación: varía según la intervención ▲ Algunas de estas intervenciones puede realizarlas la propia mujer o requieren poco tiempo y esfuerzo por parte del personal (por ejemplo, intervenciones de música), mientras que otras podrían requerir un apoyo o respaldo continuo tanto antes como durante el trabajo de parto
Supervisión y seguimiento	▲ No se requiere

Si las técnicas no farmacológicas reducen el uso de técnicas farmacológicas, podrían tener una relación costo-efectividad favorable; sin embargo, no se dispone de evidencia respecto a este efecto.

Equidad

En una revisión cualitativa de las experiencias de las mujeres y de los prestadores de la atención *(26),* en los PIA los profesionales de la salud señalaron que la equidad en el suministro de los tratamientos complementarios se veía comprometida a causa de la escasez de recursos (fondos económicos y tiempo de dedicación de las parteras) (evidencia de certidumbre muy baja). En esta revisión no se encontró evidencia sobre las técnicas de relajación y la equidad obtenida en los PIBM.

Consideraciones adicionales

Si a las mujeres que solicitan un alivio del dolor se les ofrece elegir entre opciones farmacológicas y no farmacológicas, incluidas las preferencias tradicionales y culturales, esto podría ser útil para abordar las desigualdades en la atención durante el parto.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática de estudios cualitativos en los que se exploraron las opiniones de las mujeres sobre el alivio del dolor del trabajo de parto *(126)*, se observó que las técnicas de relajación eran un método aceptable y eficaz de alivio del dolor en PIA (evidencia de certidumbre moderada). Las técnicas de relajación facilitaron un ambiente tranquilo durante el parto y mejoraron la sensación de seguridad, fuerza, control y conexión, lo cual contribuyó a un trabajo de parto y una experiencia de parto positivos (evidencia de certidumbre moderada). Algunas mujeres las usaron también después del nacimiento, para facilitar el bienestar (por ejemplo, técnicas para calmar al bebé o para facilitar el amamantamiento). Los resultados de la revisión indican que las mujeres valoraron el hecho de disponer de diversas técnicas que se les habían enseñado (durante el período prenatal) y que podían adaptar según sus necesidades cambiantes durante el trabajo de parto y el parto (evidencia de certidumbre baja). Las mujeres valoraron también las técnicas como un medio de mejorar la participación de su pareja y de los cuidadores (evidencia de certidumbre baja).

La evidencia relativa a las opiniones de los profesionales de la salud sobre la aplicación de métodos de alivio del dolor, procedente de otra revisión *(26),* tiene un grado de certidumbre muy bajo; sin embargo, indica que algunos profesionales de la salud consideran que las técnicas de relajación aumentan la capacidad de las mujeres de confiar en su cuerpo y fomentan una experiencia de parto positiva. La evidencia obtenida en las respuestas de las parteras entrevistadas sugiere que estas pueden contemplar el uso de terapias complementarias para aplicar la filosofía centrada en la mujer de la partería.

Consideraciones adicionales

Tan solo se encontraron ocho estudios para la revisión cualitativa de las experiencias de las mujeres en cuanto a las opciones de alivio del dolor *(126)* y tres estudios respecto a las opiniones de los profesionales de la salud *(26)*, y ninguno de estos estudios se realizó en un PIBM.

Es posible que los resultados relativos a la aceptabilidad de las técnicas de relajación estén relacionados relacionados con las relaciones positivas y con el acompañamiento en el trabajo de parto y no se deban a las técnicas de relajación en sí. Dos estudios han indicado que el contexto en el que se presta la atención y el tipo de atención proporcionada, así como el profesional de la salud que se encarga de ello, tienen una influencia importante en la necesidad de alivio del dolor durante el trabajo de parto, así como en el tipo de decisión por la que se decantan las mujeres en relación con esta necesidad *(138, 139).*

Viabilidad

En la revisión sistemática cualitativa que incluyó un examen de las opiniones de los profesionales de la salud sobre la aplicación de métodos de alivio del dolor *(26)*, estos profesionales indicaron varios obstáculos para la aplicación de las técnicas de relajación, como la burocracia, la falta de consenso entre los profesionales, la falta de una base de evidencia y la falta de reglamentación y capacitación de quienes aplican los tratamientos complementarios (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

Parece plausible que las técnicas de relajación que pueden proporcionar los acompañantes del trabajo de parto o que puede realizar la propia mujer sean de aplicación más viable en contextos en los que se están realizando ya clases de preparación para el parto, para facilitar la educación sanitaria y la preparación de la madre y para capacitar al acompañante en el parto.

Cuadro 3.42 Resumen de las conclusiones: Técnicas de relajación en comparación con la atención habitual (sin ninguna técnica de relajación)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	✓ Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	- Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable a las técnicas de relajación ni a la atención habitual	✓ Probablemente favorable a las técnicas de relajación	– Favorable a las técnicas de relajación
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	✓ Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable a las técnicas de relajación ni a la atención habitual	– Probablemente favorable a las técnicas de relajación	– Favorable a las técnicas de relajación
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

3.2.15 Técnicas manuales para el tratamiento del dolor

RECOMENDACIÓN 22

Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. *(Recomendado)*

Comentarios

- La mayoría de las mujeres desean alguna forma de alivio farmacológico o no farmacológico del dolor durante el trabajo de parto, y la evidencia cualitativa existente indica que el masaje puede reducir las molestias del trabajo de parto, aliviar el dolor y mejorar la experiencia de parto de la madre.
- Aunque la evidencia cuantitativa y cualitativa existente se refiere en gran parte a los masajes, es poco probable que las compresas tibias puedan ser perjudiciales y para algunas mujeres podrían resultar tranquilizantes.
- Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que el contexto en el que se presta la atención y el tipo de atención proporcionada, así como el profesional de la salud que se encarga de ello, podrían tener una influencia importante en la necesidad de alivio del dolor durante el trabajo de parto, así como en el tipo de decisión por la que se decantan las mujeres en relación con esta necesidad.
- Las opciones no farmacológicas para el alivio del dolor pueden variar mucho en distintos entornos y contextos, y ello podría llevar a preferir otras técnicas que no se contemplan en esta directriz, como la inmersión en agua, el hipnoparto, la acupuntura, y prácticas culturales y tradicionales que pueden tener un efecto tranquilizante en las mujeres.
- Los profesionales de la salud deben comunicar a las mujeres las opciones disponibles para el alivio del dolor en su establecimiento de nacimiento y tratar las ventajas y desventajas de estas opciones como parte de la atención prenatal.
- Los profesionales de la salud deben informar a las mujeres que, si bien es poco probable que las técnicas manuales para el alivio del dolor sean perjudiciales, la certidumbre de la evidencia respecto a sus efectos beneficiosos es muy baja.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.2.15)

Esta evidencia deriva de una revisión sistemática Cochrane *(141)*, en la que se incluyeron 12 estudios con un total de 1024 mujeres. Los ensayos se realizaron en Australia, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Irán (6 ensayos), Reino Unido y Taiwán [China]. Los ensayos se publicaron entre el 2002 y el 2016.

Comparación 1: Técnicas del masaje en comparación con la atención habitual (sin ningún masaje)

En ocho ensayos con un total de 671 mujeres se comparó el masaje con la atención habitual. Los ensayos se realizaron en clínicas prenatales u hospitales de Australia, Brasil, Canadá, Irán (3 ensayos), Reino Unido y Taiwán. El tamaño de la muestra en cada uno de los ensayos fue de entre 46 y 176 mujeres; en siete ensayos se incluyó a 100 mujeres o menos. El masaje lo aplicó el acompañante del parto en tres ensayos (326 mujeres); en dos de ellos hubo una capacitación prenatal de los acompañantes. En tres ensayos el masaje lo aplicaron profesionales con capacitación para ello (185 mujeres), en uno lo realizaron estudiantes de partería (100 mujeres), y en otro no se informó claramente quién realizaba el masaje (60 mujeres). No se describió bien la atención habitual utilizada.

Resultados maternos

Alivio del dolor: La evidencia de certidumbre moderada indica que las puntuaciones del dolor en el período de dilatación se reducen probablemente con el masaje en comparación con la atención habitual (6 ensayos, 362 mujeres, DME –0,81, IC del 95% –1,06 a –0,56). La evidencia respecto a las puntuaciones del dolor en el período expulsivo y el uso de analgesia farmacológica fue de un grado de certidumbre muy bajo.

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que el masaje puede producir pocos o ningún cambio en el uso de partos vaginales instrumentales (4 estudios, 368 mujeres, RR 0,71, IC del 95% 0,44-1,13) y de cesáreas (6 estudios, 514 mujeres, RR 0,75, IC del 95% 0,51-1,09).

Duración del trabajo de parto: Esta evidencia es de un grado de certidumbre muy bajo.

Aceleración del trabajo de parto: Esta evidencia es de un grado de certidumbre muy bajo.

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que es posible que aumente el número de mujeres que refieren una satisfacción sobre su experiencia de parto si se les han aplicado masajes (1 ensayo, 60 mujeres, RR 1,90, IC del 95% 1,07-3,38). La evidencia relativa a las puntuaciones de satisfacción fue de certidumbre muy baja. La percepción de control respecto al parto se evaluó en los dos estudios con el empleo de métodos de

medición diferentes: la evidencia de certidumbre moderada de uno de los ensayos indica que las puntuaciones de percepción de control aumentaron en las mujeres a las que se aplicó un masaje (1 ensayo, 124 mujeres, DM 14,05, IC del 95% 3,77-24,33); y la evidencia de certidumbre baja del otro ensayo indica también que las puntuaciones de la percepción de control respecto al parto podrían ser algo mejores en el grupo en el que se aplicó el masaje (1 ensayo, 56 mujeres, DM –6,10, IC del 95% –11,68 a –0,52). La evidencia de certidumbre baja indica que las puntuaciones de ansiedad podrían reducirse en las mujeres a las que se aplica un masaje (1 ensayo, 60 mujeres, DM –16,27, IC del 95% –27,03 a –5,51).

Lactancia materna: En los ensayos no se aportó información al respecto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja indica que el masaje puede producir pocos o ningún cambio en el índice Apgar bajo (< 7) a los 5 minutos (2 ensayos, 215 lactantes, RR 0,72, IC del 95% 0,17-3,14).

Efectos adversos: La evidencia de certidumbre baja indica que cuando se aplican masajes a las madres, puede haber menos bebés que requieran reanimación (2 ensayos, 231 lactantes, RR 0,43, IC del 95% 0,23-0,79). La evidencia de certidumbre baja indica que el masaje puede producir pocos o ningún cambio en el riesgo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales (2 ensayos, 231 lactantes, RR 0,71, IC del 95% 0,31-1,62).

Resultados adversos en el bebé a largo plazo: Los ensayos no aportan información al respecto.

Comparación 2: Compresas tibias en comparación con la atención habitual (sin uso de compresas tibias)

En tres ensayos con un total de 252 se comparó la aplicación de compresas tibias con la atención habitual.

Los tres ensayos se realizaron en hospitales de Irán y tuvieron lugar entre el 2009 y el 2013. En dos de los ensayos (192 mujeres) las compresas tibias se aplicaron en la región lumbosacra y el abdomen de las mujeres en el período de dilatación, y en el perineo en el período expulsivo. En el otro ensayo, las compresas tibias se aplicaron en la zona sacra y perineal durante al menos 30 minutos; no estaba claro en qué etapa del trabajo de parto se aplicó la intervención.

Resultados maternos

Alivio del dolor (puntuación del dolor) durante el trabajo de parto, duración del trabajo de parto: La evidencia relativa a estos resultados, al utilizar toallas o compresas tibias, es de un grado de certidumbre muy bajo.

En estos ensayos no se presentaron datos sobre otros resultados maternos.

Resultados fetales y neonatales

En los ensayos no se presentó información relativa a estos resultados.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del trabajo de parto (evidencia de certidumbre alta) y en ciertos contextos o situaciones pueden recibir con agrado intervenciones que proporcionan un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se está considerando la posible conveniencia de las intervenciones, las mujeres desearían que se les informara sobre su naturaleza y, cuando sea posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta).

En otra revisión de estudios cualitativos relativos a las técnicas para afrontar el dolor del trabajo de parto *(126)*, se observó que las mujeres valoraban las técnicas del masaje como una forma de alivio del dolor cuando dichas técnicas les permitían relajarse y tranquilizarse, así como conservar el control respecto al parto (evidencia de certidumbre baja). También se observaron efectos beneficiosos en cuanto al bienestar general de las mujeres, como sentirse seguras, tranquilas y menos ansiosas, (evidencia de certidumbre baja). Sin embargo, mientras que algunas mujeres consideraron que el masaje les permitía controlar de manera eficaz el dolor del trabajo de parto (evidencia de certidumbre baja), otras consideraron que no era eficaz (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

Los resultados fueron uniformes en los diversos estudios de la revisión cualitativa, pero tan solo se encontraron cuatro estudios, ninguno de los cuales se había realizado en un PIBM *(126)*.

En los estudios incluidos no fue posible establecer si a las mujeres se les había aplicado una aceleración del trabajo de parto, una inducción del trabajo de parto u otras formas de intervención que pudieran haber influido en su valoración de los resultados asociados a esta forma de alivio del dolor.

Recursos

No se encontró evidencia alguna respecto a los costos o la relación costo-efectividad de estas intervenciones para el alivio del dolor del trabajo de parto. Sin embargo, la evidencia indirecta aportada por una revisión de la relación costo-efectividad de los tratamientos complementarios en una amplia gama de trastornos (no relacionados con el embarazo) indicó que estaba apareciendo nueva evidencia sobre la relación costo-efectividad favorable y la posible reducción de costos con diversos tratamientos y en distintos grupos clínicos *(142)*. La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión se referían al uso de prácticas corporales o de manipulación para el tratamiento del dolor de espalda.

Consideraciones adicionales

Las técnicas manuales podrían ser intervenciones de un costo relativamente bajo si las aplica un acompañante del parto. En tal caso, los costos de

Cuadro 3.43 Principales recursos necesarios para las técnicas manuales para el alivio del dolor

Recurso	Descripción
Personal	▲ Partera u otro profesional de la salud (como en la atención habitual)
Capacitación	▲ Capacitación de profesionales de la salud o acompañantes del parto para la aplicación de técnicas manuales (en el caso del acompañante del trabajo de parto, esto podría incluirse en las clases de preparación para el parto)
Suministros	▲ Loción, aceite para masaje, toallas limpias
Equipo e infraestructura	▲ Acceso a agua templada
Tiempo	▲ Tiempo para la capacitación: varía, según la intervención ▲ Tiempo para la aplicación: aplicación intermitente a lo largo del trabajo de parto
Supervisión y seguimiento	▲ No se requiere

capacitación serían el componente principal de los costos, que podría integrarse en las clases de preparación para el parto cuando las haya o a la capacitación de doulas/acompañantes del parto. Sin embargo, el costo del masaje aplicado por terapeutas especializados en ello podría ser relativamente elevado, según la ubicación y el entorno.

Si las técnicas no farmacológicas reducen el uso de técnicas farmacológicas, podrían tener una relación costo-efectividad favorable; sin embargo, no hay evidencia respecto a este efecto.

Equidad

En una revisión sistemática cualitativa en la que se incluyeron las opiniones de los prestadores de la atención *(26)*, en los PIA los profesionales de la salud señalaron que la equidad en el suministro de los tratamientos complementarios se veía comprometida a causa de la escasez de recursos (fondos económicos y tiempo de dedicación de las parteras) (evidencia de certidumbre muy baja). En esta revisión no se encontró ninguna evidencia sobre las técnicas manuales y la equidad obtenida en PIBM.

Consideraciones adicionales

Si a las mujeres que solicitan un alivio del dolor se les ofrece elegir entre opciones farmacológicas y no farmacológicas, incluidas las preferencias tradicionales y culturales, esto podría ser útil para abordar las desigualdades en la atención durante el parto.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática de estudios cualitativos en los que se exploraron las opiniones de las mujeres sobre el alivio del dolor del trabajo de parto, se observó que la capacitación en las técnicas del masaje mejoró la participación de los acompañantes del parto (evidencia de certidumbre baja), mientras que el masaje aplicado por las parteras mejoró la relación entre madre y partera y la percepción de las mujeres de sentirse atendidas (evidencia de certidumbre baja) *(126)*.

En otra revisión sistemática cualitativa en la que se incluyeron las opiniones de los profesionales de la salud sobre la aplicación de métodos de alivio del dolor, la evidencia indica que algunos profesionales de la salud creen que las técnicas del masaje aumentan las posibilidades de que haya una experiencia de parto positiva (evidencia de certidumbre muy baja) *(26)*. Las parteras entrevistadas opinaron que los tratamientos complementarios fueron una alternativa a la analgesia farmacológica bien valorada y que era coherente con la filosofía centrada en la mujer de la partería, que valora y facilita la participación activa de cada mujer en su propio trabajo de parto y parto (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

Los resultados de una revisión cualitativa de las opiniones de las mujeres y de los profesionales de la salud *(26, 126)* se basaron únicamente en estudios realizados en PIA.

Es posible que los resultados de aceptabilidad del masaje pudieran estar relacionados con las relaciones positivas y el acompañamiento en el trabajo de parto, y no se debieran al masaje en sí. Dos estudios han indicado que el contexto en el que se presta la atención y el tipo de atención proporcionada, así como el profesional de la salud que se encarga de ello, tienen una influencia importante en la necesidad de alivio del dolor durante el trabajo de parto, así como en el tipo de decisión por la que se decantan las mujeres en relación con esta necesidad *(138, 139)*.

Viabilidad

En la revisión sistemática cualitativa que exploró los criterios de los profesionales de la salud sobre la aplicación de métodos de alivio del dolor *(26)*, estos profesionales indicaron que los obstáculos para la aplicación del masaje o de otras técnicas manuales eran entre otros la burocracia, la falta de consenso entre los profesionales, la falta de una base de evidencia y la falta de una reglamentación y capacitación de quienes aplican el tratamiento complementario (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

Parece plausible que el uso de las técnicas manuales que pueden aplicar los acompañantes del parto sea más viable en entornos en los que se realizan ya clases de preparación para el parto, con objeto de facilitar la educación/preparación de las madres y la capacitación de acompañantes del parto.

Cuadro 3.44 Resumen de las conclusiones: Técnicas[1] manuales en comparación con la atención habitual (sin ninguna técnica manual)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	✓ Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable a las técnicas manuales ni a la atención habitual	✓ Probablemente favorable a las técnicas manuales	– Favorable a las técnicas manuales
Recursos requeridos	– Desconocido	✓ Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	✓ Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable a las técnicas manuales ni a la atención habitual	– Probablemente favorable a las técnicas manuales	– Favorable a las técnicas manuales
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.2.16 Alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto

RECOMENDACIÓN 23

No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (*46*), en las que el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de muy baja calidad.
- El GDG señaló que no hay evidencia clara que indique que ninguna forma de alivio del dolor se asocie a una reducción de la duración del trabajo de parto o de la frecuencia de uso de la aceleración del trabajo de parto.
- El GDG reconoció que el alivio del dolor puede no reducir necesariamente la necesidad de aceleración del trabajo de parto, pero aporta otros beneficios sustanciales que hacen que sea un componente esencial de la buena atención durante el parto.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

[1] También se evaluaron las compresas tibias, pero la mayor parte de la evidencia cuantitativa y cualitativa corresponde al masaje.

3.2.17 Líquidos y alimentos por vía oral

RECOMENDACIÓN 24

Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda el uso de líquidos por vía oral y la ingesta de alimentos durante el parto. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de muy baja calidad.
- Dado que la restricción del consumo de líquidos y alimentos por vía oral no aporta ningún efecto beneficioso respecto a resultados clínicos importantes, incluido el uso de la aceleración del trabajo de parto, el GDG resalta el respeto a los deseos de la mujer y, por consiguiente, estableció una recomendación positiva.
- El GDG señaló que no se registró ningún caso de síndrome de Mendelson (inhalación de alimentos y líquidos del estómago a los pulmones durante la anestesia general), que es el problema de seguridad más importante por el que se limitaba la ingesta oral durante el trabajo de parto, en más de 3000 mujeres que participaron en los ensayos incluidos en la revisión sistemática.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.18 Movilidad y posición de la madre

RECOMENDACIÓN 25

Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación firme basada en una evidencia de muy baja calidad.
- Aunque la evidencia no indica que la movilidad y posición vertical en el trabajo de parto reduzcan el uso de la aceleración con oxitocina, el GDG hizo hincapié en los beneficios clínicos derivados de la reducción de las cesáreas.
- El GDG señaló que en muchos entornos son frecuentes las prácticas tradicionales de mantenerse en reposo en cama para todas las mujeres en trabajo de parto, en lugar de permitir a las mujeres decidirlo basándose en su conocimiento de los beneficios aportados por la movilidad y la posición vertical. El GDG hace énfasis en proporcionar a las mujeres la posibilidad de elección de una intervención que es beneficiosa, barata y fácil de aplicar, y por consiguiente, estableció una recomendación firme para esta intervención.
- Esta recomendación debe informar y respaldar las decisiones de las mujeres respecto a la posición a adoptar durante el período de dilatación del trabajo de parto.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.19 Limpieza vaginal

RECOMENDACIÓN 26

No se recomienda la irrigación vaginal de rutina con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir infecciones. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto *(114)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación firme basada en una evidencia de calidad moderada.
- Esta recomendación se basó en la ausencia de un beneficio clínico para el recién nacido y no en el posible efecto de la intervención en la morbilidad infecciosa materna por estreptococos del grupo B (GBS).
- El GDG reconoció las considerables diferencias existentes en las políticas relativas al tamizaje para identificar la colonización por el GBS en las embarazadas. Por consiguiente, el grupo de expertos se mostró de acuerdo en que esta recomendación debía aplicarse en el contexto de la política y la orientación locales sobre el tamizaje de la colonización por el GBS.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen a la que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.2.20 Manejo activo del trabajo de parto

RECOMENDACIÓN 27

No se recomienda aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de baja calidad.
- El GDG se mostró de acuerdo en que este conjunto de intervenciones aporta posibles beneficios en cuanto a la reducción de la duración del trabajo de parto y la tasa de posibles cesáreas. Sin embargo, el grupo no respaldó esta recomendación ya que consideró que el planteamiento era sumamente prescriptivo e intervencionista y podría socavar los derechos de las mujeres, la capacidad de decisión y la autonomía de las receptoras de la atención. Además, se considera que la intervención es un conjunto de cuidados complejo que plantea una demanda considerable de recursos sanitarios, que puede no resultar viable en muchos entornos. El GDG decidió no recomendar el conjunto de cuidados porque los beneficios clínicos descritos no compensan de forma clara estas otras consideraciones.
- El GDG señaló también que la atención continua individualizada es el único componente del conjunto que ha demostrado resultar beneficioso, y es probable que sea el componente responsable de los efectos beneficiosos atribuidos al conjunto. El apoyo continuo durante el trabajo de parto como intervención independiente se recomienda en las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.21 Amniotomía de rutina

RECOMENDACIÓN 28

No se recomienda el uso aislado de la amniotomía para prevenir el retraso en el trabajo de parto. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de muy baja calidad.
- El GDG señaló que, a pesar del uso frecuente de la amniotomía para la prevención del retraso del trabajo de parto en la práctica clínica, no hay una evidencia clara que indique que los posibles beneficios son superiores a los posibles efectos nocivos.
- Dado que una amniotomía temprana puede aumentar el riesgo de transmisión perinatal del VIH, esta recomendación podría respaldarse en entornos en los que la infección por el VIH tiene una prevalencia elevada y las mujeres pueden acudir en trabajo de parto sin que se conozca la posible presencia del VIH.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.22 Amniotomía temprana y oxitocina

RECOMENDACIÓN 29

No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de muy baja calidad.
- El GDG señaló que la reducción variable de la duración del período de dilatación del trabajo de parto no justifica por sí sola la intervención, dado que no se observaron diferencias sustanciales en otros resultados clínicos importantes.
- El GDG señaló la existencia de un solapamiento sustancial entre esa intervención y los demás componentes del manejo activo del trabajo de parto, y consideró que era también sumamente prescriptiva e intervencionista. Al igual que para el paquete del manejo activo del trabajo de parto, el grupo de expertos hizo mucho hincapié en su potencial para socavar los derechos de las mujeres, su capacidad de decisión y su autonomía como receptoras de la atención, y por consiguiente no recomendó la intervención. Además, la intervención no se considera viable en muchos entornos, puesto que requiere recursos considerables de atención de salud para su aplicación.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.23 Oxitocina para mujeres con anestesia peridural

RECOMENDACIÓN 30

No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de baja calidad.
- La aceleración del trabajo de parto con oxitocina debe aplicarse cuando se indica como tratamiento del retraso confirmado del progreso del trabajo de parto en las mujeres a las que se aplica una anestesia peridural.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.24 Antiespasmódicos

RECOMENDACIÓN 31

No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación condicional basada en una evidencia de muy baja calidad.
- El GDG señaló que los datos disponibles eran demasiado heterogéneos con respecto a las participantes y las intervenciones como para permitir una aplicabilidad amplia de los resultados. El acortamiento de la duración del período de dilatación en una hora se consideró clínicamente intrascendente, puesto que no se tradujo en una mejora de otros resultados fundamentales en la madre ni en el bebé. El GDG asignó un gran valor a las cuestiones relativas a la seguridad, que se presentaban de un modo deficiente, y optó por no recomendar esta práctica mientras no se disponga de nueva información que demuestre el beneficio clínico con un riesgo mínimo.
- El GDG considera que determinar la eficacia del uso de antiespasmódicos para el tratamiento del retraso del trabajo de parto es una prioridad de investigación.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.2.25 Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto

RECOMENDACIÓN 32

No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto *(46)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que era una recomendación categórica basada en la evidencia de muy baja calidad.
- El GDG no recomendó esta intervención ya que no hay una evidencia clara de que los beneficios superen a los efectos nocivos. El grupo de expertos señaló que podría acentuar el riesgo de sobrecarga de líquidos en la madre, en especial cuando surge la indicación de una infusión de oxitocina intravenosa durante el trabajo de parto.
- El GDG se mostró de acuerdo en que debe alentarse a las mujeres de bajo riesgo a que beban líquidos durante el trabajo de parto.
- El GDG reconoció que los líquidos intravenosos (IV) pueden resultar necesarios para otras indicaciones y para una atención de apoyo en el trabajo de parto incluso en las mujeres de bajo riesgo.
- El GDG hizo hincapié en el uso generalizado e innecesario de una administración sistemática de líquidos intravenosos para todas las mujeres en el trabajo de parto y en muchos centros de atención de salud en entornos de ingresos medios, bajos y altos, lo cual eleva los costos, tiene una repercusión considerable en el uso de recursos y reduce la movilidad de las mujeres. En consecuencia, estableció una recomendación firme en contra de esta intervención.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

3.3 Período expulsivo

3.3.1 Definición y duración del período expulsivo

RECOMENDACIÓN 33

Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo.

— **El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas.** *(Recomendado)*

— **Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. En los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, en tanto que en los partos subsecuentes, el nacimiento se completa por lo general en 2 horas.** *(Recomendado)*

Comentarios

- La descripción del inicio del período expulsivo basada en la investigación es una ciencia inexacta y a menudo no se conoce bien el inicio del período expulsivo del trabajo de parto en la práctica clínica. Una mujer puede sentir la necesidad de hacer presión antes de la dilatación completa o puede no sentirla todavía cuando se diagnostica una dilatación ya completa. Si en el tacto vaginal se identifica una dilatación completa, continúa sin estar claro durante cuánto tiempo ha estado presente ya esta situación.
- El traslado de la sala de preparto a una sala de parto específica al comienzo del período expulsivo podría resultar desagradable para la mujer y es innecesario cuando el trabajo de parto está progresando normalmente.
- Las parteras deben ser conscientes de que una mujer puede sentir la necesidad de pujar cuando la dilatación del cuello uterino no ha alcanzado aun los 10 cm.
- La decisión de reducir el período expulsivo del trabajo de parto debe basarse en la vigilancia del estado de la madre y el feto y en la progresión del trabajo de parto. Cuando el estado de la mujer es satisfactorio, el estado del feto es bueno y hay signos de progresión en el descenso de la cabeza fetal, no hay motivo para una intervención. Sin embargo, cuando el período expulsivo se prolonga más allá de las duraciones ordinarias antes mencionadas, la probabilidad de un parto espontáneo en un tiempo razonable se reduce, y debe contemplarse la posibilidad de una intervención para acelerar el parto.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Duración del período expulsivo

La evidencia procedió de una revisión sistemática de 37 estudios en los que se evaluó la duración del trabajo de parto en mujeres con bajo riesgo con unos resultados perinatales normales *(52)*. La misma revisión aportó también una evidencia respecto a la duración del período de dilatación del trabajo de parto. Los estudios incluidos se llevaron a cabo en 17 países de ingresos bajos, medianos y altos (Alemania, China, Colombia, Croacia, Egipto, Finlandia, Israel, Japón, Myanmar, Nigeria, Noruega, Reino Unido, República de Corea, Taiwán [China], Uganda, Estados Unidos y Zambia), con un total de más de 200.000 mujeres de diferentes orígenes étnicos y posiciones socioeconómicas. Los ensayos se publicaron entre los años 1960 y 2016. En 21 de los estudios incluidos se presentaron datos sobre la duración del período expulsivo en mujeres nulíparas y en 17 se incluyeron datos relativos a mujeres no nulíparas. Las intervenciones en el trabajo de parto, como la anestesia peridural y el parto vaginal instrumental, que podrían influir en la duración del período expulsivo del trabajo de parto, mostraron grandes diferencias en los diversos estudios.

En 13 de los estudios en los que se presentaron datos de mujeres nulíparas, no se usó anestesia peridural; y en cinco no se informó sobre el empleo de esta técnica. En un estudio se subdividió la población nulípara según el uso de la anestesia peridural (grupos con un 0% y un 100% de uso de anestesia peridural), mientras que en otros tres estudios se indicó que el uso de anestesia peridural fue de un 4,1%, 42,9% y 48,0% de la población estudiada, respectivamente. Once de los estudios no definieron claramente el punto de partida de referencia para el período expulsivo, mientras que en los demás se definió como una dilatación del cuello uterino de 10 cm o la percepción de necesidad de pujar por parte de la mujer. Estos estudios no se analizaron de manera combinada debido a la heterogeneidad existente en las características de la población, las intervenciones y las definiciones del inicio del período expulsivo.

Período expulsivo en mujeres nulíparas: Tal como se muestra en el cuadro 3.45, la evidencia de certidumbre moderada procedente de cuatro estudios indica que la mediana de duración del período expulsivo fue de 14-66 minutos (0,2-1,1 horas), con un umbral de centil 95 de 65-138

minutos (1,1-2,3 horas). Los dos estudios con uso de anestesia peridural en un 48% y 100% en este grupo indicaron una duración más prolongada (mediana de 53-66 minutos [0,9-1,1 horas] y un centil 95 de 138-216 minutos [2,3-3,6 horas]).

La evidencia de certidumbre baja de 17 estudios en los que se presentó la duración del período expulsivo con la media y la desviación estándar indicó una media de duración de 20-116 minutos (0,3-1,9 horas), con un límite estadístico ("máximo") estimado de 78-216 minutos (1,3-3,6 horas). Dos estudios describieron el uso de la anestesia peridural. En un ensayo se utilizó en un 42,9% de los casos y la media de duración fue de 20 minutos (0,3 horas) con un centil 95 de 60 minutos (1 hora). En el otro ensayo, con un uso de anestesia peridural en el 4,1% de las mujeres, la media de duración fue de 40 minutos (0,7 horas) y no se indicaron los límites estadísticos.

Período expulsivo en mujeres no nulíparas: La evidencia de certidumbre baja procedente de dos estudios en los que se presentaron por separado los datos para mujeres de paridad 1 y de paridad superior a 1, indicó una mediana de duración del período expulsivo de 6-12 minutos (0,1-0,2 horas), con un umbral del centil 95 de 58-76 minutos (1,0-1,3 horas) (cuadro 3.45). La subpoblación de mujeres con un 100% de uso de anestesia peridural en uno de estos estudios tuvo una mediana de duración superior (18-24 minutos [0,3-0,4 horas]) y un centil 95 más elevado (96-120 minutos [1,6-2,0 horas]).

La evidencia de certidumbre baja procedente de 15 estudios en los que los datos se presentaron en forma de media indica una media de duración del período expulsivo de entre 6 y 30 minutos (0,1-0,5 horas) y un límite estadístico ("máximo") estimado de 16-78 minutos (0,3-1,3 horas). En ocho de los estudios no se utilizó anestesia peridural; en seis no se aportó información al respecto, y el uso de la anestesia peridural fue del 2,4%, 4,3% y 9,5% en las mujeres de tres de los estudios. Tan solo en cuatro de estos estudios se indicó claramente el punto de partida de referencia para el período expulsivo.

Un análisis de sensibilidad con la exclusión de las intervenciones aplicadas en el período expulsivo revela también una amplitud similar en el intervalo de valores. Este análisis indica que las mujeres nulíparas pueden completar satisfactoriamente el período expulsivo en un plazo de 20-78 minutos, con unos límites estadísticos de 60 a 174 minutos (1,0-2,5 horas). En las mujeres no nulíparas, la duración del período expulsivo es menor, de 6 a 30 minutos (0,1-0,5 horas), con unos valores estimados del límite superior de entre 16 y 78 minutos (0,3 a 1,3 horas).

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideran importante durante el parto *(23)* indican que la mayoría de ellas desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención médica.

Consideraciones adicionales

Las mujeres atribuyen en general un gran valor a la duración total del trabajo de parto, aunque la importancia relativa de lo largo o corto que pueda ser el trabajo de parto depende del contexto. La evidencia obtenida en otros estudios indica que en las mujeres es menos probable (que en los profesionales de la salud) la identificación de fases del trabajo de parto bien definidas y sujetas a una cronología determinada *(54)* y que su capacidad de afrontarlo es más probable que dependa de diversos factores interrelacionados, como el grado de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido *(55)*.

Recursos

En la revisión no se encontró evidencia referente a las necesidades de recursos en relación con la duración del período expulsivo del trabajo de parto.

Consideraciones adicionales

La aplicación de unos límites de la duración del período expulsivo basados en los respectivos umbrales del centil 95 como valores de referencia para identificar una prolongación indebida del período expulsivo podría tener una relación costo-efectividad favorable, puesto que tiene el potencial de reducir el uso de intervenciones destinadas a acelerar el parto, en especial el parto vaginal instrumental y la cesárea. Sin embargo, también podría aumentar los costos asociados a una atención de apoyo más prolongada.

En determinados entornos de países de ingresos medianos o altos, en los que todas las mujeres son atendidas por médicos en el parto, el uso de límites para la duración del período expulsivo del trabajo de parto basados en los umbrales del centil 95 para pasar a intervenir en el parto puede conducir, probablemente, a un aumento del uso de recursos de atención de salud.

Equidad

No se encontró evidencia sobre las repercusiones en la equidad.

Consideraciones adicionales

Una indicación importante para la cesárea en el período expulsivo es que este sea prolongado, partiendo de la expectativa de que el período expulsivo no debe durar más de 1 hora. Sin embargo, la cesárea es una intervención en cuya aplicación hay muy poca equidad (especialmente cuando se usa sin una indicación médica clara), ya que es improbable que se aplique de manera inmediata en mujeres desfavorecidas de entornos con recursos limitados. La aplicación de un límite superior seguro en todas las mujeres tiene el potencial de reducir la inequidad asociada a la sobremedicalización del parto.

Aceptabilidad

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que era importante para las mujeres durante el trabajo de parto y el parto *(23)* indican que la mayoría de las embarazadas preferirían un trabajo de parto más

Table 3.45 Duración del período expulsivo en las mujeres nulíparas y no nulíparas

MUJERES NULÍPARAS						
Estudio	N	Anestesia peridural (%)	Puntos de referencia	Mediana de duración (minutos)	Centil 5 (minutos)	Centil 95 (minutos)
Paterson 1992 *(143)*	8 270	0,0	10 cm o necesidad de pujar	45	NI	NI
Oladapo 2018 *(62)*	2 166	0,0	10 cm a nacimiento	14	3.0	65
Zhang 2002 *(18)*	1 162	48	10 cm a nacimiento	53	18	138[a]
Zhang 2010 *(16)*	21 524	100	10 cm a nacimiento	66	NI	216
Zhang 2010 *(16)*	4 100	0,0	10 cm a nacimiento	36	NI	168
				Media de duración (minutos)	DE (minutos)	+2DE (minutos)
Abdel-Aleem 1991 *(144)*	175	0,0	No definido	43	24	91*
Albers 1996 *(63)*	347	NI	10 cm a nacimiento	53	47	147
Albers 1999 *(64)*	806	0,0	10 cm a nacimiento	54	46	146
Chen 1986 *(145)*	500	0,0	No definido	43	NR	NI
Diegmann 2000 (mujereas afroamericanas) *(146)*	373	0,0	10 cm a nacimiento	32	23	78[a]
Diegmann 2000 (mujeres de Puerto Rico) *(146)*	157	0,0	10 cm a nacimiento	44	33	110[a]
Dior 2013 *(147)*	12 631	NI	No definido	78	NI	NI
Duignan 1975 *(148)*	437	0,0	10 cm o necesidad de pujar	42	NI	NI
Jones 2003 *(65)*	120	0,0	No definido	54	43	140[a]
Juntunen 1994 *(58)*	42	42,9	No definido	20	20	60[a]*
Kilpatrick 1989 *(67)*	2 032	0,0	10 cm a nacimiento	54	39	132[a]
Lee 2007 *(68)*	66	0,0	No definido	54	34	122[a]
Schiff 1998 *(66)*	69	NI	10 cm a nacimiento	66	36	138[a]
Schorn 1993 *(69)*	18	NI	No definido	66	54	174
Shi 2016 *(149)*	1 091	NI	No definido	116	50	216
Studd 1973 *(150)*	176	0,0	No definido	46	NI	NI
Studd 1975 *(151)*	194	4,1	No definido	40	NI	NI
Wusteman 2003 *(152)*	66	0,0	No definido	36	5	46
MUJERES NO NULÍPARAS						
Estudio	N	Anestesia peridural (%)	Puntos de referencia	Mediana de duración (minutos)	Centil 5 (minutos)	Centil 95 (minutos)
Oladapo 2018 (P = 1) *(62)*	1 488	0,1	10 cm a nacimiento	11	2	65
Oladapo 2018 (P = 2+) *(62)*	1 952	0,0	10 cm a nacimiento	11	2	58
Zhang 2010 (P = 1) *(16)*	12 649	100	10 cm a nacimiento	24	NI	120
Zhang 2010 (P = 1) *(16)*	4 106	0	10 cm a nacimiento	12	NI	76
Zhang 2010 (P = 2+) *(16)*	12 218	100	10 cm a nacimiento	18	NI	96
Zhang 2010 (P = 2+) *(16)*	4 001	0	10 cm a nacimiento	6	NR	66

				Media de duración (minutos)	DE (minutos)	+2DE (minutos)
Abdel-Aleem 1991 *(144)*	372	0,0	No definido	29	16	61[a]
Albers 1996 *(63)*	602	NI	10 cm a nacimiento	17	20	57[a]
Albers 1999 *(64)*	1 705	0,0	10 cm a nacimiento	18	23	64[a]
Dior 2013 (P = 1 to 4) *(147)*	27 252	NI	No definido	21	NI	NI
Dior 2013 (P = 5+) *(147)*	4 112	NI	No definido	16	NI	NI
Duignan 1975 *(148)*	869	0,0	10 cm o necesidad de pujar	17	NI	NI
Gibb 1982 *(153)*	749	NI	No definido	17	NI	NI
Jones 2003 *(65)*	120	0,0	No definido	22	28	78[a]
Juntunen 1994 (P = 2/3) *(58)*	42	2,4	No definido	8,7	5,5	NI
Juntunen 1994 (GM) *(58)*	42	9,5	No definido	6	5	16[a]
Kilpatrick 1989 *(67)*	3 767	0,0	10 cm a nacimiento	19	21	61[a]
Paterson 1992 *(143)*	13 159	0,0	No definido	19	21	61
Schiff 1998 *(66)*	94	NI	No definido	30	24	78[a]
Schorn 1993 *(69)*	30	NI	No definido	24	24	72
Studd 1973 *(150)*	264	0,0	No definido	22	NI	NI
Studd 1975 *(151)*	322	4,3	No definido	19	NI	NI
Wusteman 2003 *(152)*	71	0,0	No definido	16	21	58[a]

GM: gran multiparidad; NI: no informado; P: paridad; DE: desviación estándar; [a] Valor calculado por los autores de la revisión sistemática
Fuente: Abalos et al., 2018 *(52)*.

Cuadro 3.46 Principales recursos necesarios para el uso de umbrales de centil 95 como límite superior para la duración del período expulsivo

Recurso	Descripción
Capacitación	▲ Capacitación basada en la práctica para los prestadores de la atención de salud
Suministros	▲ Manuales de capacitación modificados y protocolos clínicos para los prestadores de atención de salud y las personas en fase de formación previa a la incorporación al servicio ▲ Materiales didácticos para las mujeres sobre lo que constituye el trabajo de parto "normal" en cuanto a su duración y para cuándo debe preverse el nacimiento ▲ Nuevo partograma de impresión en papel
Infraestructura	▲ Camas suficientes en la sala de preparto para proporcionar apoyo a las mujeres en trabajo de parto durante un período superior al de la media de la población
Supervisión y seguimiento	▲ Camas suficientes en la sala de preparto para proporcionar apoyo a las mujeres en trabajo de parto durante un período superior al de la media de la población

corto (evidencia de certidumbre baja). Sin embargo, cuando se pregunta después del parto, es más probable que las mujeres refieran una experiencia de trabajo de parto positiva si han podido "dejarse llevar" de manera que la duración óptima del trabajo de parto se ha individualizado para cada persona con independencia de unos límites temporales normalizados (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

Hay evidencia que indica que las mujeres tienen una mayor probabilidad de valorar de forma negativa tanto un trabajo de parto muy largo como uno muy corto *(72, 73, 91)*.

Viabilidad

Según lo indicado por una revisión de la evidencia cualitativa en la que se examinaron las experiencias de los profesionales de la salud respecto a la atención durante el parto *(26)*, la capacidad de adaptarse a un trabajo de parto más largo puede verse limitada por la escasez de personal y por las presiones de tiempo de la organización (evidencia de certidumbre alta). Los protocolos locales y las reglas informales también pueden limitar la capacidad del personal de atención de salud de prestar una atención personalizada *(26)*.

Consideraciones adicionales

Es improbable que el apoyo a las mujeres dentro de los límites del umbral del centil 95 correspondiente a su grupo de paridad aumente la estadía en el hospital o incremente de forma significativa la carga de trabajo del personal, en especial si pueden evitarse intervenciones obstétricas innecesarias, como la cesárea (que podría conducir a estadías hospitalarias más largas).

Cuadro 3.47 Resumen de las conclusiones: Uso de umbrales de centil 95 como límite superior durante el período expulsivo

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	✓ Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable al uso de los límites medios	– Probablemente favorable al uso de los límites mediosl	– No favorable al uso de los límites superiores (centil 95) ni al de los límites mediosl	✓ Probablemente favorable al uso de los límites superiores (centil 95)	– Favorable al uso de los límites superiores (centil 95)
Recursos requeridos	✓ Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	✓ Desconocido	– Variable	– Favorable al uso de los límites medios	– Probablemente favorable al uso de los límites mediosl	– No favorable al uso de los limites superiores (centil 95) ni al de los límites medios	– Probablemente favorable al uso de los límites superiores (centil 95	– Favorable al uso de los límites superiores (centil 95)
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.3.2 Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)

RECOMENDACIÓN 34

Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas. *(Recomendado)*

Comentarios

- La evidencia indica que el parto en posición vertical durante el período expulsivo podría reducir las episiotomías y los partos vaginales instrumentales, pero podría asociarse también a un mayor riesgo de hemorragia posparto (HPP) y de desgarros de segundo grado. Sin embargo, la mayor parte de la evidencia es de un grado de certidumbre bajo y el GDG se mostró de acuerdo en que la diferencia de efectos beneficiosos y nocivos entre la posición vertical y la recostada podría no ser clínicamente manifiesta.
- Es importante que no se obligue a la mujer a adoptar ninguna posición específica y que se la aliente y apoye para que adopte la postura que le resulte más cómoda.
- El profesional de la salud debe asegurarse de que se supervise el bienestar del bebé adecuadamente en la posición elegida por la mujer. Si es necesario un cambio de postura para garantizar el seguimiento adecuado fetal, debe comunicarse claramente la razón a la mujer.
- Un método práctico para la colocación en el período expulsivo en las mujeres que desean un parto en posición vertical podría consistir en adoptar una posición semirrecostada o sobre manos y rodillas inmediatamente antes de la expulsión del feto, con objeto de facilitar la aplicación de técnicas perineales destinadas a reducir los desgarros perineales y la pérdida sanguínea.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.3.2)

La evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 32 ECA distintos realizados en países de ingresos bajos, medianos y altos *(154)*. Se obtuvieron datos de 30 ensayos con un total de 9015, respecto a la comparación de la posición vertical con las posiciones recostadas. Las participantes en los ensayos fueron mujeres nulíparas o no nulíparas con embarazos simples y sin complicaciones, de más de 36 semanas de gestación, excepto en dos ensayos en los que se incluyeron gestaciones en etapas más tempranas. En diez ensayos se comparó un taburete de parto en cuclillas, en nueve ensayos una silla de parto y en tres ensayos un cojín de parto, con el grupo de referencia de parto en una postura recostada.

Comparación: Posición vertical en comparación con la posición recostada en el período expulsivo

Resultados maternos

Duración del trabajo de parto: La evidencia relativa a la duración del trabajo de parto obtenida en 19 ensayos (5811 mujeres) es de un grado de certidumbre muy bajo debido a las limitaciones del diseño y la notable falta de uniformidad en los diversos estudios incluidos en el metaanálisis. Sin embargo, en el análisis de sensibilidad en el que se excluyeron los estudios con un riesgo elevado de sesgo, la evidencia de certidumbre baja indica que una posición de parto vertical puede producir pocos o ningún cambio en la duración del período expulsivo en minutos (10 ensayos, 2499 mujeres, DM 4,34 minutos menos, IC del 95% 9,00 minutos menos a 0,32 minutos más).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que una posición vertical puede reducir los partos vaginales instrumentales (21 ensayos, 6481 mujeres, RR 0,75, IC del 95% 0,66-0,86; diferencia de riesgo absoluta: 32 menos por cada 1000 [de 18 a 44 menos]), pero puede producir pocos o ningún cambio en el uso de la cesárea (16 ensayos, 5439 mujeres, RR 1,22, IC del 95% 0,81-1,81). En el análisis de sensibilidad en el que se excluyeron los estudios con un riesgo elevado de sesgo, la evidencia de la certidumbre indicativa de una reducción de los partos vaginales instrumentales pasó a ser alta (10 ensayos, 2534 mujeres, RR 0,71, IC del 95% 0,56-0,90) y la certidumbre de la evidencia relativa a una ausencia de efectos sobre las cesáreas pasó a ser moderada (9 ensayos, 2544 mujeres, RR 1,47, IC del 95% 0,88-2,46).

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre baja indica que una posición vertical puede reducir las episiotomías (17 ensayos, 6148 mujeres, RR 0,75, IC del 95% 0,61-0,92; diferencia de riesgos absoluta: 101 menos [de 32 a 158 menos]) y puede aumentar los desgarros perineales de segundo grado (18 ensayos, 6715 mujeres, RR 1,20, IC del 95% 1,00-1,44; diferencia de riesgos absoluta: 25 más por cada 1000 [de 0 a 56 más]). En el análisis de sensibilidad en el que se excluyeron los estudios con un riesgo elevado de sesgo, la certidumbre de la evidencia que indicaba un aumento de los desgarros de segundo grado pasó a ser alta (9 ensayos, 2967 mujeres, RR 1,35, IC del 95% 1,10-1,67). En general, la evidencia respecto a los desgarros de tercer o cuarto grado[1] es de una certidumbre muy baja; sin

[1] El desgarro de tercer grado incluye una lesión del complejo del esfínter anal y el desgarro de cuarto grado se extiende a través del complejo del esfínter anal hasta afectar al epitelio anal.

embargo, en el análisis de sensibilidad, la evidencia de certidumbre baja sugiere que las posiciones verticales pueden tener poco o ningún efecto sobre los desgarros de tercer o cuarto grado (3 ensayos, 872 mujeres, RR 1,46, IC del 95% 0,44-4,79).

Morbilidad materna: La evidencia de certidumbre baja indica que una posición vertical puede aumentar la pérdida sanguínea estimada superior a 500 ml (15 ensayos, 5615 mujeres, RR 1,48, IC del 95% 1,10-1,98; diferencia de riesgos absoluta: 21 más por cada 1000 [de 4 a 43 más]). En el análisis de sensibilidad, la certidumbre de esta evidencia aumentó hasta llegar a ser moderada.

Intensidad del dolor: La evidencia de certidumbre baja respecto al dolor materno indica que puede haber poca o ninguna diferencia en el dolor durante el período expulsivo con una posición vertical, según las valoraciones realizadas con una escala visual analógica (1 ensayo, 155 mujeres, DM 0,32 mayor, IC del 95% de 0,16 menor a 0,8 mayor), o en el dolor posparto (1 ensayo, 155 mujeres, DM 0,48 menor, IC del 95% de 1,28 menor a 0,32 mayor). Otra evidencia adicional respecto a la intensidad del dolor evaluada en un ensayo (90 mujeres) es de un grado de certidumbre muy bajo. La evidencia de certidumbre baja indica que puede haber poca o ninguna diferencia en las necesidades de analgesia durante el período expulsivo (7 ensayos, 3093 mujeres, RR 0,97, IC del 95% 0,93-1,02).

Experiencia de parto: La revisión no aportó información sobre los resultados de la experiencia de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La revisión no aportó información sobre los parámetros de valoración del índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos, la acidosis en la sangre del cordón o la encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI).

Sufrimiento fetal: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que las posiciones verticales se asocien a menos patrones de FCF anormales (2 ensayos, 617 bebés, RR 0,46, IC del 95% 0,22-0,93).

Mortalidad perinatal: La evidencia de certidumbre baja indica que puede haber poca o ninguna diferencia en la mortalidad perinatal con el empleo de las posiciones verticales (4 ensayos, 982 bebés, RR 0,79, IC del 95% 0,51-1,21) *(155)*.

Consideraciones adicionales

Un estudio poblacional realizado en 113.000 mujeres en Suecia sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal (LOEA) y la posición del parto observó un aumento del riesgo de LOEA con la posición de litotomía en las mujeres nulíparas y no nulíparas, un menor riesgo de LOEA con una posición de parto lateral en las mujeres nulíparas y no identificó una diferencia clara del riesgo en las posiciones de decúbito supino, de rodillas, de pie o sobre las manos y las rodillas *(156)*. La posición en cuclillas y las sillas de parto se asociaron a un aumento del riesgo de LOEA en las mujeres no nulíparas pero no en las nulíparas. En términos generales, en este estudio, en el 57% de las mujeres nulíparas y el 26% de las no nulíparas se utilizó una anestesia peridural y no se presentaron por separado los resultados según su empleo.

Una revisión sistemática Cochrane del 2013 observó que la duración del trabajo de parto con las posiciones verticales y ambulantes en comparación con las posiciones recostadas y la atención en la cama en el período de dilatación es probablemente de cerca de 1 hora y 22 minutos menos (15 ensayos, 2503 mujeres, promedio de DM –1,36 horas, IC del 95% –2,22 a –0,51) *(155)*. Los resultados indican también que las posiciones verticales en el período de dilatación reducen probablemente las cesáreas (14 ensayos, 2682 mujeres, RR 0,71, IC del 95% 0,54-0,94) y el uso de la anestesia peridural (9 ensayos, 2107 mujeres, RR 0,81, IC del 95% 0,66-0,99). Estos efectos no se observaron en una comparación que incluía a las mujeres con anestesia peridural.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta). Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto, y temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), en lo que valorarían favorablemente cualquier técnica que redujera su posible exposición a estas clases de resultados (evidencia de certidumbre alta).

Los resultados indican también que las mujeres esperan que el trabajo de parto y el parto sean dolorosos pero desearían mantener el control del proceso del trabajo de parto con el apoyo de profesionales amables, afectuosos y sensibles a sus necesidades. A las mujeres también les gustaría dar a luz en un entorno seguro y propicio, lo cual puede incluir la libertad para moverse y caminar (evidencia de certidumbre alta).

Recursos

No se encontró evidencia de investigación sobre los recursos.

Consideraciones adicionales

La evidencia sobre los efectos indica que las posturas de parto en posición vertical podrían reducir los partos vaginales instrumentales y las episiotomías, pero también podrían aumentar los desgarros de segundo grado y las HPP, en lo que la relación costo-efectividad no está clara. Los profesionales de la salud habituados a prestar apoyo a las mujeres para dar a luz en posiciones recostadas podrían necesitar una capacitación sobre la forma de prestar apoyo a las mujeres para dar a luz en una posición vertical. Las posturas verticales no requieren necesariamente apoyos adicionales (por ejemplo, cojines de parto).

Cuadro 3.48 Principales recursos necesarios para las posiciones de parto verticales

Recurso	Descripción
Personal	▲ Parteras/enfermeras/médicos: igual que para las posiciones recostadas
Capacitación	▲ Capacitación interna del personal para apoyar las posiciones de parto verticales
Suministros	▲ Suministros poco habituales
Equipo	▲ Cama: igual que para las posiciones recostadas ▲ Cojín de parto u otras opciones para apoyar el parto en posición vertical (facultativo)
Infraestructura	▲ Sala de partos con espacio para acomodar un taburete de parto (facultativo)
Supervisión y seguimiento	▲ Fácil acceso a la supervisión médica: igual que en las posiciones de parto recostadas

Equidad

No se encontró evidencia directa respecto a la repercusión de las diferentes posiciones de parto en la equidad. Sin embargo, la evidencia indirecta derivada de una revisión de los factores que facilitan o dificultan el parto en un centro de atención de salud indica que muchas mujeres tienen un "temor al corte" por parte del personal de salud (por ejemplo, episiotomía y cesárea) y que esto constituye probablemente un obstáculo importante para la adopción del parto en centros de atención de salud en las mujeres desfavorecidas de los PIBM (evidencia de certidumbre moderada) *(8)*. Por consiguiente, las prácticas de parto que reducen estas intervenciones médicas podrían mejorar la equidad.

Consideraciones adicionales

Ofrecer a las mujeres opciones de parto que incluyan las que resulten aceptables en sus costumbres y normas locales podría repercutir positivamente en la equidad, al aumentar los partos en centros de atención de salud en entornos en los que las mujeres evitan generalmente el parto en el hospital debido a la falta de opciones de parto alternativas.

Además, alentar el empleo de posiciones de trabajo de parto y parto verticales en los entornos con recursos abundantes podría tener una repercusión positiva en la equidad al reducir las intervenciones médicas innecesarias y el uso de recursos asociado a ellas en las mujeres más favorecidas.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática de estudios en los que se exploraron las experiencias de las mujeres respecto a la atención durante el parto *(26)*, se observó que las mujeres deseaban tener la libertad de adoptar diversas posiciones durante el período expulsivo (evidencia de certidumbre baja). En la mayoría de los casos, se consideró que una posición distinta del decúbito supino proporcionaba más control del parto y menos dolor y facilitaba el parto, si bien la posición de decúbito supino (en una cama) se continuaba considerando el enfoque más tradicional para dar a luz (evidencia de certidumbre baja).

La revisión aportó también datos sobre las experiencias de los profesionales de la salud *(26)*, que pusieron de manifiesto que el personal intentaba responder a las necesidades de las mujeres, pero tendía a decantarse por la posición de decúbito supino ya que ello les facilitaba el manejo del monitoreo, la intervención médica y el proceso de parto (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

Los datos de las encuestas transversales realizadas en África (Malaui y Nigeria) indicaron que más del 90% de las mujeres conocían las posiciones de decúbito supino o semirrecostadas para el trabajo de parto y el parto, pero menos del 5% conocían otras posiciones alternativas (por ejemplo, en cuclillas, de rodillas y sobre las manos y las rodillas). Los datos del estudio en Nigeria indicaron también que solo un 18,9% de las mujeres habrían estado dispuestas a adoptar una posición alternativa si se lo hubiera sugerido un profesional de la salud *(157, 158)*.

Viabilidad

Una revisión sistemática de estudios cualitativos en la que se exploraron las experiencias de las mujeres respecto a la atención durante el parto *(26)* observó que a veces las mujeres no conocían otras posiciones distintas de la de decúbito supino y consideraban que las opciones diferentes para la postura de parto debieran haberse resaltado durante la atención prenatal (evidencia de certidumbre baja).

Los resultados relativos a las experiencias de los profesionales de la salud obtenidos en la misma revisión sistemática indicaron que a menudo estos no conocían o no tenían experiencia en el uso de posiciones distintas de la de decúbito supino. Además, el personal planteó inquietudes en cuanto a la seguridad respecto a que las mujeres estuvieran "fuera de la cama", y en ciertos entornos (PIBM) se consideró que el hacinamiento en las salas de parto impedía que las mujeres adoptaran una posición vertical (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

La adopción de posturas de parto verticales requerirá una capacitación y práctica adicionales, ya que muchos médicos y parteras pueden no estar familiarizados con el método. Los centros en los que trabaja una generación más joven de médicos y parteras pueden no disponer de personal

experimentado, y ello puede hacer que la aplicación sea más lenta a pesar de que se aplique una política de ofrecer las opciones de parto en posición vertical. Los problemas de seguridad por la posible caída del bebé al suelo durante el período expulsivo deberían abordarse mediante la adecuada capacitación y la disponibilidad de las instalaciones adecuadas para el parto.

Cuadro 3.49 Resumen de las conclusiones: Posiciones de parto verticales para mujeres sin anestesia peridural en comparación con las posiciones de parto recostadas

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	✓ Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	- Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a posiciones recostadas	– Probablemente favorable a posiciones recostadas	✓ No favorable a posiciones verticales ni recostadas	– Probablemente favorable a posiciones verticales	– Favorable a posiciones verticales
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	✓ Variable	– Favorable a posiciones recostadas	– Probablemente favorable a posiciones recostadas	✓ No favorable a posiciones verticales ni recostadas	– Probablemente favorable a posiciones verticales	– Favorable a posiciones verticales
Equidad	– Desconocido	✓ Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

3.3.3 Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)

RECOMENDACIÓN 35

Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas. *(Recomendado)*

Comentarios

- La evidencia indica que podría haber poca o ninguna diferencia en la mayoría de los resultados del parto en función de la posición de parto adoptada por las mujeres con anestesia peridural. Poder elegir la posición de parto durante el período expulsivo podría tener una repercusión positiva en la experiencia de parto materna y mejorar la equidad.
- Con la anestesia peridural tradicional, que produce un bloqueo neuroaxial denso, las posiciones verticales podrían no ser factibles; sin embargo, la mayor parte de la anestesia peridural utilizada actualmente es de "dosis baja" o "móvil", y ello debiera permitir la elección de la posición de parto.
- Es importante que no se obligue a la mujer a adoptar ninguna posición concreta y que se la aliente y apoye para que adopte la posición en la que se encuentre más cómoda.
- El profesional de la salud debe asegurarse de que pueda supervisarse el bienestar del bebé adecuadamente en la posición elegida por la mujer. Si es necesario un cambio en la posición para garantizar el seguimiento fetal adecuado, ello debe comunicarse a la mujer de manera efectiva.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.3.3)

La evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane de cinco ECA distintos llevados a cabo en Francia y Reino Unido (4 ensayos), con un total de 879 mujeres *(159)*. Las participantes fueron mujeres nulíparas y no nulíparas con embarazos únicos a término en las que se utilizó una anestesia peridural para el alivio del dolor en el trabajo de parto. En tres estudios se usó una anestesia peridural móvil, en un estudio se empleó la anestesia peridural tradicional y en el otro no se indicó el tipo de anestesia peridural utilizada. Dos de los estudios indicaron que se incluyó a mujeres en trabajo de parto espontáneo o inducido; sin embargo, no está claro si en los demás estudios se incluyó o no a mujeres con un trabajo de parto inducido.

Las posiciones adoptadas en los grupos de estudio fueron distintas en los diversos estudios, pero en todos ellos se diferenciaron dos grupos que podían clasificarse como de posición vertical o posición recostada, para los fines de la revisión.

Las posiciones verticales incluyeron las de sentada (en una cama o en una cama inclinable a más de 45° respecto a la horizontal), en cuclillas (sin apoyo o con el empleo de barras para estar en cuclillas o de un cojín de parto), semirrecostada (con el eje principal del cuerpo a 45° o más respecto a la horizontal) y de rodillas (en posición vertical, inclinada sobre el cabezal de la cama o apoyada en un acompañante). Las posiciones recostadas incluyeron la posición de litotomía, la posición lateral (izquierda o derecha), la posición de Trendelenburg (con la cabeza más baja que la pelvis), la posición apoyada en rodillas y codos (a cuatro patas) (con el eje del tronco horizontal) y la semirrecostada (con el eje principal del cuerpo a menos de 45° respecto a la horizontal).

Comparación: Posición vertical en comparación con la posición recostada en el período expulsivo con anestesia peridural

Resultados maternos

Duración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en la duración media del período expulsivo con la posición vertical en comparación con las posiciones recostadas (2 ensayos, 322 mujeres, DM 22,98 minutos menos, IC de 95% de 99,09 menos a 53,13 más). En un estudio con datos de 3093 mujeres se observó una reducción media de la duración del período expulsivo de 7 minutos (intervalo intercuartílico [IIC] 0-13 minutos).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre baja derivada de seis ensayos (3967 mujeres) sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en los partos vaginales espontáneos (RR 0,97, IC del 95% 0,82-1,14) y la evidencia de certidumbre moderada de esos mismos ensayos sugiere que probablemente haya poca o ninguna diferencia en los partos operatorios (cesárea y parto vaginal instrumental) (RR 1,04, IC del 95% 0,89-1,20) o los partos vaginales instrumentales (RR 1,05, IC del 95% 0,94-1,18). La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en las cesáreas (6 ensayos, 3967 mujeres, RR 1,05, IC del 95% 0,71-1,55).

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre moderada sugiere que probablemente haya poca o ninguna diferencia en los traumatismos

perineales/vaginales que requieren sutura (3 ensayos, 3266 mujeres, RR 1,01, IC del 95% 0,89-1,14).

Morbilidad materna: Ninguno de los estudios aportó información sobre la HPP ni sobre otros resultados de morbilidad, aunque un estudio (3093 mujeres) presentó el número de mujeres con una pérdida sanguínea que requirió transfusión; la evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre los grupos en lo que respecta a este resultado (RR 1,20, IC del 95% 0,83-1,72).

Experiencia de parto: Un estudio (3093 mujeres) aportó información sobre el número de mujeres que expresaban satisfacción por su experiencia general de parto; la evidencia de certidumbre moderada sugiere que es probable que haya poca o ninguna diferencia entre los grupos (RR 0,98, IC del 95% 0,93-1,03).

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja derivada de dos estudios (3200 recién nacidos) indica que puede haber poca o ninguna diferencia en el índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos (RR 0,66, IC del 95% 0,11-3,94). La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que el valor bajo del pH en sangre del cordón[1] isea menos frecuente con una posición vertical (2 estudios, 3159 recién nacidos, RR 0,43, IC del 95% 0,20-0,90; diferencia absoluta: 9 menos por cada 1000 [de 2 a 13 menos]). La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en las tasas de reanimación neonatal (1 estudio, 3093 recién nacidos, RR 1,00, IC del 95% 0,75-1,32).

Sufrimiento fetal: La evidencia relativa a los patrones de FCF anormales que requieren intervención es de un grado de certidumbre muy bajo.

Mortalidad perinatal: La evidencia de certidumbre baja de un único estudio indica que hay poca o ninguna diferencia en las muertes perinatales (hubo un único caso, 3093 recién nacidos, RR 2,96, IC del 95% 0,12-72,69).

Consideraciones adicionales

Un estudio poblacional realizado en Suecia en 113.000 mujeres sobre las lesiones obstétricas del esfínter anal (LOEA) y las posiciones de parto identificó un mayor riesgo de LOEA con la posición de litotomía en las mujeres nulíparas y no nulíparas, una reducción del riesgo de LOEA con una posición de parto lateral en mujeres nulíparas y ninguna diferencia clara del riesgo con las posiciones de decúbito supino, arrodillada, de bipedestación o sobre manos y rodillas *(156)*. La posición en cuclillas y las sillas de parto se asociaron a un aumento del riesgo de LOEA en las mujeres no nulíparas pero no en las mujeres nulíparas. En términos generales, en el 57% de las mujeres nulíparas y el 26% de las mujeres no nulíparas de este estudio se utilizó una anestesia peridural y no se presentaron los resultados por separado según su uso.

[1] El pH bajo del cordón se definió como un pH de < 7,05 en un estudio (n = 3093) y un pH < 7,20 en el otro estudio (n = 66).

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta). Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto y que temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), en lo que valorarían favorablemente cualquier técnica que redujera su posible exposición a este tipo de resultados (evidencia de certidumbre alta).

Además, los resultados indican que las mujeres prevén que el trabajo de parto y el parto sean dolorosos, pero desearían conservar el control del proceso del trabajo de parto con el apoyo de profesionales amables, afectuosos y sensibles a sus necesidades. A las mujeres también les gustaría dar a luz en un entorno seguro y propicio, lo cual puede incluir la libertad para moverse y caminar (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Aunque la evidencia sobre el efecto de las posiciones de parto con anestesia peridural es limitada, los datos existentes sugieren que la posición de parto tiene pocas repercusiones en los resultados obtenidos en las mujeres con anestesia peridural. Por consiguiente, a la vista de la evidencia cualitativa antes descrita, es posible que las mujeres con una anestesia peridural prefieran la opción de una posición de parto vertical si ello no comporta ningún efecto nocivo para ellas ni para sus bebés.

Recursos

No se encontró evidencia respecto a los costos asociados a las posiciones de parto.

Consideraciones adicionales

Dado que la evidencia sobre los efectos indica que podría haber poca o ninguna diferencia en la duración del período expulsivo y en otros resultados del parto, parece plausible que la elección de la posición de parto en las mujeres con anestesia peridural tenga poca o ninguna consecuencia sobre el uso de recursos en lo que respecta a tiempo del personal y ocupación de camas.

Los profesionales de la salud habituados a prestar apoyo a mujeres con anestesia peridural para dar a luz en las posiciones recostadas podrían requerir una capacitación adicional o de perfeccionamiento sobre cómo facilitarles dar a luz en una posición vertical.

Equidad

No se encontró evidencia basada en la investigación sobre la equidad.

Consideraciones adicionales

Poder elegir la posición de parto podría tener una repercusión positiva sobre la equidad si reduce las intervenciones médicas innecesarias en las mujeres más favorecidas en las que se usa una anestesia peridural.

Aceptabilidad

Una revisión sistemática de estudios cualitativos en la que se exploraron las experiencias de las mujeres respecto a la atención durante el parto *(26)* observó que las mujeres deseaban tener la libertad de adoptar diversas posiciones durante el período expulsivo (evidencia de certidumbre baja). En la mayoría de los casos se consideró que una posición distinta de la de decúbito supino les proporcionaba un mayor control y menos dolor, y que facilitaba el parto, si bien la posición de decúbito supino (en una cama) se continuaba considerando el método más tradicional de dar a luz (evidencia de certidumbre baja).

Los resultados de esa misma revisión respecto a las experiencias de profesionales de la salud indicaron que estos trataban de responder a las necesidades de las mujeres pero tendían a decantarse por la posición de decúbito supino ya que ello les facilitaba el manejo del monitoreo, la intervención médica y el proceso del parto (evidencia de certidumbre moderada) *(26)*.

Consideraciones adicionales

Los datos de las encuestas transversales realizadas en África (Malaui y Nigeria) indicaron que más del 90% de las mujeres conocían las posiciones de decúbito supino o semirrecostadas para el trabajo de parto y el parto, pero menos del 5% conocían otras posiciones alternativas (por ejemplo, en cuclillas, de rodillas y sobre las manos y las rodillas). Los datos del estudio en Nigeria indicaron también que solo un 18,9% de las mujeres habrían estado dispuestas a adoptar una posición alternativa si se lo hubiera sugerido un profesional de la salud *(157, 158)*.

Viabilidad

Una revisión sistemática de estudios cualitativos en la que se exploraron las experiencias de las mujeres respecto a la atención durante el parto *(26)* observó que, en general, las mujeres querían moverse y caminar durante el parto, pero que la falta de espacio en algunos centros de maternidad les impedía hacerlo (evidencia de certidumbre baja). Los resultados indicaron también que a veces las mujeres no conocían otras posiciones distintas de la de decúbito supino y consideraban que las opciones diferentes para la postura de parto debieran haberse resaltado durante la atención prenatal (evidencia de certidumbre baja).

Los resultados relativos a las experiencias de los profesionales de la salud durante el parto *(26)* indicaron que a menudo estos no conocían o no tenían experiencia en el uso de posiciones distintas de la de decúbito supino. Además, el personal planteó inquietudes en cuanto a la seguridad respecto a que las mujeres estuvieran "fuera de la cama" y en ciertos entornos (PIBM) se consideró que el hacinamiento en las salas de parto impedía que las mujeres adoptaran una posición vertical (evidencia de certidumbre baja).

Consideraciones adicionales

El uso de posiciones de parto verticales podría ser más viable en entornos en los que se dispone de anestesia peridural que permite "caminar", ya que es menos restrictiva que la anestesia peridural tradicional. La adopción de posturas de parto verticales requerirá una capacitación y práctica adicionales, ya que muchos médicos y parteras pueden no estar familiarizados con el método. Los centros en los que trabaja una generación más joven de médicos y parteras pueden no disponer de personal experimentado, y ello puede hacer que la aplicación sea más lenta a pesar de que se aplique una política de ofrecer las opciones de parto en posición vertical. Los problemas de seguridad por la posible caída del bebé al suelo durante el período expulsivo deberían abordarse mediante la adecuada capacitación y la disponibilidad de las instalaciones adecuadas para el parto.

Cuadro 3.50 Resumen de las conclusiones: Posiciones de parto verticales en comparación con las posiciones de parto recostadas en mujeres con anestesia peridural

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		✓ Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la comparación	– Probablemente favorable a las posiciones recostadas	✓ No favorable a las posiciones verticales ni a las recostadas	– Probablemente favorable a las posiciones verticales	– Favorable a las posiciones verticales
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad[a]	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la comparación	– Probablemente favorable a las posiciones recostadas	– No favorable a las posiciones verticales ni a las recostadas	– Probablemente favorable a las posiciones verticales	– Favorable a las posiciones verticales
Equidad	✓ Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

[a] El dominio de costo-efectividad no se evaluó porque los efectos favorables de la intervención fueron triviales.

3.3.4 Método para pujar

RECOMENDACIÓN 36

Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar. *(Recomendado)*

Comentarios

- La evidencia cualitativa sobre lo que las mujeres consideran importante en la atención durante el parto indica que desean percibir que controlan su propio proceso de parto, con el apoyo de profesionales de la salud amables que les tranquilicen y sean sensibles a sus necesidades *(23)*.
- Los prestadores de atención de salud deben evitar imponer el empuje dirigido a las mujeres durante el período expulsivo del trabajo de parto, puesto que no hay evidencia que indique que esta técnica aporte un beneficio.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.3.4)

Esta evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane sobre las técnicas para pujar *(160)*. En ocho ECA con un total de 884 mujeres se comparó el empuje espontáneo con el empuje dirigido. La mayor parte de las participantes en estos estudios, que se realizaron en Irán, Región Administrativa Especial de Hong Kong, Reino Unido, Turquía (1 estudio en cada uno) y Estados Unidos (3 estudios), fueron mujeres nulíparas con embarazos únicos a término, sin complicaciones, y con una presentación de vértice. El tamaño de las muestras fue de entre 32 y 320 participantes. En un ensayo (258 mujeres) se incluyó también a mujeres no nulíparas y en otro, en una parte de las mujeres, se utilizó una anestesia peridural. La posición de parto de las participantes en los estudios no fue uniforme en los diversos estudios, de tal manera que en un estudio (72 mujeres) el empuje dirigido se utilizó en una posición de decúbito supino, mientras que las mujeres del grupo de empuje espontáneo adoptaron una posición vertical. Otros aspectos de las técnicas mostraron también ligeras diferencias entre los estudios, pero, en general, a las mujeres del grupo de empuje espontáneo no se les dieron instrucciones específicas como la forma de pujar y se las alentó a hacerlo de la manera que les resultara natural.

Comparación: Empuje espontáneo en comparación con el empuje dirigido

Resultados maternos

Duración del trabajo de parto: La evidencia relativa a la duración del período expulsivo y la duración del empuje es de un grado de certidumbre muy bajo.

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre alta indica que el empuje espontáneo comporta pocos o ningún cambio en lo que respecta al parto vaginal espontáneo (5 ensayos, 688 mujeres, RR 1,01, IC del 95% 0,97-1,05) y la evidencia de certidumbre baja sugiere que puede tener poco o ningún efecto sobre el parto vaginal instrumental (2 ensayos, 393 mujeres, RR 0,56, IC del 95% 0,06-5,10). La evidencia respecto a la cesárea es de una certidumbre muy baja.

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre moderada sugiere que probablemente haya poca o ninguna diferencia entre el empuje espontáneo y el dirigido en lo que respecta a las laceraciones perineales (1 ensayo, 320 mujeres, RR 0,87, IC del 95% 0,45-1,66). La evidencia relativa a la episiotomía es de una certidumbre muy baja.

Morbilidad a largo plazo: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia en la incontinencia urinaria posparto entre el empuje espontáneo y el dirigido (1 ensayo, 128 mujeres, RR 0,77, IC del 95% 0,29-1,69). Ninguno de los estudios aportó información sobre el dolor perineal, la dispareunia o el prolapso del suelo de la pelvis.

Experiencia de parto: La diferencia entre estas técnicas en cuanto a la satisfacción materna parece ser escasa o nula, según las evaluaciones realizadas con una escala visual analógica; sin embargo la evidencia es de certidumbre baja (1 ensayo, 31 mujeres, DM 0,91 mayor en la puntuación de satisfacción [de 1,3 inferior a 3,12 mayor]). La evidencia relativa a la fatiga materna después del parto es de una certidumbre muy baja y no hubo ningún estudio que aportara información sobre el dolor durante el período expulsivo.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre el empuje espontáneo y el dirigido en lo que respecta a la puntuación del índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos (1 ensayo, RR 0,35, IC del 95% 0,01-8,43), el pH de la sangre arterial del cordón umbilical inferior a 7,2 (1 ensayo, 320 mujeres, RR 0,74, IC del 95% 0,24-2,29) y la reanimación neonatal en la sala de parto (2 ensayos, 352 bebés, la RR 0,83, IC del 95% 0,40-1,75).

Sufrimiento fetal: La revisión no aportó información sobre este resultado.

Mortalidad perinatal: La revisión no aportó información sobre este resultado.

Consideraciones adicionales

La evidencia de otros estudios indica que en las mujeres es menos probable que en los prestadores de atención de salud la capacidad de identificar fases temporales bien definidas en el trabajo de parto *(54)* y que es más probable que su capacidad de enfrentarlo dependa de diversos factores interrelacionados, como el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido *(55)*.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta). Algunas mujeres también anhelan un trabajo de parto relativamente rápido, pero esto a menudo se basa en la percepción de que cuanto más dura el trabajo de parto más probable es que sea necesaria una intervención médica (evidencia de certidumbre baja). Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto, y temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), en lo que valorarían favorablemente cualquier técnica que redujera su posible exposición a esta clase de resultados (evidencia de certidumbre alta).

Los resultados indican también que las mujeres quisieran "dejarse llevar" siendo conscientes de sus propias señales fisiológicas (como la percepción de la necesidad de pujar) y confiando en ellas, con el apoyo de profesionales amables que las tranquilicen y sean sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La evidencia obtenida en otros estudios indica que en las mujeres la probabilidad de identificar fases temporales bien definidas en el trabajo de parto es menor que la que tienen los prestadores de atención de salud *(54)* y que es probable que su capacidad de afrontarlo dependa en mayor medida de diversos factores interrelacionados, como el nivel de dolor experimentado, la naturaleza del entorno y el nivel de apoyo percibido *(55)*.

Recursos

En la revisión no se encontró evidencia relativa a los costos asociados a estas dos técnicas para pujar.

Consideraciones adicionales

Si una técnica para pujar comportara una mayor duración del período expulsivo o el empleo de más intervenciones, ello tendría repercusiones en los costos relativos al tiempo del personal y otros costos. Sin embargo, no parece que sea así en lo que se refiere a las técnicas para pujar espontánea y dirigida, que, según lo observado en la revisión, tuvieron un efecto escaso o nulo en la duración del trabajo de parto y en otros resultados del parto. Por consiguiente, aunque en general se basan en una evidencia de certidumbre baja, los resultados indican que las repercusiones de estas diferentes técnicas en los costos podrían ser insignificantes.

Equidad

No se encontraron datos de investigación al respecto.

Consideraciones adicionales

Alentar a las mujeres a que usen su propio método natural y fisiológico para pujar en el período expulsivo ayudarlas a percibir un mayor control sobre su experiencia de parto y permitirles gozar de sus derechos reproductivos.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres en cuanto al trabajo de parto y el parto *(26)* no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el empuje. La evidencia indirecta de esta revisión indica que, en ciertos entornos de PIBM, es más probable que las mujeres reciban una atención irrespetuosa o de maltrato cuando los profesionales de la salud adoptan un método dirigido para el trabajo de parto y el parto (evidencia de certidumbre baja). Los resultados indican también que a las mujeres les gusta percibir que "tienen el control" del progreso del trabajo de parto, pero aceptan con agrado el apoyo y el consejo de profesionales de la salud que las tranquilicen, siempre que este apoyo sea uniforme, coherente y esté en consonancia con el estado fisiológico y psicológico percibido (evidencia de certidumbre baja).

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró evidencia directa de las opiniones de los profesionales en relación con el empuje *(26)*.

Consideraciones adicionales

La evidencia derivada de una revisión y un estudio de análisis de casos indica que a las mujeres no les gusta que los mensajes internos y externos sean contradictorios, como ocurre cuando su deseo interno es el de pujar pero los profesionales de la salud les dicen que no lo hagan, o viceversa *(161)*.

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres en cuanto al trabajo de parto y el parto no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el empuje *(26)*. La evidencia indirecta parece indicar que es improbable que haya alguna inquietud respecto a la viabilidad.

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró evidencia directa respecto a las opiniones de los profesionales de la salud en relación con el empuje *(26)*. La evidencia indirecta parece indicar que las presiones de la organización respecto al tiempo y la disponibilidad de camas pueden llevar a los profesionales de la salud a decantarse por el empuje dirigido en determinados contextos, por la percepción de que ello acorta el trabajo de parto (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

Es más viable que los profesionales de la salud enseñen a las mujeres a seguir sus propios instintos de pujar cuando sienten la necesidad de hacerlo que enseñarles a realizar la maniobra de Valsalva.

Cuadro 3.51 Resumen de las conclusiones: Empuje espontáneo en comparación con el empuje dirigido

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		✓ Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	- Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la comparación	– Probablemente favorable al empuje dirigido	✓ No favorable al empuje espontáneo ni al dirigido	– Probablemente favorable al empuje espontáneo	– Favorable al empuje espontáneo
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad[a]	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la comparación	– Probablemente favorable al empuje dirigido	– No favorable al empuje espontáneo ni al dirigido	– Probablemente favorable al empuje espontáneo	– Favorable al empuje espontáneo
Equidad	✓ Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

[a] El dominio de costo-efectividad no se evaluó porque los efectos favorables de la intervención fueron triviales.

3.3.5 Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)

RECOMENDACIÓN 37

En el caso de mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo, se recomienda retrasar la acción de pujar durante una a dos horas después de la dilatación total o hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar en los contextos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el período expulsivo y evaluar y controlar adecuadamente la hipoxia perinatal. *(Recomendación solo en contextos específicos)*

Comentarios

- ▲ La evidencia existente sobre los efectos indica que es probable que retrasar la acción de pujar aumente la probabilidad de que se produzca un parto vaginal espontáneo después de un trabajo de parto algo más largo. La evidencia de que retrasar la acción de pujar pudiera aumentar el riesgo de un pH bajo en la sangre del cordón umbilical es de certidumbre baja y el GDG acordó que la importancia clínica de esta evidencia limitada es de una certidumbre muy baja.
- ▲ Los prestadores de atención de salud deben evitar imponer a las mujeres un empuje inmediato en el período expulsivo, puesto que no hay ninguna evidencia que indique la obtención de un beneficio con el empuje inmediato y esta práctica podría conducir a la aplicación de otras intervenciones médicas.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.3.5)

La evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane sobre las técnicas para pujar *(160)*. Doce ECA distintos compararon el hecho de retrasar la acción de pujar con el empuje inmediato en 2879 mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo de trabajo de parto. El tamaño muestral de estos ensayos, que se realizaron principalmente en PIA (Canadá, Irlanda, Reino Unido [2 estudios], Suiza y Estados Unidos [8 estudios]) y en un país de ingresos medianos (Malasia), fue de entre 37 y 1862 participantes. La mayoría de las participantes fueron mujeres nulíparas con embarazos únicos a término, sin complicaciones, y con una presentación de vértice; sin embargo, en dos ensayos se incluyó también a mujeres no nulíparas. En todas las participantes se utilizó una anestesia peridural, y las posologías y tipos de anestesia peridural utilizados (por ejemplo, tradicional o móvil/caminando) fueron diferentes en los distintos ensayos. La posición de parto de las participantes tan solo se presentó en cinco de los ensayos y la mayoría de los estudios no indicaron si se alentó o no a las mujeres a que usaran la técnica de cierre de la glotis o espontánea para pujar.

En general, las mujeres del grupo en el que se usó el empuje inmediato empezaron a pujar tan pronto como se identificó una dilatación total del cuello uterino, mientras que en el otro grupo, el inicio del empuje se retrasó hasta que las mujeres experimentaron un deseo irrefrenable de pujar, o bien durante 1, 2 o 3 horas, según los protocolos de cada ensayo. En el ensayo más grande, con 1862 mujeres, el empuje se retrasó durante 2 horas en el grupo de intervención, a menos que la mujer sintiera un deseo irrefrenable de pujar, se visualizara la cabeza fetal en una inspección de rutina del perineo, o hubiera alguna indicación médica para acortar la duración del trabajo de parto.

Comparación: Retrasar la acción de pujar en comparación con el empuje inmediato en mujeres con anestesia peridural

Resultados maternos

Duración del trabajo de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que la duración del trabajo de parto puede ser de cerca de una hora más con la técnica de retrasar la acción de pujar (11 ensayos, 3049 mujeres, DM 56,4 minutos más, IC del 95% 42-71 minutos más), pero que la duración del empuje en sí puede ser inferior (11 ensayos, 2932 mujeres, DM 19 minutos menos, IC del 95% 6-32 minutos menos).

Modalidad de parto: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que el parto vaginal aumente con el retraso en la acción de pujar (12 ensayos, 3114 mujeres, RR 1,07, IC del 95% 1,02-1,11), con una diferencia de riesgo absoluta de 50 partos espontáneos más por cada 1000 (de 14 a 78 más).

La evidencia de certidumbre moderada indica que al retrasar la acción de pujar puede haber poca o ninguna diferencia en los resultados específicos de cesárea (9 ensayos, 2783 mujeres, RR 0,83, IC del 95% 0,65-1,05; evidencia de certidumbre moderada), parto instrumental (10 ensayos, 3007 mujeres, RR 0,89, IC del 95% 0,74-1,07) y uso de fórceps (5 ensayos, 2151 mujeres, RR 0,82, IC del 95% 0,61-1,14).

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que retrasar la acción de pujar comporte poca o ninguna diferencia en las laceraciones perineales (7 ensayos, 2775 mujeres, RR 0,94, IC del 95% 0,78-1,14) y en las episiotomías (5 ensayos, 2320 mujeres, RR 0,95,

IC del 95% 0,87-1,04).

Morbilidad a largo plazo: La evidencia de certidumbre baja indica que retrasar la acción de pujar tiene un efecto escaso o nulo en la dispareunia posterior al parto (1 ensayo, 162 mujeres, RR 1,15, IC del 95% 0,63-2,10) o en la incontinencia fecal (1 ensayo, 178 mujeres, RR 1,47, IC del 95% 0,94-2,29).

Experiencia de parto: La evidencia de certidumbre baja indica que retrasar la acción de pujar puede comportar poca o ninguna diferencia en la satisfacción materna (1 ensayo, 73 mujeres, DM 0,4 mayor, IC del 95% de 7,34 menor a 8,14 mayor), según las valoraciones efectuadas con una escala visual analógica.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia de certidumbre baja indica que retrasar la acción de pujar podría aumentar las tasas de pH de sangre del cordón umbilical bajo (pH arterial o venoso según lo definido por los autores del ensayo) (4 ensayos, 2145 bebés, RR 2,24, IC del 95% 1,37-3,68). La diferencia de riesgo absoluta podría ser de aproximadamente 25 eventos más por cada 1000 (de 7 a 53 más) al retrasar la acción de pujar. La evidencia relativa al índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos es de un grado de certidumbre muy bajo. Ninguno de los ensayos presentó datos relativos a la encefalopatía hipóxica-isquémica (EHI).

Sufrimiento fetal: En la revisión no se presentaron datos respecto a este resultado.

Mortalidad perinatal: En la revisión no se presentaron datos respecto a este resultado.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta). Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto, y temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), en lo que valorarían favorablemente cualquier técnica que redujera su posible exposición a esta clase de resultados (evidencia de certidumbre alta).

Algunas mujeres también anhelan un trabajo de parto relativamente rápido, pero esto a menudo se basa en la percepción de que cuanto más dura el trabajo de parto, más probable es que sea necesaria una intervención médica (evidencia de certidumbre baja).

Los resultados indican también que las mujeres quisieran "dejarse llevar" siendo conscientes de sus propias señales fisiológicas (como la percepción de la necesidad de pujar) y confiando en ellas, con el apoyo de profesionales amables que las tranquilicen y sean sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La evidencia cualitativa antes descrita indica que es probable que las mujeres valoren la mayor probabilidad de un parto espontáneo al retrasar la acción de pujar, pero podría preocuparlas el aumento de las alteraciones del pH de la sangre del cordón si esto se tradujera a un mal resultado del parto.

Recursos

La revisión sistemática Cochrane *(160)* incluyó evidencia sobre los costos, con un ensayo de gran tamaño (1862 mujeres) que aportó información sobre este resultado *(162)*. Retrasar la acción de pujar se asoció a un aumento de aproximadamente 80 dólares canadienses (Can$) (aproximadamente US$ 60) en los costos hospitalarios totales en un entorno de atención de salud privada, que fue atribuido principalmente a un aumento del costo de la atención durante el parto en el grupo en el que se retrasó la acción de pujar (DM Can$ 68,22, IC del 95% Can$ 55,37-81,07).

Equidad

No se encontró evidencia de investigación sobre la equidad.

Consideraciones adicionales

La anestesia peridural es una técnica para el alivio del dolor que, en embarazadas sanas, se utiliza principalmente en entornos de recursos abundantes y en los PIA.

El mayor costo asociado a la técnica de retrasar la acción de pujar podría reducir aun más la equidad si las mujeres a las que se aplica una anestesia peridural requieren recursos adicionales para acomodar el retraso en la acción de pujar en el período expulsivo.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres en cuanto al trabajo de parto y el parto *(26)* no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el empuje. La evidencia indirecta de esta revisión indica que a las mujeres les gusta percibir que tienen el control del progreso del trabajo de parto pero aceptan con agrado el apoyo y el consejo de profesionales de la salud que las tranquilicen, siempre que este apoyo sea uniforme, coherente y esté en consonancia con el estado fisiológico y psicológico percibido (evidencia de certidumbre baja).

En esta misma revisión no se encontró evidencia directa de las opiniones de los profesionales de la salud en relación con el empuje *(26)*.

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres en cuanto al trabajo de parto y el parto no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre el empuje *(26)*. La evidencia indirecta parece indicar que es improbable que haya alguna inquietud respecto a la viabilidad.

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró evidencia directa respecto a las opiniones de los profesionales de la salud en relación con el empuje *(26)*. La evidencia indirecta parece indicar que, en determinados entornos, la falta de capacitación puede tener repercusiones en la práctica clínica (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

Si retrasar la acción de pujar conduce a una mayor duración del trabajo de parto, esta técnica podría ser menos viable en entornos de recursos limitados).

Cuadro 3.52 Resumen de las conclusiones: Empuje aplazado en comparación con el empuje inmediato en mujeres con anestesia peridural

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	✓ Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	✓ Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	- Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable al empuje inmediato	– Probablemente favorable al empuje inmediato	– No favorable al empuje aplazado ni al inmediato	✓ Probablemente favorable al empuje aplazado	– Favorable al empuje aplazado
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	✓ Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	✓ Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable al empuje inmediato	– Probablemente favorable al empuje inmediato	– No favorable al empuje aplazado ni al inmediato	✓ Probablemente favorable al empuje aplazado	– Favorable al empuje aplazado
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	✓ Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

3.3.6 Técnicas para prevenir el traumatismo perineal

RECOMENDACIÓN 38

En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles. *(Recomendado)*

Comentarios

- La evidencia existente sugiere que el masaje perineal puede aumentar la probabilidad de que se mantenga indemne el perineo y reducir el riesgo de desgarros perineales graves; que las compresas tibias perineales reducen los desgarros perineales de tercer y cuarto grado, y que es probable que un enfoque "de intervención" (protección) reduzca los desgarros perineales de primer grado. La mayoría de las mujeres aceptan estas técnicas perineales preventivas de bajo costo y valoran altamente los resultados que aportan.
- La evidencia relativa a la maniobra de Ritgen (traccionar con una mano del mentón del feto, entre el ano y el cóccix de la madre y colocar la otra mano en el occipucio del feto para controlar la velocidad del parto) es de un grado de certidumbre muy bajo, en lo que no se recomienda el empleo de esta técnica.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.3.6)

La evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane basada en 22 ECA distintos *(163)*. Veinte ensayos con un total de 15.181 mujeres aportaron datos para el análisis. Los ensayos se realizaron en Australia (2 ensayos), Austria (1), Brasil (2), Dinamarca (1), España (1), Estados Unidos (1), Irán (8), Israel (1), Reino Unido (1) y Suecia (2). Las técnicas perineales aplicadas en el período expulsivo que están incluidas en este grupo son las siguientes:

- el masaje perineal en comparación con un enfoque de "no intervención" o con la atención habitual;
- un enfoque de "no intervención" en comparación con un enfoque "de intervención";
- una compresa tibia en comparación con un enfoque de "no intervención" o la no utilización de compresas tibias, y
- la maniobra de Ritgen en comparación con la práctica habitual.

Otras intervenciones evaluadas en la revisión para las que se dispuso de una evidencia muy limitada fueron las compresas frías, el parto con salida en primer lugar del hombro posterior en comparación con el hombro anterior, la aplicación de vaselina, aceite enriquecido en comparación con cera líquida y un dispositivo de protección perineal. Estas intervenciones no se evalúan aquí.

Comparación 1: Masaje perineal en comparación con el grupo de referencia (enfoque "de intervención" o atención habitual)

Siete estudios (2684 participantes) de Australia, Estados Unidos e Irán aportaron datos para esta comparación. En estos estudios, el masaje perineal en el período expulsivo del trabajo de parto se realizó con un lubricante. En general se encargó de ello una partera que introducía dos dedos en la vagina y aplicaba una presión leve, en sentido descendente en la vagina en dirección al recto, al tiempo que desplazaba los dedos con impulsos firmes de un lado al otro. En algunos estudios, el masaje se realizó únicamente durante las contracciones en el período expulsivo y en otros se continuó durante cada empuje y entre ellos.

Resultados maternos

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre baja indica que el masaje perineal puede aumentar la probabilidad de mantener el perineo indemne después de dar a luz (6 ensayos, 2618 mujeres, RR 1,74, IC del 95% 1,11-2,73). El efecto absoluto estimado es que hay 168 mujeres más con el perineo indemne por cada 1000 (de 25 a 393 más).

La evidencia de certidumbre alta indica que este masaje reduce los desgarros perineales de tercer y cuarto grado (5 ensayos, 2477 mujeres, RR 0,49, IC del 95% 0,25-0,94). El efecto absoluto estimado es de 5 casos menos por cada 1000 (de 2 a 22 menos). La evidencia respecto a los desgarros de primer y segundo grado, la episiotomía y la necesidad de sutura de perineo es de un grado de certidumbre muy bajo.

Morbilidad a largo plazo: En la revisión no se encontró evidencia respecto a los resultados a largo plazo.

Experiencia de parto: En la revisión no se encontró evidencia relativa a la satisfacción de la madre ni a otros resultados relacionados con la experiencia de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: En la revisión no se encontró evidencia relativa a las puntuaciones Apgar inferiores a 7 a los 5 minutos.

Cuadro 3.53 Principales recursos necesarios para el masaje perineal

Recurso	Descripción
Personal	▲ Parteras/enfermeras/médicos
Capacitación	▲ Capacitación previa a la incorporación al servicio y del personal del servicio sobre cómo realizar esta técnica perineal
Suministros	▲ Guantes: similar a la atención habitual ▲ Lubricante, por ejemplo, vaselina: facultativo
Equipo e infraestructura	▲ Ninguno
Tiempo	▲ Se realiza durante el período expulsivo, en lo que el tiempo es el mismo que en la atención habitual
Supervisión y seguimiento	▲ Igual que en la atención habitual

Traumatismo en el parto: La revisión no incluyó datos relativos al resultado de traumatismo en el parto.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta). Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto, y temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), en lo que valorarían favorablemente cualquier técnica que redujera su posible exposición a estas clases de resultados (evidencia de certidumbre alta). Por consiguiente es probable que las mujeres valoren favorablemente cualquier técnica que pueda limitar el traumatismo perineal, en particular si la aplican profesionales de la salud amables, competentes y sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

La evidencia cualitativa indica también que, cuando se está considerando la aplicación de intervenciones, las mujeres desearían que se les informara acerca de la naturaleza de dichas intervenciones y, cuando ello sea posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta) *(23)*.

Consideraciones adicionales

Los resultados de una metasíntesis de las experiencias de las mujeres respecto al traumatismo perineal sugieren que las mujeres pueden sentirse defraudadas, decepcionadas y deprimidas y tener una sensación de fracaso cuando ha habido un daño del perineo tras el parto *(164)*.

Recursos

No se encontró evidencia basada en revisiones.

Consideraciones adicionales

Las técnicas perineales son una intervención de bajo costo en la que el costo principal sería la capacitación del personal del servicio. Si el masaje perineal aumenta el porcentaje de mujeres con un perineo indemne tras el parto y reduce los desgarros de tercer y cuarto grado, sería lógico que tuviera una relación costo-efectividad más favorable que la de la atención habitual, al reducir los costos asociados a las suturas (por ejemplo, material de sutura, anestésicos locales e hisopos) y al tiempo del personal sanitarios necesario para realizar esas suturas.

Un estudio del 2002 realizado en Argentina indicó un ahorro medio de costos del prestador de la atención de US$ 20,21 por nacimiento al aplicar un cambio en la política de episiotomías que llevó a que se realizaran menos y a una reducción de las necesidades de sutura *(165)*, lo cual constituye un indicador indirecto del posible ahorro de costo que podría producirse por cada nacimiento con la reducción de los desgarros de tercer y cuarto grado y el aumento del perineo indemne.

Equidad

No se encontró evidencia respecto a las técnicas perineales y la equidad.

Consideraciones adicionales

Si los profesionales de la salud pudieran contribuir a proteger la integridad del perineo en el período expulsivo mediante técnicas perineales sencillas, las mujeres de los PIBM podrían ser más propensas a utilizar los servicios de maternidad de centros de atención de salud, y ello podría tener una repercusión positiva en la equidad.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las técnicas del masaje perineal *(26)*. La evidencia indirecta de esta revisión indica que, en ciertos contextos, algunas mujeres pueden apreciar las técnicas que limitan el traumatismo perineal, siempre que las apliquen profesionales de la salud amables y sensibles (evidencia de certidumbre baja). En otros contextos, las mujeres pueden considerar que estas técnicas son dolorosas, incómodas o embarazosas (evidencia de certidumbre muy baja).

La revisión sistemática cualitativa no encontró tampoco ninguna evidencia directa de las

opiniones de los profesionales de la salud respecto a las técnicas perineales para la prevención del traumatismo perineal *(26)*.

Consideraciones adicionales

En una encuesta canadiense sobre las opiniones de las mujeres respecto al masaje perineal prenatal (n = 684), los autores observaron que las mujeres tenían opiniones positivas respecto a la técnica y que la volverían a utilizar en un embarazo posterior *(166)*.

Es probable que las mujeres apreciaran cualquiera de las técnicas perineales si hubiera una evidencia que sugiriera que pueden ser útiles o limitar cualquiera de las posibles consecuencias a largo plazo de una lesión del perineo (dispareunia, disfunción sexual, incontinencia urinaria o fecal).

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto no se encontró evidencia directa en relación con las opiniones de las mujeres respecto a las técnicas perineales *(26)*. La evidencia indirecta de esta revisión parece indicar que es improbable que haya ninguna inquietud respecto a la viabilidad de estas técnicas.

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró tampoco evidencia indirecta de las opiniones de los profesionales de la salud en relación con las técnicas perineales *(26)*. La evidencia indirecta parece indicar que, en ciertos entornos, los profesionales de la salud pueden carecer de capacitación o experiencia para usar algunas de las técnicas perineales descritas o todas ellas (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

En una pequeña encuesta de 54 parteras australianas que participaban en un ECA sobre el masaje perineal durante el trabajo de parto *(167)*, el autor observó que las parteras no siempre aplicaron la intervención por una serie de razones, entre las cuales se encontraban las siguientes: a) las mujeres lo encontraron incómodo; b) el trabajo de parto progresó demasiado rápidamente; c) hubo un sufrimiento fetal; d) no dispusieron de tiempo y, e) consideraron que era intrusivo. Después del ensayo, el número de parteras que consideraron que la técnica era "definitivamente beneficiosa" pasó de 8 a 15.

Cuadro 3.54 Resumen de las conclusiones: Masaje perineal en comparación con la atención habitual (sin masaje perineal) (comparación 1)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	✓ Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable al masaje perineal ni a la atención habitual	– Probablemente favorable al masaje perineal	✓ Favorable al masaje perineal
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	✓ Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable al masaje perineal ni a la atención habitual	✓ Probablemente favorable al masaje perineal	– Favorable al masaje perineal
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

Comparación 2: Compresa tibia perineal en comparación con el grupo de referencia ("sin intervención" o atención habitual)

Cuatro estudios (1799 participantes) de Australia, España, Estados Unidos e Irán aportaron datos para esta comparación. En un estudio (717 participantes), las compresas tibias perineales se proporcionaron en forma de almohadillas bañadas en agua tibia estéril (calentada a temperatura de entre 45 °C y 59 °C) y se aplicaron durante las contracciones una vez que la cabeza del bebé había distendido el perineo. La almohadilla se volvía a mojar entre las contracciones, con objeto de mantenerla tibia. En otro estudio (808 participantes), las compresas tibias se aplicaron de forma continua, durante las contracciones en el período expulsivo y entre ellas. Las compresas tibias proporcionadas en los otros dos estudios no se describieron detalladamente en la revisión.

Resultados maternos

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre alta indica que las compresas tibias producen poca o ninguna diferencia en el hecho de mantener el perineo indemne después de dar a luz (4 ensayos, 1799 mujeres, RR 1,02, IC del 95% 0,85-1,21). La evidencia de certidumbre alta indica que las compresas tibias reducen la incidencia de los desgarros perineales de tercer o cuarto grado (4 ensayos, 1799 mujeres, RR 0,46, IC del 95% 0,27-0,79). El efecto absoluto sobre los desgarros de tercer o cuarto grado se estima en 24 eventos menos por cada 1000 (de 9 a 33 menos). La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que las compresas tibias comporten poco o ningún cambio en la episiotomía (4 ensayos, 1799 mujeres, RR 0,86, IC del 95% 0,60-1,23). La evidencia respecto a los desgarros de primer y segundo grado y respecto a la necesidad de sutura perineal es de certidumbre muy baja.

Morbilidad a largo plazo: En la revisión no se encontró evidencia relativa a los resultados a largo plazo.

Experiencia de parto: En la revisión no se encontró evidencia relativa a la satisfacción materna u otros resultados relacionados con la experiencia de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: En la revisión no se encontró evidencia respecto al índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos.

Traumatismo en el parto: En la revisión no se incluyó el traumatismo en el parto como uno de los parámetros de valoración.

Consideraciones adicionales

La revisión incluyó también otro análisis por separado de las compresas frías en comparación con el grupo de referencia (1 estudio, 64 mujeres) en el que la certidumbre de la evidencia resultante se consideró en gran parte muy baja.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta) *(23)*.

Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto, y temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), que pueden darse durante el proceso de parto (evidencia de certidumbre alta). Por consiguiente, es probable que las mujeres valoren favorablemente cualquier técnica que pueda limitar el traumatismo perineal, en especial si la aplican profesionales de la salud amables, competentes y sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

La evidencia cualitativa indica también que, cuando se están considerando posibles intervenciones, las mujeres desearían que se les informara acerca de la naturaleza de dichas intervenciones y, cuando ello sea posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Los resultados de una metasíntesis de las experiencias de las mujeres respecto al traumatismo perineal sugieren que las mujeres pueden sentirse defraudadas, decepcionadas y deprimidas y tener una sensación de fracaso cuando ha habido un daño del perineo tras el parto *(164)*.

Recursos

No se encontró evidencia en las revisiones.

Cuadro 3.55 Principales recursos necesarios para las compresas tibias perineales

Recurso	Descripción
Personal	▲ Parteras/enfermeras/médicos
Capacitación	▲ Capacitación previa a la incorporación al servicio y del personal del servicio sobre cómo realizar esta técnica perineal
Suministros	▲ Almohadillas y agua templada
Equipo e infraestructura	▲ Fácil acceso a agua limpia templada
Tiempo	▲ Se realiza durante el período expulsivo, en lo que el tiempo es el mismo que en la atención habitual
Supervisión y seguimiento	▲ Igual que en la atención habitual

Consideraciones adicionales

Las compresas tibias son una intervención de bajo costo en la que el costo principal corresponde a los suministros de almohadillas/compresas y a la capacitación del personal del servicio. Sin embargo, en al menos uno de los ensayos incluidos se utilizó agua estéril, y esto tendría repercusiones adicionales en los costos.

Los prestadores de atención de salud necesitarían tener acceso a agua limpia templada, y puede ocurrir que esto no sea posible en algunos entornos de recursos escasos. Si las compresas tibias reducen los desgarros de tercer y cuarto grado, esta práctica debería tener una relación costo-efectividad más favorable que la atención habitual, puesto que debieran reducirse los costos asociados a los suministros para la sutura (por ejemplo, materiales de sutura, anestésicos locales, hisopos) y al tiempo de los profesionales de la salud necesario para realizarla.

Un estudio del 2002 realizado en Argentina indicó un ahorro medio de costos del prestador de la atención de US$ 20,21 por nacimiento al aplicar un cambio en la política de episiotomías que llevó a que se realizaran menos y a una reducción de las necesidades de sutura *(165)*, lo cual constituye un indicador indirecto del posible ahorro de costo que podría producirse por cada nacimiento con la reducción de los desgarros de tercer y cuarto grado.

Equidad

No se encontró evidencia sobre las técnicas perineales y la equidad.

Consideraciones adicionales

Si los profesionales de la salud pudieran contribuir a proteger la integridad del perineo en el período expulsivo mediante técnicas perineales sencillas, las mujeres de los PIBM podrían ser más propensas a utilizar los servicios de maternidad de centros de atención de salud, y ello podría tener una repercusión positiva en la equidad.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto, no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las técnicas de masaje perineal *(26)*. La evidencia indirecta de esta revisión indica que, en ciertos contextos, algunas mujeres pueden apreciar las técnicas que limitan el traumatismo perineal, siempre que las apliquen profesionales de la salud amables y sensibles (evidencia de certidumbre baja). En otros contextos, las mujeres pueden considerar que estas técnicas son dolorosas, incómodas o embarazosas (evidencia de certidumbre muy baja).

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró tampoco ninguna evidencia directa de las opiniones de los profesionales de la salud respecto a las técnicas perineales para la prevención del traumatismo perineal *(26)*.

Consideraciones adicionales

Es probable que las mujeres apreciaran cualquiera de las técnicas perineales si hubiera una evidencia que sugiriera que pueden ser útiles o limitar cualquiera de las posibles consecuencias a largo plazo de una lesión del perineo (dispareunia, disfunción sexual, incontinencia urinaria o fecal).

Parece plausible que las mujeres pudieran percibir las compresas tibias como menos incómodas y embarazosas que el masaje perineal, pero no se encontró evidencia al respecto.

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto no se encontró evidencia directa en relación con las opiniones de las mujeres respecto a las técnicas perineales *(26)*. La evidencia indirecta de esta revisión parece indicar que es improbable que haya ninguna inquietud respecto a la viabilidad de estas técnicas.

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró tampoco evidencia indirecta de las opiniones de los profesionales de la salud en relación con las técnicas perineales *(26)*.

Consideraciones adicionales

Aunque constituye una intervención de bajo costo, la aplicación de compresas tibias podría ser menos viable en entornos de recursos limitados, en especial si no se dispone de agua corriente tibia en las salas de parto.

Cuadro 3.56 Resumen de las conclusiones: Compresas tibias perineales en comparación con la no utilización de compresas tibias (comparación 2)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	✓ Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable a las compresas tibias perineales ni a la atención habitual	– Probablemente favorable a las compresas tibias perineales	✓ Favorable a las compresas tibias perineales
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la atención habitual	– Probablemente favorable a la atención habitual	– No favorable a las compresas tibias perineales ni a la atención habitual	✓ Probablemente favorable a las compresas tibias perineales	– Favorable a las compresas tibias perineales
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

Comparación 3: Atención "sin intervención" en comparación con el enfoque de "intervención" en el perineo

Cinco estudios (7317 participantes) de Austria, Brasil, Irán y Reino Unido aportaron datos para esta comparación. El enfoque de no intervención (expectante) consistió generalmente en una conducta de observación expectante, con la posibilidad de aplicar una ligera presión en la cabeza del niño en caso de expulsión rápida, y con el plan de, por lo demás, no tocar la cabeza ni el perineo, y permitir la salida espontánea de los hombros. Con el enfoque de intervención (o protección) la partera apoyaba el perineo anterior y posterior con ambas manos, para proteger el perineo y mantener la flexión y el control de la expulsión de la cabeza del feto.

Resultados maternos

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre moderada indica que es probable que el uso del enfoque de no intervención en comparación con el enfoque de intervención comporte poca o ninguna diferencia en la probabilidad de mantener el perineo indemne después de dar a luz (2 ensayos, 6547 mujeres, RR 1,03, IC del 95% 0,95-1,12). La evidencia de certidumbre baja indica que el enfoque de no intervención puede aumentar los desgarros de primer grado en comparación con el enfoque de intervención (2 ensayos, 700 participantes, RR 1,32, IC del 95% 0,99-1,77); sin embargo, la estimación del efecto incluye la posibilidad de que no haya diferencia. El efecto absoluto se estima en 58 eventos más por cada 1000 (de 2 menos a 139 más). La evidencia respecto a los desgarros de tercer y cuarto grado, los desgarros de segundo grado y la episiotomía es de una certidumbre muy baja.

Morbilidad a largo plazo: En la revisión no se encontró evidencia relativa a los resultados a largo plazo.

Experiencia de parto: En la revisión no se encontró evidencia respecto a la satisfacción materna u otros resultados relacionados con la experiencia de parto.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: En la revisión no se encontró ninguna evidencia respecto al índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos.

Cuadro 3.57 Principales recursos necesarios para los enfoques de "no intervención" y de "intervención" perineal

Recurso	Descripción
Personal	▲ Parteras/enfermeras/médicos
Capacitación	▲ Capacitación previa a la incorporación al servicio y del personal del servicio sobre cómo realizar esta técnica perineal
Suministros	▲ Igual que en la atención habitual
Equipo	▲ Ninguno
Tiempo	▲ Se realiza durante el período expulsivo, en lo que el tiempo es el mismo que en la atención habitual
Supervisión y seguimiento	▲ Igual que en la atención habitual

Traumatismo en el parto: En la revisión no se incluyó el traumatismo en el parto como uno de los resultados evaluados.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta). Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto, y temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), en lo que valorarían favorablemente cualquier técnica que redujera su posible exposición a esta clase de resultados (evidencia de certidumbre alta). Por consiguiente es probable que las mujeres valoren favorablemente cualquier técnica que pueda limitar el traumatismo perineal, en particular si la aplican profesionales de la salud amables, competentes y sean sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

La evidencia cualitativa indica también que, cuando se está considerando la aplicación de intervenciones, las mujeres desearían que se les informara acerca de la naturaleza de dichas intervenciones y, cuando ello sea posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Los resultados de una metasíntesis de las experiencias de las mujeres respecto al traumatismo perineal sugieren que estas pueden sentirse defraudadas, decepcionadas y deprimidas y tener una sensación de fracaso cuando ha habido un daño del perineo tras el parto *(164)*.

La evidencia cuantitativa indica que es posible que haya pocas diferencias entre estos enfoques; sin embargo, la posibilidad de más desgarros de primer grado con el enfoque de no intervención podría inclinar a algunas mujeres a preferir el enfoque de intervención.

Recursos

No se encontró evidencia en las revisiones.

Consideraciones adicionales

Las técnicas perineales son una intervención de bajo costo en la que el costo principal sería la capacitación del personal del servicio. Aunque la evidencia indica que el enfoque de no intervención podría aumentar los desgarros perineales de primer grado, generalmente estos no requieren sutura y no se asocian a otros resultados negativos, en lo que esto no tiene repercusiones en los costos.

Equidad

No se encontró evidencia respecto a las técnicas perineales y la equidad.

Consideraciones adicionales

Si los profesionales de la salud pudieran contribuir a proteger la integridad del perineo en el período expulsivo mediante técnicas perineales sencillas, las mujeres de los PIBM podrían ser más propensas a utilizar los servicios de maternidad de centros de atención de salud, y ello podría tener una repercusión positiva en la equidad. Sin embargo, la evidencia sobre los efectos no permite establecer con claridad si estas técnicas perineales reducen los traumatismos del perineo.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto, no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las técnicas perineales *(26)*. La evidencia indirecta de esta revisión indica que, en ciertos contextos, algunas mujeres pueden apreciar las técnicas que limitan el traumatismo perineal, siempre que las apliquen profesionales de la salud amables y sensibles (evidencia de certidumbre baja). En otros contextos, las mujeres pueden considerar que estas técnicas son dolorosas, incómodas o embarazosas (evidencia de certidumbre muy baja).

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró tampoco ninguna evidencia directa sobre las opiniones de los profesionales de la salud respecto a las técnicas perineales para la prevención del traumatismo perineal *(26)*.

Consideraciones adicionales

Es probable que las mujeres apreciaran cualquiera de las técnicas perineales si hubiera una evidencia que sugiriera que pueden ser útiles o limitar cualquiera de las posibles consecuencias a largo plazo de una lesión del perineo (dispareunia, disfunción sexual, incontinencia urinaria o fecal).

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto, no se encontró evidencia directa en relación con las opiniones de las mujeres respecto a las técnicas perineales *(26)*. La evidencia indirecta de esta revisión parece indicar que es improbable que haya ninguna inquietud respecto a la viabilidad de estas técnicas.

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró tampoco evidencia indirecta de las opiniones de los profesionales de la salud en relación con las técnicas perineales *(26)*. La evidencia indirecta parece indicar que, en ciertos entornos, los profesionales de la salud pueden carecer de capacitación o experiencia para usar algunas de las técnicas perineales descritas o todas ellas (evidencia de certidumbre muy baja).

Cuadro 3.58 Resumen de las conclusiones: enfoque de "no intervención" en comparación con el enfoque "de intervención" (comparación 3)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		✓ Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	✓ Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable al enfoque de intervención	✓ Probablemente favorable al enfoque de intervención	– No favorable al enfoque de intervención ni al de no intervención	– Probablemente favorable al enfoque de no intervención	– Favorable al enfoque de no intervención
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable al enfoque de intervención	– Probablemente favorable al enfoque de intervención	✓ No favorable al enfoque de intervención ni al de no intervención	– Probablemente favorable al enfoque de no intervención	– Favorable al enfoque de no intervención
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	✓ Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

Comparación 4: Maniobra de Ritgen en comparación con la práctica habitual (enfoque "de intervención")

Dos estudios (1489 participantes) de Irán y Suecia aportaron datos para esta comparación. Se realizó una maniobra de Ritgen modificada en el período expulsivo en el estudio de mayor tamaño (1423 participantes). Ello incluía "traccionar con una mano del mentón del feto, entre el ano y el cóccix de la madre y colocar la otra mano en el occipucio del feto para controlar la velocidad del parto". En este estudio, se consideró que se trataba de una maniobra modificada puesto que se usó durante una contracción uterina en vez de aplicarla entre las contracciones. En el grupo de "asistencia ordinaria" se usó una mano para apoyar el perineo y la otra para controlar la expulsión de la cabeza fetal. Se aplicó también la atención ordinaria para realizar una episiotomía selectiva para ciertas indicaciones que no se describen en la revisión.

Resultados maternos

Traumatismo perineal/vaginal: La evidencia de certidumbre baja indica que la maniobra de Ritgen puede tener poca o ninguna repercusión sobre los desgarros perineales de tercer y cuarto grado (1 ensayo, 1423 participantes, RR 1,24, IC del 95% 0,78-1,96) y sobre la episiotomía (2 ensayos, 1489 participantes, RR 0,81, IC del 95% 0,63-1,03). La evidencia relativa a la probabilidad de mantener el perineo indemne y respecto a otros resultados perineales es de una certidumbre muy baja.

Morbilidad a largo plazo: En la revisión no se encontró evidencia relativa a los resultados a largo plazo.

Experiencia de parto: En la revisión no se encontró evidencia relativa a la satisfacción materna u otros resultados relacionados con la experiencia de parto.

Resultados fetales y neonatales

Índices Apgar: En la revisión no se encontró evidencia relativa al índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos.

Traumatismo en el parto: En la revisión no se incluyó el traumatismo en el parto como uno de los resultados evaluados.

Consideraciones adicionales

La revisión incluyó también una comparación de otro tipo de técnica de guía: la salida en primer lugar del hombro posterior en comparación con la salida en primer lugar del hombro anterior; sin embargo, los datos para el examen de este resultado fueron limitados, y la evidencia obtenida fue de un grado de certidumbre muy bajo.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que las mujeres consideraban importante en la atención durante el parto indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé (evidencia de certidumbre alta) *(23)*. Los resultados indican también que las mujeres son conscientes de la imposibilidad de predecir el trabajo de parto y el parto, y temen los posibles eventos traumáticos (incluidas las intervenciones médicas y la morbilidad materna y fetal), en lo que valorarían favorablemente cualquier técnica que redujera su posible exposición a esta clase de resultados (evidencia de certidumbre alta). Por consiguiente es probable que las mujeres valoren favorablemente cualquier técnica que pueda limitar el traumatismo perineal, en particular si la aplican profesionales de la salud amables, competentes y sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

La evidencia cualitativa indica también que, cuando se está considerando la aplicación de intervenciones, las mujeres desearían que se les informara acerca de la naturaleza de dichas intervenciones y, cuando ello sea posible, que se les permitiera elegir (evidencia de certidumbre alta).

Recursos

No se encontró ninguna evidencia derivada de una revisión.

Consideraciones adicionales

Las técnicas perineales son una intervención de bajo costo en la que el costo principal sería la capacitación del personal del servicio.

Equidad

No se encontró evidencia respecto a las técnicas perineales y la equidad.

Cuadro 3.59 Principales recursos necesarios de la maniobra de Ritgen

Recurso	Descripción
Personal	▲ Parteras/enfermeras/médicos
Capacitación	▲ Capacitación previa a la incorporación al servicio y del personal del servicio sobre cómo realizar esta técnica perineal
Suministros	▲ Similar a la atención ordinaria
Equipo	▲ Ninguno
Tiempo	▲ Se realiza durante el período expulsivo, en lo que el tiempo es el mismo que en la atención habitual
Supervisión y seguimiento	▲ Probablemente más que con la atención ordinaria, para garantizar el cumplimiento de la técnica y supervisar los posibles resultados adversos

Consideraciones adicionales

Si los profesionales de la salud pudieran contribuir a proteger la integridad del perineo en el período expulsivo mediante técnicas perineales sencillas, las mujeres de los PIBM podrían ser más propensas a utilizar los servicios de maternidad de centros de atención de salud, y ello podría tener una repercusión positiva en la equidad. Sin embargo, la evidencia sobre los efectos de la maniobra de Ritgen es de un grado de certidumbre muy bajo.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto, no se encontró evidencia directa relativa a las opiniones de las mujeres sobre las técnicas del masaje perineal *(26)*. La evidencia indirecta de esta revisión indica que, en ciertos contextos, algunas mujeres pueden apreciar las técnicas que limitan el traumatismo perineal, siempre que las apliquen profesionales de la salud amables y sensibles (evidencia de certidumbre baja). En otros contextos, las mujeres pueden considerar que estas técnicas son dolorosas, incómodas o embarazosas (evidencia de certidumbre muy baja).

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró tampoco ninguna evidencia directa sobre las opiniones de los profesionales de la salud respecto a las técnicas perineales para la prevención del traumatismo perineal *(26)*.

Consideraciones adicionales

Es probable que las mujeres apreciaran cualquiera de las técnicas perineales si hubiera una evidencia que sugiriera que pueden ser útiles o limitar cualquiera de las posibles consecuencias a largo plazo de una lesión del perineo (dispareunia, disfunción sexual, incontinencia urinaria o fecal).

Parece plausible que la maniobra de Ritgen resulte menos cómoda para las mujeres que otras técnicas perineales como el empleo de compresas tibias.

Viabilidad

En una revisión sistemática cualitativa de las experiencias de las mujeres respecto al trabajo de parto y el parto, no se encontró evidencia directa en relación con las opiniones de las mujeres respecto a las técnicas perineales *(26)*.

En la revisión sistemática cualitativa no se encontró tampoco ninguna evidencia indirecta de las opiniones de los profesionales de la salud en relación con las técnicas perineales *(26)*. La evidencia indirecta parece indicar que, en ciertos entornos, los profesionales de la salud pueden carecer de capacitación o experiencia para usar algunas de las técnicas perineales descritas o todas ellas (evidencia de certidumbre muy baja).

Consideraciones adicionales

La aplicación apropiada de la técnica exige un nivel razonable de conocimiento experto en partería u obstetricia para comprender la anatomía de la cabeza fetal.

Cuadro 3.60 Resumen de las conclusiones: Maniobra de Ritgen en comparación con la práctica habitual ("de intervención") (comparación 4)

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		✓ Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	✓ Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	– Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la práctica habitual	– Probablemente favorable a la práctica habitual	✓ No favorable a la maniobra de Ritgen ni a la práctica habitual	– Probablemente favorable a la maniobra de Ritgen	– Favorable a la maniobra de Ritgen
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Costo-efectividad[a]	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la práctica habitual	– Probablemente favorable a la práctica habitual	– No favorable a la maniobra de Ritgen ni a la práctica habitual	– Probablemente favorable a la maniobra de Ritgen	– Favorable a la maniobra de Ritgen
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	✓ Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	✓ Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	✓ Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí

[a] El dominio de costo-efectividad no se evaluó porque los efectos favorables de la intervención fueron triviales.

3.3.7 Política para la episiotomía

RECOMEDACIÓN 39

No se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo. *(No recomendado)*

Comentarios

- Aunque la evidencia encontrada en la revisión de los efectos comparativos de las políticas de la episiotomía se presentó como la comparación del uso selectivo/restrictivo frente al uso de rutina/liberal de esta técnica, dados los efectos beneficiosos de la episiotomía selectiva/restrictiva en comparación con la política de episiotomía de rutina/liberal, la falta de evidencia sobre la eficacia de la episiotomía en general y la necesidad de desaconsejar el uso excesivo de la episiotomía de rutina en todos los entornos, el GDG consideró que era importante destacar que "no se recomienda" el uso de rutina/liberal de la episiotomía, en vez de recomendar su uso selectivo/restrictivo.
- El GDG reconoció que, en este momento, no hay evidencia que corrobore la necesidad de ninguna episiotomía en la atención de rutina y que es difícil establecer una tasa "aceptable" de episiotomías. Está por establecer el papel de la episiotomía en las emergencias obstétricas, como el sufrimiento fetal que requiere un parto vaginal instrumental.
- Si se realiza una episiotomía, son esenciales una anestesia local eficaz y el consentimiento fundamentado de la mujer. La técnica preferida es una incisión medial-lateral, ya que las incisiones en la línea media se asocian a un mayor riesgo de que se produzcan lesiones obstétricas del esfínter anal (LOEA) complejas. Se prefiere una técnica de sutura continua a la de puntos sueltos *(168)*.
- Las episiotomías no justifican el uso sistemático de una profilaxis antibiótica, ya que deben respetarse en todo momento las medidas generales de control de infecciones *(114)*.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.3.7)

La evidencia procedió de una revisión sistemática Cochrane que incluía datos de 12 ECA *(168)*. En 11 ensayos, los participantes fueron mujeres en trabajo de parto en las que se preveía un parto vaginal. En un ensayo se incluyó a mujeres con un parto vaginal instrumental; los datos de este ensayo se analizaron por separado en la revisión y no se tuvieron en cuenta para esta recomendación. Los 11 ensayos de interés para esta recomendación se realizaron en Argentina (2 ensayos), Alemania, Arabia Saudita, Canadá, Colombia, España, Irlanda, Malasia, Pakistán y Reino Unido (1 ensayo en cada uno). En siete ensayos se incluyó tan solo a mujeres nulíparas, y en cuatro participaron mujeres tanto nulíparas como no nulíparas. Las diferencias de las tasas de episiotomía entre los grupos de estudio de los ensayos oscilaron entre el 21% y el 91%, de tal manera que tres de los ensayos describieron una diferencia de menos del 30%. En los grupos de episiotomía selectiva, las tasas de episiotomía fueron de entre el 8% y el 59% (mediana 32%), y en los grupos de episiotomía de rutina o liberal, las tasas fueron del 51% al 100% (mediana 83%).

Comparación: Política de uso selectivo/restrictivo en comparación con el uso de rutina o liberal de la episiotomía

Resultados maternos

Morbilidad a corto plazo: La evidencia de certidumbre baja indica que una política de episiotomía selectiva/restrictiva puede reducir los traumatismos perineales/vaginales graves (principalmente los desgarros de tercer o cuarto grado) en comparación con la episiotomía de rutina o liberal (11 ensayos, 6177 mujeres, RR 0,70, IC del 95% 0,52-0,94). El efecto fue mayor cuando solamente se consideraron los ensayos con una diferencia de más del 30% en la tasa de episiotomías entre los grupos de estudio (8 ensayos, 4877 mujeres, RR 0,55, IC del 95% 0,38-0,81; evidencia de certidumbre moderada). El análisis de subgrupos según la paridad indica que la política de episiotomía podría no comportar un cambio en los traumatismos perineales/vaginales en las mujeres multigrávidas, pero la evidencia al respecto es de un grado de certidumbre muy bajo. Es posible que una política de episiotomía selectiva/restrictiva pueda reducir la necesidad de sutura perineal (aparte de la de reparación de la episiotomía) (6 ensayos, 4333 mujeres, RR 0,68, IC del 95% 0,58-0,78); sin embargo, los datos de algunos de los ensayos pueden haber incluido la reparación de la episiotomía, lo cual hace que la evidencia sea incierta.

La evidencia de certidumbre baja indica que la episiotomía selectiva/restrictiva puede tener poco o ningún efecto sobre la infección perineal (3 ensayos, 1467 mujeres, RR 0,90, IC del 95% 0,45-1,82). La evidencia respecto a la pérdida sanguínea comparativa al nacer es muy incierta.

Morbilidad a largo plazo: Por lo que respecta a la morbilidad a largo plazo, a los 6 meses o más después del parto, la evidencia de certidumbre baja obtenida indica que puede haber poco o ningún efecto de la política de episiotomía selectiva/restrictiva en comparación con la episiotomía de rutina o liberal en la dispareunia (dolor durante el acto sexual) (3 ensayos, 1107 mujeres, RR 1,14, IC del 95% 0,84-1,53). La evidencia respecto a otras morbilidades a largo plazo es dispersa y muy incierta (incontinencia urinaria, prolapso genital), o inexistente (incontinencia fecal, disfunción sexual).

Duración del período expulsivo: No se presentaron datos respecto a este resultado en la revisión.

Uso de opciones de alivio del dolor: En la revisión no se presentaron datos sobre el uso de las opciones de alivio del dolor, pero la evidencia de certidumbre baja sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre la episiotomía selectiva/restrictiva y la episiotomía de rutina o liberal en cuanto al dolor perineal 10 días después del parto (1 ensayo, 2587 mujeres, RR 1,00, IC del 95% 0,78-1,27).

Experiencia de parto: Según lo indicado por la revisión, en los ensayos no se presentaron resultados relativos a la experiencia de parto materna, como la satisfacción materna.

Resultados fetales y neonatales

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia respecto al índice Apgar bajo (< 7 a los 5 minutos) es de un grado de certidumbre muy bajo, principalmente porque el tamaño de la muestra es pequeño (2 ensayos, 511 bebés) y no se registró ningún evento en ninguno de los dos grupos comparados.

Traumatismo en el parto: En la revisión no se presentaron datos sobre el traumatismo en el parto.

Consideraciones adicionales

La evidencia sobre los traumatismos perineales o vaginales graves se obtuvo principalmente de ensayos en los que se utilizó una técnica de incisión medial-lateral. Dos ensayos con un total de 1143 mujeres emplearon una incisión de episiotomía en la línea media y las pruebas estadísticas utilizadas en la revisión sugieren que el efecto general sobre el traumatismo perineal/vaginal en este subgrupo de ensayos no difiere de lo observado con las incisiones mediales-laterales. Sin embargo, los ensayos que utilizaron incisiones de la línea media produjeron resultados poco uniformes. Además, los traumatismos perineales/vaginales graves se dieron con mayor frecuencia en los ensayos con incisiones de la línea media que en los ensayos con incisiones mediales-laterales (106/1143 [9%] frente a 58/4834 [1%], respectivamente), lo cual sugiere que las incisiones mediales-laterales son más seguras que las incisiones de la línea media. La revisión no evaluó otros resultados en función del tipo de incisión.

En este momento, no hay evidencia que confirme la necesidad de la episiotomía en una determinada situación. Un ensayo clínico de pequeño tamaño (237 mujeres) ha presentado datos sobre los efectos del uso selectivo/restrictivo de la episiotomía en comparación con la no utilización de la episiotomía y no observó ninguna diferencia respecto a ninguno de los resultados maternos y perinatales evaluados *(169)*. Actualmente se está realizando un ensayo de la episiotomía selectiva/restrictiva en comparación con la no utilización de episiotomía, para el que se ha previsto un tamaño de muestra de 6006 mujeres.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención médica (evidencia de certidumbre alta) *(23)*.

A las mujeres las asustan las intervenciones como la episiotomía (evidencia de certidumbre alta), de manera que se sentirán invariablemente más ansiosas cuando se les plantee esta intervención. Sin embargo, en ciertos países (por ejemplo, Brasil) en donde la episiotomía se practica de manera liberal, puede haber la expectativa de que su uso facilitará el parto (evidencia de certidumbre baja).

Cuando se indica una episiotomía, las mujeres desearían recibir la información pertinente acerca de ella, y que la realice un profesional de la salud técnicamente competente y sensible a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Dado que una política de uso selectivo/restrictivo de la episiotomía se asocia a una morbilidad materna menor que la que se da con el uso liberal de esta técnica, es improbable que haya una incertidumbre o variabilidad importante respecto al valor que atribuyen las mujeres a los resultados asociados a las políticas de episiotomía, y es lógico que la mayoría de las mujeres prefieran no sufrir un traumatismo perineal o vaginal grave.

Recursos

En la revisión no se encontró evidencia sobre el costo y la relación costo-efectividad comparativa de estas políticas. Sin embargo, en un estudio del 2002 realizado en Argentina se observó que, por cada parto vaginal de bajo riesgo, había una posible reducción media del costo para el prestador de la atención de US$ 20,21 y US$ 11,63, en dos provincias argentinas *(170)*. Esto parece verosímil, según la evidencia existente sobre los efectos, ya que se

Cuadro 3.61 Principales recursos necesarios para la episiotomía

Recurso	Descripción
Capacitación	▲ Capacitación de tipo práctico de 1-2 semanas sobre la forma de aplicar una política de episiotomía restrictiva y la forma de suturar una episiotomía
Suministros	▲ Material de sutura (1-3 paquetes de hilo de poliglicol absorbible por episiotomía, según la amplitud y la técnica usada *[171]*) = US$ 2,25 por hilo ▲ Lidocaína = US$ 0,34 *(31)* ▲ Jeringa/aguja/hisopos = US$ 0,08 *(31)*
Equipo	▲ Iluminación apropiada, esterilizadores, instrumentos (pinzas, portaagujas, tijeras) ▲ Mantenimiento de equipos
Tiempo	▲ El promedio de tiempo necesario es de 21-25 minutos para cada cierre de la herida de episiotomía, según el tipo de método empleado (sutura continua o de puntos sueltos, respectivamente) *(171)* y otros factores, como la amplitud de la incisión, la pericia del profesional, los suministros, etc.
Supervisión y seguimiento	▲ Supervisión regular y examen por parte del personal de la sala/consultorio/centro

realizarán menos intervenciones y podría reducirse la morbilidad materna.

Consideraciones adicionales

Un menor número de intervenciones implica menos tiempo del profesional de la salud para la reparación de la episiotomía. Esto podría comportar un ahorro de costos importante. Los resultados de una revisión Cochrane en la que se evaluaron diferentes métodos de reparación de la episiotomía indican que el tiempo medio requerido para suturar una episiotomía con suturas continuas o de puntos sueltos es de 21 y 25 minutos, respectivamente *(171)*. Otros costos, debidos a los suministros médicos (materiales de la sutura, anestésicos, analgésicos, etc.) y al equipo necesario para la reparación de la episiotomía, así como los asociados a las complicaciones de la herida, serían también lógicamente inferiores con la política de episiotomía selectiva/restrictiva en comparación con la de episiotomía de rutina o liberal.

Los costos a los que tiene que hacer frente la mujer podrían ser también inferiores con la episiotomía selectiva/restrictiva en comparación con la episiotomía de rutina o liberal en los entornos en los que las mujeres incurren en costos adicionales en los partos en los que se ha realizado una episiotomía *(172)*.

El uso de rutina o liberal de la episiotomía podría estar ligado a la sobremedicalización derivada del interés por asegurar un beneficio económico para los profesionales.

Equidad

No se encontró evidencia directa de la repercusión de las diferentes políticas de episiotomía en la equidad. Sin embargo, la evidencia indirecta aportada por una revisión de los factores que facilitan o dificultan los partos en centros de salud indica que muchas mujeres tienen un "temor al corte" (cesárea y episiotomía) practicado por los profesionales de la salud y es probable que ello constituya un obstáculo importante para la adopción de los partos en centros de salud en las mujeres desfavorecidas de los PIBM (evidencia de certidumbre moderada) *(8)*.

Consideraciones adicionales

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 indica que las mujeres que son pobres, tienen menos estudios o residen en zonas rurales y remotas tienen un menor acceso a la cobertura de intervenciones de salud que las mujeres más favorecidas *(33)*. Por consiguiente, reducir el "temor al corte", con una política comunicada con claridad sobre la episiotomía selectiva/restrictiva, podría hacer que la intervención tenga una repercusión positiva en la equidad en salud al aumentar la cobertura de los partos en centros de salud en las mujeres desfavorecidas.

Una revisión de las prácticas basadas en la evidencia sugiere que algunas de las tasas más altas de episiotomía se dan en países de ingresos medianos *(173)*. Este uso excesivo podría ser un síntoma de la transición obstétrica,[1] con un aumento de la medicalización y más prácticas de parto intervencionistas al producirse dicha transición obstétrica *(174, 175)*. También hay diferencias significativas dentro de un mismo país en cuanto a la cobertura de la episiotomía *(176)*. Por ejemplo, en Brasil, se ha descrito que los centros de salud públicos hacen un uso excesivo de la episiotomía en comparación con los centros del sector privado *(177)*. Por consiguiente, el empleo de una política restrictiva de episiotomía en estos entornos podría mejorar específicamente la experiencia de parto de las mujeres desfavorecidas en comparación con las mujeres más favorecidas, con una repercusión positiva sobre la equidad.

[1] La transición obstétrica es el concepto de una tendencia a muy largo plazo de los países al pasar de patrones de mortalidad materna elevada a otros de mortalidad materna baja a través de la reducción de las causas obstétricas directas de mortalidad.

Las mujeres en los entornos de PIBM a menudo no están informadas sobre los riesgos y los motivos de las intervenciones y con frecuencia no se les pide que den su consentimiento fundamentado *(173, 178-181)*. Las técnicas invasivas no consentidas tienen una prevalencia elevada en los PIBM y en el tratamiento de las embarazadas desfavorecidas a nivel mundial. Por consiguiente, los protocolos clínicos y la capacitación de los profesionales que realizan la episiotomía deben subrayar la necesidad de un consentimiento fundamentado, para hacer que se respeten los derechos humanos de las mujeres.

Aceptabilidad

En una revisión sistemática cualitativa en la que se exploraron las opiniones y experiencias de las mujeres y de los profesionales de la salud respecto a la atención durante el parto, las mujeres indicaron que no estaban bien informadas sobre las razones para la realización de una episiotomía y que rara vez se les pedía permiso para ello (evidencia de certidumbre alta) *(26)*. Los resultados de la revisión indican que las mujeres preferían reducir al mínimo el nivel del dolor experimentado por el corte y los puntos, así como los niveles de molestia experimentados tras la episiotomía (evidencia de certidumbre alta). Además, es posible que no estén bien preparadas para el dolor asociado a la intervención o las posibles consecuencias a corto y largo plazo (molestia perineal, dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas normales, deformidades estéticas, efecto sobre la vida sexual) (evidencia de certidumbre baja). En algunos casos, las mujeres opinaron que sus inquietudes no fueron tenidas en cuenta o fueron rechazadas por los profesionales de la salud, a los que consideraron rudos y poco sensibles (evidencia de certidumbre baja).

Los resultados de la revisión indican también que en ciertos países (por ejemplo, Brasil) las mujeres podrían tener la creencia de que una episiotomía facilita el parto (trabajo de parto más corto, menos dolor) (evidencia de certidumbre baja). Esto puede ser consecuencia de una aceptación cultural establecida de la intervención, generada en gran parte por los profesionales de atención de salud (evidencia de certidumbre baja).

Los resultados de la revisión mostraron también que, generalmente, los profesionales conocían las recomendaciones para el uso selectivo/restrictivo de la episiotomía, pero en algunas regiones (América del Sur, Oriente Medio, Asia Sudoriental) eran reacios a cambiar el comportamiento establecido, en particular para las mujeres primigrávidas, en las que la episiotomía se practicaba sistemáticamente (evidencia de certidumbre alta). Para las mujeres primigrávidas de estos entornos, el personal de salud consideraba que una episiotomía era más segura y más fácil de abordar (para ellos) que un desgarro y les posibilitaba (a ellos) un parto "más fácil" (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

La renuencia a cambiar un comportamiento establecido en algunos entornos podría tener una motivación económica: un estudio de la práctica de los prestadores de atención de salud en Camboya observó que los profesionales de la salud realizaban las episiotomías para justificar el cobro a las mujeres de un honorario mayor *(172)*. De la evidencia antes descrita parece deducirse que la mayor parte de las mujeres considerarán una política de episiotomía selectiva/restrictiva más aceptable que una política de uso de rutina o liberal.

La aceptabilidad entre los profesionales de la salud podría diferir en entornos de PIBM, en donde la episiotomía se practica de manera sistemática.

Viabilidad

Los resultados de una revisión sistemática cualitativa en la que se exploraron las opiniones y las experiencias de las mujeres y de los profesionales de la salud en la atención durante el parto sugieren que una práctica de episiotomía selectiva/restrictiva sería más fácil de aplicar, especialmente en entornos en los que los recursos pueden ser limitados (evidencia de certidumbre alta) *(26)*. Sin embargo, en ciertos contextos, el personal de salud puede tener un acceso limitado a la evidencia de investigación actual (a causa de las limitaciones de recursos) y no disponer por lo tanto de políticas claras o protocolos para orientar su práctica en este campo (evidencia de certidumbre alta). Como resultado de ello, la práctica clínica se basa en "reglas" no escritas, jerárquicas y establecidas o en la competencia en la realización de la intervención (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Los resultados de un ECA de grupos llevado a cabo en México y Tailandia sobre una estrategia educativa polifacética destinada a promover el uso de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (RHL) en las prácticas obstétricas, incluida la promoción de la episiotomía selectiva/restrictiva respecto a la episiotomía de rutina o liberal, indicaron que la aplicación de la episiotomía selectiva/restrictiva fue viable en Tailandia y condujo a una reducción de las tasas de episiotomía *(182)*.

El cambio de una política de uso de rutina o liberal a un uso selectivo/restrictivo de la episiotomía requerirá un cambio en la cultura de la organización, la capacitación, la supervisión y auditorías continuas de la práctica clínica.

Cuadro 3.62 Resumen de las conclusiones: Política de episiotomía selectiva/restrictiva en comparación con la episiotomía de rutina/liberal

Efectos deseables	– Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	✓ Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	– Moderados	– Pequeños	✓ Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	– Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	✓ Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	- Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la política de rutina/liberal	– Probablemente favorable a la política de rutina/liberal	– No favorable a la política selectiva/ restrictiva ni a la de rutina/ liberal	✓ Probablemente favorable a la política selectiva/ restrictiva	– Favorable a la política selectiva/ restrictiva
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	– Costos insignificantes o ahorro	✓ Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	– Ningún estudio incluido			– Muy baja	✓ Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la política de rutina/liberal	– Probablemente favorable a la política de rutina/liberal	– No favorable a la política selectiva/ restrictiva ni a la de rutina/ liberal	✓ Probablemente favorable a la política selectiva/ restrictiva	– Favorable a la política selectiva/ restrictiva
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	– Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	✓ Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	✓ Variable		– No	– Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

3.3.8 Presión del fondo uterino

RECOMENDACIÓN 40

No se recomienda la aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo. *(No recomendado)*

Comentarios

- ▲ El GDG mostró una grave preocupación por la posibilidad de que se causen daños a la madre y al bebé con esta intervención.
- ▲ El panel de expertos tiene conocimiento de que se está realizando un ensayo denominado Gentle Assisted Pushing (GAP) *(183)*, que podría ser útil para aportar evidencia importante sobre los efectos de aplicar presión en el fondo uterino según un protocolo específico.

Resumen de la evidencia y consideraciones

Efectos de la intervención (cuadro BE 3.3.8)

La evidencia procede de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron nueve ensayos con un total de 3948 mujeres *(184)*. Cinco ensayos (3057 mujeres) realizados en India, Irán, Sudáfrica y Turquía (2 ensayos) evaluaron la presión manual en el fondo uterino en mujeres con embarazos de bajo riesgo en comparación con la no aplicación de ninguna presión en el fondo uterino. Cuatro ensayos (891 mujeres) realizados en Italia, Reino Unido y República de Corea (2 ensayos) evaluaron la presión aplicada en el fondo uterino por medio de una faja inflable en comparación con la no aplicación de ninguna presión en el fondo uterino. Para esta directriz, solo se tuvo en cuenta la evidencia relativa a la presión manual en el fondo uterino, ya que el uso de dispositivos de faja inflable no ha progresado más allá de los ámbitos de investigación.

La presión manual en el fondo uterino se aplicó según la maniobra de Kristeller en cuatro ensayos y mediante un "empuje asistido suave" (véase Consideraciones adicionales) en un ensayo de pequeño tamaño (120 mujeres); en dos de estos ensayos se reclutó únicamente a mujeres primigrávidas. Un ensayo limitó la aplicación de la presión en el fondo uterino a tres intentos. La mayoría de los ensayos incluidos tenían limitaciones en su diseño.

Comparación: Presión manual en el fondo uterino en comparación con la no aplicación de ninguna presión en el fondo uterino

Resultados maternos

Modalidad de parto: La evidencia relativa a los efectos comparativos sobre las tasas de cesárea y de parto instrumental es de un grado de certidumbre muy bajo.

Duración del período expulsivo: La evidencia sobre la duración del período expulsivo es de certidumbre muy baja. La evidencia de certidumbre baja sobre la incapacidad de las mujeres de dar a luz de manera espontánea en el período especificado por los autores sugiere que puede haber poca o ninguna diferencia entre la presión manual en el fondo uterino o la ausencia de presión (1 ensayo, 110 mujeres, RR 0,96, IC del 95% 0,71-1,28).

Mortalidad: Este resultado no se evaluó en los estudios.

Morbilidad: La evidencia de certidumbre baja indica que la presión en el fondo uterino, en comparación con la no aplicación de ninguna presión en el fondo uterino, puede tener poco o ningún efecto en la HPP (1 ensayo, 110 mujeres, RR 1,87, IC del 95% 0,58-6,06). La evidencia respecto al efecto de la presión en el fondo uterino sobre el daño sufrido por los tejidos blandos (vagina, perineo o útero) es de un grado de certidumbre muy bajo, debido principalmente a la escasez de datos. La evidencia de certidumbre baja indica que la aplicación de presión en el fondo uterino puede comportar poco o ningún cambio en las tasas de episiotomía en comparación con la ausencia de presión (1 ensayo, 317 mujeres, RR 1,18, IC del 95% 0,92-1,50). No se notificó ningún caso de "morbilidad materna grave o muerte" en ninguno de los ensayos.

Experiencia de parto: Los ensayos no aportaron datos sobre la satisfacción materna; sin embargo, la evidencia de certidumbre baja indica que las mujeres a las que se aplica una presión manual en el fondo uterino pueden presentar más dolor después del parto (evaluado según las necesidades de analgesia) que las mujeres a las que no se ha aplicado ninguna presión en el fondo uterino (1 ensayo, 209 mujeres, RR 4,54, IC del 95% 2,21-9,34).

Resultados fetales y neonatales

Traumatismo en el parto: La evidencia relativa al traumatismo en el parto, incluidas las fracturas y los hematomas, es de una certidumbre muy baja, debido a la escasez de datos (muestra pequeña, ningún evento).

Hipoxia-isquemia perinatal: La evidencia relativa a un pH bajo de la sangre arterial del cordón y a un índice Apgar inferior a 7 a los 5 minutos es de un grado de certidumbre muy bajo.

Mortalidad perinatal: No se produjo ninguna muerte neonatal en los grupos comparados (2 ensayos, 2445 recién nacidos); por consiguiente, la evidencia relativa a la muerte neonatal es de una certidumbre muy baja.

Consideraciones adicionales

Las inquietudes en relación con la aplicación de presión en el fondo uterino se deben a la posibilidad

de que se produzcaun daño grave en la madre o en el bebé con la aplicación de una fuerza excesiva no controlada *(185, 186)*, por ejemplo la rotura del útero u otro tipo de órganos, y la muerte materna o perinatal; sin embargo, estos eventos podrían no reflejarse a menudo en la bibliografía.

La presión en el fondo uterino en los ensayos incluidos se aplicó con las manos de quien asistía el parto (es decir, no con los antebrazos ni los codos); por consiguiente, la evidencia no es aplicable a los entornos en los que se usan otras técnicas de presión en el fondo uterino.

La revisión incluye también estudios de fajas inflables. La evidencia obtenida, de certidumbre moderada, indica que es probable que la presión en el fondo uterino con una faja inflable aumente el daño del esfínter anal (desgarro de tercer grado) en comparación con la no aplicación de presión en el fondo uterino (1 ensayo, 500 mujeres, RR 15,69, IC del 95% 2,10-117,02). Los dispositivos de faja inflable no han progresado más allá del ámbito de la investigación.

En la actualidad se está llevando a cabo un amplio ensayo multicéntrico en Sudáfrica para evaluar una nueva técnica de presión en el fondo uterino, que se aplica con la embarazada en una posición vertical *(183)*. La técnica se denomina "empuje asistido suave", mediante el cual el profesional de la salud aplica una "presión firme y constante en el fondo uterino" con las palmas de las manos, en dirección a la pelvis, teniendo cuidado de utilizar tan solo la fuerza de los antebrazos y no aplicar el peso adicional de su cuerpo. El profesional de la salud debe mantener la presión mientras dura cada contracción o durante 30 segundos (lo que sea más breve). Los investigadores esperan que este ensayo, con un total de 1145 mujeres, permita establecer si una forma más suave de presión en el fondo uterino puede mejorar o no los resultados del parto.

Valores

Los resultados de una revisión de estudios cualitativos en los que se examinó lo que consideraban importante las mujeres en la atención durante el parto *(23)* indican que la mayoría de las mujeres desean un parto normal con buenos resultados para la madre y el bebé, pero reconocen que a veces puede ser necesaria una intervención médica. La mayoría de las mujeres, especialmente las que dan a luz por primera vez, tienen cierta aprensión acerca del parto (evidencia de certidumbre alta) y temen determinadas intervenciones médicas, aunque en ciertos contextos o situaciones aceptan con agrado intervenciones destinadas a acortar el trabajo de parto o a proporcionar un alivio del dolor (evidencia de certidumbre baja). Cuando se les presentan las intervenciones, las mujeres desearían recibir una información pertinente por parte de prestadores de atención de salud técnicamente competentes y sensibles a sus necesidades (evidencia de certidumbre alta). Los resultados también indican que las mujeres quieren tener el control de su proceso de parto y nacimiento y desearían participar en la toma de decisiones acerca del uso de las intervenciones (evidencia de certidumbre alta).

Recursos

No se encontró evidencia respecto a los costos o la relación costo-efectividad de esta práctica.

Equidad

No se encontró evidencia directa respecto a la repercusión de la presión en el fondo uterino sobre la equidad. Sin embargo, la evidencia indirecta procedente de una revisión de los elementos que dificultan o favorecen el parto en un centro de atención de salud indica que las prácticas de parto con las que los profesionales de los centros de salud no están familiarizados o consideran no deseables, como son las posiciones de parto a las que no están habituados, constituyen un obstáculo importante para la adopción del parto en centros de salud por parte de las mujeres desfavorecidas en los PIBM (evidencia de certidumbre alta) *(8)*.

Consideraciones adicionales

La declaración de la OMS sobre desigualdad del 2015 indica que las mujeres que son pobres, tienen menos estudios o residen en zonas rurales y remotas tienen un menor acceso a la cobertura de intervenciones de salud que las mujeres más favorecidas *(33)*. Según lo indicado por la evidencia de investigación antes mencionada, si las mujeres desfavorecidas no están familiarizadas con la práctica de presión en el fondo uterino y la consideran no deseable, la intervención podría tener

Cuadro 3.63 Principales recursos necesarios para la aplicación de presión en el fondo uterino

Recurso	Descripción
Personal	▲ Personal capacitado para aplicar sin riesgo la presión en el fondo uterino
Capacitación	▲ Capacitación basada en la práctica sobre la forma de aplicar sin riesgo la presión en el fondo uterino
Suministros	▲ No requiere ninguno
Equipo	▲ No requiere ninguno
Tiempo	▲ Requiere el tiempo adicional de otra partera capacitada que variará según la duración de la intervención
Supervisión y seguimiento	▲ Supervisión regular, auditoría y examen en la sala/consultorio/centro para garantizar el cumplimiento del protocolo de presión en el fondo uterino y supervisar la seguridad

una repercusión negativa en la equidad al contribuir a producir un uso reducido de los centros de salud por parte de esas mujeres. Sin embargo, al no haber una evidencia específica sobre la presión en el fondo uterino, también podría ocurrir lo contrario. Los resultados de un estudio realizado en una población rural de India indican que la presión en el fondo uterino podría ser deseable como parte de algunas prácticas de parto tradicionales *(187)*.

En muchos entornos en los que se usa la presión en el fondo uterino, podría no proporcionarse a las mujeres una información suficiente sobre la intervención y podría no pedírseles su consentimiento. Si se realiza sin consentimiento o se aplica de forma indiscriminada y con una fuerza excesiva, la presión en el fondo uterino podría considerarse un abuso de los derechos humanos de la mujer.

Aceptabilidad

No hay evidencia específica sobre la presión en el fondo uterino basadas en una revisión sistemática cualitativa de las opiniones y experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud en la atención durante el parto *(26)*. Sin embargo, los resultados generales presentados en este documento indican que las mujeres preferirían evitar este tipo de técnica a menos que haya una situación de riesgo para el bebé (evidencia de certidumbre alta). También quisieran ser atendidas por profesionales de la salud competentes, capacitados y sensibles (evidencia de certidumbre alta) y, aunque preferirían tener un trabajo de parto rápido (evidencia de certidumbre baja), cuando ello es posible, desean conservar el control de su trabajo de parto y de los procesos del parto (evidencia de certidumbre alta).

Consideraciones adicionales

Como parte de una reciente iniciativa mundial en la que se examina la forma en la que se trata a las mujeres durante el trabajo de parto y el parto, los autores de un estudio cualitativo realizado en Guinea observaron que los prestadores de atención de salud usaban una fuerza extrema al presionar en el fondo uterino *(41)*. Las mujeres consideraban que esto era molesto, doloroso y equivalía a un maltrato físico.

En un estudio realizado en una zona rural de India *(187)*, los autores observaron que la presión en el fondo uterino se usaba de manera sistemática, a menudo a partir de una fase temprana del trabajo de parto, hasta el punto de que la práctica dejaba a menudo exhaustos a los prestadores de la atención de salud. Los autores no abordaron las experiencias de las mujeres, pero señalaron que a veces los bebés sufrían lesiones como consecuencia de esta técnica.

Viabilidad

No hay ninguna evidencia específica respecto a la presión en el fondo uterino en una revisión sistemática cualitativa de las opiniones y las experiencias de las mujeres y los profesionales de la salud en cuanto a la atención durante el parto *(26)*. Sin embargo, los resultados de la revisión indican que, en ciertos contextos, el personal puede no disponer del tiempo, la capacitación o los recursos necesarios para usar la presión en el fondo uterino de un modo competente y sensible (evidencia de certidumbre moderada).

Consideraciones adicionales

La aplicación de presión no controlada en el fondo uterino parece tener una prevalencia elevada en diversos entornos *(118, 173, 184-190)* y podría no ser viable garantizar que los profesionales de la salud utilizan la presión en el fondo uterino de una manera uniforme, normalizada y controlada. La partera necesita la ayuda de otro profesional de la salud para aplicar esta técnica.

Cuadro 3.64 Resumen de las conclusiones: Presión en el fondo uterino en comparación con la no aplicación de presión en el fondo uterino

Efectos deseables	✓ Desconocido	– Variable		– Triviales	– Pequeños	– Moderados	– Grandes
Efectos indeseables	– Desconocido	– Variable		– Grandes	✓ Moderados	– Pequeños	– Triviales
Certidumbre de la evidencia	– Ningún estudio incluido			✓ Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Valores				– Incertidumbre o variabilidad importante	✓ Incertidumbre o variabilidad posiblemente importante	– Probablemente ninguna incertidumbre o variabilidad importante	- Ninguna incertidumbre o variabilidad importante
Comparación de los efectos	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la no aplicación de presión en el fondo uterino	✓ Probablemente favorable a la no aplicación de presión en el fondo uterinol	– No favorable a la presión en el fondo uterino ni a la no aplicación de presión en el fondo uterino	– Probablemente favorable a la presión en el fondo uterino	– Favorable a la presión en el fondo uterino
Recursos requeridos	– Desconocido	– Variable	– Costos elevados	– Costos moderados	✓ Costos insignificantes o ahorro	– Ahorro moderado	– Ahorro elevado
Certidumbre de la evidencia sobre los recursos necesarios	✓ Ningún estudio incluido			– Muy baja	– Baja	– Moderada	– Alta
Relación costo-efectividad	– Desconocido	– Variable	– Favorable a la no aplicación de presión en el fondo uterino	✓ Probablemente favorable a la no aplicación de presión en el fondo uterinol	– No favorable a la presión en el fondo uterino ni a la no aplicación de presión en el fondo uterino	– Probablemente favorable a la presión en el fondo uterino	– Favorable a la presión en el fondo uterino
Equidad	– Desconocido	– Variable	– Reducción	✓ Probable reducción	– Probablemente sin repercusión	– Probable aumento	– Aumento
Aceptabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	✓ Probablemente no	– Probablemente sí	– Sí
Viabilidad	– Desconocido	– Variable		– No	– Probablemente no	✓ Probablemente sí	– Sí

3.4 Alumbramiento

3.4.1 Uterotónicos profilácticos

RECOMENDACIÓN 41

Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento. *(Recomendado)*

RECOMENDACIÓN 42

La oxitocina (10 UI, IM/IV) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP). *(Recomendado)*

RECOMENDACIÓN 43

Para los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg). *(Recomendado)*

Comentarios

- Estas recomendaciones se han incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto *(191)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación sólida basada en una evidencia de calidad moderada.
- Las comparaciones existentes son limitadas, pero es improbable que haya una diferencia significativa entre los beneficios de la oxitocina y los de la ergometrina. Estas recomendaciones atribuyen un gran valor a la evitación de los efectos adversos de la ergometrina y aceptan que se obtiene un beneficio similar con el uso de oxitocina o ergometrina para la prevención de la HPP.
- Debe tenerse precaución al optar por derivados de los alcaloides ergóticos para la prevención de la HPP, ya que estos medicamentos tienen contraindicaciones claras en mujeres con trastornos hipertensivos. Por lo tanto, probablemente sea más seguro evitar el uso de derivados de los alcaloides ergóticos en los grupos poblacionales en los que no se ha hecho un tamizaje al respecto.
- El GDG consideró el misoprostol oral (600 µg) un medicamento eficaz para la prevención de la HPP. Sin embargo, el GDG tuvo en cuenta los beneficios aportados por la oxitocina en comparación con el misoprostol en la prevención de la pérdida sanguínea, así como los mayores efectos adversos del misoprostol en comparación con la oxitocina. El GDG reconoció que no hay evidencia que indique que una dosis de 600 µg de misoprostol proporcione mayor eficacia que una dosis de 400 µg. Las dosis inferiores tienen un perfil de efectos secundarios menor, pero la eficacia de las dosis inferiores de misoprostol no se ha evaluado suficientemente.
- Las recomendaciones en cuanto al uso de ureterotónicos alternativos no hace que se deje de lado el objetivo de conseguir que el acceso a la oxitocina sea lo más amplio posible.
- Teniendo en cuenta las inquietudes expresadas anteriormente respecto a la distribución del misoprostol a nivel de la comunidad y respecto a la posibilidad de consecuencias graves de la administración previa al parto, el GDG hace hincapié en la capacitación de las personas que administran misoprostol y la vigilancia de las intervenciones de distribución en la comunidad con métodos científicamente sólidos y con los indicadores apropiados.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

3.4.4 Pinzamiento tardío del cordón umbilical

RECOMENDACIÓN 44

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha integrado a partir de la directriz de la OMS Pinzamiento tardío del cordón umbilical para mejorar los resultados de salud y nutrición de la madre y el recién nacido *(192)*, en la que el GDG estableció que se trataba de una recomendación firme basada en una evidencia de calidad moderada.
- El pinzamiento tardío del cordón umbilical debe realizarse durante la prestación de los cuidados esenciales al recién nacido.
- Algunos profesionales de la salud que trabajan en áreas con una prevalencia elevada de la infección por el VIH han expresado su inquietud con respecto al pinzamiento tardío del cordón umbilical como parte del manejo del alumbramiento. A estos profesionales los preocupa que durante la separación placentaria, una placenta parcialmente desprendida pudiera estar en contacto con la sangre materna, lo cual podría conducir a una microtransfusión de sangre materna al bebé. Se ha demostrado que el potencial para la transmisión maternoinfantil del VIH puede darse en tres momentos diferentes: microtransfusiones de sangre materna al feto durante el embarazo (transmisión intrauterina del VIH), contacto con la sangre y secreciones vaginales de la madre en el paso del feto por el canal del parto en los partos vaginales (transmisión durante el parto) y durante la lactancia materna (infección posnatal). Por este motivo, la intervención principal para reducir la transmisión maternoinfantil es la reducción de la carga vírica materna mediante el uso de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y el período posnatal. No hay evidencia que respalde que el pinzamiento tardío del cordón umbilical aumente la posibilidad de transmisión del VIH de la madre al recién nacido. La sangre materna se filtra por el espacio intervelloso placentario a lo largo del embarazo, con un riesgo relativamente bajo de transmisión maternofetal antes del parto. Es sumamente improbable que la separación de la placenta aumente la exposición a la sangre materna, y es sumamente improbable también que altere la circulación placentaria fetal (es decir, es improbable que durante separación placentaria la circulación del recién nacido esté expuesta a sangre materna). Por lo tanto, los beneficios comprobados de un retraso de 1-3 minutos, como mínimo, antes de pinzar el cordón umbilical tienen mayor peso que los daños teóricos y no demostrados. Se recomienda un pinzamiento tardío del cordón incluso en las mujeres con infección por el VIH o las mujeres en las que no se sabe si presentan infección por el VIH.
- La evidencia que respalda esta recomendación puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf

3.4.6 Tracción controlada del cordón (TCC)

RECOMENDACIÓN 45

Para los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto *(191)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que se trataba de una recomendación firme basada en una evidencia de calidad moderada.
- Esta recomendación se basa en un ECA grande en el que se usó oxitocina en dosis de 10 UI para la prevención de la hemorragia posparto (HPP) en todas las participantes. Según lo indicado por esta evidencia, se consideró que la TCC no comportaba riesgo cuando la aplicaban parteras capacitadas ya que proporciona pequeños efectos favorables respecto a la pérdida de sangre (reducción media de la pérdida de sangre de 11 ml) y sobre la duración del alumbramiento (reducción media de 6 minutos). El prestador de la atención de salud debe comentar con la mujer la decisión de aplicar la TCC en el contexto de uso de un medicamento uterotónico profiláctico.
- Si se usan alcaloides ergóticos para la prevención de la HPP, la TCC para reducir al mínimo la retención de la placenta se considera esencial.
- La evidencia existente es insuficiente para determinar los efectos beneficiosos o los riesgos de la TCC cuando se usa conjuntamente con misoprostol.
- La TCC es la primera intervención que utilizar para abordar la retención de la placenta; por consiguiente, la enseñanza de la TCC es esencial en los programas de estudios de medicina y de partería.
- Según lo indicado por la evidencia más reciente, ha habido una evolución en el conocimiento de la contribución de cada componente del conjunto de medidas de manejo activo del alumbramiento. El GDG consideró que este conjunto de medidas incluye una intervención principal: el uso de un uterotónico. En el contexto del uso de oxitocina, la TCC puede agregar un pequeño efecto beneficioso, mientras que es posible que el masaje uterino no aporte ningún beneficio adicional en la prevención de la HPP. El pinzamiento temprano del cordón umbilical está generalmente contraindicado.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

3.4.7 Masaje uterino

RECOMENDACIÓN 46

No se recomienda el masaje uterino sostenido como una intervención para prevenir la hemorragia posparto (HPP) en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina como medida profiláctica. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto *(191)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación condicional basada en una evidencia de baja calidad.
- Hay una falta de evidencia respecto a la función del masaje uterino para la prevención de la HPP cuando no se usan medicamentos uterotónicos, o si se emplea un medicamento uterotónico diferente de la oxitocina.
- Aunque el GDG reconoció que un estudio pequeño ha indicado que el masaje uterino sostenido y la expulsión de coágulos se asociaron a una reducción del uso de ureterotónicos adicionales, no hay una evidencia robusta que respalde la existencia de otros beneficios. Sin embargo, el GDG consideró que la evaluación sistemática y frecuente del tono uterino continúa siendo una parte crucial de la atención inmediata después del parto, en especial para la optimización del diagnóstico temprano de la HPP.
- Según lo indicado por la evidencia más reciente, ha habido una evolución en el conocimiento de la contribución de cada componente del conjunto de medidas de manejo activo del alumbramiento. El GDG consideró que este conjunto de medidas incluye una intervención principal: el uso de un uterotónico. En el contexto del uso de oxitocina, la TCC puede agregar un pequeño efecto beneficioso, mientras que es posible que el masaje uterino no aporte ningún beneficio adicional en la prevención de la HPP. El pinzamiento temprano del cordón umbilical está generalmente contraindicado
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

3.5 Atención del recién nacido

3.5.1 Aspiración nasal u oral de rutina

RECOMENDACIÓN 47

En neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Directrices de la OMS sobre reanimación neonatal básica *(193)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación firme basada en una evidencia de calidad alta.
- No se hicieron otros comentarios adicionales.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf

3.5.2 Contacto piel con piel

RECOMENDACIÓN 48

Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de los trastornos frecuentes de la infancia: evidencia para la actualización técnica de las recomendaciones de manuales *(194)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación firme basada en una evidencia de baja calidad.
- No se hicieron otros comentarios adicionales.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf

3.5.3 Lactancia materna

RECOMENDACIÓN 49

Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS sobre la salud del recién nacido *(195)*. La evidencia que respalda esta recomendación puede encontrarse en las Directrices de la OMS sobre la alimentación óptima de lactantes de peso bajo al nacer en países de ingresos bajos y medianos *(196)*. Se determinó que esta recomendación constituía una recomendación firme basada en una evidencia de baja calidad.
- No se hicieron otros comentarios adicionales.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf y http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf

3.5.4 Vitamina K como profilaxis para la enfermedad hemorrágica

RECOMENDACIÓN 50

Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia). *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de los trastornos frecuentes de la infancia: evidencia para la actualización técnica de las recomendaciones de manuales *(194)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación firme basada en una evidencia de calidad moderada.
- No se hicieron otros comentarios adicionales.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf

3.5.5 Baño y otros cuidados posnatales inmediatos del recién nacido

RECOMENDACIÓN 51

El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido *(197)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación firme coyuntural basada en el consenso del GDG.
- No se hicieron otros comentarios adicionales.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

3.6 Atención de la mujer tras el nacimiento

3.6.1 Evaluación del tono muscular del útero

RECOMENDACIÓN 52

Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto *(191)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación firme basada en una evidencia de muy baja calidad.
- El GDG consideró que la evaluación sistemática y frecuente del tono uterino continúa siendo una parte crucial de la atención inmediata posparto, en especial para la optimización del diagnóstico temprano de la HPP.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1

3.6.2 Antibióticos para parto vaginal sin complicaciones

RECOMENDACIÓN 53

No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con parto vaginal sin complicaciones. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto *(114)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación firme basada en una evidencia de muy baja calidad.
- El GDG se mostró preocupado por las posibles consecuencias de salud pública de la tasa elevada de uso de rutina de antibióticos tras el parto vaginal sin ningún factor de riesgo específico en algunos entornos. El grupo de expertos hace hincapié en la repercusión negativa de tal uso de rutina en las iniciativas mundiales para contener la resistencia a los antimicrobianos y, por consiguiente, estableció una recomendación firme en contra de la profilaxis antibiótica de rutina.
- En este contexto, el "parto vaginal sin complicaciones" indica un parto vaginal sin que haya ningún factor de riesgo específico de infección materna en el periparto ni signos clínicos de ello.
- La supervisión cuidadosa de todas las mujeres después del parto es esencial para identificar con prontitud cualquier signo de endometritis e instaurar el tratamiento con antibióticos apropiado.
- Las recomendaciones sobre el uso de antibióticos para las afecciones o las intervenciones comunes durante el parto que plantean con frecuencia una preocupación respecto al aumento del riesgo de infección pueden consultarse en la directriz de origen de la OMS.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.6.3 Profilaxis antibiótica de rutina para la episiotomía

RECOMENDACIÓN 54

No se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina para mujeres con episiotomía. *(No recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto *(114)*, en las cuales el GDG para esa directriz determinó que constituía una recomendación firme basada en el consenso del GDG.
- Esta recomendación se basó en un consenso del GDG a la vista de la elevada tasa de episiotomías y la posible repercusión de los antibióticos, ante la falta de beneficios clínicos para la salud pública. El GDG hace hincapié en la necesidad de evitar la aparición de resistencias a los antimicrobianos a nivel mundial y, por consiguiente, estableció una recomendación firme.
- Esta recomendación se aplica al uso de antibióticos antes de la reparación de la episiotomía tras un parto vaginal o inmediatamente después ella. Solamente deben administrarse antibióticos cuando haya signos clínicos de infección de la herida de episiotomía.
- El GDG subrayó la necesidad de que los sistemas de salud adopten una política restrictiva en vez de un uso sistemático de la episiotomía para reducir sus posibles complicaciones y el uso de recursos adicionales para su tratamiento.
- El desgarro perineal de segundo grado es anatómicamente similar a una episiotomía y no justifica el uso de antibióticos profilácticos.
- En una situación en la que la herida de episiotomía se amplíe hasta convertirse en un desgarro perineal de tercer o cuarto grado, deben administrarse antibióticos profilácticos, tal como se recomienda en el documento de la directriz de origen *(114)*.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf

3.6.4 Evaluación materna de rutina después del parto

RECOMENDACIÓN 55

Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido *(197)*, en las cuales el GDG para esa directriz llegó a un consenso basándose en las directrices existentes de la OMS.
- No se hicieron otros comentarios adicionales.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

3.6.5 Alta posnatal después del parto vaginal sin complicaciones

RECOMENDACIÓN 56

Después de un parto vaginal sin complicaciones en un centro de atención de salud, las madres y los recién nacidos sanos deben recibir atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento. *(Recomendado)*

Comentarios

- Esta recomendación se ha incorporado a partir de las Recomendaciones de la OMS sobre la atención posnatal de la madre y el recién nacido *(197)*, en las cuales el GDG para esa directriz estableció que constituía una recomendación condicional basada en una evidencia de baja calidad.
- Debe proporcionarse una norma apropiada para la atención que debe prestarse a las madres y los recién nacidos en los centros de atención de salud, de manera coherente con lo establecido en otras directrices existentes de la OMS. En lo que respecta al recién nacido, esto incluye una evaluación inmediata al nacer, y un examen clínico completo aproximadamente una hora después del nacimiento y nuevamente antes del alta.
- El concepto de "madre y recién nacido sanos" se define en la lista de verificación segura del parto que se usará para evaluar a las madres y los recién nacidos en el momento del alta *(198)*. Antes del alta, debe controlarse el sangrado en la madre, la madre y el bebé no deben presentar signos de infección; y el bebé debe mamar adecuadamente.
- La evidencia que respalda estas recomendaciones puede consultarse en el documento de la directriz de origen, al que puede accederse en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

4. Aplicación de esta directriz: introducción del modelo de atención durante el parto de la OMS

La finalidad de esta directriz es mejorar la calidad de la atención esencial durante el parto con el objetivo último de mejorar los resultados maternos, fetales y neonatales. Las prácticas recomendadas deben poder aplicarse en el marco de un modelo apropiado de atención que puede adaptarse a diferentes países, contextos locales y mujeres concretas. Con las aportaciones de los miembros del Grupo de Elaboración de Directrices (GDG), la OMS examinó los modelos existentes de prestación de la atención durante el parto, teniendo en cuenta cuidadosamente todas las prácticas recomendadas en esta directriz (apartado 3) y desde la perspectiva de los derechos humanos.

En primer lugar, el GDG subrayó la urgente necesidad de mejorar la calidad de la atención prestada durante el trabajo de parto y el parto en todos los entornos. Reconociendo las diferencias sustanciales que existen en las filosofías que inspiran la organización y la prestación de la atención del trabajo de parto y el parto en la práctica clínica contemporánea, así como el hecho de que los resultados clínicos y la experiencia respecto a la atención prestada a la mujer y a su bebé vienen dados en gran parte por el modelo de atención predominante, el GDG examinó la forma en la que debe prestarse la atención durante el parto en las embarazadas sanas en lo que respecta a las intervenciones clínicas y no clínicas transversales que deben aplicarse a todas las mujeres con independencia del contexto. Para alcanzar las mejoras muy necesarias en la calidad de la atención durante el parto, el GDG reconoció que es preciso un cambio clave en la forma práctica en la que se presta la atención durante el parto a nivel mundial. Este cambio clave se basa en la importancia de alcanzar los mejores resultados físicos, emocionales y psicológicos posibles para la mujer y para el bebé, con independencia de la influencia de las políticas genéricas que puedan existir dentro de un mismo sistema sanitario y país o en sistemas sanitarios distintos. El grupo de expertos se mostró de acuerdo en que la consecución de estos resultados requiere un modelo de atención en el cual los prestadores de atención de salud consideren prioritaria la aplicación de los componentes cruciales que se ha observado que son eficaces para mejorar tanto los resultados clínicamente importantes como la experiencia de parto de la mujer y de su familia.

Con este fin, la OMS propone un modelo mundial de la atención durante el parto que se atiene a todos los dominios del marco de calidad de la atención de la OMS para la salud de la madre y del recién nacido *(12)* y sitúa a la mujer y a su bebé en el centro de prestación de la atención (figura 4.1). Esto parte de la premisa de que la atención durante el trabajo tan solo puede respaldar la capacidad de la propia mujer de dar a luz, sin intervenciones innecesarias cuando los diversos componentes sinérgicos, basados en la evidencia, no se fragmentan sino que se aplican conjuntamente, con lo que se proporciona a la mujer la libertad de experimentar el nacimiento de su bebé, a la vez que se garantiza la identificación y el tratamiento oportunos y apropiados de las complicaciones en el caso de que se produzcan. El modelo reconoce las diferencias existentes entre los distintos entornos en cuanto a los modelos de atención existentes lo suficientemente flexibles como para que pueda adoptarse sin alterar la organización actual de la atención.

El modelo de atención durante el parto de la OMS se fundamenta en las 56 recomendaciones basadas en la evidencia que se incluyen en esta directriz. Para optimizar el potencial del nuevo modelo y conseguir que todas las mujeres reciban una atención basada en la evidencia, equitativa y de buena calidad durante el parto en los centros de atención de salud, estas recomendaciones deben ponerse en práctica como un conjunto de atención en todos los entornos de centros de salud, al cargo de profesionales de la salud amables, competentes y motivados, que tengan acceso a los recursos físicos esenciales. Los sistemas de salud deben tener como objetivo aplicar este modelo de atención para empoderar a todas las mujeres para que tengan acceso al tipo de atención individualizada que desean y necesitan, y para proporcionar un fundamento sólido para esta atención, en consonancia con el enfoque basado en los derechos humanos. Las consideraciones relativas a la aplicación del modelo de la OMS pueden consultarse en el recuadro 4.1.

El modelo de atención durante el parto de la OMS tiene el potencial de transformar favorablemente la vida de las mujeres, las familias y las comunidades en todo el mundo. Establece metas que van más allá del nivel de la simple supervivencia, y que consisten en prosperar, en todos los entornos de los países. La aplicación del modelo de atención durante el parto de la OMS debe conducir a una reducción de los costos a través de la reducción de las intervenciones médicas innecesarias, con las consiguientes mejoras en la equidad para los grupos poblacionales desfavorecidos. Por lo tanto, abordar la escasez de profesionales que presten una atención de maternidad experta y mejorar la infraestructura necesaria para aplicar satisfactoriamente este modelo de atención durante el parto basado en la evidencia deben ser objetivos de la máxima prioridad para todos los interesados directos.

Figura 4.1 Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto de la OMS

RECUADRO 4.1

Consideraciones para la aplicación del modelo de atención durante el parto de la OMS

Consideraciones de políticas de la salud

- Se necesita un compromiso gubernamental firme con el aumento de la cobertura de la atención de maternidad para todas las embarazadas que dan a luz en centros de atención de salud, independientemente de los factores sociales, económicos, étnicos, raciales o de otro tipo. Debe asegurarse un apoyo nacional para el conjunto completo de las recomendaciones, y no solamente para componentes específicos.
- Para establecer el programa de políticas, asegurar un afianzamiento amplio y garantizar los avances en la formulación de políticas y la toma de decisiones, debe incluirse a representantes de los centros de capacitación y las sociedades profesionales en procesos de participación en todas las fases.
- Para facilitar las negociaciones y la planificación, será preciso recoger y difundir información específica de cada situación respecto a las repercusiones previstas en el nuevo modelo de atención durante el parto en las usuarias, los prestadores de la atención y los costos.
- Para poder garantizar adecuadamente el acceso de todas las mujeres a una atención médica de calidad de la madre, en el contexto de una cobertura universal de salud, será preciso modificar las estrategias utilizadas para recaudar financiamiento público de la atención de salud. En los países de ingresos bajos, los donantes podrían desempeñar un papel importante para ampliar la aplicación del modelo.

Consideraciones a nivel de organización o sistema de salud

- Es necesaria una planificación a largo plazo para la generación de recursos y la asignación presupuestaria, con objeto de abordar la escasez de parteras capacitadas, mejorar la infraestructura de los centros y vías de derivación, y fortalecer y mantener unos servicios de maternidad de buena calidad.
- En la introducción del modelo deberán participar los centros de capacitación y las asociaciones de profesionales, con objeto de que los programas de formación previos a la incorporación al servicio o ya dentro del servicio puedan actualizarse de la manera más rápida y fluida posible.
- Será necesario desarrollar herramientas estandarizadas para el seguimiento del trabajo de parto, como una modificación del partograma, con objeto de asegurar que todos los prestadores de atención de salud a) comprendan los conceptos fundamentales relativos a lo que constituyen un trabajo de parto y una progresión de dicho trabajo de parto normal o anormal, y el apoyo apropiado que requieren, y b) apliquen las herramientas estandarizadas.

- Las listas de medicamentos esenciales nacionales deberán actualizarse (por ejemplo, para incluir medicamentos de los que debe disponerse para el alivio del dolor durante el trabajo de parto).
- Será necesario elaborar o modificar las directrices nacionales o los protocolos elaborados en los centros basándose en el modelo de atención durante el parto de la OMS. En lo que respecta a los centros de atención de salud que no dispongan de medios para practicar cesáreas, será necesario elaborar una guía específica del contexto o la situación (por ejemplo, teniendo en cuenta el tiempo de traslado a un centro de nivel superior), con objeto de garantizar una derivación y traslado a un centro de atención durante el parto de nivel superior, de manera oportuna y apropiada, en el caso de que se produzcan complicaciones.
- Es preciso establecer una supervisión, comunicación y vías de transporte de buena calidad entre los centros de atención primaria y los de nivel superior, con objeto de garantizar que las vías de derivación son eficientes.
- Será necesario diseñar estrategias para mejorar la gestión de la cadena de suministro en función de las necesidades locales, por ejemplo con la elaboración de protocolos para la obtención y el mantenimiento de las existencias de suministros.
- Deberá considerarse la prestación de la atención en centros de maternidad alternativos (por ejemplo, unidades de partos dirigidas por parteras *in situ*) para facilitar la aplicación del modelo de atención durante el parto de la OMS y reducir la exposición de las embarazadas sanas a intervenciones innecesarias de gran prevalencia en los centros de salud de nivel más alto.
- Podrían ser necesarias estrategias de cambio de comportamiento dirigidas a los prestadores de atención de salud y a otros interesados directos en los entornos en donde haya prácticas de atención durante el parto no basadas en la evidencia que estén arraigadas.
- Las estrategias de aplicación eficaces deben documentarse y ponerse en común, como ejemplos de la mejor práctica que puedan ser utilizados por otros ejecutores del modelo.

Consideraciones a nivel de usuarias

- Deben emprenderse actividades de sensibilización a nivel de la comunidad para difundir información acerca de:
  - la atención respetuosa de la maternidad (ARM) como un derecho humano fundamental de las embarazadas y los bebés en los centros de salud;
  - las prácticas aplicadas en centros de salud que conducen a una mejora de la experiencia de parto de las mujeres (por ejemplo, ARM, acompañamiento en el trabajo de parto y el parto, comunicación efectiva, elección de la posición de parto, elección del método de alivio del dolor), y
  - las prácticas de parto innecesarias que no se recomiendan para las embarazadas sanas y que ya no se utilizan en los centros de salud (por ejemplo, el uso liberal de la episiotomía, la presión en el fondo uterino, la amniotomía de rutina).

5. Consecuencias para la investigación

Durante el proceso de formulación de las directrices, el Grupo de Elaboración de Directrices (GDG) señaló algunas lagunas importantes en el conocimiento que es preciso abordar mediante la investigación primaria. En los casos en los que la certidumbre de la evidencia disponible se consideró "baja" o "muy baja", el GDG valoró si debía darse prioridad o no a una mayor investigación, basándose en si dicha investigación podría contribuir a mejorar la experiencia de parto de las mujeres, era probable que promoviera la equidad, y era viable aplicarla. Se enumeran a continuación las lagunas del conocimiento que el GDG consideró prioritarias.

Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento

Atención respetuosa de la maternidad (ARM)

- ¿Cuáles son los efectos de una política de ARM en los resultados maternos y perinatales importantes, y en la salud y el bienestar a largo plazo?
- ¿Qué componentes o conjuntos de componentes son los más eficaces y en qué contextos?
- ¿Cuáles son los mejores indicadores de la ARM, en cuanto a validez y sensibilidad en los entornos clínicos?
- ¿Cuáles son las estrategias eficaces para aplicar la ARM en diferentes entornos de PIBM y de PIA?
- ¿Cuáles son los enfoques innovadores que es preciso desarrollar más y evaluar para integrar la ARM en las iniciativas de mejora de la calidad?

Comunicación efectiva

- ¿Qué efectos tiene la capacitación en aptitudes de comunicación sobre las experiencias de parto de las mujeres y los profesionales de la salud en centros de atención de salud?
- ¿Qué nivel, tipo y otras características de la comunicación son eficaces para aliviar la ansiedad y facultar a las mujeres para que asuman el control de su proceso de parto?
- ¿Qué nivel, tipo y otras características de la comunicación son eficaces para mantener bien informados a los acompañantes del trabajo de parto?
- ¿Cuál es la relación óptima entre el número de parteras capacitadas y el número de mujeres para poder establecer una comunicación efectiva?

Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto

- ¿Cuáles son los mejores modelos de sistema de salud para asegurar el acompañamiento de las mujeres en diferentes culturas y entornos de centros de salud? ¿Hay otros modelos de acompañamiento (por ejemplo, aquellos en los que una doula presta apoyo a más de una mujer a la vez)?
- ¿Cuál es el mejor modelo para la capacitación de las doulas/los acompañantes para mejorar los resultados del parto?
- ¿Qué tipos de espacios de parto y otras instalaciones son necesarios en los centros de atención de salud que prestan servicios de maternidad, para acomodar de manera óptima a los acompañantes durante el trabajo de parto sin que ello repercuta negativamente en la atención médica de la madre que proporciona el personal sanitario?
- ¿Cuáles son los costos de capacitación e infraestructura que se dan con diferentes modelos de acompañamiento?

Período de dilatación

Progreso del trabajo de parto

- ¿Cuál es la herramienta digital o impresa ideal para el seguimiento del trabajo de parto y para orientar la toma de decisiones con objeto de reducir las intervenciones innecesarias y mejorar los resultados del parto?
- ¿Qué eficacia tiene una línea de referencia (como la "línea de alerta") como herramienta para el triaje de las mujeres para ser derivadas de los entornos periféricos a los de nivel superior, en lo que respecta a la mejora de los resultados del parto?
- ¿Qué repercusión tiene el hecho de facilitar más tiempo para el trabajo de parto en los resultados en materia de salud y en la utilización de servicios de salud?

Política de ingreso en la sala de preparto

- En las embarazadas sanas que se encuentran en la fase inicial del trabajo de parto, ¿mejoran los resultados del parto al retrasar el ingreso en la sala de preparto en comparación con el ingreso directo?

Pelvimetría clínica en el ingreso

- En los centros de salud remotos o rurales que no disponen de posibilidad de practicar cesáreas, ¿es la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso en la sala de preparto una evaluación útil para el triaje de las mujeres con riesgo de desproporción cefalopelviana?

Cardiotocografía (CTG) en el ingreso

- En las mujeres clasificadas como de bajo riesgo en los PIBM y en cualquier entorno en el que la prestación de atención prenatal sea insuficiente, ¿mejoran los resultados del parto con una CTG de rutina en el ingreso en la sala de preparto?

CTG continua durante el trabajo de parto

- ¿Cuáles son los efectos de la CTG continua móvil en los resultados del parto en las mujeres sin factores de riesgo?
- ¿La aplicación de esta intervención es equitativa,

aceptable, viable y tiene relación una costo-efectividad favorable?

- ¿Aporta un beneficio una mejor tecnología de CTG en las mujeres que dan a luz en entornos con una atención de maternidad de alta calidad?

Método de auscultación intermitente (AI) durante el trabajo de parto

- En las mujeres sanas en trabajo de parto en los PIBM, ¿qué efectos tiene en los resultados del parto la AI realizada con CTG (con y sin un registro impreso en papel) en comparación con la AI realizada con un dispositivo de ecografía Doppler?
- ¿La CTG intermitente es viable y tiene una relación costo-efectividad favorable en los PIBM?
- ¿Cuáles son los efectos comparativos (ventajas e inconvenientes) de diferentes protocolos de AI (duración, intervalo y momentos de aplicación) en cuanto a los resultados del parto?

Analgesia opioide

- ¿Cuáles son los valores y las experiencias de las mujeres respecto al uso de opioides para el alivio del dolor en el trabajo de parto?
- ¿Hay una asociación entre el uso de opioides durante el parto y la posterior dependencia de opiáceos en los hijos?

Período expulsivo

Política de episiotomía

- En las embarazadas que se encuentran en el período expulsivo del trabajo de parto, ¿mejoran los resultados del parto con la episiotomía selectiva basada en indicaciones clínicas claramente definidas en comparación con la no utilización de episiotomía?

Presión en el fondo uterino

- ¿Qué estrategias de aplicación son eficaces para desincentivar la práctica de la presión en el fondo uterino?

6. Difusión

Esta directriz estará disponible en línea para poder descargarla y también en forma de publicación impresa. Las versiones en línea estarán disponibles en las páginas web del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (MCA) de la OMS, así como en la Biblioteca de Salud Reproductiva (BRS) de la OMS.[1] Las versiones impresas se distribuirán a las oficinas regionales de la OMS y las oficinas de la OMS en los países, los ministerios de salud, los centros colaboradores de la OMS, los asociados de ONG y las asociaciones profesionales, usando la misma lista de distribución que se elaboró para la directriz de atención prenatal: Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo *(35)*. Esta directriz irá acompañada de una evaluación crítica independiente basada en el instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* [Evaluación de Directrices para Investigación y Evaluación]) *(199)*. Se celebrarán reuniones técnicas en los departamentos de RHR y MCA de la OMS para poner en común con los equipos responsables de la aplicación de políticas y programas de la OMS las recomendaciones y productos derivados, entre los que habrá un manual práctico para la aplicación del nuevo modelo de atención durante el parto de la OMS.

Se elaborarán dos conjuntos de resúmenes de la evidencia: un conjunto para las instancias normativas y directores de programas y otro para los profesionales de la salud. Estos resúmenes de la evidencia, que destacarán las recomendaciones y las cuestiones contextuales relativas a la aplicación, se elaborarán y difundirán en colaboración con la USAID, la FIGO y la ICM.

El resumen ejecutivo y las recomendaciones de esta publicación se traducirán a los seis idiomas de Naciones Unidas para su difusión a través de las oficinas regionales de la OMS, las oficinas de la OMS en los países, y durante las reuniones organizadas por personal de los departamentos de RHR y MCA de la OMS o a las que asista este personal.

Además de las versiones en línea e impresas de esta directriz, se ha previsto una versión interactiva a través de Internet, que será elaborada por una empresa de comunicación y diseño de contenidos profesionales especializada en infografía. Esto facilitará la difusión y la adopción de las recomendaciones de la directriz al ponerla a disposición en línea en un formato fácil de usar y permitirá disponer de una plataforma para la actualización o ampliación continuas de las recomendaciones de forma cruzada, con objeto de asegurar la puesta al día e integridad de las recomendaciones. Además, esto permitiría desarrollar actividades y productos dirigidos con un enfoque específico. Se ha previsto y se ha asignado el presupuesto necesario para elaborar versiones en Internet en inglés, francés, portugués y español (esta última en colaboración con la Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas/ Organización Panamericana de la Salud [OPS]).

La directriz se presentará también en la página web del departamento de RHR de la OMS como parte de las Noticias mensuales del HRP. Esta página web tiene actualmente más de 4500 subscriptores, que son médicos clínicos, directores de programas, instancias normativas y usuarios de servicios de salud de todo el mundo. Además, se publicarán varios artículos en los que se presentarán las recomendaciones y consideraciones clave para la puesta en práctica, atendiendo a las políticas de acceso abierto y de derechos de autor de la OMS. Los grupos, departamentos y asociaciones pertinentes de la OMS, como la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (PMNCH), participarán también en este proceso de difusión.

Con el fin de aumentar la difusión de las directrices de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, el Departamento de RHR ha creado y presentado recientemente una función de búsqueda que permite buscar en la base de datos de directrices y recomendaciones de la OMS.[2] Podrá accederse a las recomendaciones de la directriz de atención durante el parto a través de esa función de búsqueda.

El equipo de Salud Materna y Perinatal y Prevención del Aborto Peligroso del Departamento de RHR, en colaboración con el Departamento de MCA y otros asociados, brindará apoyo a los grupos de trabajo nacionales y subnacionales para adaptar y aplicar la directriz. Este proceso incluirá la formulación o modificación de las directrices o protocolos nacionales existentes según lo establecido en la directriz de la OMS. Se usará la Red GREAT (*Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge* [Prioridades de investigación, síntesis de la evidencia, aplicación de la evidencia y transferencia de conocimiento, basados en directrices]) para reunir a los interesados directos pertinentes para determinar y evaluar las prioridades, los obstáculos y los elementos facilitadores de la aplicación de las directrices, y para respaldar los esfuerzos de los interesados directos para elaborar adaptaciones y estrategias de aplicación de directrices adaptadas al contexto local *(200)*. Esto incluye apoyo técnico a los ejecutores locales de la directriz en la elaboración de manuales de capacitación, diagramas de flujo e indicadores de la calidad, así como la participación en reuniones de los interesados directos.

[1] Puede accederse a la BRS en: http://apps.who.int/rhl/es

[2] Puede accederse a ella en: search.optimizemnh.org

7. Cuestiones de aplicabilidad

7.1 Repercusión prevista de la directriz en la organización de la atención durante el parto

La aplicación eficaz de las recomendaciones de esta directriz puede requerir una reorganización de la atención y una redistribución de los recursos de atención de salud. Entre los posibles obstáculos para la aplicación se encuentran los siguientes:

- la falta de recursos humanos con el conocimiento experto y la capacitación necesarios para aplicar, supervisar y respaldar las prácticas recomendadas;
- la falta de comprensión del valor de las nuevas intervenciones recomendadas por parte de los prestadores de atención de salud y los coordinadores del sistema;
- la resistencia al cambio de los prestadores de atención de salud para pasar de prácticas no basadas en la evidencia a otras que sí lo estén;
- la falta de infraestructura para respaldar las intervenciones (por ejemplo, salas de espera de maternidad cómodas para las mujeres en la fase inicial del trabajo de parto, agua caliente para las compresas tibias perineales, baños para los acompañantes en el trabajo de parto);
- la falta de espacio físico para ciertos métodos no farmacológicos de alivio del dolor (por ejemplo, espacio para acomodar a los acompañantes en el trabajo de parto);
- la falta de equipamiento, suministros y medicamentos esenciales (por ejemplo, aparato de ecografía Doppler y estetoscopio fetal de Pinard);
- la falta de mecanismos eficaces de derivación y vías de atención para las mujeres en las que se identifica la necesidad de una atención adicional, y
- la falta de sistemas de gestión de la información sanitaria diseñados para documentar y supervisar las prácticas recomendadas (por ejemplo, historias clínicas de pacientes, registros).

Se proporcionan diversas estrategias para abordar estos obstáculos y facilitar la aplicación en las listas de consideraciones para la aplicación del apartado 4 y el anexo 4.

7.2 Seguimiento y evaluación de la repercusión de la directriz

La aplicación y repercusión de estas recomendaciones serán objeto de un seguimiento a nivel de servicios de salud, así como a nivel regional y nacional. En la publicación de la OMS *Normas para la mejora de la calidad de la atención materna y neonatal en centros de salud (201)* se presentan listas de los insumos, los resultados y las medidas de valoración prioritarios, que pueden aplicarse para definir criterios de calidad de la atención e indicadores con objetivos acordados localmente. En colaboración con los equipos de seguimiento y evaluación del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) y el Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente (MCA) de la OMS, se obtendrán datos sobre la aplicación de las recomendaciones a nivel nacional y regional, que se evaluarán a corto y medio plazo para determinar su repercusión en las políticas nacionales de los diversos Estados Miembros de la OMS. Podrían usarse series cronológicas interrumpidas, auditorías clínicas o auditorías basadas en criterios para obtener los datos pertinentes sobre las prácticas contenidas en esta directriz.

8. Actualización de la directriz

Siguiendo el proceso establecido para actualizar las directrices de la OMS sobre salud materna y perinatal, se utilizará un proceso sistemático y continuo para detectar y abordar las lagunas existentes en la evidencia después de la aplicación de la directriz. Un Grupo Consultivo de la Directriz (GSG) ejecutivo para las recomendaciones de salud materna y perinatal celebrará reuniones anuales para examinar el conjunto actual de recomendaciones de salud materna y perinatal de la OMS y establecer prioridades respecto a preguntas nuevas o ya existentes para la elaboración y actualización de recomendaciones. En consecuencia, las recomendaciones incluidas en esta directriz serán examinadas y priorizadas de manera regular según sea necesario por el GSG ejecutivo. En caso de que se encuentre nueva evidencia (que pudiera tener repercusiones en la base de evidencia actual para alguna de las recomendaciones), se actualizará la recomendación. Si se encuentran nuevos estudios o información relativos a una recomendación específica, se revalidará dicha recomendación.

El Grupo Consultivo de la OMS seguirá vigilando los avances de la investigación en el campo de la atención durante el parto, en especial en cuanto a las cuestiones para las que no se han encontrado evidencia y para las que están respaldadas por una evidencia de calidad baja, cuando pueda estar justificada la elaboración de nuevas recomendaciones o la modificación de las ya publicadas, respectivamente.
Toda inquietud respecto a la validez de una determinada recomendación será comunicada de inmediato a través de la página web de la directriz,[1] y se planificará la actualización de la recomendación según sea necesario. La OMS agradece las sugerencias que puedan hacerse respecto a otras cuestiones para su inclusión en futuras actualizaciones de esta directriz; las sugerencias pueden enviarse por correo electrónico al Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS (reproductivehealth@who.int).

[1] Puede accederse a ello en: www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/index.html

9. Referencias bibliográficas[1]

1. The state of the world's children 2016: a fair chance for every child. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2016 (https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf, accessed 20 October 2017).
2. Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(6):809.e1-6.
3. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE_clinical_guideline_190_dec2014.pdf, accessed 20 October 2017).
4. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384(9947):980–1004.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323–33.
6. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. Lancet. 2016;387(10018):587–603.
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014;384(9940):347–70.
8. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Reprod Health. 2014;11(1):71.
9. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? Birth. 2012;39(3):183–91.
10. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report. Euro-Peristat Project; 2013 (http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf, accessed 12 December 2017).
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet. 2014;384(9948):1129–45.
12. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. BJOG. 2015;122(8):1045–9.
13. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005;19(1):103–15.
14. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, et al. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:71.
15. Neal JL, Lowe NK, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. What is the slowest-yet-normal cervical dilation rate among nulliparous women with spontaneous labor onset? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010;39(4):361–9.
16. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;116(6):1281–7.
17. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol. 2010;115(4):705–10.
18. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol. 2002;187(4):824–8.
19. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, second edition. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/, accessed 7 December 2017).
20. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf, accessed 10 October 2017).
21. The GRADE working group; 2017 (http://gradeworkinggroup.org/, accessed 12 December 2017).
22. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(7):CD003766.
23. Downe S, Finlayson K, Lawrie TA, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. PLoS One. 2018 (in press).
24. DECIDE (2011–2015). In: DECIDE [website]. DECIDE; 2017 (http://www.decide-collaboration.eu, accessed 12 December 2017).
25. The GRADE-CERQual Project Group. In: GRADE-CERQual [website]; 2016 (http://www.cerqual.org/, accessed 26 January 2018).

[1] Las revisiones Cochrane cuyas referencias bibliográficas empezan con el símbolo "†"se han actualizado o completado para esta directriz.

26. Downe S, Finlayson K, Thomson G, Hall-Moran V, Feeley C, Oladapo OT. WHO recommendations for interventions during labour and birth: qualitative evidence synthesis of the views and experiences of service users and providers. 2018 (unpublished).
27. †Bohren MA, Munthe-Kaas H, Berger BO, Allanson EE, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Protocol). Cochrane Database Syst Rev. 2016;(12):CD012449.
28. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Pileggi VN, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG. 2017. doi:10.1111/1471-0528.15015.
29. Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, version 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011 (http://handbook-5-1.cochrane.org/, accessed 12 December 2017).
30. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. Midwifery. 2006;22(2):108–19.
31. OneHealth Model: intervention treatment assumptions. Geneva and Glastonbury (CT): United Nations InterAgency Working Group on Costing and the Futures Institute; 2013 (http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf, accessed 18 December 2017).
32. WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/medical_devices/innovation/compendium/en/, accessed 18 December 2017).
33. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/state-of-inequality/en/, accessed 18 December 2017).
34. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
35. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/, accessed 10 October 2017).
36. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. Geneva: WHO; 2015 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/, accessed 19 October 2017).
37. EPOC resources for review authors. In: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) [website]. The Cochrane Collaboration; 2018 (http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors, accessed 22 January 2018).
38. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using intrapartum care services. Reprod Health. 2018 (in press).
39. United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. United Nations; 2012 (A/HRC/21/22; http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, accessed 17 January 2018).
40. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. SSM Popul Health. 2016;2:640–55.
41. Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, et al. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. Reprod Health. 2017;14:3.
42. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. Reprod Health. 2017;14(1):4.
43. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed methods systematic review. Midwifery. 2017;59:4–16.
44. Bashour H, Kanaan M, Kharouf M, Abdulsalam A, Tabbaa M, Cheika S. The effect of training doctors in communications skills on women's satisfaction with doctor–woman relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Damascus. BMJ Open. 2013;3(8):1–11.
45. Crofts J, Barlett C, Ellis D, Winter C, Donald F, Hunt L, et al. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. Qual Saf Health Care. 2008;17:20–4.
46. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
47. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
48. Spiby H, Green JM, Darwin Z, Willmot H, Knox D, McLeish J, et al. Multisite implementation of trained volunteer doula support for disadvantaged childbearing women: a mixed-methods evaluation. Health Services and Delivery Research. 2015;3.8.

49. Munoz EG, Collins M. Establishing a volunteer doula program within a nurse-midwifery education program: a winning situation for both clients and students. J Midwifery Womens Health. 2015;60:274–7.
50. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35:456–64.
51. Darwin Z, Green J, McLeish J, Willmot H, Spiby H. Evaluation of trained volunteer doula services for disadvantaged women in five areas in England: women's experiences. Health Soc Care Community. 2017;25(2):466–77.
52. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in "low-risk" women with "normal" perinatal outcomes: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018 (in press).
53. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of "low-risk" women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. BJOG. 2017. doi:10.1111/1471-0528.14930.
54. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. Midwifery. 2013;29:10–7.
55. Eri T, Bondas T, Mechtild M, Janssen P, Green J. A balancing act in an unknown territory: a meta-synthesis of mothers' first time experiences in early labour. Midwifery. 2015;31(3):e58–e67.
56. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. Obstet Gynecol. 1985;66(5):644–8.
57. Ijaiya MA, Aboyeji AP, Fakeye OO, Balogun OR, Nwachukwu DC, Abiodun MO. Pattern of cervical dilatation among parturients in Ilorin, Nigeria. Ann Afr Med. 2009;8(3):181–4.
58. Juntunen K, Kirkinen P. Partogram of a grand multipara: different descent slope compared with an ordinary parturient. J Perinat Med. 1994;22(3):213–8.
59. Velasco A, Franco A, Reyes F. Nomograma de la dilatación del cervix en el parto [Nomogram of the dilatation of the cervix in childbirth]. Rev Colomb Obstet Ginecol. 1985;36(5):323–7.
60. Friedman E. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol. 1955;6(6):567–89.
61. Friedman E. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol. 1956;8(6):691–703.
62. Oladapo OT, Souza JP, Fawole B, Mugerwa K, Perdoná G, Alves D, et al. Progression of the first stage of spontaneous labour: a prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. PLoS Med. 2018. doi: 10.1371/journal.pmed.1002492.
63. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. Obstet Gynecol. 1996;87(3):355–9.
64. Albers LL. The duration of labor in healthy women. J Perinatol. 1999;19(2):114–9.
65. Jones M, Larson E. Length of normal labor in women of Hispanic origin. J Midwifery Womens Health. 2003;48(1):2–9.
66. Schiff E, Cohen SB, Dulitzky M, Novikov I, Friedman SA, Mashiach S, et al. Progression of labor in twin versus singleton gestations. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(5):1181–5.
67. Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Characteristics of normal labor. Obstet Gynecol. 1989;74(1):85–7.
68. Lee SW, Yang JH, Cho HJ, Hong DS, Kim MY, Ryu HM, et al. The effects of epidural analgesia on labor progress and perinatal outcomes. Korean J Obstet Gynecol. 2007;50(10):1330–5.
69. Schorn MN, McAllister JL, Blanco JD. Water immersion and the effect on labor. J Nurse Midwifery. 1993;38(6):336–42.
70. WHO-CHOICE unit cost estimates for service delivery-estimation file. World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/inputs/health_service/en/, accessed 29 March 2017).
71. Lowe NK. A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. J Midwifery Womens Health. 2007;52(3):216–28.
72. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. J Clin Nurs. 2005;14(5):579–86.
73. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. Midwifery. 2006;22:56–65.
74. Souza JP, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. Diagnostic accuracy of the partograph alert line: a systematic review. 2018 (unpublished).
75. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD006794.
76. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):31.
77. Ollerhead E, Osrin D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:281.
78. Dujardin B, De Schampheleire I, Sene H, Ndiaye F. Value of the alert and action lines on the partogram. Lancet. 1992;339(8805):1336–8.
79. World Health Organization (WHO), Maternal Health and Safe Motherhood Programme. The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multicentre study 1990–1991. Geneva: WHO; 1994 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58589/1/WHO_FHE_MSM_94.4.pdf, accessed 17 January 2018).
80. Van Bogaert L. The partogram's result and neonatal outcome. J Obstet Gynaecol. 2006;26(4):321–4.

81. López C AF. Estudio comparativo entre el partograma del clap y el partograma de la oms en embarazadas del hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador [Comparative study between the CLAP partogram and the WHO partogram in pregnant women of the Vicente Corral Moscoso hospital in Cuenca, Ecuador][thesis]. University of Cuenca; 2008.
82. Orji E. Evaluating progress of labor in nulliparas and multiparas using the modified WHO partograph. Int J Gynecol Obstet. 2008;102(3):249–52.
83. Rocha IM, de Oliveira SM, Schneck CA, Riesco ML, da Costa AS. The partogram as an instrument to analyze care during labor and delivery. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):880–8.
84. Diarra I, Camara S, Maiga M. Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Assessment of the use of partogram at the district maternity hospital of commune V in Bamako area]. Mali Med. 2009;24(2):10–3.
85. Sanyal U, Goswami S, Mukhopadhyay P. The role of partograph in the outcome of spontaneous labor. NJOG. 2014;17(1):52–7.
86. Bolbol-Haghighi N, Ebrahimi N, Delvarian Zade M, Hasani MR. Evaluation of WHO's partogram alert line for prediction of the APGAR score at the first minute after birth. J Shahrekord Univ Med Sci. 2006;8(1):50–7.
87. Rani U, Laxmi B. Effect of partographic monitoring on outcomes for women in spontaneous labour at term. IAIM. 2016;3(7):314–20.
88. Souza J, Oladapo OT, Fawole B, Mugerwa K, Reis R, Barbosa-Junior F, et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. BJOG. 2018 (in press).
89. Fahy M, Doyle O, Denny K, McAuliffe FM, Robson M. Economics of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(5):508–16.
90. Khan A, Zaman S. Costs of vaginal delivery and caesarean section at a tertiary level public hospital in Islamabad, Pakistan. BMC Pregnancy Childbirth. 2010;10:2.
91. Armstrong N, Kenyon S. When choice becomes limited: women's experiences of delay in labour. Health (London). 2017;21(2):223–38.
92. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(4):CD011516.
93. McNiven PS, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. Birth. 1998;25(1):5–10.
94. Hofmeyr GJ, Mancotywa T, Silwana-Kwadjo N, Mgudlwa B, Lawrie TA, Gülmezoglu AM. Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU). BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:417.
95. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. J Midwifery Womens Health. 2014;59(1):28–34.
96. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Obstet Gynecol. 2005;105(1):77–9.
97. Mikolajczyk RT, Zhang J, Grewal J, Chan LC, Petersen A, Gross MM. Early versus late admission to labor affects labor progression and risk of cesarean section in nulliparous women. Front Med. 2016;3:26.
98. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:68.
99. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. BJOG. 2001;108(11):1120–4.
100. Tilden EL, Lee VR, Allen AJ, Griffin EE, Caughey AB. Cost-effectiveness analysis of latent versus active labor hospital admission for medically low-risk, term women. Birth. 2015;42(3):219–26.
101. Mekonnen MG, Yalew KN, Umer JY, Melese M. Determinants of delivery practices among Afar pastoralists of Ethiopia. Pan Afr Med J. 2012;13(suppl 1):17.
102. Dhakal S, van Teijlingen E, Raja EA, Dhakal KB. Skilled care at birth among rural women in Nepal: practice and challenges. J Health, Popul Nutr. 2011;29(4):371–8.
103. Kumbani L, Bjune G, Chirwa E, Malata A, Odland JO. Why some women fail to give birth at health facilities: a qualitative study of women's perceptions of perinatal care from rural southern Malaui. Reprod Health. 2013;10:9.
104. Atuoye KN, Dixon J, Rishworth A, Galaa SZ, Boamah SA, Luginaah I. Can she make it? Transportation barriers to accessing maternal and child health care services in rural Ghana. BMC Health Serv Res. 2015;15:333.
105. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. Afr J Reprod Health. 2002;6(1):65–73.
106. Choulagai B, Onta S, Subedi N, Mehata S, Bhandari GP, Poudyal A, et al. Barriers to using skilled birth attendants' services in mid- and far-western Nepal: a cross-sectional study. BMC Int Health Hum Rights. 2013;13:49.
107. Chandhiok N, Shrotri A, Joglekar N, Chaudhury N, Chaudhury P, Singh S. Feasibility of using partograph by practitioners of Indian system of medicine (AYUSH): an exploratory observation. Midwifery. 2015;31:702–7.

108. Pattinson R, Cuthbert A, Vanneval V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD000161.
109. Rozenholc AT, Ako SN, Leke RJ, Boulvain M. The diagnostic accuracy of external pelvimetry and maternal height to predict dystocia in nulliparous women: a study in Cameroon. BJOG. 2007;114:630–5.
110. Liselele HB, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. BJOG. 2000;107:947–52.
111. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD005122.
112. Supply catalogue [website]. United Nations Children's Fund (UNICEF); 2017 (https://supply.unicef.org/, accessed 10 October 2017).
113. Lewis D, Downe S, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. Int J Gynecol Obstet. 2015;131(1):9–12.
114. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peri-partum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, accessed 17 January 2018).
115. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD006066.
116. Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. BJOG. 1994;101(8):663–8.
117. Vijgen SM, Westerhuis ME, Opmeer C, Visser GH, Moons KG, Porath MM, et al. Cost-effectiveness of cardiotocography plus ST analysis of the fetal electrocardiogram compared with cardiotocography only. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90:772–8.
118. Chaturvedi S, De Costa A, Raven J. Does the Janani Suraksha Yojana cash transfer programme to promote facility births in India ensure skilled birth attendance? A qualitative study of intrapartum care in Madhya Pradesh. Glob Health Action. 2015;8:27427.
119. Maimbolwa MC, Ransjo-Arvidson AB, Ng'andu N, Sikazwe N, Diwan VK. Routine care of women experiencing normal deliveries in Zambian maternity wards: a pilot study. Midwifery. 1997;13(3):125–31.
120. Delvaux T, Ake-Tano O, Gohou-Kouassi V, Bosso P, Collin S, Ronsmans C. Quality of normal delivery care in Côte d'Ivoire. Afr J Reprod Health. 2007;11(1):22–32.
121. Walker DS, Shunkwiler S, Supanich J, Willamsen J, Yensch A. Labour and delivery nurses attitudes towards intermittent fetal monitoring. J Midwifery Womens Health. 2001;46(6):374–80.
122. Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD008680.
123. Mugyenyi GR, Atukunda EC, Ngonzi J, Boatin A, Wylie BJ, Haberer JE. Functionality and acceptability of a wireless fetal heart rate monitoring device in term pregnant women in rural southwestern Uganda. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:178.
124. Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting. London: Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists; 2010 (https://www.aagbi.org/sites/default/files/epidural_analgesia_2011.pdf, accessed 17 January 2018).
125. †Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD000331.
126. Thomson G, Feeley C, Hall Moran V, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for childbirth: a review and qualitative comparative analysis. 2018 (unpublished).
127. Huang C, Macario A. Economic considerations related to providing adequate pain relief for women in labour: comparison of epidural and intravenous analgesia. Pharmaeconomics. 2002;20(5):305–18.
128. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. Midwifery. 2012;28(5):591–9.
129. Tracy SK, Tracy MB. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. BJOG. 2003;110(8):717–24.
130. Bonouvrie K, van den Bosch A, Roumen FJ, van Kuijk SM, Nijhuis JG, Evers SM, et al. Epidural analgesia during labour, routinely or on request: a cost-effectiveness analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;207:23–31.
131. Dillaway H, Brubaker SJ. Intersectionality and childbirth: how women from different social locations discuss epidural use. Race Gender Class. 2006;13(3–4):16–41.
132. Sanders R. Functional discomfort and a shift in midwifery paradigm. Women Birth. 2015;28:e87–e91.
133. †Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(9):CD007396.
134. Lamvu G, Feranec J, Blanton E. Perioperative pain management: an update for obstetrician-gynecologists. Am J Obstet Gynecol. 2017. pii: S0002-9378(17)30790-1.

135. Dyer O. Ontario plans to stop funding high dose opioids. BMJ. 2016;354:i4300.
136. Linge-Dahl L, Vranken M, Juenger S, North K, Scholten W, Payne S, et al. Identification of challenges to the availability and accessibility of opioids in twelve European countries: conclusions from two ATOME six-country workshops. J Palliat Med. 2015;18(12):1033–9.
137. De Lima L, Pastrana T, Radbruch L, Wenk R. Cross-sectional pilot study to monitor the availability, dispensed prices, and affordability of opioids around the globe. J Pain Symptom Manage. 2014;48(4):649–59e1.
138. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Med. 2008;6:7.
139. Gibson E. Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. Women Birth. 2014;27(3):185–9.
140. †Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(12):CD009514.
141. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018:CD009290 (in press).
142. Herman P, Poindexter B, Witt C, Eisenberg D. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. BMJ Open. 2012;2:e001046.
143. Paterson CM, Saunders NS, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. Br J Obstet Gynaecol. 1992;99(5):377–80.
144. Abdel Aleem H. Nomograms of cervical dilatation and characteristics of normal labor in Upper Egypt. Assiut Med J. 1991;15(4):19–30.
145. Chen HF, Chu KK. Double-lined nomogram of cervical dilatation in Chinese primigravidas. Acta Obstet Gynecol Scand. 1986;65(6):573–5.
146. Diegmann EK, Andrews CM, Niemczura CA. The length of the second stage of labor in uncomplicated, nulliparous African American and Puerto Rican women. J Midwifery Womens Health. 2000;45(1):67–71.
147. Dior U, Kogan L, Ezra Y, Calderon-Margalit R. Population based labor curves. Am J Obstet Gynecol. 2013;208(1):S150.
148. Duignan NM, Studd JW, Hughes AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. Br J Obstet Gynaecol. 1975;82(8):593–601.
149. Shi Q, Tan XQ, Liu XR, Tian XB, Qi HB. Labour patterns in Chinese women in Chongqing. BJOG. 2016;123(suppl 3):57–63.
150. Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. Br Med J. 1973;4(5890):451–5.
151. Studd J, Clegg DR, Sanders RR, Hughes AO. Identification of high risk labours by labour nomogram. Br Med J. 1975;2(5970):545–7.
152. Wüstemann M, Gremm B, Scharf A, Sohn C. Influence of the "walking epidural" on duration of labour in primi- and multiparae with vaginal delivery and comparison of vaginal operative delivery rates. Gynakologische Praxis. 2003;27(3):433–9.
153. Gibb DM, Cardozo LD, Studd JW, Magos AL, Cooper DJ. Outcome of spontaneous labour in multigravidae. Br J Obstet Gynaecol. 1982;89(9):708–11.
154. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(5):CD002006.
155. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(10):CD003934.
156. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:252.
157. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KK, Zileni CW, Muller A. Malaui women's knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. Women Birth. 2017;30(1):e1–e8.
158. Okonta P. Birthing positions: awareness and preferences of pregnant women in a developing country. Internet J Gynecol Obstet. 2012;16(1).
159. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD008070.
160. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD009124.
161. Bergstrom L, Seidel L, Skillman-Hull L, Roberts J. "I gotta push. Please let me push!" Social interactions during the change from first to second stage labor. Birth. 1997;24(3):173–80.
162. Fraser W, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M, et al. Multicenter randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. Am J Gynecol Obstet. 2000;182(5):1165–72.
163. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(6):CD006672.
164. Priddis H, Schmied V, Dahlen H. Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. BMC Womens Health. 2014;14(1):32.

165. Borghi J, Bastus S, Belizan M, Carroli G, Hutton G, Fox-Rushby J. Costs of publicly provided maternity services in Rosario, Argentina. Salud Publica Mex. 2003;45(1):27–34.
166. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. Brit J Obstet Gynaecol. 2001;108:499–504.
167. Stamp G, Kruzins GS. A survey of midwives who participated in a randomised trial of perineal massage in labour. Austral J Midwifery. 2001;14(1):15–21.
168. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(2):CD000081.
169. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reprod Health. 2017;14:55.
170. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(2):221–8.
171. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(11):CD000947.
172. Ith P, Dawson A, Homer CS, Klinken Whelan A. Practices of skilled birth attendants during labour, birth and the immediate postpartum period in Cambodia. Midwifery. 2013;29(4):300–7.
173. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comande D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. Lancet. 2016;388(10056):2176–92.
174. Chaves Sda C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4–5):203–10.
175. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG. 2014;121(suppl 1):1–4.
176. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. 2005;32(3):219–23.
177. Diniz SG, d'Oliveira AF, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reprod Health Matters. 2012;20(40):94–101.
178. Okafor I, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. Int J Gynaecol Obstet. 2015;128(2):110–3.
179. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. Reprod Health. 2017;14:9.
180. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS Med. 2015;12(6):e1001847.
181. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:236.
182. Gülmezoglu AM, Langer A, Piaggio G, Lumbiganon P, Villar J, Grimshaw J. Cluster randomised trial of an active, multifaceted educational intervention based on the WHO Reproductive Health Library to improve obstetric practices. BJOG. 2007;114(1):16–23.
183. Hofmeyr GJ, Singata M, Lawrie TA, Vogel JP, Landoulsi S, Seuc AH, et al. A multicentre randomized controlled trial of gentle assisted pushing in the upright posture (GAP) or upright posture alone compared with routine practice to reduce prolonged second stage of labour (the Gentle Assisted Pushing study): study protocol. Reprod Health. 2015;12:114.
184. Hofmeyr G, Vogel J, Cuthbert A. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD006067.
185. Habek D, Vuković Bobić M, Hrgović Z. Possible feto-maternal clinical risk of the Kristeller's expression. Cent Eur J Med. 2008;3(2):183–6.
186. Zanconato G, Cavaliere E, Cherubini G, Bortolami O, Mantovani E, Iacovella C, et al. Fundal pressure (Kristeller maneuver) during labor in current obstetric practice: assessment of prevalence and feto-maternal effects. Minerva Ginecol. 2014;66(2):239–41.
187. Iyengar SD, Iyengar K, Martines JC, Dashora K, Deora KK. Childbirth practices in rural Rajasthan, India: implications for neonatal health and survival. J Perinatol. 2008;28(suppl 2):S23–30.
188. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80(9):830–4.
189. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: conducted January–February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive® in partnership with Lamaze International. J Perinat Educ. 2007;16(4):15–7.
190. Goldman N, Glei DA. Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala. Soc Sci Med. 2003;56(4):685–700.
191. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf, accessed 12 December 2017).

192. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
193. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
194. Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocketbook recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
195. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf, accessed 17 January 2018).
196. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://wwwwhoint/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366pdf, accessed 17 January 2018).
197. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf, accessed 12 December 2017).
198. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO Safe Childbirth Checklist program. PLoS One. 2012;7(5):e35151.
199. Brouwers M, Kho M, Browman G, Burgers J, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. CMAJ. 2010;182(18):E839–42.
200. GREAT Network [website]. The Guideline-driven Research Priorities Evidence Synthesis Application of Evidence Transfer of Knowledge (GREAT) Network; 2016 (http://greatnetworkglobal.org/, accessed 19 October 2017).
201. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf, accessed 12 December 2017).

Anexo 1. Preguntas y parámetros de valoración prioritarios en la directriz

Preguntas prioritarias de la directriz **P = Población; I = Intervención; C = Comparación; O = Resultados** *(outcomes)*	**Parámetros de valoración prioritarios**
En las mujeres en trabajo de parto (P), ¿mejora los resultados del parto (O) una política que fomente una práctica de la maternidad respetuosa, digna y centrada en las mujeres (I), en comparación con la práctica habitual (C)?	Experiencia de parto materna Modalidad de parto Duración del trabajo de parto Uso de métodos de alivio del dolor Traumatismo perineal/vaginal Hipoxia-isquemia perinatal
En las mujeres en trabajo de parto (P), ¿mejora los resul-tados del parto (O) una comunicación efectiva por parte del personal de atención de salud (I), en comparación con la práctica habitual (C)?	Experiencia de parto materna Modalidad de parto Duración del trabajo de parto Uso de métodos de alivio del dolor Traumatismo perineal/vaginal Hipoxia-isquemia perinatal
En las mujeres en trabajo de parto (P), ¿mejoran los resul-tados del parto (O) el apoyo y el acompañamiento conti-nuos del trabajo de parto (I), en comparación con la práctica habitual (C)? ¿Es la participación de un tipo concreto de prestador del apoyo continuo (por ejemplo, una doula, un familiar o el personal de hospital) más eficaz y más segura que la de otro tipo para mejorar los resultados del parto (O)?	Modalidad de parto Traumatismo perineal/vaginal Duración del trabajo de parto Aceleración del trabajo de parto Uso de alivio del dolor Experiencia de parto materna Hipoxia-isquemia perinatal Resultados en el bebé a largo plazo
¿Cuáles son las definiciones apropiadas de las fases (latente y activa) del período de dilatación y del periodo expulsivo del trabajo de parto espontáneo que se asocian a un buen resultado del parto?	Duración de fase latente Duración de fase activa Duración del período de dilatación Definición de inicio de la fase latente Definición de inicio de la fase activa Duración del período expulsivo
¿Debe usarse un umbral de la velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora (tal como ilustra la línea de alerta del partograma) para identificar a las mujeres con un riesgo de presentar resultados adversos del embarazo en las mujeres sanas con un inicio de trabajo de parto espontáneo?	Positivo verdadero (PV) Negativo verdadero (NV) Positivo falso (PF) Negativo falso (NF) Especificidad Sensibilidad
En las embarazadas sin factores de riesgo al inicio del trabajo de parto espontáneo, ¿cuáles son los patrones normales de dilatación del cuello uterino que se asocian a un resultado del parto normal?	Tiempo necesario para que la dilatación del cuello uterino progrese en 1 cm, pasando de un nivel de dilatación al siguiente Velocidad de cambio de un nivel de dilatación del cuello uterino al siguiente
En las embarazadas sanas que acuden en trabajo de parto espontáneo a término (P), ¿mejora los resultados del parto (O) una política de aplazamiento del ingreso en la sala de preparto hasta la fase activa (I), en comparación con una política de ingreso directo en la sala de preparto (C)?	Modalidad de parto Duración del trabajo de parto Aceleración del trabajo de parto Uso de alivio del dolor Morbilidad materna Experiencia de parto materna Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal

Preguntas prioritarias de la directriz **P = Población; I = Intervención; C = Comparación; O = Resultados** *(outcomes)*	**Parámetros de valoración prioritarios**
En las embarazadas sanas que acuden en trabajo de parto (P), ¿mejora los resultados del parto (O) la pelvimetría clínica realizada sistemáticamente al ingreso (I), en comparación con la no realización de una pelvimetría clínica (C)?	Modalidad de parto Morbilidad materna Traumatismo perineal/vaginal Experiencia de parto materna Traumatismo en el parto Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal
En las embarazadas sanas que acuden en trabajo de parto espontáneo (P), ¿mejora los resultados del parto (O) el uso ordinario de la cardiotocografía para la evaluación del estado fetal al ingreso en trabajo de parto (I), en comparación con la auscul-tación intermitente (C)?	Modalidad de parto Experiencia de parto materna Sufrimiento fetal Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal Resultados en el bebé a largo plazo
En las embarazadas sanas en trabajo de parto (P), ¿mejora los resultados del parto (O) el uso ordinario de la cardiotocografía continua para la evaluación del estado fetal (I), en comparación con la auscultación intermitente (C)?	Modalidad de parto Uso de alivio del dolor Experiencia de parto materna Sufrimiento fetal Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal Resultados en el bebé a largo plazo
En las embarazadas sanas en trabajo de parto (P), ¿el uso de un método específico de auscultación intermitente para el seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal (I), en comparación con otros métodos de auscultación intermitente (C), es más eficaz y seguro para mejorar los resultados del parto (O)?	Modalidad de parto Experiencia de parto materna Sufrimiento fetal Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal Resultados en el bebé a largo plazo
En las embarazadas sanas que solicitan un alivio del dolor durante el trabajo de parto (P), ¿ debe ofrecerse la anestesia peridural (I), en comparación con la no utilización de métodos de alivio del dolor o con el uso de otras formas de alivio del dolor (C), para el control del dolor del trabajo de parto y para mejorar los resultados del parto (O)?	Modalidad de parto Alivio del dolor Experiencia de parto materna Aceleración del trabajo de parto Duración del trabajo de parto Efectos adversos Hipoxia-isquemia perinatal Resultados en el bebé a largo plazo
En las embarazadas sanas que solicitan un alivio del dolor durante el trabajo de parto (P), ¿deben ofrecerse las técnicas de relajación para el manejo del dolor (I), en comparación con la no utilización de ningún método de alivio del dolor o con el uso de otras formas de alivio del dolor (C), a las mujeres para controlar el dolor del trabajo de parto y para mejorar resultados del parto (O)?	Modalidad de parto Alivio del dolor Experiencia de parto materna Aceleración del trabajo de parto Duración del trabajo de parto Efectos adversos Hipoxia-isquemia perinatal Resultados en el bebé a largo plazo
En las embarazadas sanas que solicitan un alivio del dolor durante el trabajo de parto (P), ¿ deben adminis-trarse opioides parenterales (I), en comparación con la no utilización de ningún método de alivio del dolor (C), para el control del dolor del trabajo de parto y para mejorar los resultados del parto (O)? En ese caso, ¿qué opioides parenterales deben ofrecerse a las mujeres aptas para ello?	Modalidad de parto Alivio del dolor Experiencia de parto materna Aceleración del trabajo de parto Duración del trabajo de parto Efectos adversos Hipoxia-isquemia perinatal Resultados en el bebé a largo plazo

Preguntas prioritarias de la directriz **P = Población; I = Intervención; C = Comparación; O = Resultados** *(outcomes)*	**Parámetros de valoración prioritarios**
En las embarazadas sanas que solicitan un alivio del dolor durante el trabajo de parto (P), ¿deben ofrecerse las técnicas del masaje y otras técnicas manuales para el manejo del dolor (I), en comparación con la no utilización de ningún método de alivio del dolor o el uso de otras formas de alivio del dolor (C), para aliviar el dolor del trabajo de parto y para mejorar los resultados del parto (O)?	Experiencia de parto materna Aceleración del trabajo de parto Duración del trabajo de parto Efectos adversos Hipoxia-isquemia perinatal Resultados en el bebé a largo plazo
En las mujeres sin anestesia peridural en el período de dilatación del trabajo de parto (P), ¿ mejora los resulta-dos del parto (O) la adopción de una posición vertical para el parto (por ejemplo, sentada, de pie o en cucli-llas) (I), en comparación con una posición recostada (C)?	Duración del trabajo de parto Modalidad de parto Alivio/intensidad del dolor Traumatismo perineal/vaginal Experiencia de parto materna Sufrimiento fetal Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal
En las mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo del trabajo de parto (P), ¿mejora los resultados del parto (O) la adopción de una posición vertical para el parto (por ejemplo, sentada, de pie o en cuclillas) (I), en comparación con una posición recostada (C)?	Duración del trabajo de parto Modalidad de parto Alivio/intensidad del dolor Traumatismo perineal/vaginal Experiencia de parto materna Sufrimiento fetal Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal
En las mujeres en el período expulsivo (P), ¿ mejora los resultados del parto (O) el empuje espontáneo (I), en comparación con el empuje dirigido (por ejemplo, maniobra de Valsalva/cierre de glotis) (C)?	Duración del trabajo de parto Modalidad de parto Traumatismo perineal/vaginal Morbilidad materna a largo plazo Experiencia de parto materna Sufrimiento fetal Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal
En las mujeres con anestesia peridural en el período expulsivo del trabajo de parto (P), ¿mejora los resultados del parto (O) el empuje tardío (I), en comparación con el empuje inmediato después de la dilatación total del cuello uterino (C)?	Duración del trabajo de parto Modalidad de parto Traumatismo perineal/vaginal Morbilidad materna a largo plazo Experiencia de parto materna Sufrimiento fetal Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal
En las mujeres en el período expulsivo (P), ¿ mejora los resultados del parto (O) el uso de una técnica perineal (por ejemplo, masaje, compresas tibias o guía) para prevenir el traumatismo perineal (I), en comparación con la no utilización de ninguna técnica perineal o con la práctica habitual (C)?	Traumatismo perineal/vaginal Morbilidad materna a largo plazo Experiencia de parto materna Traumatismo en el parto Hipoxia-isquemia perinatal

Preguntas prioritarias de la directriz **P = Población; I = Intervención; C = Comparación; O = Resultados** *(outcomes)*	**Parámetros de valoración prioritarios**
En las mujeres en el período expulsivo (P), ¿mejora los resultados del parto (O) una política de uso selectivo/restrictivo de la episiotomía (I), en comparación con una política de uso sistemático o liberal de la episiotomía (C)?	Duración del trabajo de parto Morbilidad materna Morbilidad materna a largo plazo Traumatismo perineal/vaginal Uso de alivio del dolor Experiencia de parto materna Traumatismo en el parto Hipoxia-isquemia perinatal
En las mujeres en el período expulsivo (P), ¿mejora los resultados de parto (O) la aplicación de presión en el fondo uterino (I), en comparación con la no aplicación de presión en el fondo uterino (C)?	Modalidad de parto Duración del trabajo de parto Mortalidad materna Morbilidad grave materna Traumatismo perineal/vaginal Experiencia de parto materna Traumatismo en el parto Hipoxia-isquemia perinatal Mortalidad perinatal/neonatal

Anexo 2. Expertos externos y personal de la OMS involucrados en la elaboración de esta directriz

Grupo Consultivo de la OMS (Ginebra, Suiza)

A. Metin Gülmezoglu
Coordinador
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Ana Pilar Betrán
Funcionaria médica
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Mercedes Bonet
Funcionaria médica
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Maurice Bucagu
Funcionario médico
Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente

Olufemi Oladapo
Funcionario médico
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Anayda Portela
Funcionario técnico
Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente

João Paulo Souza
Funcionario médico
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Joshua Vogel
Funcionario técnico
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas

Grupo de Elaboración de Directrices (GDG)

Hany Abdel-Aleem
Profesor
Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Salud de la Mujer
Hospital Universitario de Assiut
Assiut
Egipto

Fernando Althabe
Director
Departamento de Investigación de Salud de la Madre y el Niño
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)
Buenos Aires
Argentina

Melania Maria Ramos de Amorim
Investigadora superior
Instituto Paraibano de Pesquisa Profesor Joaquim Amorim Neto
Campina Grande
Brasil
Y
Profesora
Instituto de Medicina Integral Profesor Fernando Figueira
Recife
Brasil

Michael Boulvain
Profesor
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario de Ginebra
Ginebra
Suiza

Aparajita Gogoi
Director ejecutivo
Centro para el Fomento del Cambio (anteriormente CEDPA India)
Nueva Delhi
India

Tina Lavender
Profesor
Universidad de Manchester
Escuela de Enfermería, Partería y Trabajo Social
Manchester
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Reino Unido)

Pisake Lumbiganon (presidente, consulta de septiembre del 2017)
Decano y profesor de Obstetricia y Ginecología
Coordinador, Red Cochrane de Tailandia
Facultad de Medicina
Universidad de Khon Kaen
Khon Kaen
Tailandia

Silke Mader
Presidenta del Consejo Ejecutivo
Fundación Europea para la Atención de Recién Nacidos (EFCNI)
Múnich
Alemania

Suellen Miller
Directora, Programa de Maternidad sin Riesgo
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas
Centro Bixby de Salud y Política Reproductiva Mundial
Universidad de California, San Francisco
San Francisco, California
Estados Unidos

Rintaro Mori
Director
Política de Departamento de Salud
Instituto de Investigación Nacional para la Salud y Desarrollo del Niño
Tokio
Japón

James Neilson (presidente, consulta de mayo del 2017)
Editor coordinador
Grupo Cochrane de Embarazo y Parto
y
Profesor
Universidad de Liverpool
Reino Unido

Hiromi Obara
Asesor de política de la salud
Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA)
Vientiane
República Democrática Popular Lao

Oladapo Olayemi
Profesor y director de departamento
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Medicina
Universidad de Ibadan
Ibadan
Nigeria

Robert Pattinson
Profesor y director
Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica/ Universidad de Pretoria (SAMRC/UP) Unidad de Estrategias de Atención Maternoinfantil
Hospital Kalafong
Pretoria, Gauteng
Sudáfrica

Harshad Sanghvi
Médico jefe
Jhpiego, afiliado a la Universidad Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
Estados Unidos

Mandisa Singata-Madliki
Directora adjunta
Unidad de Investigación en Atención Efectiva
Complejo Hospitalario de Londres Este
Universidad de Fort Hare
Londres Este
Sudáfrica

Jorge E. Tolosa
Profesor de Obstetricia y Ginecología
Red Mundial para la Investigación y el Desarrollo de la Salud Perinatal y Reproductiva (GNPRH) (FUNDARED-MATERNA-Colombia)
División de Medicina Materna y Fetal
Universidad de Salud y Ciencia de Oregon
Portland, Oregon
Estados Unidos
y
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
Medellín
Colombia

Hayfaa Wahabi
Profesor y presidente
Atención de salud basada en la evidencia y traslación del conocimiento
Traducción
Universidad de Medicina, Universidad del Rey Saud
Riad
Arabia Saudita

Grupo de Revisión Externa

Blami Dao
Director técnico, África occidental y central
Jhpiego, afiliado a la Universidad Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
Estados Unidos

G. Justus Hofmeyr
Profesor
Unidad de Investigación en Atención Efectiva
Universidades de Witwatersrand y Fort Hare
y
Departamento de Salud de Ciudad del Cabo Este
Londres Este
Sudáfrica

Caroline Homer
Profesora y directora
Centro de Partería y Salud Infantil y Familiar
Facultad de Salud
Universidad de Tecnología de Sydney
Sídney
Australia

Vanora Hundley
Profesora
Centro de Partería y Salud Materna y Perinatal
Universidad de Bournemouth
Bournemouth
Reino Unido

Barbara Levy
Vicepresidenta de Política Sanitaria
Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos
Washington, D.C.
Estados Unidos

Ashraf Nabhan
Profesor
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Simulacros Ain
Heliópolis, El Cairo
Egipto

Grupo de Trabajo Técnico

Edgardo Abalos
Vicedirector
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Moreno, Rosario
Argentina

Debra Bick
Profesora de Ejercicio de la Partería Basada en la Evidencia
Facultad de Enfermería y Partería Florence Nightingale
División de la Salud de la Mujer
King's College de Londres
Londres
Reino Unido

Meghan Bohren
Consultora
Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud
Ginebra
Suiza

Mónica Chamillard
Médica
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario
Argentina

Virginia Díaz
Médica
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario
Argentina

Soo Downe
Profesora
Estudios de Partería
Universidad del Centro de Lancashire
Preston, Lancashire
Reino Unido

Therese Dowswell
Asociada de investigación
Cochrane Embarazo y Parto
Departamento de Salud de la Mujer y el Niño
Universidad de Liverpool
Fundación del NHS de las Mujeres de Liverpool
Liverpool
Reino Unido

Kenneth Finlayson
Asistente superior de investigación
Estudios de Partería
Universidad del Centro de Lancashire
Preston, Lancashire
Reino Unido

Frances Kellie
Editor ejecutivo
Cochrane Embarazo y Parto
Departamento de Salud de la Mujer y el Niño
Universidad de Liverpool
Fundación del NHS de las Mujeres de Liverpool
Liverpool
Reino Unido

Theresa Lawrie
Consultora
Evidence-Based Medicine Consultancy Ltd.
Bath
Reino Unido

Julia Pasquale
Médico
Centro Rosarino de Estudios Perinatales
Rosario
Argentina

Elham Shakibazadeh
Profesor adjunto
Departamento de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud
Escuela de Salud Pública
Universidad de Ciencias Médicas de Teherán
Teherán
Irán

Gill Thomson
Profesor adjunto
Unidad de Nutrición Materna y del Lactante
Escuela de Salud Comunitaria y Partería
Universidad del Centro de Lancashire
Preston, Lancashire
Reino Unido

Asociados externos y observadores de la reunión

Diogo Ayres-de-Campos
Miembro del Comité para la Maternidad sin Riesgo y la Salud del Recién Nacido de la FIGO (2015-2018)
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)
Londres
Reino Unido

Petra ten Hoope-Bender
Asesora técnica, Salud Sexual y Reproductiva
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Ginebra
Suiza

Mechthild M. Gross
Director de la Unidad de Formación e Investigación en Partería
Facultad de Medicina de Hannover
Hannover
Alemania
y
Representante
Confederación Internacional de Matronas (ICM)
La Haya
Países Bajos

Mary Ellen Stanton
Asesora Principal de Salud Reproductiva
Centro de Población, Salud y Nutrición
Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Washington, D.C.
Estados Unidos

Alison Wright
Vicepresidenta de Afiliación Mundial y del Reino Unido
Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos
Londres
Reino Unido

Representantes de Oficinas Regionales de la OMS

Oficina Regional para África

Léopold Ouedraogo
Asesor Regional
Investigación y Elaboración de Programas
Salud Reproductiva
Grupo de Promoción de la Salud

Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Bremen De Mucio
Asesor regional
Salud Sexual y Reproductiva
Centro Latinoamericano de Perinatología

Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental

Karima Gholbzouri
Funcionario médico
Salud Reproductiva y Materna

Oficina Regional para Europa

Mavjuda Babamuradova
Funcionario médico
Salud Sexual y Reproductiva
División de Enfermedades no Transmisibles y Salud en el Curso de la Vida

Oficina Regional para el Pacífico Occidental

Mari Nagai
Funcionario técnico
Salud Reproductiva, Materna, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente
División de Enfermedades no Transmisibles y Salud en el Curso de la Vida

Anexo 3. Resumen de las declaraciones de intereses de los miembros del Grupo de Elaboración de Directrices y el Grupo de Trabajo Técnico y forma en la que se gestionaron

Nombre y conocimiento experto aportado a la elaboración de la directriz	Interés(es) declarado(s)	Gestión de los conflictos de interés
Grupo de Elaboración de Directrices (GDG)		
Profesor Hany Abdel-Aleem Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Dr. Fernando Althabe Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Dr. Melania Maria Ramos de Amorim Conocimiento experto: Obstetricia, experta en el tema y usuaria	No declara ninguno	Ninguna
Profesor Michel Boulvain Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Dr. Aparajita Gogoi Conocimiento experto: Representante de las mujeres	No declara ninguno	Ninguna
Profesora Tina Lavender Conocimiento experto: Partería, experta en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Profesor Pisake Lumbiganon Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Sra. Silke Mader Conocimiento experto: Representante de las mujeres	No declara ninguno	Ninguna
Profesora Suellen Miller Conocimiento experto: Partería, experta en el tema y usuaria	Asesoramiento para BlueFuzion, que produce la marca LifeWrap de trajes antichoque no neumáticos. Ha recibido US$ 2600 y gastos de viaje para talleres y cursos de formación.	Este conflicto de intereses declarado no se consideró lo bastante importante como para entrañar riesgo alguno para el proceso de elaboración de la directriz ni reducir su credibilidad. El proceso de elaboración de directrices no incluía nuevas preguntas relativas a la hemorragia posparto o el traje antichoque no neumático.
Dr. Rintaro Mori Conocimiento experto: Neonatología, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Profesor James Neilson Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Dr. Hiromi Obara Conocimiento experto: Salud maternoinfantil, experto en el tema y ejecutor de políticas	No declara ninguno	Ninguna
Profesor Oladapo Olayemi Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Profesor Robert Pattinson Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna

Nombre y conocimiento experto aportado a la elaboración de la directriz	Interés(es) declarado(s)	Gestión de los conflictos de interés
Dr. Harshad Sanghvi Conocimiento experto: Salud materna, experto en el tema y ejecutor de políticas	No declara ninguno	Ninguna
Dra. Mandisa Singata-Madliki Conocimiento experto: Partería, experta en el tema y usuaria	No declara ninguno	Ninguna
Dr. Jorge E. Tolosa Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Profesor Hayfaa Wahabi Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema y usuario	No declara ninguno	Ninguna
Grupo de Trabajo Técnico		
Dr. Edgardo Abalos Conocimiento experto: Obstetricia, experto en el tema, revisión sistemática y metodología de directrices	No declara ninguno	Ninguna
Profesora Debra Bick Conocimiento experto: Partería basada en la evidencia, experta en el tema y revisión sistemática	No declara ninguno	Ninguna
Dra. Meghan Bohren Conocimiento experto: Revisión sistemática y metodología de directrices	No declara ninguno	Ninguna
Dra. Mónica Chamillard Conocimiento experto: Revisión sistemática y metodología de directrices	No declara ninguno	Ninguna
Dra. Virginia Diaz Conocimiento experto: Obstetricia, experta en el tema, revisión sistemática y metodología de directrices	No declara ninguno	Ninguna
Profesora Soo Downe Conocimiento experto: Partería, experta en el tema, revisión sistemática y metodología de directrices	Subvenciones para investigación del Instituto Nacional para Investigación de Salud (NIHR) y el Real Colegio de Parteras del Reino Unido para realizar investigación sobre autohipnosis para el dolor del trabajo de parto y una encuesta sobre intervenciones en el parto normal (finalizados en 2013 y 2014, respectivamente); y una subvención de la Unión Europea (UE) para la Acción de Creación de Investigación durante el Parto a través de la Salud (BIRTH por su nombre en inglés) 2014–2018 de la Cooperación Europea en Investigación Científica y Técnica (COST, por su nombre en inglés)	El conflicto de intereses académico declarado no se consideró lo bastante importante como para entrañar un riesgo sustancial por la participación de la profesora Downe como miembro del Grupo de Trabajo Técnico, ni reduce la credibilidad de las revisiones sistemáticas que llevó a cabo.

Nombre y conocimiento experto aportado a la elaboración de la directriz	Interés(es) declarado(s)	Gestión de los conflictos de interés
Sra. Therese Dowswell Conocimiento experto: Revisión sistemática y metodología de directrices	Empleada de la Universidad de Liverpool, como asociada de investigación del Grupo de Embarazo y Parto (PCG) Cochrane. El PCG Cochrane recibe infraestructura y financiamiento para subvención de programas del NIHR (a través de la Universidad de Liverpool). El NIHR no influye en el financiamiento ni en las conclusiones de las revisiones Cochrane.	El conflicto de intereses declarado no se consideró lo bastante significativo como para afectar a su participación en el Grupo de Trabajo Técnico. El PCG Cochrane ha sido un asociado clave en la preparación de bases de evidencia para las directrices de la OMS en relación con la salud materna y perinatal.
Sr. Kenneth Finlayson Conocimiento experto: Partería, experto en el tema, revisión sistemática y metodología de directrices	No declara ninguno	Ninguna
Sra. Frances Kellie Conocimiento experto: Revisión sistemática y metodología de directrices	Empleada de la Universidad de Liverpool, como editora jefe del PCG Cochrane. El PCG Cochrane recibe infraestructura y financiamiento para subvención de programas del NIHR (a través de la Universidad de Liverpool). El NIHR no influye en el financiamiento ni en las conclusiones de las revisiones Cochrane.	El conflicto de intereses declarado no se consideró lo bastante significativo como para afectar a su participación en el Grupo de Trabajo Técnico. El PCG Cochrane ha sido un asociado clave en la preparación de bases de evidencia para las directrices de la OMS en relación con la salud materna y perinatal.
Dra. Theresa Lawrie Conocimiento experto: Obstetricia, experta en el tema, revisión sistemática y metodología de directrices	No declara ninguno	Ninguna
Dra. Julia Pasquale Conocimiento experto: Revisión sistemática y metodología de directrices	No declara ninguno	Ninguna
Dr. Elham Shakibazadeh Conocimiento experto: Educación sanitaria y revisión sistemática	No declara ninguno	Ninguna
Dr. Gill Thomson Conocimiento experto: Salud perinatal, experto en el tema y revisión sistemática	No declara ninguno	Ninguna

Anexo 4. Consideraciones sobre la puesta en práctica específicas para recomendaciones concretas[a]

3.1 ATENCIÓN DURANTE TODO EL TRABAJO DE PARTO Y EL NACIMIENTO	
3.1.1 Atención respetuosa de la maternidad (ARM)	▲ Es muy probable que las intervenciones de ARM polifacéticas sean eficaces, y las instancias normativas deben asegurarse de que los interesados directos clave se involucren en los programas de ARM, incluidos los gestores de centros de salud, las sociedades profesionales, los prestadores de la atención de salud y las comunidades; esto asegurará una responsabilidad compartida. ▲ Dado que los motivos y los tipos de trato incorrecto y maltrato difieren en los distintos entornos, los interesados directos deben asegurarse de que estos factores se identifiquen claramente mediante la comunicación con las mujeres y grupos de mujeres de cada entorno específico. Las intervenciones de ARM deben adaptarse luego para abordar estos factores, con objeto de optimizar su aplicación y repercusión. ▲ Los encargados de la puesta en práctica deben garantizar la elaboración e integración de normas escritas y actualizadas y de criterios de referencia para la ARM que definan claramente las metas, los planes operativos y los mecanismos de supervisión. ▲ Los protocolos para la ARM, los mecanismos de rendición de cuentas para el resarcimiento en caso de trato incorrecto o transgresiones, y los métodos de consentimiento fundamentado deberán ser examinados de forma continua. ▲ Deben implantarse mecanismos para asegurar que todas las mujeres y en particular las de entornos desfavorecidos, conozcan a) su derecho a una ARM y b) la existencia de un mecanismo para presentar y plantear posibles quejas (por ejemplo, una auditoría y un mecanismo de retroalimentación que integre las quejas de las mujeres y asegure que se les da respuesta). ▲ Las políticas de ARM deben adaptarse al contexto de cada entorno diferente para garantizar que se atienda específicamente a los subgrupos de mujeres con un riesgo especial de trato incorrecto y a las que tienen necesidades especiales (por ejemplo, poco conocimiento de sus derechos, dificultades de idioma), con objeto de aplicar mayores esfuerzos para promover la ARM, en especial allí donde la experiencia de atención de maternidad en estos grupos sea especialmente deficiente. ▲ Los encargados de la puesta en práctica deben ser conscientes de que los cambios en la infraestructura del sistema de salud (por ejemplo, reorganización de la dotación de personal, volumen de trabajo creciente) podrían alterar la aplicación; por consiguiente, cualquier cambio de la infraestructura requiere una supervisión minuciosa para asegurar y evaluar la viabilidad y sostenibilidad de las prácticas de ARM. ▲ Los encargados de la puesta en práctica deben ser conscientes de que es necesario un compromiso para el aporte de los recursos físicos y de personal necesario, así como un apoyo al bienestar y la moral del personal, para conseguir una aplicación y mantenimiento satisfactorios de la ARM. Además, asegurar un proceso de intervención participativo visible y sostenido, con el compromiso de los líderes del centro, el apoyo de la dirección y la involucración del personal son factores importantes.[b] ▲ Los encargados de la puesta en práctica deben conocer los principios generales de las Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas .[c]

[a] Este anexo se refiere solamente a las consideraciones para la puesta en práctica de las nuevas recomendaciones. Las consideraciones sobre la puesta en práctica de recomendaciones integradas pueden consultarse en los documentos de la directriz de origen, a los que puede accederse a través de los enlaces indicados en los "comentarios" de los respectivos apartados.

[b] Ratcliffe HL, Sando D, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. Applying a participatory approach to the promotion of a culture of respect during childbirth. 2016;13:80.

[c] Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2012.

	▲ Los programas de ARM exitosos deben documentarse para aportar información en la que basar la elaboración de directrices y protocolos para una atención de maternidad de mejor calidad en diferentes entornos. ▲ Las instancias normativas deben velar por el cumplimiento de la Declaración conjunta con las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud.[d]
3.1.2 Comunicación efectiva	▲ La inclusión sistemática de una capacitación en cuanto a la comunicación efectiva en todas las intervenciones de capacitación profesional de los miembros del servicio o los que van a incorporarse a él podría ser la forma más viable de aplicar intervenciones de comunicación efectiva. ▲ Los centros de atención de salud deben asegurar la existencia de una política escrita y actualizada que establezca objetivos, planes operativos y mecanismos de seguimiento claros para promover las capacidades de comunicación interpersonal y de asesoramiento de los profesionales de la salud del centro. ▲ Deben detectarse y abordarse los posibles obstáculos para la aplicación a nivel de las personas, los centros de atención de salud y el sistema de salud. Algunos de estos obstáculos (por ejemplo, el volumen de trabajo elevado) pueden ser comunes en diversos entornos, mientras que otros (por ejemplo, actitudes culturales frente a las mujeres desfavorecidas) pueden ser específicos de cada entorno. ▲ Los cambios en la infraestructura del sistema (por ejemplo, incremento del personal, reorganización de la dotación de personal, combinación de distintas competencias, capacidad de volumen de trabajo, promoción del trabajo de equipo multidisciplinario, liderazgo clínico) podrían facilitar las intervenciones de comunicación efectiva y hacer que fueran más sostenibles. ▲ Los materiales de educación sanitaria de fácil comprensión, en un formato accesible escrito o visual, deben presentarse en los idiomas de las comunidades atendidas por el centro de atención de salud. ▲ Deben implantarse mecanismos culturalmente apropiados para asegurar que todas las mujeres, y en particular las de entornos más desfavorecidos, conocen a) su derecho a una comunicación efectiva, y b) la existencia de un mecanismo para presentación y planteamiento de quejas respecto a la atención de maternidad.
3.1.3 Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto	▲ Las instancias normativas deben analizar la forma de prestar un servicio de acompañamiento para las mujeres durante el trabajo de parto y el parto que satisfaga las necesidades de la población. Un posible enfoque sería recomendar a las mujeres que acudieran con su propio acompañante siempre que fuera posible, pero si una mujer no viene/no tiene un acompañante, el servicio de salud le ofrecería proporcionarle uno para que le preste apoyo. ▲ En los entornos en los que las mujeres no están familiarizadas con el concepto o con las ventajas del acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, la organización de grupos de acompañantes voluntarios de la comunidad, grupos de educación de atención y asesoramiento prenatal, grupos de mujeres, días de puertas abiertas del hospital y otras actividades promocionales podría ser útil para fomentar la demanda y el uso del acompañamiento. ▲ Las instancias normativas deben elaborar programas de capacitación adaptados culturalmente para los acompañantes y deben analizar las formas de registrarlos, mantenerlos e incentivarlos. ▲ Antes de la puesta en práctica, para reducir la resistencia al cambio en los prestadores de atención de salud, los encargados de la aplicación podrían optar por plantear su capacitación respecto a los beneficios que aporta el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, así como la forma en la que los acompañantes pueden integrarse en el equipo de apoyo a la mujer. ▲ Los acompañantes de trabajo de parto deben tener funciones y responsabilidades claramente asignadas, con objeto de asegurar que su presencia sea beneficiosa tanto para la mujer como para los profesionales de la salud que la atienden, y reducir el riesgo de "estar en medio". ▲ Debe contemplarse el empleo de medidas de control de las infecciones a aplicar a los acompañantes, como el acceso a medidas de higiene y el uso de ropa de protección en caso necesario.

[d] Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud. Declaración conjunta de OMS/UN de 27 de junio del 2017 (https://www.who.int/es/news-room/detail/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings).

	▲ La integración del acompañante no profesional (como esposo/acompañante masculino y mujeres familiares) en las visitas de atención prenatal, las clases de preparación para el parto, etc., podría empoderar a los acompañantes con un conocimiento sobre el proceso del trabajo de parto, un contacto previo con la estructura del centro de atención de salud, y competencias y confianza para respaldar mejor a la mujer, a la vez que proporcionaría a esta información acerca de la manera en la que el acompañante le prestará apoyo a lo largo de todo el trabajo de parto y el parto.
3.2 PERÍODO DE DILATACIÓN	
3.2.1 Definición de las fases latente y activa del período de dilatación	▲ Será necesario elaborar orientaciones y protocolos para los centros de atención de salud que no dispongan de cesárea, que sean específicos para cada contexto y situación. ▲ La introducción de estas nuevas definiciones y conceptos debe incluir una capacitación previa de las instituciones y los organismos profesionales, de tal manera que los programas de capacitación en la atención durante el parto puedan actualizarse de la manera más rápida y fluida posible. ▲ Será preciso actualizar o elaborar instrumentos de seguimiento del trabajo de parto para facilitar el nuevo enfoque. ▲ Deberán actualizarse y difundirse manuales de práctica clínica y protocolos de actuación en la sala de preparto.
3.2.2 Duración del período de dilatación	
3.2.3 Progreso del período de dilatación	
3.2.4 Políticas de ingreso en la sala de preparto	▲ Esta recomendación requiere un sistema de salud que funcione bien, con un número suficiente de profesionales de la salud capacitados. ▲ Es importante que los profesionales de la salud comuniquen claramente a las mujeres en la fase latente del trabajo de parto la razón por la que se retrasa su ingreso y que les proporcionen estímulo, apoyo y asesoramiento sobre la forma de controlar las contracciones molestas, identificar el trabajo de parto activo y, en el caso de que una mujer opte por regresar a su casa, cuándo debe volver al hospital.
3.2.5 Pelvimetría clínica en el ingreso	▲ En los entornos en los que se realiza sistemáticamente la pelvimetría clínica en embarazadas sanas al ingresar en trabajo de parto, los prestadores de atención de salud deben conocer que la evidencia que respalda esta práctica es insuficiente.
3.2.6 Evaluación de rutina del bienestar fetal en el ingreso al trabajo de parto	▲ En los entornos en los que se utiliza sistemáticamente la cardiotocografía (CTG) en el ingreso de las mujeres en trabajo de parto que no presentan factores de riesgo para un resultado adverso, es importante informar a los profesionales de la salud y a otros interesados directos que esta práctica no está basada en la evidencia y aumenta el riesgo de intervenciones médicas innecesarias. ▲ Las instancias normativas y los interesados directos pertinentes deben analizar de qué forma pueden validar los registros de la auscultación para utilizarlos como defensa frente a posibles demandas, en vez de basarse para ello en la CTG al ingreso.
3.2.10 Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto	▲ El grupo de expertos del GDG es consciente de que en algunos países y entornos, se usa la CTG continua como protección frente a las demandas. En tales entornos, los profesionales de la salud y las mujeres deben tener en cuenta que esta práctica no está basada en evidencia y no conduce a mejores resultados. Los médicos clínicos podrían protegerse mejor frente a las demandas manteniendo una buena historia clínica y un buen registro, en donde se indicarán claramente los resultados de la auscultación intermitente (AI), en vez de basarse en registros continuos de CTG.

3.2.11 Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto	▲ Las instancias normativas deben analizar qué método o métodos son más viables en su propio contexto. En los entornos de recursos escasos, el estetoscopio fetal de Pinard sería el método más viable para la auscultación intermitente (AI) puesto que no comporta necesidades de infraestructura (por ejemplo, fuente de energía). ▲ Un enfoque práctico en los entornos de recursos escasos podría consistir en asegurar en primer lugar la disponibilidad generalizada y la competencia de los prestadores de atención de salud en la realización de la AI con el estetoscopio fetal de Pinard. Luego, a medida que se disponga de recursos para ello, podría introducirse el aparato de ecografía Doppler con la capacitación apropiada previa del personal antes de incorporarse al servicio o del ya presente. ▲ En los entornos con una prevalencia elevada de demandas, las instancias normativas y los interesados directos pertinentes deben analizar si los registros del seguimiento fetal no electrónico (y la AI en general) pueden ser válidos en la defensa frente a posibles demandas.
3.2.12 Anestesia peridural para el alivio del dolor	▲ Las instancias normativas tienen que determinar qué medidas de alivio del dolor son más factibles y aceptables en sus entornos. ▲ Los centros de atención de salud que ofrecen una anestesia peridural deben disponer de personal con las competencias especializadas apropiadas (anestesistas, obstetras), así como del equipo y los sistemas en funcionamiento para vigilar, detectar y abordar cualquier efecto indeseable de la técnica durante y después del trabajo de parto, con objeto de garantizar la seguridad de la madre y el bebé. La anestesia peridural no debe introducirse en los entornos en los que no se dispone de manera uniforme de estos recursos. ▲ Debe haber sistemas en funcionamiento para garantizar el cumplimiento de protocolos normalizados para la anestesia peridural, lo cual debe incluir el uso de los medicamentos, dosis y técnicas correctos y la dotación de personal y otros recursos adecuada. ▲ Se debe disponer de manera inmediata de oxigenoterapia, equipos de reanimación y medicamentos apropiados para la reanimación en las salas de parto y posnatales, en los centros en los que se atiende a las mujeres a las que se ha aplicado una anestesia peridural. ▲ Los prestadores de atención de salud y las mujeres deben ser conscientes de que la anestesia peridural es una intervención importante que puede causar complicaciones graves. A las mujeres que contemplan el empleo de este método de alivio del dolor se les deben explicar claramente los beneficios y los riesgos asociados a él. ▲ Es necesario un consentimiento fundamentado firmado de todas las mujeres a las que se aplica la anestesia peridural. ▲ Deben elaborarse protocolos específicos en cada entorno para evaluar la necesidad de cada mujer de un alivio del dolor y de la aplicación de diversas opciones farmacológicas y no farmacológicas, para orientar el manejo clínico, respaldar a la mujer en la toma de decisiones y asegurar la aplicación sin riesgo y equitativa del alivio del dolor. ▲ Los profesionales de la salud deben comunicar a las mujeres las opciones de alivio del dolor disponibles para el trabajo de parto y el parto en su centro de salud y deben comentarles las ventajas e inconvenientes de esas opciones, como parte de la educación sanitaria y el asesoramiento prenatales. La elección de una mujer respecto al método de alivio del dolor durante el trabajo de parto, en el caso de que sea necesario, deberá confirmarse en el momento del ingreso. Además, la mujer debe tener la libertad de cambiar de opinión acerca del tipo de alivio del dolor que prefiere si lo considera necesario. ▲ Los centros de atención de salud que proporcionan opciones farmacológicas para el alivio del dolor, incluida la anestesia peridural, deben asegurarse de disponer de personal adecuadamente capacitado, protocolos claros y el equipo necesario para controlar las complicaciones si se produjeran. ▲ En los centros que ofrecen opciones farmacológicas para el alivio del dolor, debe haber mecanismos en funcionamiento para asegurar que se dispone de existencias y que pueden dispensarse los medicamentos necesarios cuando sea necesario. ▲ Los centros de atención de salud que ofrecen la anestesia peridural durante el trabajo de parto deben realizar una auditoría regular y disponer de métodos de retroalimentación para garantizar el cumplimiento de los protocolos clínicos y para supervisar las complicaciones.

3.2.13 Opioides para el alivio del dolor	▲ Las instancias normativas tienen que determinar qué medidas de alivio del dolor son las más apropiadas (viables y aceptables) en sus entornos específicos, en consulta con los profesionales de la salud y las mujeres que usan sus centros. ▲ La analgesia opioide no es apropiada en los entornos en los que no puede realizarse una supervisión adecuada de las mujeres y los bebés a causa de la escasez de personal, ni en los lugares en los que se carece de competencia en reanimación o del equipo y los suministros (oxígeno, medicamentos adecuados) para aplicarla. ▲ Deben elaborarse protocolos específicos en cada entorno para evaluar la necesidad de cada mujer de un alivio del dolor y de la aplicación de diversas opciones farmacológicas y no farmacológicas, para orientar el manejo clínico, respaldar a la mujer en la toma de decisiones y asegurar la aplicación sin riesgo y equitativa del alivio del dolor. ▲ Los centros de atención de salud que proporcionan analgesia opioide deben asegurarse de que en su personal de guardia haya en todo momento profesionales capacitados para realizar una reanimación. ▲ Los centros de salud deben supervisar el cumplimiento de los protocolos clínicos y las complicaciones asociadas al uso de opioides (en especial la depresión respiratoria materna y neonatal) para reducir los problemas yatrógenos. ▲ Los profesionales de la salud deben comunicar a las mujeres las opciones de alivio del dolor disponibles para el trabajo de parto y el parto en su centro de salud y deben comentarles las ventajas e inconvenientes de esas opciones, como parte de la educación sanitaria y el asesoramiento prenatales. ▲ Los centros de atención de salud que proporcionan opciones farmacológicas para el alivio del dolor, incluida la analgesia opioide, deben asegurarse de disponer de personal adecuadamente capacitado, protocolos claros y el equipo necesario para controlar las complicaciones si se produjeran. ▲ En los centros que ofrecen opciones farmacológicas para el alivio del dolor, debe haber mecanismos en funcionamiento para asegurar que se dispone de existencias y que pueden dispensarse los medicamentos necesarios cuando sea necesario. ▲ La medicación opioide debe conservarse de forma segura y debe llevarse un registro de su dispensación para evitar el riesgo de abuso.
3.2.14 Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor	▲ Los profesionales de la salud deben comunicar a las mujeres las opciones de alivio del dolor disponibles para el trabajo de parto y el parto en su centro de salud y deben comentarles las ventajas e inconvenientes de esas opciones lo antes posible en el trabajo de parto, y a poder ser como parte de la educación sanitaria y el asesoramiento prenatales.
3.2.15 Técnicas manuales para el tratamiento del dolor	▲ La capacitación en los centros podría abarcar estas técnicas en la capacitación de los profesionales de la salud previa al servicio y dentro del servicio. Para los acompañantes no profesionales, la capacitación básica en estas técnicas podría facilitarse durante el período prenatal.
3.3 PERÍODO EXPULSIVO	
3.3.1 Definición y duración del período expulsivo	▲ Mismas consideraciones que para 3.2.1-3.2.3.
3.3.2 Posición para dar a luz (para mujeres sin anestesia peridural)	▲ En los entornos en los que las mujeres suelen dan a luz en posiciones recostadas, las instancias normativas deben asegurarse de que a) los profesionales de la salud reciban capacitación en el servicio sobre cómo prestar apoyo a las mujeres para dar a luz en las posiciones verticales, y b) se proporcionen a las mujeres las instalaciones necesarias para que puedan usarlas como apoyo para posiciones de parto alternativas. ▲ Los profesionales de la salud deben informar a las mujeres acerca de las opciones de que disponen respecto a las posiciones de parto; esto debe hacerse durante los contactos de atención prenatal como parte de la educación para el parto y la orientación prenatal.

3.3.3 Posición para dar a luz (para mujeres con anestesia peridural)	▲ Mismas consideraciones para la puesta en práctica que en el punto 3.3.2 (fila anterior).
3.3.4 Método para pujar	▲ En los entornos en los que los profesionales de la salud estén habituados a usar técnicas de empuje dirigido, deben actualizarse los protocolos clínicos y el contenido de la capacitación previa al servicio y en el propio servicio con objeto de respaldar el empuje espontáneo.
3.3.5 Método para pujar (para mujeres con anestesia peridural)	▲ Deben actualizarse los protocolos clínicos y el contenido de la capacitación previa al servicio y en el propio servicio con objeto de respaldar el retraso en la acción de pujar en el período expulsivo del trabajo de parto en las mujeres con una anestesia peridural.
3.3.6 Técnicas para prevenir el traumatismo perineal	▲ Las instancias normativas deben estar en contacto con los organismos, sociedades y centros de formación profesionales para conseguir que la capacitación de los profesionales de la salud antes de la incorporación al servicio incluya la competencia en las técnicas de prevención del traumatismo perineal. ▲ Los organismos y sociedades profesionales y los centros de atención de salud deben actualizar su capacitación y orientación en la prestación de apoyo a las mujeres en el período expulsivo, de manera que incluya las diferentes opciones siguientes para la prevención del traumatismo perineal: masaje perineal, compresas tibias y enfoque de protección "de intervención". ▲ Los interesados directos pueden analizar qué técnicas son las más viables en su propio entorno. ▲ Los profesionales de la salud deben comunicar a las mujeres las diferentes opciones disponibles para la prevención del traumatismo perineal; esto debe hacerse durante los contactos de atención prenatal como parte del asesoramiento de medidas de preparación para el parto y para posibles complicaciones, y deben registrarse las preferencias de la mujer para la atención durante el período expulsivo.
3.3.7 Política para la episiotomía	▲ Con objeto de asegurar un apoyo amplio y conseguir que el personal de salud reciba la capacitación y el apoyo apropiados, las instancias normativas deben incluir representantes de los centros de formación y de los organismos profesionales en procesos participativos. ▲ Deben actualizarse las directrices de las sociedades profesionales y los protocolos de los centros de atención de salud para que reflejen la recomendación de que la episiotomía no debe usarse de manera liberal y que tan solo es permisible un uso selectivo de esta técnica. ▲ En los entornos en los que ha habido un uso de rutina o liberal de la episiotomía, y en los contextos con un bajo uso de centros de salud para el parto, se debe informar a las mujeres y a los profesionales de la salud que el uso de la episiotomía está ahora restringido. ▲ Todos los interesados directos deben ser conscientes de la necesidad de que la mujer dé su consentimiento fundamentado para la episiotomía. ▲ Las indicaciones y los protocolos de la episiotomía deben mostrarse claramente en los centros de maternidad. ▲ Las instancias normativas, los gerentes de atención de salud y los administradores de centros de atención de salud tanto públicos como privados deben asegurarse de que se elimine cualquier incentivo económico o de otro tipo para realizar una episiotomía.
3.3.8 Presión del fondo uterino	▲ Se debe informar a los prestadores de atención de salud que esta práctica no se recomienda y puede conducir a unos resultados adversos del parto. ▲ Los interesados directos podrían analizar la posibilidad de realizar investigaciones sobre la aplicación para determinar cuál es la mejor manera de reducir las prácticas de parto innecesarias en su propio entorno.

Para más información póngase en contacto con:
Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL)
Organización Mundial de la Salud / Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037,
United States of America
Tel.: +1 (202) 974-3000 Fax: +1 (202) 974-3663
http://www.paho.org

Centro Lationoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Avenida Brasil 2697 1er Piso apto 4, Montevideo, 11300, Uruguay
Tel.: +598-2 487-2929; +598-2 706-3020
email: postmasterCLAP@paho.org
http://www.paho.org/clap

ISBN 978-92-75-32093-8