

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2019

VIGILANCIA Y ATENCIÓN
AMIGABLE EN EL
TRABAJO DE PARTO EN
EMBARAZO DE BAJO RIESGO

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-052-19



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

LIC. GERMÁN MARTÍNEZ CÁZARES

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JUAN MANUEL LIRA ROMERO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. EFRAÍN ARIZMENDI URIBE

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

DR. RAÚL PEÑA VIVEROS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

LIC. JUAN PABLO VILLA BARRAGÁN

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

DRA. DULCE ALEJANDRA BALANDRÁN DUARTE

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DRA. ANA CAROLINA SEPULVEDA VILDOSOLA

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

ENC. DRA. CAROLINA DEL CARMEN ORTEGA FRANCO

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ENC. DR. CARLOS ALBERTO DURÁN MUÑOZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

DR. JUAN LUIS GERARDO DURÁN ARENAS

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DR. ROMEO SERGIO RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

ENC. DR. EDUARDO ROBLES PÉREZ

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DRA. CONCEPCIÓN GRAJALES MUÑIZ

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

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

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

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

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

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

Debe ser citado como: **Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; **2019** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Actualización: **total**.

ISBN en trámite

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2019

COORDINACIÓN

Dr. Armando Alberto Moreno Santillán	Ginecología y obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico adscrito al servicio de obstetricia de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4. "Luis Castelazo Ayala".	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.
Dr. Antonio Barrera Cruz	Medicina Interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.	

AUTORÍA

Dr. Guillermo Jaime Barrera	Ginecología y obstetricia. Medicina Materno Fetal.	Centro Médico Naval	Médico adscrito al servicio de perinatología del Centro Médico Naval.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.
Dra. Leidy Marcela Martínez Adame	Ginecología y obstetricia	Hospital Ángeles Metropolitano	Médico adscrito al servicio de obstetricia del Hospital Ángeles Metropolitano.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.
Dra. Ivonne Ortiz García	Ginecología y obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médico adscrito al servicio de obstetricia del Hospital General de Zona No. 47.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.
Dra. Adriana Patricia Moncada Sánchez	Anestesiología. Medicina del dolor y cuidados paliativos.	Secretaría de Salud	Médico adscrito al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".	
Dra. María Inés Yt Castorena	Ginecología y obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	División de Apoyo a la Gestión, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

VALIDACIÓN

Protocolo de Búsqueda

Dr. Antonio Barrera Cruz	Medicina Interna	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	
--------------------------	------------------	--------------------------------------	--	--

Guía de Práctica Clínica

Dr. Jesús Carlos Briones Garduño	Ginecología y obstetricia. Medicina crítica en obstetricia.	Secretaría de Salud	Director del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	Academia Mexicana de Cirugía. Academia Nacional de Medicina.
Dr. Claudio Quinzaños Fresnedo	Ginecología y obstetricia	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefe de Área Médica en la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad.	Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

ÍNDICE

1.	Aspectos Generales	6
1.1.	Metodología.....	6
1.1.1.	<i>Clasificación</i>	6
1.2.	Actualización del año 2014 al 2019	7
1.3.	Introducción.....	8
1.4.	Justificación	9
1.5.	Objetivos	10
1.6.	Preguntas clínicas	11
2.	Evidencias y Recomendaciones	12
3.	Anexos	35
3.1.	Diagramas de flujo.....	35
3.1.1.	<i>Algoritmos</i>	35
3.2.	Cuadros o figuras.....	40
3.3.	Listado de Recursos	42
3.3.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	42
3.4.	Protocolo de Búsqueda.....	44
3.4.1.	<i>Búsqueda de Guías de Práctica Clínica</i>	44
3.4.2.	<i>Búsqueda de Revisiones Sistemáticas</i>	45
3.4.3.	<i>Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales***</i>	45
3.5.	Escalas de Gradación	47
3.6.	Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave.....	49
4.	Glosario	50
5.	Bibliografía	53
6.	Agradecimientos	58
7.	Comité Académico	59

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. Clasificación

CATÁLOGO MAESTRO: GPC-IMSS-052-19

Profesionales de la salud	Ginecología y Obstetricia. Medicina Interna, Anestesiología, Medicina Materno Fetal.
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: 0 80 Parto único espontáneo. 8 09 Parto único espontáneo sin otra especificación.
Categoría de GPC	Primer, Segundo y Tercer nivel de atención.
Usuarios potenciales	Médicos gineco-obstétricos, familiares, generales, urgenciólogos. Enfermeras, parteras y personal de salud en formación (pregrado, servicio social y residentes).
Tipo de organización desarrolladora	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco	Mujeres con embarazo no complicado a término en trabajo de parto.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4. "Luis Castelazo Ayala; Servicio de Perinatología del Centro Médico Naval, Servicio de obstetricia del Hospital Ángeles Metropolitano; Servicio de obstetricia del Hospital General de Zona No. 47; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" .
Intervenciones y actividades consideradas	Historia Clínica y manejo de riesgo, Acompañamiento continuo durante el proceso de trabajo de parto, Vigilancia de Trabajo de Parto, Conducción del trabajo de parto, Hidratación, Monitorización Fetal, Atención del parto, Amniotomía, Episiotomía, Maniobras manuales para dilatación del cérvix, empleo de compresas húmedas calientes, masaje perineal, estrategias de manejo del dolor durante el parto. Apego inmediato y lactancia materna, Manejo activo del Tercer periodo de Parto (uterotónicos, tracción sostenida de cordón, pinzamiento de cordón, masaje uterino), Revisión del canal del parto, Revisión manual de la cavidad uterina, Atención del puerperio, inmediato, No incluye: embarazo múltiple, ni técnicas de episiorrafia.
Impacto esperado en salud	Disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante la mejora en la calidad y calidez de la atención del trabajo de parto, parto, puerperio y lactancia materna.
Metodología¹	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación, verificación y revisión Publicación en el Catálogo Maestro
Búsqueda sistemática de la información	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: feb/2019 Número de fuentes documentales utilizadas: 64 fuentes del periodo al periodo: 01/01/2014 al 01/02/2019, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía. Guías seleccionadas: 8. Revisiones sistemáticas: 43. Ensayos clínicos: 2. Estudios observacionales: Cohorte: 5. Otras fuentes seleccionadas: 6.
Método de validación	Validación del protocolo de búsqueda. Instituto Mexicano del Seguro Social Validación de la GPC por pares clínicos.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Año de publicación de la actualización: 2019. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1A, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

1.2. Actualización del año 2014 al 2019

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

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

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:

- Título desactualizado: Vigilancia y atención del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.
- Título actualizado: Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo no complicado.

2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:

- **Vigilancia**
- **Atención**

1.3. Introducción

En México, los antecedentes referentes a los cuidados del embarazo y la atención del parto datan de la época prehispánica, en la que se consideraba al embarazo como un proceso divino. (Rojas GA, 2014). Entre otros sucesos históricos relevantes, cabe señalar que en el periodo novohispano, el ejercicio de la obstetricia estuvo principalmente en manos de las parteras; mientras que en el periodo virreinal, el hombre fue excluido de la labor de parto y la mujer adoptaba la posición de sentada en el momento de parir y es hasta el siglo XIX, que se puso en práctica la posición de litotomía. En 1772, Don Antonio María de Bucareli y Ursúa, expidió una circular donde se apoyaba la práctica de la cesárea con tal de salvaguardar la vida del feto y en 1774 se creó el Departamento de Partos Reservados en el Hospital de los Pobres de la Ciudad de México, que estuvo a cargo del clero y que tenía por objetivo mantener en secreto la identidad de la parturienta y evitar el infanticidio en caso de que el embarazo fuera por causa del adulterio. (Rodríguez ME, 2000).

En la segunda mitad del siglo XIX la emperatriz Carlota fundó la “Casa de Maternidad” y los médicos cirujanos comenzaron a intervenir en la atención del parto, destacando dos cirujanos hábiles de la época, Francisco Montes de Oca y José Miguel Muñoz. Posteriormente, el Dr. Isidro Espinoza de los Reyes publicó su libro “Apuntes sobre puericultura intrauterina”, en el cual se estableció una relación entre las medidas higiénicas y la sanidad con el recién nacido. En 1905, se fundó el Hospital General, así como otros hospitales y maternidades, lo que dio lugar a que en 1925 se comenzaron a atender más partos en los hospitales que en las casas, incorporando recomendaciones de los reportes científicos de la literatura médica norteamericana y francesa, lo que sentó las bases para la obstetricia moderna en México, en donde el médico vuelve a tomar un papel fundamental en los cuidados del trabajo de parto, aplicando técnicas y procedimientos basados en la ciencia, bajo el ambiente controlado de un hospital, siempre con la intención de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. (Alfaro AN, 2006).

El nacimiento, es un proceso natural con un profundo significado cultural y social, por lo que es fundamental que el personal de salud encargado de su cuidado otorgue atención médica integral con calidad, calidez y seguridad, que coadyuve a reducir la morbimortalidad materna con la aplicación de un nuevo modelo de atención que limite el uso de prácticas clínicas innecesarias y permita que la madre pueda reincorporarse a su vida familiar, social y laboral, así como también que el recién nacido pueda continuar con normalidad su crecimiento, desarrollo e integración en el entorno familiar y social.

1.4. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la creciente medicalización y deshumanización durante la atención del parto, ha postulado el concepto de cuidados durante el parto para una experiencia positiva durante nacimiento, donde incluye recomendaciones basadas en evidencia para la atención obstétrica amigable como una estrategia fundamental para disminuir la mortalidad materna, lo que coadyuva en la creación de un modelo de atención con trato respetuoso e igualitario, con bases científicas, que permite mejorar la calidad de la atención, la comunicación y la confianza entre el personal de salud y la mujer gestante. (WHO, 2018)

En el mundo cada año ocurren aproximadamente 140 millones de nacimientos, entre los cuales la mayoría son en mujeres sin factores de riesgo, que inician el trabajo de parto de modo espontáneo entre la semana 37 y 42 de gestación y que posterior a una evolución fisiológica terminan con el nacimiento por vía vaginal de un recién nacido sano que deberá adaptarse de forma adecuada a la vida extrauterina. Es durante la atención del parto no complicado que el profesional de la salud debe otorgar una atención integral, con énfasis en la vigilancia en el proceso del trabajo de parto, realizando el menor número posible de procedimientos activos, sin perder de vista el profundo significado emocional y cultural con respecto al nacimiento de un nuevo ser vivo. (WHO, 2018)

Durante 2016, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, se registró una población de 61.5 millones de mujeres, de las cuales el 53.3% se encuentran en edad reproductiva (15-49 años). El 67.4% de las mujeres mayores de 12 años ha tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 32.8 millones de mujeres han necesitado asistencia durante el nacimiento y puerperio. (INEGI, 2016). Esta asistencia ha sido otorgada, según información de la Secretaría de Salud, por personal capacitado en el 98.2% de los casos, lo que ha permitido reducir la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de recién nacidos. Sin embargo, en los últimos años ha surgido una creciente preocupación no solo por abatir las cifras de muerte materna y perinatal, sino por el de atender la creciente demanda de instituciones, pacientes y organismos internacionales respecto a la calidad de los servicios de salud, dentro de los que destaca el tema del maltrato durante la atención obstétrica. (DGPLADES, 2015)

En la actualidad, la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio requiere de un enfoque humanizado, intercultural y seguro, libre de violencia y sin medicalización innecesaria, que reconozca y valore la autonomía de las mujeres, su protagonismo durante el parto, garantice sus derechos y respete los aspectos socioculturales de las mujeres y su familia. (ACOG 2014/Bowser D, 2010)

1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo no complicado** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

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

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

- **Identificar las acciones más efectivas para mejorar la calidad de la atención médica durante el trabajo de parto, parto y puerperio en mujeres con embarazo no complicado.**
- **Conocer las intervenciones más efectivas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.**
- **Identificar las acciones más efectivas para mejorar y fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva**

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

1.6. Preguntas clínicas

1. En mujeres con embarazo no complicado, ¿cuáles son las acciones más efectivas para mejorar la calidad de la atención médica durante el trabajo de parto, parto y puerperio?
2. En mujeres con embarazo no complicado, ¿cuáles son las intervenciones más efectivas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto?
3. En madres durante el puerperio, ¿cuáles son las acciones más efectivas para mejorar y fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva?

2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, GRADE, CTFPHC, USPSTF**.

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

Evidencia





Recomendación



Punto de buena práctica





En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>En un estudio de serie de casos realizado por Delahaye en 2003, se evaluó la utilidad del ultrasonido prenatal para el diagnóstico temprano de craneosinostosis en fetos con factores de riesgo, determinado por la disminución del espacio de las suturas craneales; se documentó una sensibilidad de 100% y especificidad de 97% para el ultrasonido.</p>	<p>MUY BAJA  GRADE <i>Delahaye S, 2003</i></p>



En mujeres con embarazo no complicado, ¿cuáles son las acciones más efectivas para mejorar la calidad de la atención médica durante el trabajo de parto, parto y puerperio?

Fase latente del primer periodo del trabajo de parto






EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Las principales intervenciones que han probado mejorar la experiencia del nacimiento son: apoyo a la madre durante el nacimiento, empleo de técnicas de relajación y de alivio del dolor, mínima intervención durante la vigilancia del trabajo de parto y estar preparados para el manejo de complicaciones.	1++ NICE <i>Taheri M, 2018</i>
	Se recomienda que en la atención a todas las mujeres en trabajo de parto se procure mantener su dignidad, privacidad y confidencialidad, así como el asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitiendo la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento.	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	La duración del primer periodo del trabajo de parto aumenta con la edad materna y el índice de masa corporal.	II-2 CTFPHC <i>Lee L, 2016</i>
	Se recomienda considerar a la fase latente del trabajo de parto como el periodo caracterizado por contracciones uterinas dolorosas que causan modificaciones cervicales y que incluyen dilatación cervical menor a 5 centímetros.	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	A las mujeres con embarazos no complicados se les debe dar la oportunidad de que inicien trabajo de parto espontáneo. Así mismo, se les debe ofrecer la inducción de trabajo de parto entre las semanas 41 y 42, para evitar los riesgos inherentes al embarazo prolongado.	Punto de buena práctica
	En un estudio de correlación que incluyó a 1,446 mujeres embarazadas con bajo riesgo, se evaluaron las intervenciones obstétricas con relación a su ingreso a sala de labor (fase activa versus fase latente). Se observó que las mujeres ingresadas durante la fase latente del trabajo de parto tuvieron mayor probabilidad en el uso de oxitocina (OR = 3.67; IC95%: 2.43 a 5.54; p < 0.0001), a tener una cesárea o un parto instrumentado (OR = 2.65; CI	2+ NICE <i>Rota A, 2018</i>

	95%:1.68 a 4.19; p < 0.0001) y requerir de analgesia epidural (OR = 3.42; CI 95%: 2.41 a 4.84; p < 0.0001).	
	El personal médico no deberá indicar el ingreso de la mujer a sala de labor de la mujer durante la fase latente del trabajo de parto (igual o menor de 4 centímetros de dilatación). (ver algoritmo 1)	A CTFPHC <i>Lee L, 2016</i>
	En caso de indicar el egreso a domicilio, se le debe de informar a la mujer embarazada acerca de los signos de alarma obstétrica y las diferencias entre las contracciones de Braxton Hicks y las contracciones efectivas del trabajo de parto, así como entre las pérdidas transvaginales normales y las sugestivas de ruptura del amnios.	Punto de buena práctica

Ingreso a sala de labor

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En un estudio controlado aleatorizado (COSMOS trial), en donde se evaluó la relación del momento de la admisión a sala de labor con el riesgo de cesárea en un total de 2,314 mujeres, se observó que el ingreso de las pacientes a sala de labor antes de los 5 centímetros de dilatación aumentó el riesgo de cesárea (OR 2.4 IC95% 1.4 a 4.0; p = 0.001)	1+ NICE <i>Davey MA, 2013</i>
	En un estudio observacional, se investigó la asociación entre el diagnóstico de ingreso hospitalario (fase latente [n=684] versus fase activa [n=762]) y la vía de nacimiento. El estudio incluyó 1,446 mujeres italianas con embarazo no complicado, las cuales si dividieron en dos grupos según el momento de su ingreso a labor (fase activa o fase latente del trabajo de parto). Entre los principales hallazgos, se observó que las mujeres que ingresaron a sala de labor durante la fase latente tuvieron mayor probabilidad de tener una cesárea (OR = 2.65; IC95% 1.68,4.19; p < 0.0001), parto instrumentado, ruptura artificial de membranas, conducción con oxitocina (OR = 3.67; IC95% 2.43, 5.54; p < 0.0001) y analgesia epidural (OR = 3.42; 95% IC95% 2.41, 4.84; p < 0.0001).	2+ NICE <i>Rota A, 2018</i>
	La fase activa del trabajo de parto es un periodo de tiempo que se caracteriza por actividad uterina regular y dolorosa, asociado a modificaciones cervicales. Inicia a los 5 centímetros de dilatación y	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience,</i>

	culmina con la dilatación cervical completa.	2018
	El ingreso a sala de labor de mujeres con embarazo normoevolutivo deberá considerarse a partir de la fase activa del trabajo de parto. (ver algoritmo 2)	Punto de buena práctica
	En una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron cuatro ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) con bajo riesgo de sesgo y que incluían una población de 13,000 mujeres en trabajo de parto, en la que se comparó los efectos de la cardiotocografía versus la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal, para evaluar el pronóstico materno y fetal en mujeres embarazadas sin factores de riesgo en el momento de su ingreso a sala de labor, concluyó que las mujeres evaluadas con cardiotocografía a su ingreso tuvieron mayor riesgo de interrupción del embarazo vía cesárea (RR 1.20, IC95%: 1.00 a 1.44, I ² = 0%, evidencia de moderada calidad).	2+ NICE <i>Devane D, 2017</i>
	No se recomienda la cardiotocografía rutinaria para establecer el bienestar fetal en mujeres sanas con embarazo normoevolutivo que hayan desencadenado trabajo de parto espontáneo.	No Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	Se recomienda auscultar la frecuencia cardíaca fetal, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, para establecer el bienestar fetal en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	Una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron cinco ensayos clínicos controlados con alto riesgo de sesgo con una población total de 1,159 mujeres gestantes con embarazo de término) evaluó los efectos de la pelvimetría por rayos X (realizada antes o después del parto) versus no pelvimetría, sobre la vía de nacimiento, la mortalidad y morbilidad perinatal, así como la morbilidad materna, en embarazos con presentación cefálica, concluyó que las mujeres a las que se les realizó pelvimetría por rayos X fueron más propensas a ser sometidas a una operación cesárea (RR 1.34 IC95% 1.19 a 1.52, evidencia de baja calidad). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a los desenlaces perinatales: mortalidad perinatal (RR: 0,53; IC95%: 0,19 a 1,45; 1159 neonatos; 5 estudios; estudios de muy baja calidad); asfixia	2+ NICE <i>Pattinson RC, 2017</i>

	perinatal (RR 0,66; IC95%: 0,39 a 1,10); 305 neonatos; 1 estudio) e ingreso a la unidad de cuidados especiales (RR 0,20; IC 95%: 0,01 a 4,13; 288 neonatos; 1 estudio; evidencia de muy baja calidad).	
	No se recomienda realizar pelvimetría de rutina en mujeres sanas en el momento de su ingreso a sala de labor.	No Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane, en la que se incluyeron tres ensayos clínicos aleatorizados y cuasiexperimentales, en una muestra de 1,039 mujeres, para evaluar el efecto del afeitado perineal de rutina en comparación al no afeitar dicha zona previo al nacimiento, mostró que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos con relación a la presencia de fiebre materna (RR 1,14, IC 95%: 0,73 a 1,76), infección de la episiotomía (RR 1,47; IC95%: 0,80 a 2,70) o dehiscencia de la episiotomía (RR 0,33; IC95%: 0,01 a 8,00).	2+ NICE <i>Basevi V, 2014</i>
	No se recomienda el rasurado rutinario del vello púbico.	No Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	Una revisión sistemática Cochrane, que incluyó cuatro ensayos clínicos controlados (ECA) que incluyeron una población total de 1,917 mujeres, evaluó los efectos del enema evacuante durante la primera etapa del parto durante el trabajo de parto sobre la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, concluyó que no se observaron diferencias significativas respecto a las tasas de infección puerperal (RR 0.66 IC95% 0.42 a 1.04), así como no se encontraron diferencias significativas en las tasas de infección neonatal umbilical (dos ECA; 592 mujeres; RR 3,16; IC95%: 0,50 a 19,82; I ² 0%).	1+ NICE <i>Revez L, 2013</i>
	No se recomienda realizar enemas evacuantes en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.	No Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>











Se deberá favorecer la micción espontánea al momento del ingreso a sala de labor.



Punto de buena práctica


Fase activa del primer periodo del trabajo de parto

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 31 estudios cualitativos de moderada y alta calidad, señalan que la comunicación, la confianza y la colaboración entre los proveedores del cuidado del parto (parteras calificadas, médicos y enfermeras) y las mujeres, son factores que influyen de forma positiva en la calidad de la atención.</p>	<p>2+ NICE <i>Munabi-Babigumira S, 2017</i></p>
	<p>Se requiere comunicación efectiva entre los proveedores del cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables.</p>	<p>Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>
	<p>Una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 27 ECA de distintos países de altos y medianos ingresos (n= 15,858 mujeres en trabajo de parto), comparó el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto versus el manejo convencional, para observar su efecto en los desenlaces materno y perinatal, concluyó que el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto (definido como el acompañamiento que brinda apoyo emocional, brinda medidas de comfort e información) aumenta la posibilidad de un parto vaginal (RR 1.08, IC95% 1.04 a 1.12, evidencia de baja calidad), disminuye la posibilidad de tener una experiencia negativa durante el parto (RR 0.69 IC95% 0.59 a 0.79, evidencia de baja calidad) y la posibilidad de uso de analgesia epidural (RR 0.90 IC95% 0.84 a 0.96). Además se asoció a menor duración del trabajo de parto (MD -0.69 horas, IC95% -1.04 a -0.34), menor riesgo de cesárea (RR 0.75 IC95% 0.64 a 0.88) y de parto instrumentado (RR 0.90 IC95% 0.85 a 0.96).</p>	<p>1+ NICE <i>Bohren MA, 2017</i></p>
	<p>Durante la fase activa del trabajo de parto, se recomienda el acompañamiento continuo (por familiar o personal de salud) en mujeres con embarazo no complicado.</p>	<p>A CTFPHC <i>Lee L, 2016</i></p>



	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron tres ECA (6,241 mujeres y 6,241 recién nacidos), pero en el que solamente dos estudios se incluyeron en el meta análisis (3,242 mujeres y 3,242 recién nacidos), concluyó que la auscultación fetal intermitente con monitor fetal electrónico versus Pinard, no mostró diferencias significativas entre los grupos referentes a la calificación de Apgar a los 5 minutos en los recién nacidos (RR 0.66, IC95% 0.24 a 1.83, 633 recién nacidos, evidencia de muy baja calidad), así como tampoco sobre la mortalidad perinatal (RR 0.88, IC95% 0.34 a 2.25; 633 recién nacidos, evidencia de muy baja calidad). Con relación a los desenlaces maternos, no hubo diferencias significativa entre los grupos para la cesárea o el parto instrumental (RR 0,70, IC95%: 0,35 a 1,38 y RR 1,21; IC95%: 0,69 a 2,11, respectivamente, evidencia de baja calidad).</p>	<p style="text-align: center;">2+ NICE</p> <p><i>Martis R, 2017</i></p>
	<p>Se recomienda auscultar intermitentemente la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto de mujeres sanas (cada 15 a 30 minutos), ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, durante un minuto inmediatamente después de la contracción.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p><i>National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Intrapartum Care, 2014</i></p>
	<p>No se recomienda realizar cardiotocografía continua en mujeres sanas que iniciaron espontáneamente el trabajo de parto.</p>	<p style="text-align: center;">No Recomendado GRADE</p> <p><i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>
	<p>En una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 5 ECA con un total de 3,130 mujeres, para determinar los beneficios y los daños entra la ingesta versus la restricción de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, sobre los desenlaces materno y fetal, mostró que no se observaron diferencias estadísticamente significativas con relación a la tasa de cesáreas (RR 0.89 IC95% 0.63 a 1.25), parto instrumentado (RR 0.98 IC95% 0.88 a 1.1) y calificación de Apgar (RR 1.43 IC95% 0.77 a 2.68).</p>	<p style="text-align: center;">1+ NICE</p> <p><i>Singata M, 2013</i></p>
	<p>En mujeres con trabajo de parto no complicado, se recomienda la ingesta de líquidos claros.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p><i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p> <p style="text-align: center;">A CTFPHC</p>




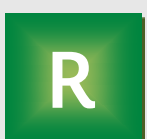
		Lee L, 2016
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron de 25 ECCA en una población de 5,281 mujeres, en la que se evaluaron los efectos de alentar a las mujeres a asumir diferentes posiciones verticales (como caminar, sentarse, pararse y arrodillarse) versus posiciones reclinadas (en posición supina, semi-recostada y lateral) durante la primera etapa del trabajo de parto, para observar el desenlace sobre la duración del parto y tipo de parto, mostró que en el grupo de pacientes con posición vertical, la duración del trabajo de parto fue 1 hora y 22 minutos menor ($p < 0.000001$). Además, las mujeres que adoptaron la posición vertical tuvieron menor riesgo de nacimiento por cesárea (RR 0.71, IC95% 0.54 a 0.94). Cabe destacar, que hubo una gran heterogeneidad entre los estudios incluidos en el estudio y alto riesgo de sesgo.</p>	<p style="text-align: center;">1+ NICE</p> <p>Lawrence A, 2013</p>
	<p>Se recomienda la libre movilidad y adopción de la postura vertical durante el trabajo de parto de mujeres sanas.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p>WHO: <i>intrapartum care for a positive childbirth experience</i>, 2018</p>
	<p>En una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron dos ECA para comparar la efectividad, la aceptabilidad y las consecuencias de la exploración vaginal en comparación con otras estrategias para evaluar la progresión del trabajo de parto, mostró que no existieron diferencias entre los grupos al comparar exploración vaginal versus exploración rectal para evaluar el progreso del trabajo de parto con relación a las infecciones neonatales que requieren antibióticos (RR 0,33, IC95%: 0,01 a 8,07, un estudio, 307 bebés). Por otra parte, al comparar la evaluación vaginal de dos y cuatro horas, no se encontraron diferencias significativas respecto a la duración del trabajo de parto (diferencia media (DM) -6,00; IC95%: -88,70 a 76,70; un estudio, 109 mujeres), así como tampoco con relación a infecciones maternas o neonatales que requieran antibióticos, ni respecto a la realización de cesárea, el parto instrumentado o la necesidad de indicar conducción de trabajo de parto. Cabe destacar entre las limitaciones metodológicas del estudio el pobre tamaño de muestra y su validez externa.</p>	<p style="text-align: center;">1+ NICE</p> <p>Downe S, 2013</p>

	<p>Dado que no se encuentra evidencia que apoye o rechace el uso de la exploración vaginal de rutina durante el trabajo de parto, se puede considerar la realización de tacto vaginal cada cuatro horas, durante la fase activa del primer periodo del trabajo de parto.</p>	<p>Fuerte GRADE <i>WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections, 2015</i></p>
	<p>En una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 15 ECA, con una población de 5,583 mujeres con trabajo de parto espontáneo, en las cuales se evaluó la realización de amniotomía vs no realización de amniotomía, no se observó diferencia significativa en la duración del primer periodo del trabajo de parto (Diferencias de medias -20.43 minutos, IC95% -95.93 a 55.06), realización de cesáreas (RR 1.27, IC95% 0.99 a 1.62), satisfacción materna (diferencia de media estandarizada 0.27, IC95% -0.49 a 1.04) y calificación Apgar menor de 7 a los 5 minutos (RR 0.57, IC95% 0.31 a 1.06).</p>	<p>1+ NICE <i>Smyth RM, 2013</i></p>
	<p>No se recomienda realizar amniotomía rutinaria para abreviar el trabajo de parto.</p>	<p>No recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>
	<p>Los hallazgos de un ensayo clínico controlado aleatorizado (n=375 pacientes), en el que se comparó el uso rutinario de oxitocina versus la evolución espontánea durante el trabajo de parto, para evaluar el incremento en el riesgo de sangrado posparto, mostró que en el grupo de pacientes que emplearon oxitocina rutinaria durante el trabajo de parto presentaron significativamente mayor sangrado posparto en comparación con el grupo de pacientes con evolución espontánea (230.0 ± 99.3 vs 181 ± 81 ml, respectivamente; p = 0.001)</p>	<p>2+ NICE <i>Mansy A, 2017</i></p>
	<p>No se recomienda el uso rutinario de oxitocina para abreviar el trabajo de parto.</p>	<p>No recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>
	<p>Una revisión sistemática Cochrane, en la que se incluyeron 21 ECA de baja calidad, con un total de 3,286 pacientes, evaluó el efecto de los antiespasmódicos versus placebo en el trabajo de parto en embarazos de término. Se observó que el uso de antiespasmódicos durante el primer periodo del trabajo de parto aumentó significativamente la</p>	<p>2+ NICE <i>Rohwer AC, 2013</i></p>





	tasa de dilatación cervical en un promedio de 0,61 cm/hora (diferencia de media 0,61 cm/hora; IC95% 0,34 a 0,88). No se observaron diferencias significativas en la duración del segundo y tercer periodo de trabajo de parto. En conclusión, existe evidencia de baja calidad de que los antiespasmódicos reducen la duración de la primera etapa del parto y aumentan la tasa de dilatación cervical.	
	No se recomienda el uso rutinario de antiespasmódicos para abreviar el trabajo de parto.	No recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>





Evaluación de la duración del trabajo de parto





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Un estudio de cohorte prospectiva histórica (n=63,829 mujeres) en el que se evaluó si la duración de la fase activa del parto se asocia con el índice de masa corporal materna (IMC), en mujeres nulíparas con trabajo de parto espontáneo, mostró que la duración de la fase activa del trabajo de parto era significativamente mayor en mujeres obesas (p < 0.001). El riesgo de parto que dura más de 12 horas es mayor conforme incrementa el IMC (OR 1.04 (1.01-1.06).	2+ NICE <i>Carlhäll S, 2013</i>
	En una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 11 estudios con 9,475 mujeres, para determinar la efectividad y la seguridad del uso de partogramas sobre la morbilidad y mortalidad perinatal y materna, mostró que al analizar tres estudios (n=1,813 mujeres) en el que se evaluó el uso de partogramas versus el no uso del partograma, no se mostraron diferencias significativas respecto al uso de partograma sobre las tasas de cesárea (RR 0,77, IC95%: 0,40 a 1,46; n = 1813; 3 ensayos; I ² = 87%; evidencia de muy baja calidad); uso de oxitocina (RR 1,02; IC95%: 0,95 a 1,10; n = 1156; 1 ensayo; evidencia de calidad moderada); duración de la primera etapa del parto (diferencia de medias (DM) 0,80 horas, IC95%: -0,06 a 1,66; n = 1156; 1 ensayo; evidencia de baja calidad); o Puntuación de Apgar menor a 7 a los cinco minutos (RR 0,76; IC95%: 0,29 a 2,03; n = 1596; 2 ensayos; I ² = 87%; evidencia de muy baja calidad).	2+ NICE <i>Lavender T, 2018</i>




	<p>Una revisión sistemática no Cochrane, que incluyó a treinta y siete estudios observacionales, con un total de 208,000 mujeres en trabajo de parto evaluó la duración de la fase activa y fase latente del trabajo de parto, así como el segundo periodo del mismo en mujeres con embarazo no complicado y evolución perinatal normal. Entre los principales hallazgos, se observó que en mujeres nulíparas, la duración media de la fase latente del trabajo de parto (antes de los 5 cm de dilatación) fue de 3.7-5.9 horas, la duración media de la fase activa del trabajo de parto (a partir de los 5 cm de dilatación) fue de 3.8-4.3 horas, mientras que la duración media del segundo periodo del trabajo de parto fue de 14 a 66 minutos.</p>	<p>2++ NICE <i>Abalos E, 2018</i></p>
	<p>Evidencia procedente de una revisión sistemática no Cochrane, en la que se incluyeron 17 estudios observacionales, con más de 99,971 mujeres con trabajo de parto espontáneo de bajo riesgo, para evaluar el patrón de dilatación cervical, mostró que el tiempo promedio para avanzar 1 cm en las mujeres nulíparas fue superior a 1 hora hasta que se alcanzó una dilatación de 5 cm, con un progreso marcadamente rápido después de los 6 cm. Cabe destacar que una expectativa de un umbral mínimo de dilatación cervical de 1 cm / hora durante la primera etapa del parto no es realista para la mayoría de las mujeres nulíparas.</p>	<p>2+ NICE <i>Oladapo OT, 2018</i></p>
	<p>Los hallazgos de un estudio mexicano observacional en el que se incluyeron 370 mujeres sanas, primigestas y con embarazo de término, mostró que la duración total del trabajo de parto fue de 862 minutos (14 horas y 12 minutos), a partir de los 4 centímetros de dilatación la duración promedio fue de 234 minutos (3 horas y 54 minutos).</p>	<p>2+ NICE <i>Moreno-Santillán A, 2018</i></p>
	<p>Dada la gran variabilidad reportada en la tasa de dilatación durante el primer periodo de trabajo de parto, no se recomienda emplear el criterio de dilatación de 1cm/h como referencia para diagnosticar la de falta de progresión de trabajo de parto.</p>	<p>No recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>
	<p>La duración del trabajo de parto es un evento extremadamente variable, por lo que no se sugiere realizar el diagnóstico de detención del trabajo de parto con base a la evaluación estricta del patrón de dilatación/tiempo. (ver cuadro 1)</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

Segundo periodo del trabajo de parto


	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Evidencia procedente de una revisión sistemática Cochrane, en la que se incluyeron en total 21 ECA y estudios cuasiexperimentales, para evaluar los beneficios y desventajas de diferentes tipos de técnicas relacionadas con el pujo y la respiración materna durante el segundo periodo del trabajo sobre los resultados maternos y fetales, mostró que al considerar ocho estudios (n= 884 mujeres) en el que se comparó el pujo espontáneo versus el pujo dirigido con o sin analgesia epidural, no hubo diferencia en la duración del segundo periodo del trabajo de parto (diferencia de medias (DM) 10,26 minutos; IC95% -1.12 a 21.64 minutos, seis estudios 667 mujeres, efectos aleatorios, I² = 81% (evidencia de muy baja calidad). Por otra parte, no hubo diferencia clara en desgarros perineales de tercer y cuarto grado (RR 0,87; IC95%: 0,45 a 1,66; un estudio, 320 mujeres, evidencia de baja calidad), episiotomía (RR 1,05; IC95%: 0,60 a 1,85, dos estudios, 420 mujeres, efectos aleatorios, I² = 81%), o tasa de parto vaginal espontáneo (RR 1,01; IC 95%: 0,97 a 1,05; cinco estudios; 688 mujeres; I² = 2%) (pruebas de calidad moderada). Cabe destacar, que en esta revisión se encontraron importantes limitaciones en el diseño de los estudios e imprecisión en la estimación de los efectos.</p>	<p style="text-align: center;">2+ NICE</p> <p>Lemos A, 2017</p>
	<p>No se recomienda dirigir el pujo materno durante el segundo periodo del trabajo de parto.</p>	<p style="text-align: center;">No recomendado GRADE</p> <p>WHO: <i>intrapartum care for a positive childbirth experience</i>, 2018</p>
	<p>Se recomienda retrasar, en una o dos horas, el momento de inicio del pujo materno durante el segundo periodo del trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p>WHO: <i>intrapartum care for a positive childbirth experience</i>, 2018</p>
	<p>Se recomienda escuchar intermitentemente la frecuencia cardíaca fetal al término de una contracción, cada 5 minutos.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p>National Institute for Health and Care Excellence: <i>Clinical Guidelines. Intrapartum Care</i>, 2014</p>




	<p>La paciente deberá ingresar a sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto (dilatación completa) y una vez que se haya evaluado el descenso adecuado de la presentación. (ver algoritmo 3)</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 32 ECA y estudios cuasiexperimentales con una población total de 9,015 mujeres, para determinar los posibles beneficios y riesgos del uso de diferentes posiciones de nacimiento (vertical versus de litotomía) durante la segunda etapa del parto sin anestesia epidural, respecto los resultados maternos, fetales, neonatales y de cuidadores, mostró que la posición vertical se asoció con una reducción en la duración del segundo período del trabajo de parto (DM -6.16 minutos; IC95%: 9.74 a -2.59 minutos; 19 ensayos; 5,811 mujeres; P = 0.0007; efectos aleatorios; I² = 91 %; evidencia de muy baja calidad), así como una reducción en las episiotomías (RR 0,75; IC95%: 0,61 a 0,92; 17 ensayos; 6,148 mujeres; efectos aleatorios; I² = 88%) y un posible aumento de desgarros perineales de segundo grado (RR 1,20; IC95%: 1,00 a 1,44; 18 ensayos; 6,715 mujeres; I² = 43%; evidencia de baja calidad).</p>	<p>2+ NICE Gupta JK, 2017</p>
	<p>Una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron ocho ECA y estudios cuasiexperimentales con un total de 4,464 mujeres, comparó los efectos del nacimiento en posición vertical versus decúbito dorsal durante el segundo periodo del trabajo de parto, sobre los desenlaces maternos y fetales en mujeres con analgesia epidural, concluyendo que es incierto si la posición vertical tiene algún impacto en la cesárea (RR 0,94; IC95%: 0,61 a 1,46; 8 ensayos, 4,316 mujeres; I² = 47%; evidencia de muy baja calidad), parto vaginal instrumentado (RR 0,90, IC95 0,72 a 1,12; 8 ensayos, 4,316 mujeres; I² = 69%) y la duración de la segunda etapa del parto (diferencia de medias (DM) 6,00 minutos; IC95%: -37,46 a 49,46; 3 ensayos, 456 mujeres; I² = 96%). La posición materna en la segunda etapa del parto probablemente hace poca o ninguna diferencia con respecto a la hemorragia posparto (RR 1.20, IC95%: 0.83 a 1.72; 1 ensayo, 3,093 mujeres; evidencia de calidad moderada).</p>	<p>2+ NICE Walker KF, 2018</p>
	<p>Se recomienda permitir la libre adopción de postura durante el nacimiento (incluyendo la posición vertical) a mujeres con y sin analgesia epidural.</p>	<p>Recomendado GRADE WHO: <i>intrapartum care for a</i></p>

		<i>positive childbirth experience, 2018</i>
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane que incluyó 22 ECA y estudios cuasiexperimentales (20 estudios involucraban 15,181 mujeres), evaluó el efecto de las técnicas perineales durante el segundo periodo del trabajo de parto sobre la incidencia y la morbilidad asociadas con el trauma perineal. En general, los estudios presentaron un riesgo de sesgo de moderado a alto. Entre los resultados se observó que la incidencia de perineo intacto al comparar el masaje perineal versus grupo control (manos libres o atención de rutina), se incrementó en el primer grupo (RR 1,74; IC95%: 1,11 a 2,73; seis estudios, 2,618 mujeres; I² 83% evidencia de baja calidad), así como también se registraron menores desgarros de tercer o cuarto grado (RR 0,49; IC95%: 0,25 a 0,94; cinco estudios, 2,477 mujeres; evidencia de calidad moderada). Por otra parte, el uso de la maniobra de Ritgen se asoció a menor probabilidad de desgarros de primer grado (RR 0.32 IC95% 0.14 a 0.69, evidencia de muy baja calidad).</p>	<p style="text-align: center;">2+ NICE</p> <p><i>Aasheim V, 2017</i></p>
	<p>Se recomienda emplear técnicas para prevenir el trauma perineal durante el segundo periodo del trabajo de parto, como aplicación de compresas calientes y la protección manual del periné.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p><i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>
	<p>Evidencia procedente de una revisión sistemática Cochrane, que incluyó 12 ECA en una población de 6,177 mujeres, en la que se evaluó los efectos de la realización de episiotomía selectiva ("solo si es necesario") en comparación con episiotomía de rutina ("parte del control de rutina") en mujeres con parto vaginal, mostró que el uso de la episiotomía selectiva se asoció con experiencia 30% menor de trauma perineal y/o vaginal grave (RR 0.70 IC95% 0.52 a 0.94; 5,375 mujeres; ocho ECA; evidencia de baja calidad). No se observaron diferencias significativas entre los grupos con relación a la pérdida hemática, calificación de Apgar a los cinco minutos y en la infección perineal.</p>	<p style="text-align: center;">1+ NICE</p> <p><i>Jiang H, 2017</i></p>
	<p>No se recomienda realizar episiotomía rutinaria en mujeres sanas con trabajo de parto espontáneo.</p>	<p style="text-align: center;">No recomendado GRADE</p> <p><i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>

	<p>Puede valorarse la práctica de la episiotomía en casos de periné corto; presentación de cara, compuesta o de nalgas; así como ante la presencia de distocia de hombros o necesidad de parto instrumentado. Siempre deberá realizarse bajo analgesia adecuada, y la técnica recomendada es la mediolateral.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane que incluyó 9 ECA y estudios cuasiexperimentales, con 3,948 mujeres, en la que se evaluó si la acción de presionar el fondo uterino en mujeres embarazadas con bajo riesgo versus no ejercer presión en el fondo del útero, es efectiva para lograr un parto vaginal espontáneo y prevenir una segunda etapa prolongada o la necesidad de un parto quirúrgico, así como para explorar los efectos adversos maternos y neonatales relacionados con la presión del fondo, concluyó que se observó mayor número de desgarros cervicales en el grupo de pacientes a las que se les realizó presión fúndica (RR 4.90; IC 95% 1.09-21.98, n=295). No se observaron diferencias significativas en las variables relacionadas con: parto instrumentado, cesárea, Apgar a los 5 minutos, pH bajo en cordón umbilical, muertes maternas o neonatales. Cabe destacar que la revisión sistemática señala importantes limitaciones metodológicas entre ellos: pobre tamaño de muestra, gran heterogeneidad entre los estudios y pobre generalización de los resultados.</p>	<p>2+ NICE <i>Hofmeyr G, 2017</i></p>
	<p>Para facilitar el nacimiento, no se recomienda aplicar presión en el fondo del útero durante el periodo expulsivo (maniobra de Kristeller).</p>	<p>No recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>

Tercer periodo del trabajo de parto

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p> Una revisión sistemática Cochrane que incluyó 15 ECA con un total de 3,911 mujeres con embarazo de término, evaluó los efectos del pinzamiento temprano del cordón umbilical en comparación con el pinzamiento tardío después del nacimiento, sobre la morbilidad materna y perinatal. Entre los principales hallazgos, se concluyó que no hubo diferencias significativas entre los grupos respecto a la hemorragia postparto grave (RR 1,04, IC95% 0,65 a 1,65; cinco ensayos con datos de 2,066 mujeres, I²</p>	<p>1+ NICE <i>McDonald SJ, 2013</i></p>





	<p>0%), así como tampoco con relación a la mortalidad neonatal (RR 0.37, IC95% 0.04 a 3.41, dos ensayos, 381 recién nacidos). Por otra parte, la concentración de hemoglobina en lactantes de 24 a 48 horas fue significativamente menor en el grupo de pinzamiento temprano del cordón umbilical (DM -1.49 g / dL, IC95%: -1,78 a -1,21; 884 lactantes, I² 59%), sin embargo, la mejoría en las reservas de hierro pareció persistir, ya que los bebés con pinzamiento temprano del cordón umbilical tuvieron el doble de probabilidades de tener deficiencia de hierro entre los tres y los seis meses en comparación con el grupo de pinzamiento tardío (RR 2,65; IC95%: 1,04 a 6,73; cinco ensayos , 1,152 lactantes, I² 82%).</p>	
	<p>Una revisión sistemática con meta-análisis que incluyó 18 ECA con un total de 2,834 recién nacidos, comparó los efectos del pinzamiento temprano versus pinzamiento tardío (> 60 segundos después del nacimiento) del cordón umbilical y su relación con la morbilidad y mortalidad en recién nacidos pretérmino. Entre los principales hallazgos se mostró que el pinzamiento tardío de cordón umbilical se asoció a una disminución del riesgo de muerte intrahospitalaria (RR 0.68 IC 95% 0.52 a 0.90, diferencia de riesgo, -0,03; IC95%, -0,05 a -0,01; p = 0,005; número necesario para beneficiarse de 33; I² = 0). Por otra parte, el pinzamiento tardío se asoció a un aumento en el pico de hematocrito de 2.73 (p< 0.00001, IC 95% 1.94 a 3.52) y a una disminución del 10% de la proporción de recién nacidos que requerirán transfusión (p<0.00001, IC 95% 6 a 13%).</p>	<p style="text-align: center;">1++ NICE</p> <p style="text-align: center;"><i>Fogarty M, 2018</i></p>
	<p>Se recomienda realizar pinzamiento del cordón umbilical, por lo menos durante 60 segundos después del nacimiento en recién nacidos de término o pretérmino que no requieran ventilación con presión positiva.</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p style="text-align: center;"><i>WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes, 2014</i></p>
	<p>Se debe considerar el pinzamiento inmediato del cordón umbilical ante la presencia de desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura uterina, desgarro del cordón, paro cardíaco materno o asfixia neonatal.</p>	<p style="text-align: center;">Punto de buena práctica</p>




E	Evidencia de baja a moderada calidad sugiere que existen intervenciones efectivas en el tercer período del trabajo de parto para reducir la incidencia de hemorragia postparto grave y la necesidad de hemotransfusión, entre ellas el manejo activo en comparación con el manejo fisiológico y expectante.	1+/2+ NICE <i>Masuzawa Y, 2018</i> <i>Begley CM, 2015</i>
E	Evidencia de baja calidad sugiere que el uso de oxitocina en unidades rurales en comparación con grupo control (no intervención o atención habitual/estándar) para el manejo del tercer período del trabajo de parto disminuye la incidencia de hemorragia posparto (> 500 ml) (RR 0.49, IC 95% 0.27 a 0.90; 1174 mujeres).	2+ NICE <i>Pantoja T, 2016</i>
R	Se recomienda administrar uterotónicos durante el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, para reducir el riesgo de hemorragia posparto. (ver algoritmo 5)	A NICE <i>Mavrides E, 2016</i>
E	Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que incluyeron 20 ECA o estudios cuasiexperimentales, con un total de 10,806 mujeres, para determinar la efectividad del uso de oxitocina profiláctica en cualquier dosis en comparación a placebo para prevenir la hemorragia posparto y otros desenlaces maternos adversos durante el tercer período del trabajo de parto, mostró que la oxitocina profiláctica disminuyó el riesgo de hemorragia posparto superior a 500 ml. (RR 0,53; IC95%: 0,38 a 0,74; seis ensayos, 4,203 mujeres; T ² = 0,11, I ² =78%).	2+ NICE <i>Westhoff G, 2013</i>
R	Se recomienda administrar 10 UI de oxitocina (IV o IM), como uterotónico de elección para el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.	A NICE <i>Mavrides E, 2016</i>
E	En meta-análisis en red, en el que se incluyeron 140 ECA, con un total de 88,947 mujeres, para identificar los agentes uterotónicos más efectivos para prevenir la hemorragia posparto ≥ 500 ml, mostró que los tres medicamentos más efectivos fueron la combinación de ergometrina más oxitocina (RR 0.69 IC95% 0.57 a 0.83, evidencia de moderada calidad) carbetocina (RR 0.72 IC95% 0.52 a 1.00, evidencia de muy baja calidad y misoprostol más oxitocina (RR 0.73 IC95% 0.60 a 0.90, evidencia de calidad moderada).	1+ NICE <i>Gallos ID, 2018</i>

	<p>En una revisión sistemática Cochrane, en la que se incluyeron tres ECA (con n= 199, 4058 y 23,616 mujeres respectivamente), en la que se evaluaron los efectos de la tracción controlada del cordón umbilical (TCCU) durante el tercer periodo del trabajo de parto, mediante. Mostró que la TCCU durante el tercer periodo del trabajo de parto, se asoció con una disminución de la pérdida sanguínea ≥ 500 ml (RR 0.93, IC95% 0.88 a 0.99), menor duración del tercer periodo y menor necesidad de extracción manual de la placenta (RR 0.69, IC95% 0.57 a 0.83).</p>	<p>1+ NICE <i>Hofmeyr GJ, 2015</i></p>
	<p>Evidencia de un estudio observacional retrospectivo muestra que los principales factores asociados a endometritis posparto fueron: revisión manual de cavidad uterina (OR 10.5; IC 95% 3.7-36.4), hemorragia posparto (OR 7.2; IC 95% 2.5-25.6) y duración del trabajo de parto (OR 1.07; IC 95% 1.07 – 1.19).</p>	<p>2+ NICE <i>Henderson K, 2015</i></p>
	<p>No se aconseja realizar revisión manual de cavidad uterina rutinaria, pues puede predisponer a endometritis.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>En una revisión sistemática Cochrane, en el que se incluyó un ECA y dos estudios cuasiexperimentales, con una población de 1,779 mujeres, para evaluar sí la administración rutinaria de antibióticos profilácticos a mujeres después del parto vaginal normal (sin complicaciones) en comparación con placebo o sin profilaxis con antibióticos, reduce las morbilidades infecciosas maternas después del parto y mejora los desenlaces, concluyó que existió poca o ninguna diferencia entre los grupos para el riesgo de infección del tracto urinario (RR 0,25; IC95%: 0,05 a 1,19; dos ensayos, 1,706 mujeres, evidencia de baja calidad), infección de la herida después de episiotomía (RR 0,78, IC95%: 0,31 a 1,96, dos ensayos, 1,364 mujeres, evidencia de calidad muy baja) y duración de la estancia hospitalaria materna en días (DM -0,15, IC95%: -0,31 a 0,01, un ensayo, 1,291 mujeres, evidencia de muy bajo calidad). Por otra parte, se mostró disminución del riesgo de endometritis (RR 0.28, IC 95% 0.09 – 0.83, dos ensayos, 1,364 mujeres, evidencia de baja calidad).</p>	<p>2+ NICE <i>Bonet M, 2017</i></p>
	<p>No se recomienda administrar antibiótico profiláctico en mujeres después de un parto sin complicaciones.</p>	<p>No recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience,</i></p>


2018






Atención del recién nacido

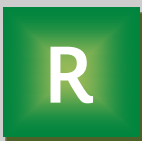




	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Una revisión sistemática Cochrane, en el que se incluyeron para 38 ensayos con 3,472 mujeres y sus hijos, para evaluar los efectos de los efectos del contacto piel con piel inmediato o temprano en recién nacidos sanos en comparación con el manejo convencional en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna, mostró que en el grupo de pacientes que tuvieron contacto piel con piel inmediato, se observó mayor probabilidad de otorgar lactancia exclusiva desde el alta hospitalaria hasta un mes después del parto y de seis semanas a seis meses después del parto (RR 1,30; IC95%: 1,12 a 1,49; 711 participantes; seis estudios; I² = 44%; evidencia de calidad moderada y RR 1,50; IC95%: 1,18 hasta 1,90; 640 participantes; siete estudios I² = 62%; evidencia de calidad moderada), así como mayor probabilidad de lactancia exitosa (RR 1,32; IC95%: 1,04 a 1,67; 575 participantes, cinco estudios, I² = 85%). Cabe destacar que los estudios incluidos mostraron una gran heterogeneidad.</p>	<p style="text-align: center;">1+ NICE</p> <p>Moore ER, 2016</p>
	<p>Se recomienda que los recién nacidos sin complicaciones tengan contacto piel con piel durante la primer hora después del nacimiento, con la finalidad de promover la lactancia materna. (ver algoritmo 4)</p>	<p style="text-align: center;">Recomendado GRADE</p> <p>WHO: <i>Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services</i>, 2018</p>
	<p>No se recomienda la aspiración rutinaria de boca y fosas nasales en neonatos que han nacido con líquido amniótico claro y que inician respiración espontánea.</p>	<p style="text-align: center;">No recomendado GRADE</p> <p>WHO: <i>intrapartum care for a positive childbirth experience</i>, 2018</p>
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática no Cochrane en la que se incluyeron ECA y estudios observacionales, para evaluar la efectividad de la administración profiláctica de vitamina K, para prevenir el sangrado por deficiencia de vitamina K en recién nacidos pretérmino, se observó, que la administración de vitamina K inmediatamente después del nacimiento en comparación con el placebo, se asoció a una disminución de la incidencia</p>	<p style="text-align: center;">2++ NICE</p> <p>Sankar MJ, 2016</p>

	de sangrado (RR 0.73 IC 95% 0.56 a .096), así como del sangrado moderado o severo (RR 0.19 IC 95% 0.08 a 0.46)	
	Se recomienda que a todos los recién nacidos se les administre 1 mg de vitamina K intramuscular después del nacimiento, como profilaxis para enfermedades hemorrágicas.	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	Un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron 702 recién nacidos sanos de término, para comparar el baño temprano (primeras 3 horas después del nacimiento) versus el baño tardío (después de las 12 primeras horas del nacimiento), mostró mayores tasas de lactancia exclusiva ($p < 0.05$) en el grupo de recién nacidos con baño tardío, así como mayor probabilidad de tener lactancia materna exclusiva (OR ajustado 1.59 IC 95% 1.18 a 2.15).	2+ NICE <i>Preer G, 2013</i>
	Se recomienda el baño del recién nacido 24 horas después del nacimiento. Se debe procurar que la vestimenta del neonato sea adecuada y se encuentre a temperatura ambiente.	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>





En mujeres con embarazo no complicado, ¿cuáles son las intervenciones más efectivas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 40 estudios, con un total de 11,000 mujeres, para evaluar la efectividad y la seguridad de la analgesia epidural, incluida la combinación espinal-epidural en la madre y el bebé en comparación con el alivio no epidural o sin dolor durante el parto, mostró que la intensidad del dolor medida con escalas de dolor fue menor en las mujeres con analgesia epidural en comparación con las mujeres que recibieron opioides (diferencia de medias estandarizada -2.64, IC95% - 4.56 a -0.73; 1133 mujeres; cinco estudios; $I^2 = 98\%$; evidencia de baja calidad) y una mayor proporción se mostró satisfecha con el alivio del dolor, informando que es "excelente o muy buena" (RR 1,47; IC95%: 1,03 a 2,08; 1911 mujeres; siete estudios = 7; $I^2 = 97\%$; evidencia de baja calidad).	1+ NICE <i>Anim-Somuah M, 2018</i>

	<p>Se recomienda la analgesia epidural para el alivio del dolor en mujeres sanas que así lo soliciten, más no debe de ofrecerse de manera rutinaria.</p>	<p>Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i></p>
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron nueve ECA con un total de 15,752 mujeres en trabajo de parto, para evaluar la efectividad y seguridad del inicio temprano de la analgesia epidural en comparación al inicio tardío, concluyó que no se observaron diferencias significativas en los grupos de estudio respecto al riesgo de cesáreas (RR 1.02; IC95% 0.96 a 1.08, nueve, 15,499 mujeres, evidencia de alta calidad, parto instrumentado (RR 0.93; IC95% 0.86 a 1.01, ocho estudios, 15,379 mujeres, evidencia de alta calidad), duración del segundo periodo del trabajo de parto (Diferencia de medias -3.22 minutos; IC95% -6.71 a 0.27, ocho estudios, 14,982 mujeres, evidencia de alta calidad y en la calificación de Apgar (RR 0.96; IC95% 0.69 a 1.33, siete estudios, 14,924 mujeres).</p>	<p>1+ NICE <i>Sng BL, 2014</i></p>
	<p>Se recomienda administrar la anestesia regional en el momento en que la mujer en trabajo de parto lo solicite, aún durante la fase latente.</p>	<p>Recomendado GRADE <i>National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Intrapartum Care, 2014</i></p>
	<p>Siempre que se cuente con la posibilidad, la analgesia epidural deberá proporcionarse a la mujer en trabajo de parto en el momento en que lo solicite, sin importar la dilatación cervical que cuente, procurando emplear la menor dosis posible de anestésico (ver cuadro 2) y monitorizando la frecuencia cardiaca fetal después de su administración.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>
	<p>Los hallazgos de una revisión sistemática Cochrane, en la que se incluyeron 19 ECA y cuasiexperimentales para comparar los métodos de relajación con la atención estándar, ningún tratamiento u otras formas no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, en una población de 2,519 mujeres, mostró que el empleo de técnicas de relajación en comparación con los cuidados estándar, disminuyeron la intensidad del dolor durante la fase latente del trabajo de parto (MD -1.25; IC 95% -1.97 a 0.53). Por otra parte, evidencia de muy baja calidad mostró que las mujeres que recibieron</p>	<p>2++ NICE <i>Smith CA, 2018</i></p>

	relajación informaron una mayor satisfacción con el alivio del dolor durante el trabajo de parto (RR 8,00; IC95%: 1,10 a 58,19; un ensayo, 40 mujeres), y no mostraron un beneficio claro para la satisfacción con el parto (Diferencia de medias estándar (DME) -0.03, IC95%: -0.37 a 0.31, tres ensayos, 1176 mujeres).	
	Se recomienda el uso de técnicas de relajación para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como respiración profunda, relajación muscular progresiva y musicoterapia.	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	Evidencia de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 14 ECA con una población total de 1,055 mujeres, para evaluar el efecto, la seguridad y la aceptabilidad del masaje, la reflexología y otros métodos manuales para controlar el dolor en el parto, mostró que el masaje se asoció a disminución en el dolor durante el primer (DME -0.81; IC 95% -1.06 a -0.56), segundo (DME -0.98; IC 95% -2,23 a 0.26) y tercer (DME - 1.03; IC 95% -2.17 a 0.11) periodos del trabajo de parto. Además, se observó una disminución del dolor al aplicar compresas calientes en el primer (DMES -0.59; IC 95% - 1.18 a -0.00) y segundo (DME -1.49; IC 95% -2.89 a -0.13) periodos del trabajo de parto.	2++ NICE <i>Smith CA, 2018</i>
	Se recomienda el uso de técnicas manuales para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como masajes o aplicación de compresas calientes.	Recomendado GRADE <i>WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018</i>
	Evidencia procedente de una revisión sistemática no Cochrane, en la que se incluyeron cuatro ECA con una población de 220 mujeres, sugiere que la implementación clínica de un ejercicio de la pelota obstétrica podría ser una herramienta eficaz para reducir el dolor del parto. Los hallazgos del estudio mostraron que la reducción del dolor con el uso de la pelota obstétrica fue significativo (Diferencia de medias -0.921; IC95% -1.28, -0.56; p = 0.0000005; I ² = 33.7%).	1+ NICE <i>Makvandi S, 2015</i>
	La implementación del uso de la pelota obstétrica puede ser una estrategia para disminuir el dolor durante el trabajo de parto.	Punto de buena práctica

En madres durante el puerperio, sin contraindicaciones médicas, ¿cuáles son las acciones más efectivas para mejorar y fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva?

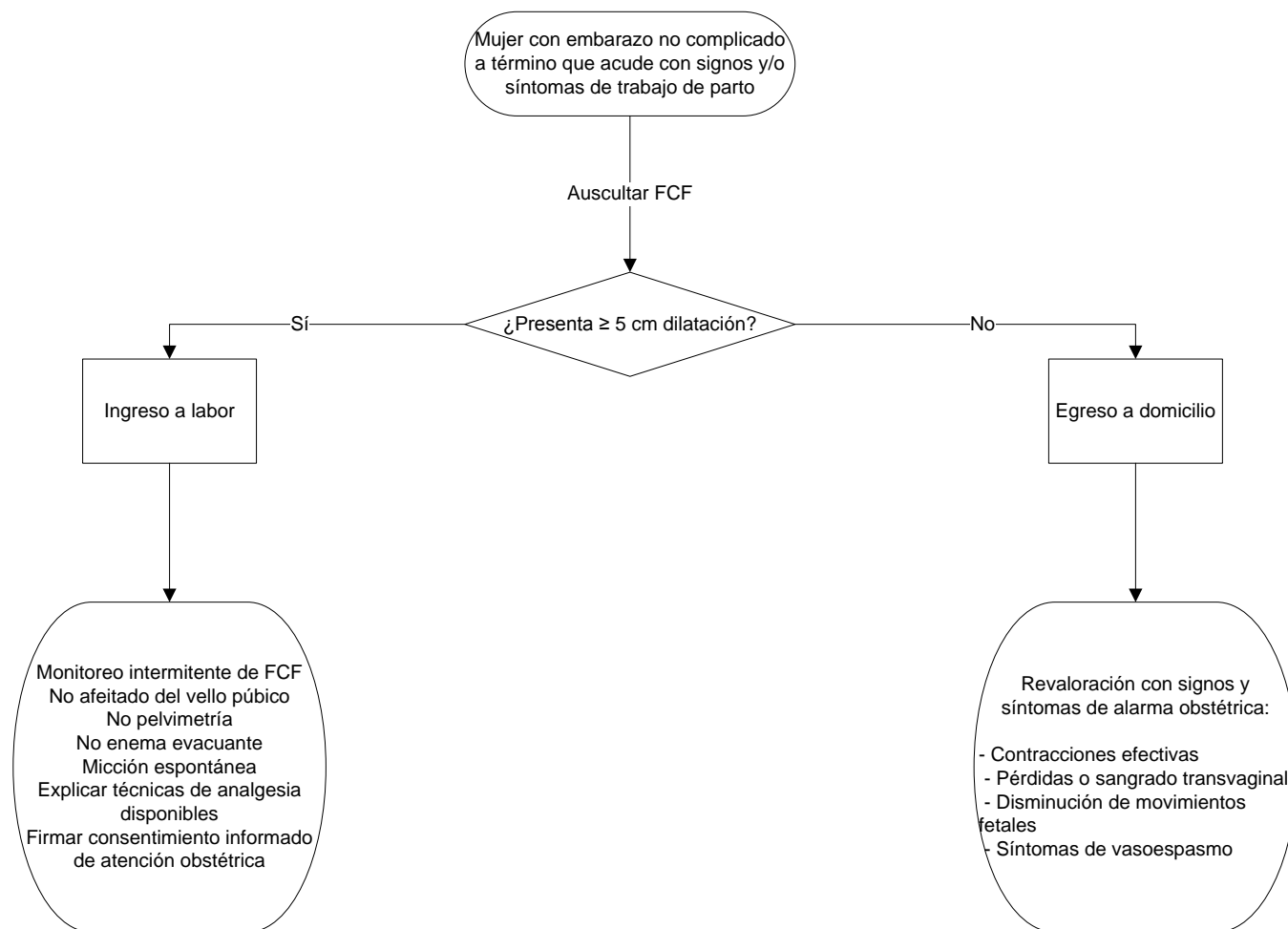
EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los hallazgos de una revisión sistemática con meta-análisis, en el que se incluyeron cinco estudios con 136,047 infantes, para relación entre el inicio de la lactancia materna con la morbilidad perinatal, se observó que en los neonatos en los que se inició la lactancia en la primer hora de nacidos tuvieron 33% menor riesgo de mortalidad neonatal (IC95%, 13 a 56%, I ² =0) en comparación con los que iniciaron la lactancia entre las 2 y 23 horas de nacidos. Por otra parte, los recién nacidos que iniciaron la lactancia 24 horas después del nacimiento se observó un riesgo de mortalidad neonatal dos mayor (IC95%: 1,73-2,77, I ² = 33%).	1+ NICE <i>Smith ER, 2017</i>
	Después del nacimiento, todas las madres deben de recibir apoyo para iniciar la lactancia, dentro de la primer hora del puerperio.	Recomendado GRADE <i>WHO: protecting, promoting and supporting breastfeeding, 2017</i>
	Evidencia de una revisión sistemática Cochrane en la que se incluyeron 100 estudios con una muestra total de 83,246 mujeres, señala que el apoyo continuo durante la lactancia disminuye la interrupción de la lactancia antes de los primeros seis meses de vida del neonato (OR 0.91 IC 95% 0.99 a 0.95).	2+ NICE <i>McFadden A, 2017</i>
	Todas las mujeres deberán recibir apoyo práctico que les permita establecer la lactancia y manejar las dificultades más comunes.	Recomendado GRADE <i>WHO: protecting, promoting and supporting breastfeeding, 2017</i>

3. ANEXOS

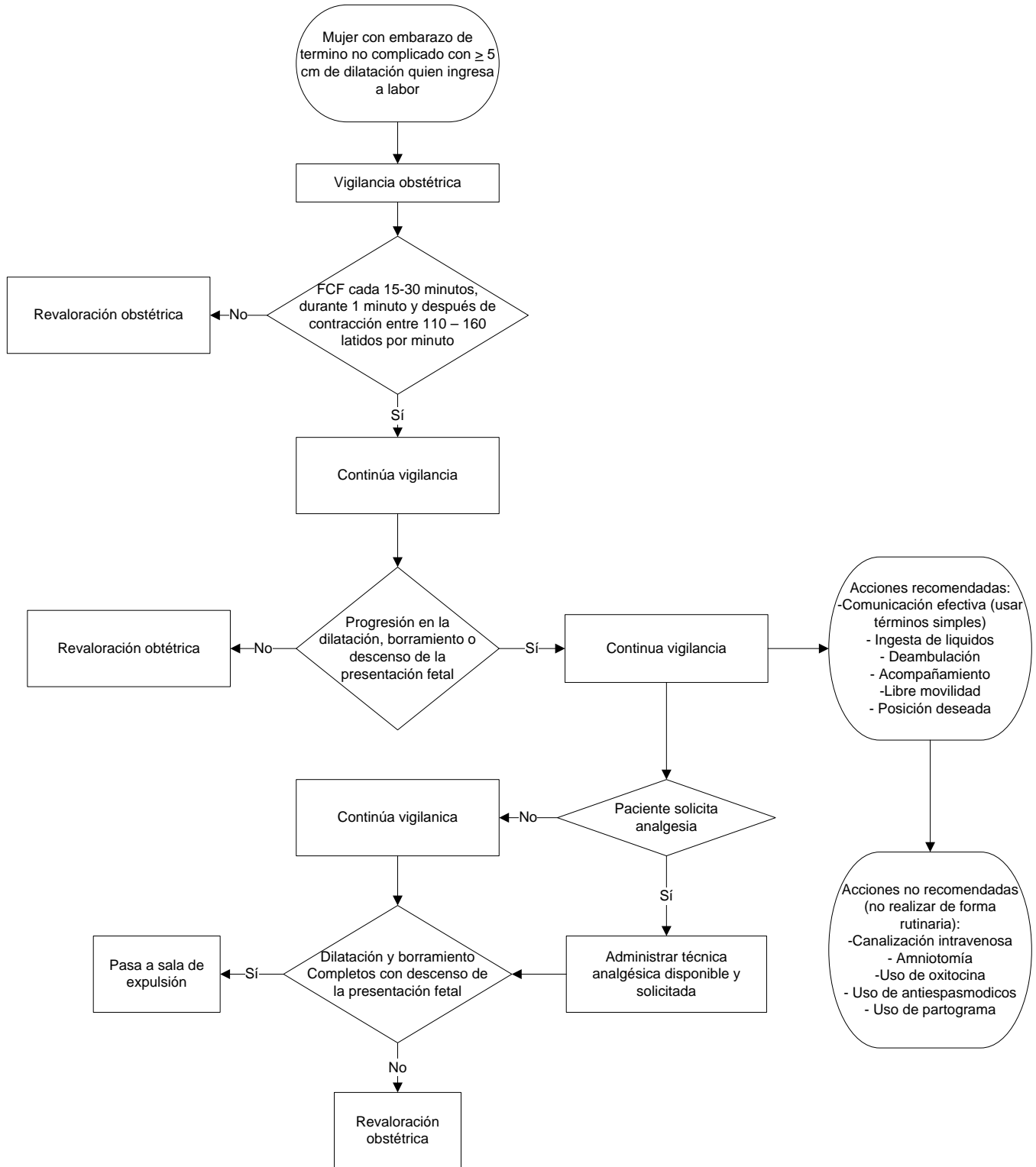
3.1. Diagramas de flujo

3.1.1. Algoritmos

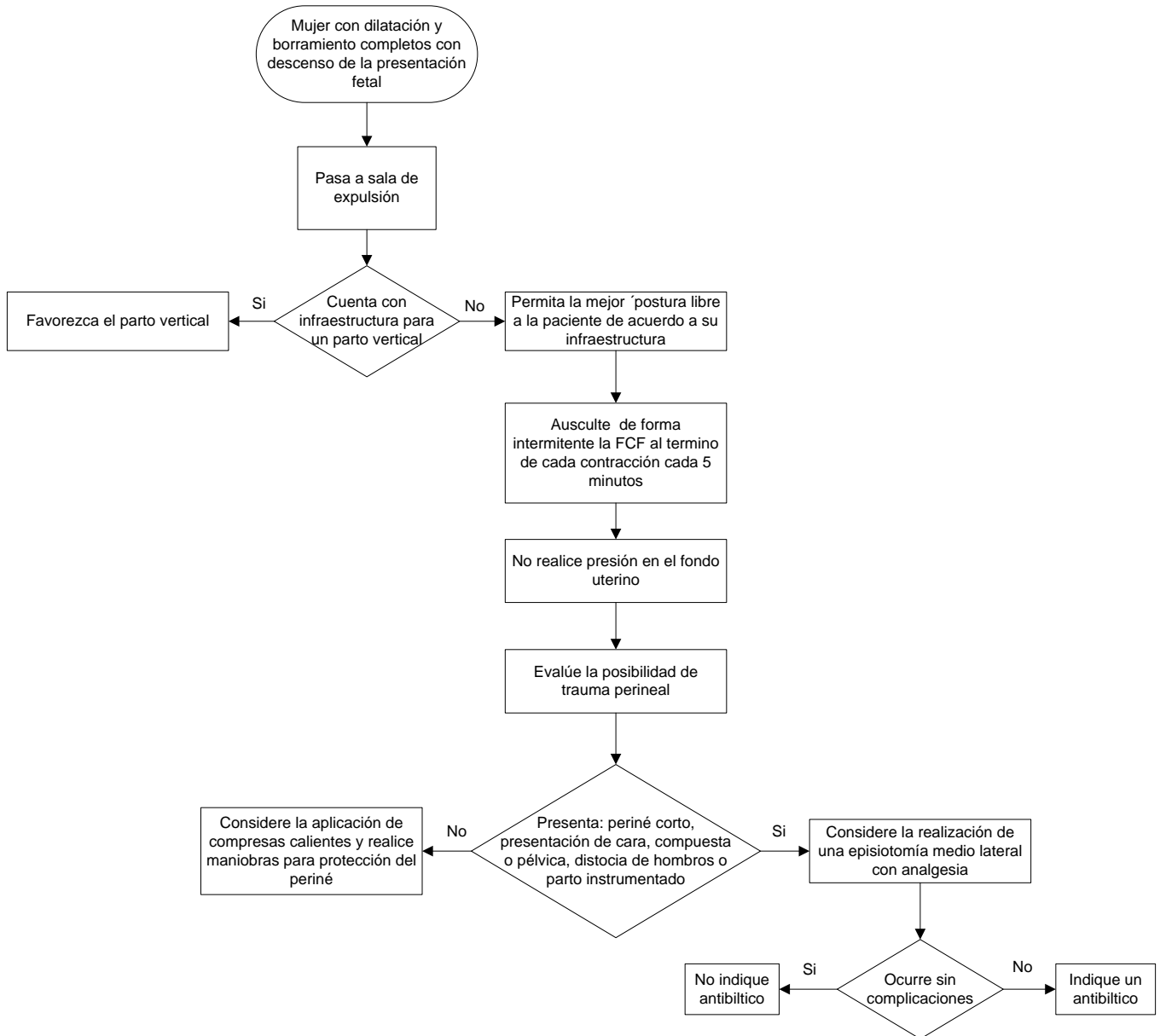
Algoritmo 1. Valoración inicial en admisión hospitalaria.



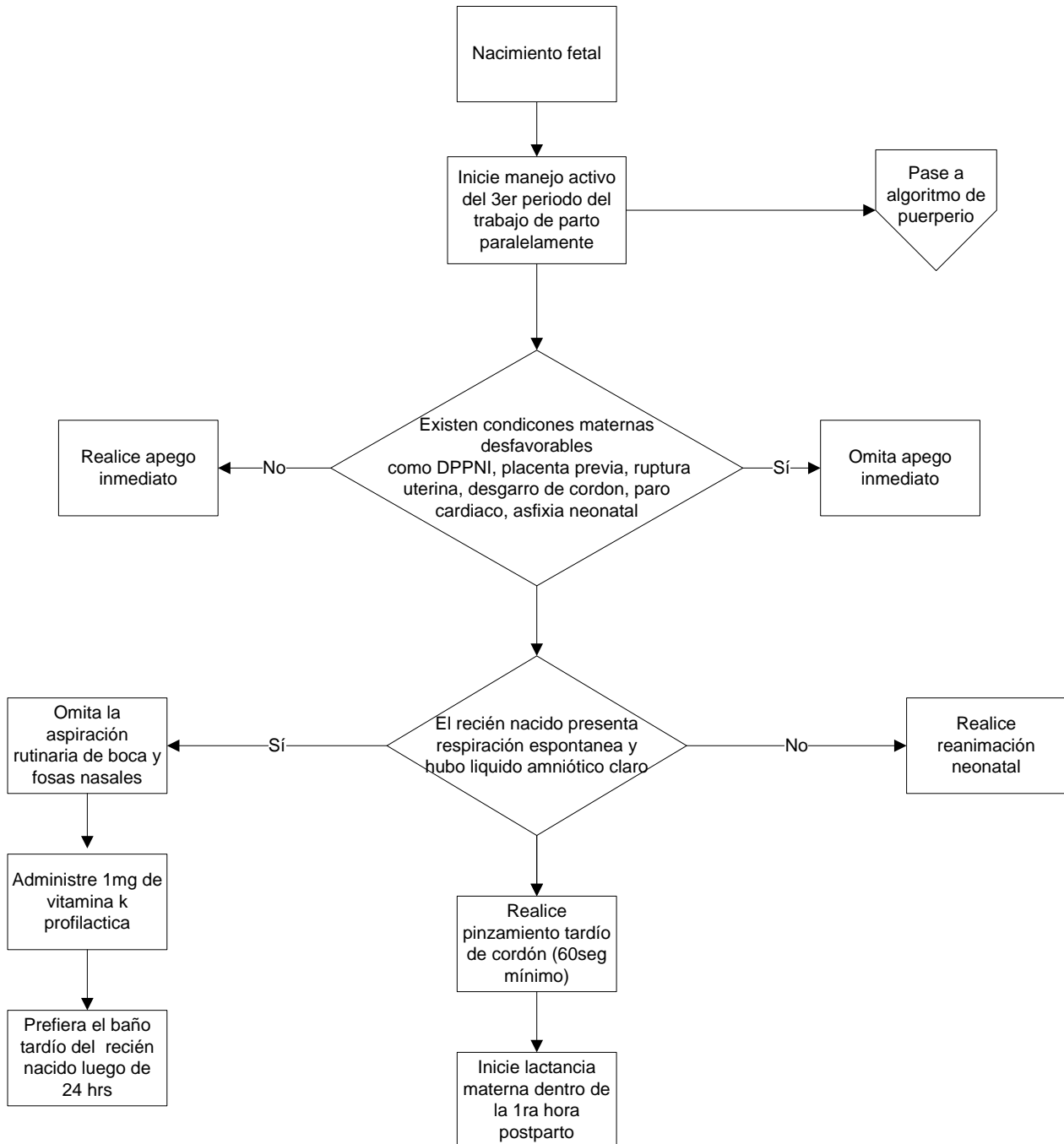
Algoritmo 2. Vigilancia en sala de labor.



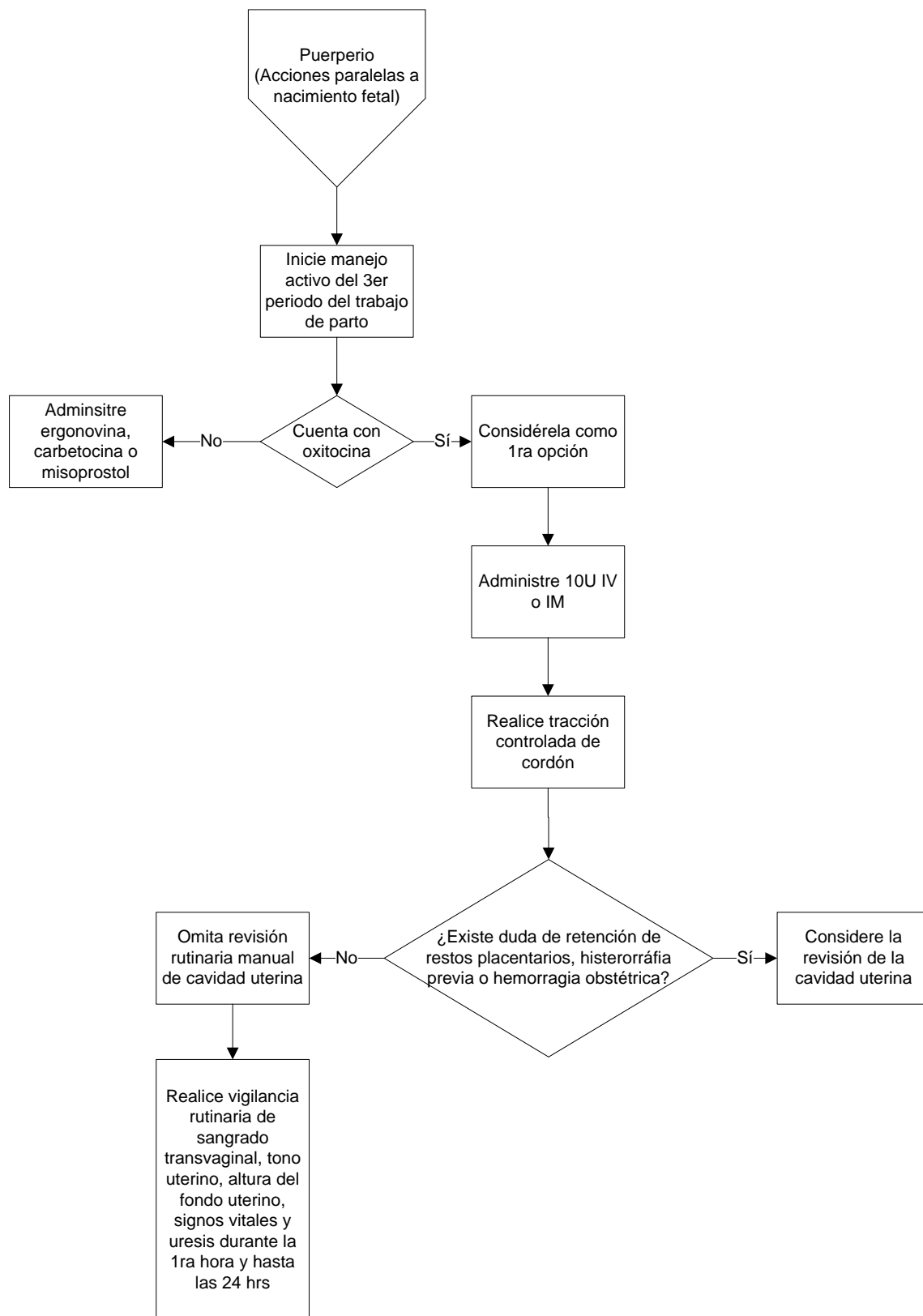
Algoritmo 3. Vigilancia y manejo del periodo expulsivo.



Algoritmo 4. Vigilancia y manejo del puerperio inmediato



Algoritmo 5. Manejo y vigilancia del puerperio inmediato



3.2. Cuadros o figuras

Cuadro 1. Duración del primer periodo del trabajo de parto en mujeres nuliparas.

Dilatación cervical	Revisión sistemática internacional (OMS)	Estudio de cohorte, México
2 - 3 cm	0.19 cm/h	2.9 cm/h
3 - 4 cm	0.50 cm/h	2.1 cm/h
4 - 5 cm	0.68 cm/h	0.45 cm/h
5 - 6 cm	1.09 cm/h	0.62 cm/h
6 - 7 cm	1.43 cm/h	0.66 cm/h
7 - 8 cm	1.82 cm/h	0.70 cm/h
8 - 9 cm	1.92 cm/h	0.73 cm/h
9 - 10 cm	2.04 cm/h	0.73 cm/h

Fuente: Moreno SAA, Celis GC, Posadas NA, Martínez ALM, Villafan CL. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex. 2018;86(6):368-373.

Cuadro 2. Dosis máximas recomendadas de anestésicos comunmente usados en obstetricia.

Anestésico local	Dosis máxima recomendada (con epinefrina)	Dosis máxima recomendada (sin epinefrina)
Bupivacaína	3 mg/kg	3 mg/kg
Lidocaína	7 mg/kg	5 mg/kg
Ropivacaína	2 mg/kg	2 mg/kg
2-Cloroprocaína	14 mg/kg	11 mg/kg

Fuente: Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. Obstet Gynecol. 2017 Apr;129(4):e73-e89.

3.3. Listado de Recursos

3.3.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento del trabajo de parto, del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud**:

Cuadro Básico de Medicamentos							
Clave	Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.0271.00	Clorhidrato de bupivacaína	Anestesia regional 25 a 50 mg.	Envase con 30 ml.	Variable	Reacciones alérgicas, nerviosismo, mareo, visión borrosa, convulsiones, inconsciencia, hipotensión arterial y arritmias cardíacas.	Con antidepresivos se favorece la hipertensión arterial. Con anestésicos inhalados se incrementa riesgo de arritmias.	
010.000.1541.00	Carbetocina	100 µg intravenoso en un minuto dosis única	Solución inyectable Ampula de carbetocina 100 µg mililitro	Solo administrar una dosis	Náuseas, dolor abdominal, prurito, vómito, bochornos, hipotensión, cefalea.	Potencializa su acción con oxitocina.	
040.000.1544.00	Ergometrina(ergonovina)	Una ampula de 0.2 mg Intramuscular(IM) en dosis única y se repetirá en a juicio del especialista	Ampolleta de 1 ml con 0.2 mg de maleato de ergometrina Envase con 50 ampolletas	Dosis respuesta a juicio del especialista	Náuseas, vómito, astenia, convulsiones.	Con anestésicos regionales, dopamina y oxitocina intravenosas, presenta vasoconstricción excesiva.	Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, hepática o renal, hipersensibilidad al fármaco, inducción de trabajo de parto y aborto espontáneo.
010.000.0264.00	Lidocaína	Niños y adultos: Dosis máxima 4.5 mg/kg de peso corporal ó 300 mg. Anestesia caudal o epidural de 200 a 300 mg. Anestesia regional de 225 a 300 mg.	Envase con 5 frascos ampula con 50 ml.	Variable	Reacciones de hipersensibilidad, nerviosismo, somnolencia, parestesias, convulsiones, prurito, edema local y eritema.	Con depresores del sistema nervioso aumentan los efectos adversos. Con opioides y antihipertensivos se produce hipotensión	

						arterial y bradicardia. Con otros antiarrítmicos aumentan o disminuyen sus efectos sobre el corazón. Con anestésicos inhalados se pueden producir arritmias cardíacas.	
040.000.1542.00	Oxitocina	Iniciar con 2 a 5 mU/min, con incrementos de 2 mU cada 15 minutos, con dosis máxima de 40 mU/min	Ámpula 5UI/ml	Variable	Ruptura uterina, colapso vascular, taquicardia, trastornos electrolíticos, contracción uterina tetánica, náusea, vómito, pulso rápido e irregular, convulsiones, muerte materna por hemorragia subaracnoidea.	Otros oxitócicos y vasoconstrictores aumentan su efecto.	Polisistolia, hipertonia uterina, sufrimiento fetal, desproporción céfalo - pélvica, situación anormal del feto, placenta previa, cesárea corporal, cicatrices uterinas por metroplastias, cesárea iterativa, presentación pélvica.
010.000.0269.00	Ropivacaína	Bloqueo epidural en bolo: 20 a 40 mg. Bloqueo epidural en infusión continua: 12 a 28 mg/hora.	Envase con 5 ampolletas con 20 ml.	Variable	Hipotensión arterial, náusea, bradicardia, vómito, parestesias, hipertermia, cefalea, retención urinaria, hipertensión arterial, mareo, escalofríos, taquicardia, ansiedad e hipoestesia.	Con otros anestésicos tipo amida tiene efectos aditivos. Verapamilo, teofilina fluvoxamina e imipramina, aumentan su concentración plasmática.	

3.4. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de **Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo**. Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de guías de práctica clínica y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **inglés y español**
- Documentos publicados los últimos **6 años***
- Documentos enfocados **vigilancia y atención**.
- Documentos enfocados a humanos

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma, diferente al español o inglés.

*Periodo recomendado de búsqueda para GPC de nueva creación, en caso de ser escasa o nula la información, extender la búsqueda a 5 años previos. Cuando la GPC es de actualización, la búsqueda se realiza a partir de la fecha de cierre del protocolo de búsqueda de la GPC.

3.4.1. Búsqueda de Guías de Práctica Clínica

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el (los) término(s) MeSh "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Trial of Labor"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Labor Stage, Third"[Mesh] OR "Labor Presentation"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **88** resultados, de los cuales se utilizaron **3** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Trial of Labor"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Labor Stage, Third"[Mesh] OR "Labor Presentation"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] AND ((Guideline[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp]) AND ("2013/01/01"[PDAT] : "2019/02/28"[PDAT])) AND "humans"[MeSH Terms])	88 documentos obtenidos como resultado>

Además se realizó la búsqueda de GPCs en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB**	ALGORITMO DE BÚSQUEDA "LABOR, OBSTETRIC"	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
GIN	"Labor, Obstetric"	3	0
NICE	"intrapartum care" de 01/01/2014 a 01/02/2019	2	1
SIGN	"labor"	0	0
GUIAS AUGE (Ministerio Salud	"parto"	8	0

Chile)			
WHO	WHO guidelines on maternal health de 2000 al 2019	26	4
TOTAL		39	5

**Realizar la búsqueda en sitios web de GPC con temáticas específicas (SOGC y RCOG en ginecología; AAN en neurología; NCCN en oncología, entre otros)

3.4.2. Búsqueda de Revisiones Sistemáticas

Se realizó la búsqueda en PubMed con el (los) término(s) MeSh "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Labor Stage, Third"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **897** resultados, de los cuales se utilizaron **43** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Labor Stage, Third"[Mesh] OR "Labor Onset"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] AND ((systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND ("2013/01/01"[PDAT] : "2019/02/28"[PDAT])) AND "humans"[MeSH Terms]).	897 documentos obtenidos como resultado>

Además, se buscaron revisiones sistemáticas en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
COCHRANE LIBRARY	labour in Title Abstract Keyword del 01/01/2014 al 01/02/2019	168	31
TOTAL		168	31

Nota: Las 31 revisiones sistemáticas también se encontraron a través de PubMed.

3.4.3. Búsqueda de Ensayos Clínicos Aleatorizados y Estudios Observacionales***

La búsqueda se realizó en PubMed de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de acuerdo a los criterios definidos, utilizando el (los) término(s) MeSh "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh]. Se obtuvieron **930** resultados, de los cuales se utilizaron **2** documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] AND (Randomized Controlled Trial[ptyp] AND ("2013/01/01"[PDAT] : "2019/02/28"[PDAT])) AND "humans"[MeSH Terms])	930 documentos obtenidos como resultado>

Cuando la información obtenida previamente no sea suficiente para dar respuesta a todas las preguntas de la guía, se llevará a cabo la búsqueda en PubMed de estudios observacionales (cohortes, casos y controles, serie de casos y reporte de casos y se presentará el Query translation de PubMed correspondiente.

La búsqueda se realizó en PubMed de estudios observacionales de acuerdo a los criterios definidos, utilizando el (los) término(s) MeSh "Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] AND (Observational Study[ptyp]), Se obtuvieron 646 resultados, de los cuales se utilizaron 5 documentos.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
"Labor, Obstetric"[Mesh] OR "Labor Pain"[Mesh] OR "Labor, Induced"[Mesh] OR "Obstetric Labor Complications"[Mesh] AND (Observational Study[ptyp] AND ("2013/01/01"[PDAT] : "2019/02/28"[PDAT])) AND "humans"[MeSH Terms])	686 documentos obtenidos como resultado.

Para el desarrollo y sustento de la información utilizada en los apartados de introducción y justificación se realizaron una serie de búsquedas en los sitios Web del área clínica que se presentan a continuación:

SITIOS WEB	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Pubmed	6

***Sólo en caso de temas con poca información publicada, en las que GPC y RS no son suficientes para desarrollar satisfactoriamente la GPC.

En resumen, en el desarrollo de este protocolo de búsqueda se utilizaron 64 fuentes en la integración de esta GPC.

3.5. Escalas de Gradación

Niveles de evidencia para estudios de terapia por NICE**

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Metaanálisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Grados de recomendación para estudios de terapia (NICE)

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un metaanálisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal.
D (BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que trabajo la guía.

Fuente: National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.

Clasificación del Nivel de Evidencia por el Sistema “GRADE”.

Nivel de evidencia	Valoración del riesgo
Alta	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.
Moderada	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y pueda modificar el resultado.
Baja	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
Muy baja	El resultado no ha sido demostrado.

Fuente: Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations, GRADE Working Group, 2006

Grados de recomendación de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión

Clasificación de niveles de evidencia de la U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

Nivel de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia obtenida al menos de un estudio clínico con asignación aleatoria con diseño adecuado
II-1	Evidencia obtenida de un estudio clínico con diseño adecuado sin asignación aleatoria.
II-2	Evidencia obtenida de un estudio de cohorte o casos y controles con diseño adecuado, procedente de más de un centro o grupo de investigación.
II-3	Evidencia obtenida de una serie con o sin intervención.
III	Opinión de autoridades respetadas, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités.

Fuente: www.uspreventiveservicestaskforce.org

Grados de recomendación de la U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

Grados de recomendación	Interpretación
A	Recomendaciones basadas en buena y consistente evidencia científica.
B	Recomendaciones basadas en evidencia científica limitada o inconsistente.
C	Recomendaciones basadas en consensos u opiniones de expertos.

Fuente: www.uspreventiveservicestaskforce.org

Clasificación de recomendaciones por el Sistema “GRADE”, modificados por la OMS.

Recomendación	Características principales
Recomendado	Indica que la intervención debe ser implementada.
No recomendado	Indica que la intervención debe ser implementada.
Recomendado en contextos especiales	La intervención puede ser implementada en casos o poblaciones específicas.
Recomendado solo en el contexto de investigación rigurosa	Esta categoría indica que existen importantes dudas acerca de la intervención.

Fuente: WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo		Calificación de las recomendaciones
CIE-9-MC / CIE-10	CIE-10: 0 80 Parto único espontáneo. 8 09 Parto único espontáneo sin otra especificación.		
Código del CMGPC:	GPC-IMSS-052-19		
TÍTULO DE LA GPC			(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Mujeres con embarazo no complicado a término en trabajo de parto.	Médicos gineco-obstétricos, familiares, generales, urgenciólogos. Enfermeras, parteras y personal de salud en formación (pregrado, servicio social y residentes).	Primer, Segundo y Tercer nivel de atención.	
VIGILANCIA Y ATENCIÓN			
No se recomienda realizar cardiocografía de forma rutinaria para establecer el bienestar fetal en mujeres sanas con embarazo normoevolutivo que hayan desencadenado trabajo de parto espontáneo.			
Se recomienda auscultar la frecuencia cardíaca fetal, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, para establecer el bienestar fetal en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.			
No se recomienda realizar pelvimetría de rutina en mujeres sanas en el momento de su ingreso a sala de labor.			
No se recomienda realizar enemas evacuantes en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.			
Se recomienda auscultar intermitentemente la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto de mujeres sanas (cada 15 a 30 minutos), ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, durante un minuto inmediatamente después de la contracción.			
Se recomienda la libre movilidad y adopción de la postura vertical durante el trabajo de parto de mujeres sanas.			
No se recomienda realizar amniotomía rutinaria para abreviar el trabajo de parto.			
No se recomienda el uso rutinario de oxitocina para abreviar el trabajo de parto.			
Se recomienda escuchar intermitentemente la frecuencia cardíaca fetal al término de una contracción, cada 5 minutos.			
No se recomienda realizar episiotomía rutinaria en mujeres sanas con trabajo de parto espontáneo.			
Para facilitar el nacimiento, no se recomienda aplicar presión en el fondo del útero durante el periodo expulsivo (maniobra de Kristeller).			
Se recomienda realizar pinzamiento del cordón umbilical, por lo menos durante 60 segundos después del nacimiento en recién nacidos de término o pretérmino que no requieran ventilación con presión positiva.			
Se recomienda administrar 10 UI de oxitocina (IV o IM), como uterotónico de elección para el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.			
No se recomienda administrar antibiótico profiláctico en mujeres después de un parto sin complicaciones.			
Se recomienda que los recién nacidos sin complicaciones tengan contacto piel con piel durante la primer hora después del nacimiento, con la finalidad de promover la lactancia materna.			
No se recomienda la aspiración rutinaria de boca y fosas nasales en neonatos que han nacido con líquido amniótico claro y que inician respiración espontánea.			
RESULTADOS			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

4. GLOSARIO

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

Amniotomía: intervención médica para producir la ruptura artificial de las membranas amnióticas.

Analgesia: alivio del dolor, mediante medidas o medicamentos, sin generar pérdida de la conciencia.

Analgesia neuroaxial: incluye técnicas intratecal, epidural o combinada. Estas pueden usarse como dosis única o inserción de catéter que permita dosis subsecuentes o administración continua.

Apgar: examen clínico general que se obtiene por el médico que evalúa al recién nacido, generalmente medido al minuto del nacimiento y a los 5 minutos; se evalúan cinco parámetros anatómicos y fisiológicos: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando los cinco parámetros se obtiene el resultado de la prueba.

Auscultación intermitente: técnica de evaluación de la frecuencia cardíaca fetal a intervalos establecidos, durante al menos un minuto de duración, mediante estetoscopio de Pinard o monitor fetal Doppler.

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

Contracciones de Braxton-Hicks: contracciones con intensidad de 10 a 15 mmHg, que duran menos de un minuto, percibidas por la madre como endurecimiento indoloro del útero o abdomen. Suelen caracterizarse por iniciar con frecuencia baja, que aumenta conforme el embarazo progresa llegando a ser hasta 1 contracción en 60 minutos, posterior a la semana 30.

Dehiscencia: término que designa la apertura espontánea, total o parcial, de una herida quirúrgica.

Desgarro perineal: distensión y/o ruptura de las estructuras perineales incluyendo piel, músculo y/o mucosas, clasificándola comúnmente en cuatro grados.

-Grado I: involucra solo piel.

- Grado II: involucro de músculos perineales, pero sin daño del esfínter anal.
- Grado III: involucro de músculos perineales y esfínter anal externo e interno, que a su vez se puede subdividir en:
 - 3A: Lesión de <50% del esfínter anal externo
 - 3B: Lesión de >50% del esfínter anal externo
 - 3C: Lesión involucrando el esfínter anal interno
- Grado IV: lesión del periné con involucro del esfínter anal completo (externo e interno) y mucosa anal

Edad gestacional: tiempo en semanas y días de la duración del embarazo, calculada a partir de la fecha de última menstruación confiable o a través de ultrasonido.

Embarazo de alto riesgo: embarazo en el que existen factores que condicionan una mayor morbi-mortalidad materna y/o fetal, con probabilidad de complicaciones o resultados desfavorables para el binomio. Los factores pueden ser biológicos, socio-económicos o ambientales.

Embarazo de término: embarazo con 37.0 a 41.6 semanas de gestación, calculados a partir de la fecha de última menstruación confiable o a través del ultrasonido.

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

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

Episiorrafia: sutura por planos correspondientes de la episiotomía.

Episiotomía: incisión del periné en el momento del parto, existiendo varias técnicas entre las más utilizadas: media lateral y media.

Estetoscopio de Pinard: dispositivo simple con forma de cono, utilizado para escuchar directamente la frecuencia cardíaca fetal al colocarlo sobre el abdomen materno.

Hemorragia postparto: pérdida sanguínea de 500 ml o más, que se presenta después del nacimiento.

Inducción del trabajo de parto: es la estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, lo que lleva a modificaciones cervicales.

Manejo activo del tercer período de trabajo de parto: procedimiento para realizar el alumbramiento mediante la administración de oxitócico al salir el hombro anterior del feto y la posterior tracción controlada del cordón umbilical.

Maniobra de Ritgen modificada: maniobra que consiste en tomar con una mano una gasa o compresa y ejercer presión anterógrada sobre el mentón fetal a través del periné, mientras que con la otra mano se controla la velocidad del nacimiento de la cabeza del feto.

Monitor fetal Doppler: también llamado “doptone”, es un dispositivo portable utilizado para amplificar y contabilizar la frecuencia cardíaca fetal.

Partograma: representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma suelen ser: dilatación cervical, altura de la presentación fetal, frecuencia cardíaca fetal y signos vitales de la madre.

Parto instrumentado: intervención en el parto que consta con la utilización de fórceps, ventosa extractora o espátulas durante el período expulsivo.

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

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

Pinzamiento temprano del cordón umbilical: consiste en el pinzamiento del cordón umbilical antes de 60 segundos posterior al nacimiento.

Pinzamiento tardío del cordón umbilical: consiste en el pinzamiento del cordón umbilical por lo menos, 60 segundos posterior al nacimiento.

Primigesta: mujer que cursa con un primer embarazo.

Puerperio normal: período que sigue al alumbramiento y en el cual la anatomía y fisiología materna vuelven a adquirir las características previas a la gestación y que tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Registro cardiotocográfico: método diagnóstico para evaluar el bienestar fetal que consiste en la representación gráfica de forma simultánea de la actividad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal, en un período determinado de tiempo.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
2. 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; 223: 123–132. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026
3. ACOG Practice Bulletin Number 146: Management of Late-Term and Postterm Pregnancies, August 2014. *Obstet Gynecol.* 2014;124:390-396.
4. Alfaro AN, Villaseñor FM, Valadez FI, Guzmán SA, González TY. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Inv salud* 2006; 8(1): 50-53
5. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.
6. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.
7. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;11:CD001236.
8. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub4.
9. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
10. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD012137. DOI: 10.1002/14651858.CD012137.pub2.
11. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Boston, MA: URC-Traction Project, Harvard School of Public Health; 2010.
12. Carlhäll S, Källén K, Blomberg M. Maternal body mass index and duration of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;171(1):49-53. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.08.021.
13. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol.* 2017 Apr;129(4):e73-e89. doi: 10.1097/AOG.0000000000002018.
14. Davey MA, McLachlan HL, Forster D, Flood M. Influence of timing of admission in labour and management of labour on method of birth: results from a randomised controlled trial of caseload midwifery (COSMOS trial). *Midwifery.* 2013 Dec;29(12):1297-302. doi: 10.1016/j.midw.2013.05.014.
15. 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 of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD005122. DOI: 10.1002/14651858.CD005122.pub5.
16. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud. México, 2015. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Interculturalidad/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
 17. Downe S, Lawrie T, Finlayson K, Oladapo O. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive Health*. 2018;15 (1):1-13.
 18. Fogarty M, Osborn DA, Askie L, Seidler AL, Hunter K, Lui K, et al. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(1):1-18. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.231
 19. Gallos ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, Moorthy V, Tobias A, Deeks JJ, Widmer M, Tuncalp O, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Coomarasamy A. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD011689. DOI: 10.1002/14651858.CD011689.pub2.
 20. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
 21. Henderson K, Pope KF, Morosky CM. Manual Exploration of the Uterus as a Risk Factor for Postpartum Endometritis. *Obstet Gynecol*. 2015; 125(5S): 81S.
 22. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD008020. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.
 23. Hofmeyr G, Vogel J, Cuthbert A. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD006067 Revisión sistemática
 24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). Mujeres y hombres en México 2016. Base de datos. México, 2016.
 25. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
 26. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011516. DOI: 10.1002/14651858.CD011516.pub2.
 27. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RMD. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub5.
 28. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
 29. Lee L, Dy J, Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(9):843-865. doi: 10.1016/j.jogc.2016.04.093.

30. 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.
31. Makvandi S, Latifnejad RR, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(11):1679-86. doi: 10.1111/jog.12802.
32. Mansy A. Does Labor Augmentation with Oxytocin Increase the Risk of Postpartum Hemorrhage? A Randomized Controlled Trial. *Clinics Mother Child Health* 2017;14(3): 268. doi:10.4172/2090-7214.1000268.
33. Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD008680. DOI: 10.1002/14651858.CD008680.pub2.
34. Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, et al. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG* 2016;124:e106–e149.
35. Masuzawa Y, Kataoka Y, Fujii K, Inoue S. Prophylactic management of postpartum haemorrhage in the third stage of labour: an overview of systematic reviews. *Syst Rev.* 2018; 7(1):156. doi: 10.1186/s13643-018-0817-3.
36. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
37. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD001141.
38. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
39. Moreno-Santillán AA, Celis GC, Posadas NA, Martínez ALM, Villafan CL. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex.* 2018;86(6):368-373. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.1572>
40. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD011558. DOI: 10.1002/14651858.CD011558.pub2.
41. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth (CG190). London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 Dec.
42. 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.* 2018; 125(8): 944–954. doi: 10.1111/1471-0528.14930
43. Pantoja T, Abalos E, Chapman E, Vera C, Serrano VP. Oxytocin for preventing postpartum haemorrhage (PPH) in non-facility birth settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD011491. DOI: 10.1002/14651858.CD011491.pub2.
44. Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD000161. DOI: 10.1002/14651858.CD000161.pub2.

45. Preer G, Pisegna JM, Cook JT, Henri AM, Philipp BL. Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates. *Breastfeed Med.* 2013 Dec;8(6):485-90. doi: 10.1089/bfm.2012.0158.
46. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.
47. Rodríguez ME. Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y al parto en el México virreinal *Anuario de Estudios Americanos*: 2000; 57(2): 501-522) DOI: 10.3989/aeamer.2000.v57.i2.245 revisión narrativa
48. Rohwer AC, Khondowe O, Young T. Antispasmodics for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD009243. DOI: 10.1002/14651858.CD009243.pub3.
49. Rojas GA, Lescas MO, Sánchez SM, Ángeles CM. Obstetricia azteca. Ritos y manejos desde el embarazo hasta el trabajo de parto. *Avan C Salud Med* 2014; 2 (4): 129-136. Revisión narrativa
50. Rota A, Antolini L, Colciago E, Nespoli A, Borrelli SE, Fumagalli S. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women Birth.* 2018;31(4):313-318. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.001.
51. Sankar MJ, Chandrasekaran A, Kumar P, Thukral A, Agarwal R, Paul VK. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review. *J Perinatol.* 2016;36 Suppl 1:S29-35. doi: 10.1038/jp.2016.30.
52. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG* 2017;8:1-11.
53. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.
54. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; (3):CD009514.
55. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; (3): CD009290.
56. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM, et al. (2017) Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 12(7): e0180722. doi: 10.1371/journal.pone.0180722.
57. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4.
58. Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD007238. DOI: 10.1002/14651858.CD007238.pub2.
59. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health.* 2018: 15 (1):1-13.
60. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 11. Art. No.: CD008070. DOI: 10.1002/14651858.CD008070.pub4.

61. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub2.
62. WHO. Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014. (GPC)
63. WHO Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services; 2017.
64. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

6. AGRADECIMIENTOS

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

Asimismo, se agradece a las autoridades de la **Secretaría de Salud y del Centro Médico Naval** que participó en los procesos de **verificación** por su valiosa colaboración en esta guía.

7. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Efraín Arizmendi Uribe	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte	Coordinadora Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador
Lic. Óscar Percastegui Cerna	Analista Coordinador