



SEDAR

Servicios Especializados De Anestesia Y Reanimación

ADOPCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

“NICE CUIDADO INTRAPARTO EN LAS MUJERES SANAS Y SUS BEBÉS”

Presidente Comité de Educación

Juan Manuel Molina Uribe., MD., Esp. Anestesiología

Revisión grupo desarrollador

Ana Claudia Hernández Ayala., MD., Esp. Anestesiología

Juan Manuel Molina Uribe., MD., Esp. Anestesiología

Luz Marina Galindo Páez. Asesora metodológica y de Calidad

Grupo desarrollador de las guías

Ana Claudia Hernandez Ayala., MD., Esp. Anestesiología

Carlos Mario Duque., MD., Esp. Anestesiología

Diana Alejandra Duarte Ruiz., MD., Esp. Anestesiología

Diana Carolina Osorio., MD., Esp. Anestesiología

Eliana Chavarro Cedeño., MD., Esp. Anestesiología

Geovany Badillo Rojas., MD., Esp. Anestesiología

Hernan Dario Osorio Monrroy., MD., Esp. Anestesiología

Ivan Valencia Yepes., MD., Esp. Anestesiología

Jorge Ivan Pulgarin Diaz., MD., Esp. Anestesiología

Juan Manuel Molina Uribe., MD., Esp. Anestesiología

Myriam Carmenza Suárez Chavez., MD., Esp. Anestesiología

Nubia Charria Rivera., MD., Esp. Anestesiología

Ruben Dario Henao., MD., Esp. Anestesiología

Xiomara Muñoz Perez., MD., Esp. Anestesiología

Corrección de estilos y sobre pruebas

Luz Adriana Giraldo Giraldo.

Comunicadora Social y Periodista

Especialista en Gerencia de la Comunicación Digital

Diseño Diagramación y Carátula

Ronald Bonilla.

Diseñador Visual

Hecho en Colombia/Manufactured in Colombia.

Agradecimientos

En Servicios Especializados de Anestesia y Reanimación - SEDAR, la educación es un pilar fundamental para mantener la calidad de nuestros servicios y garantizar, cada día, la seguridad de los pacientes; es por ello, que el agradecimiento principal es para los 13 anesthesiologists afiliados a SEDAR que aceptaron el reto de trabajar y adoptar las Guías de Anestesia que se encontraran en este escrito científico.

Gracias por su paciencia, entrega, dedicación y conocimientos para enriquecer el contenido de estas Guías.

A las familias que con su comprensión y apoyo constante fueron aliciente y fuerza en momentos difíciles de la escritura.

A nuestros colegas anesthesiologists quienes con sus aportes se han desarrollado la capacitación y todos los procesos que llevan estas páginas.

A los miembros del Comité Gestor de Educación de la agremiación por apoyar constantemente las actividades educativas.

Con la divulgación de los contenidos científicos de estas Guías, SEDAR quiere aportar en sus labores profesionales y promover el apoyo a la salud y la educación como ejes principales para un verdadero cambio en el mundo.

**METODOLOGÍA ADOPCIÓN DE GPC
DOCUMENTO INSTITUCIONAL ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN GUÍA DE
PRÁCTICA CLÍNICA**

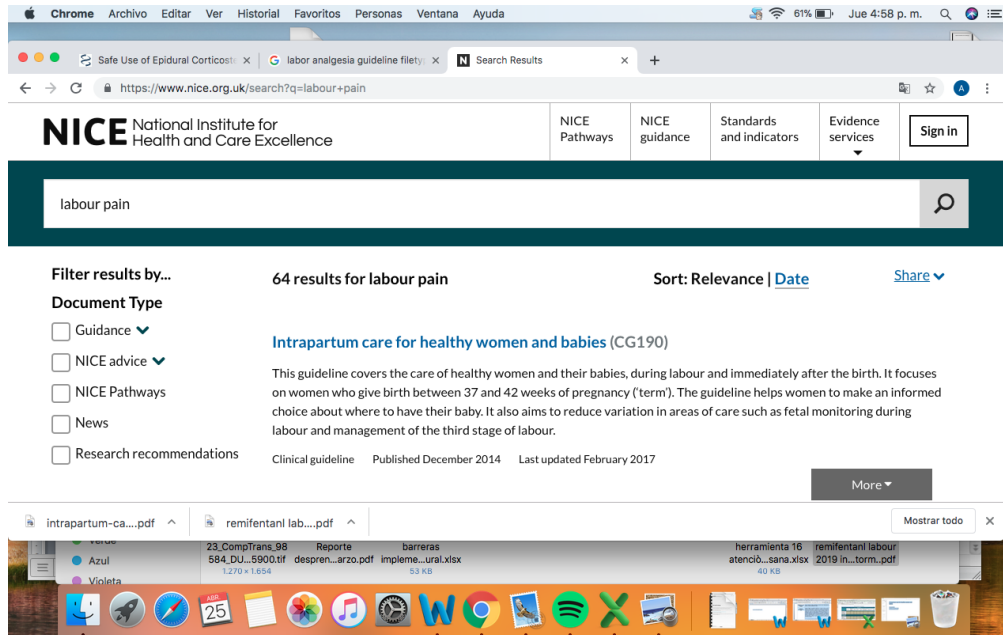
“NICE CUIDADO INTRAPARTO EN LAS MUJERES SANAS Y SUS BEBÉS”.

TABLA DE CONTENIDO

1. NOMBRE DE LA GPC:	4
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVO	7
4. ALCANCE	7
5. DEFINICIONES Y TÉRMINOS	8
6. METODOLOGÍA	9
6.1. Composición del grupo desarrollador de la guía	9
6.2. Derechos de autor y Declaración de conflictos de interés	10
6.3. Revisión sistemática de literatura	10
7. DESARROLLO	11
7.1. Tamizaje Primario	11
7.1. Tamizaje Secundario	12
7.3. Evaluación de la calidad de la guía	12
7.4. Recomendaciones	13
8. ACTO ADMINISTRATIVO	15
9. INDICADORES / ADOPCIÓN - IMPLEMENTACIÓN	15
10. PRODUCTO ESPERADO	15
10.1 Identificación Barreras y Facilitadores	16
10.2 Estrategias para la implementación de la GPC adecuadas al contexto	20
11. INFORMACIÓN PARA MANEJO CON EL GD	22
ANEXOS	22
ANEXO 1. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
GUÍA ADOPTADA Y TRADUCIDA	25

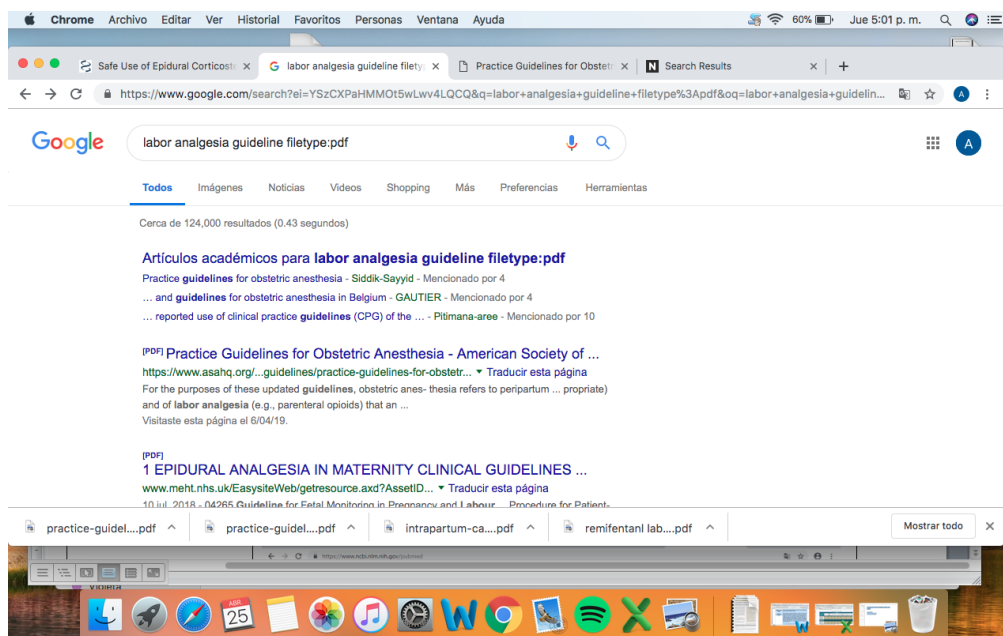
1. NOMBRE DE LA GPC:

“NICE CUIDADO INTRAPARTO EN LAS MUJERES SANAS Y SUS BEBÉS”.



The screenshot shows the NICE (National Institute for Health and Care Excellence) website search results for the query "labour pain". The search results page displays 64 results. The top result is "Intrapartum care for healthy women and babies (CG190)", which is a clinical guideline published in December 2014 and last updated in February 2017. The description of the guideline states: "This guideline covers the care of healthy women and their babies, during labour and immediately after the birth. It focuses on women who give birth between 37 and 42 weeks of pregnancy ('term'). The guideline helps women to make an informed choice about where to have their baby. It also aims to reduce variation in areas of care such as fetal monitoring during labour and management of the third stage of labour." The search interface includes filters for document type (Guidance, NICE advice, NICE Pathways, News, Research recommendations) and sorting options (Relevance, Date). A "More" button is visible at the bottom right of the search results area.

Fuente: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28877145>



The screenshot shows a Google search for the query "labor analgesia guideline filetype:pdf". The search results page displays approximately 124,000 results in 0.43 seconds. The top result is "Artículos académicos para labor analgesia guideline filetype:pdf", which includes a list of academic articles. The second result is "Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia - American Society of ...", which is a PDF document from the American Society of Anesthesiologists. The third result is "1 EPIDURAL ANALGESIA IN MATERNITY CLINICAL GUIDELINES ...", which is a PDF document from the National Health Service (NHS). The search interface includes filters for document type (Todos, Imágenes, Noticias, Videos, Shopping, Más, Preferencias, Herramientas) and sorting options. A "Mostrar todo" button is visible at the bottom right of the search results area.

Fuente: Google. labor analgesia guideline filetype:pdf

2. JUSTIFICACIÓN

El dolor durante el trabajo de parto es una de las experiencias más intensas que una mujer puede experimentar en su vida. Los niveles altos de dolor no tratado se asocian con múltiples eventos adversos, tales como: prolongación de la primera y segunda fase del trabajo de parto, acidosis fetal progresiva, exacerbación de patologías cardio-cerebro-pulmonares de base de la madre, y una mayor incidencia de trastornos de ansiedad y / o depresión. Es una prioridad para las instituciones de salud ofrecer y adecuado alivio del dolor durante el trabajo de parto, y esta estrategia debe ser segura y efectiva para el binomio madre - hijo, también debe ser la que mejor se adapte a las condiciones fisiopatológicas basales de la madre y debe contar con su entendimiento y consentimiento.

Perfil epidemiológico

El padecimiento de dolor agudo severo durante el trabajo de parto, como es bien sabido, produce alteraciones en la dinámica del trabajo de parto, liberación de catecolaminas, cortisol y puede inducir estados de acidosis fetal en mujeres predispuestas, estos efectos adversos son derivados de una mala modulación del estrés fisiológico que se presenta al final de la gestación; contracciones uterinas, cambios cervicales, el expulsivo y alumbramiento. En cuanto a desenlaces ginecobstétricos, no aliviar el dolor de la madre se correlaciona con una falla en la progresión del trabajo de parto.

Desde el punto de vista médico, en ausencia de alguna contraindicación para la analgesia regional durante el trabajo de parto, la indicación principal para el alivio del dolor es la solicitud de la madre, cuando hay evidencia de dolor significativo. La mayoría de los estudios desarrollados en mujeres embarazadas muestran una alta incidencia de dolor severo, y una fuerte necesidad de alivio del dolor.

Las técnicas más aceptadas y descritas en la literatura, para este objetivo, son las regionales, específicamente las técnicas epidurales. A pesar de la generalización de la técnica, muchas mujeres en países en vías de desarrollo, (por falta de oferta del servicio en diferentes instituciones de salud) aún tienen dudas en cuanto a su seguridad, sin embargo, este cuestionamiento se resolvió acertadamente a través de los años de experiencia e investigación con estas técnicas, donde se confirma el bienestar materno y fetal acompañado de mayor comodidad y aceptación de las mamás y sus familiares.

En los países desarrollados parece estar resuelto el problema de la analgesia intraparto. Se han implementado protocolos formales de analgesia para las madres, los cuales hacen parte de los requerimientos de una institución de salud de tercer nivel, para certificar una atención de calidad.

No es tan general esta conducta para todas las clínicas, hospitales y centros de salud de tercer nivel, en los países en vía de desarrollo, puesto que la implementación, adopción o creación de guías y protocolos de manejo no se ha estandarizado, y, por lo tanto, una parte importante de la población materna y fetal no se beneficia del manejo temprano y óptimo del dolor intraparto.

Es importante anotar que en la medida en que se investiga y socializan revisiones, investigaciones y guías de manejo del dolor, tales como, técnicas epidurales con sistemas de bombeo para bolos por la paciente, o bolos automáticos, con tasas de infusión preestablecidas, esquemas continuos o intermitentes, así como técnicas de analgesia endovenosa, surgen interrogantes sobre riesgos potenciales de estas intervenciones. Por lo que es razonable y seguro buscar la uniformidad en las técnicas a implementar, mediante la construcción de guías y protocolos específicos para grupos de profesionales y lograr minimizar el riesgo. También permitiendo que el actuar del anestesiólogo sea congruente con la evidencia más actualizada y segura para garantizar la seguridad y éxito en la atención de madres durante el trabajo de parto.

Se hace necesaria entonces la adopción de una guía que por sus estándares de calidad sea aplicable y reproducible con parámetros de seguridad y eficiencia adecuados, para ser implementada dentro de las instituciones en Colombia donde tiene presencia Servicios Especializados de Anestesia y Reanimación - SEDAR.

Antecedentes

En las instituciones de Colombia, se acepta como norma de salud materna y fetal, la guía del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias: Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para uso de profesionales de salud, publicada en el año 2013 - Guías No. 11-15. Esta guía aborda el tema de analgesia de forma breve, sin especificar beneficios de la técnica para la totalidad de madres que se presentan para un parto vaginal institucional.

A pesar de tener esta directriz, en la práctica del día a día dentro de las instituciones de tercer nivel, existe parcial uniformidad en la adopción de una conducta analgésica nacional. Debe anotarse que sobresalen algunas instituciones de referencia en salud materna y fetal, en las

principales ciudades, y son importantes porque han diseñado juiciosamente sus protocolos adaptados a sus necesidades y al tipo de población que atienden. Es prioritario entonces, que cada institución instaure su protocolo, mediante la adopción o adaptación de una guía de práctica clínica en este tema.

La implementación de una guía de manejo amerita un análisis económico y generalmente inversión en tecnologías y personal entrenado, en este caso la vinculación de personal formado en anestesia, obstetricia, cuidado crítico obstétrico, neonatología, y también la compra de equipos de monitoria para la madre y el feto, entre otros. Es probable que la inversión se perciba inicialmente como un gasto más e incremento en el costo de atención para las entidades prestadoras de salud materno fetal. Sin embargo, este proceso debe llevarse a cabo para demostrar que una mejor calidad de la atención para la madre y su familia, incluyendo un manejo activo del dolor intraparto, riesgos maternos y fetales, reduce el tiempo a la deambulaci3n postparto; facilita la recuperaci3n, mejora la satisfacci3n de las pacientes y reduce la estancia hospitalaria.

3. OBJETIVO

Desarrollar y/o implementar el proceso de adopci3n de GPC desarrolladas por el grupo NICE (National Institute for excellence) “Guía de Cuidado Intraparto para Mujeres Sanas y sus Bebés”. Publicadas en diciembre de 2014 y actualizadas en 2017. Disponibles en: nice.org.uk/guidance/cg190. en el marco de la Resoluci3n 3100 de 2019 y/o la norma que la sustituya.

4. ALCANCE

La Guía Práctica Clínica Cuidado Intraparto para Mujeres Sanas y sus Bebés, está dirigida a los especialistas en anestesiología de SEDAR y a las instituciones donde tiene presencia la agremiaci3n, que oferten servicios de analgesia del trabajo de parto, dirigida a las mujeres embarazadas que deseen un trabajo de parto cómodo, sin dolor y seguro. La guía por tanto tiene en cuenta los siguientes aspectos: diagnóstico y prevenci3n de complicaciones, diagnóstico de condiciones basales de la madre, su tratamiento y rehabilitaci3n.

5. DEFINICIONES Y TÉRMINOS

La Práctica Clínica Basada en la Evidencia es un acercamiento a la toma de decisiones en la cual los clínicos usan la mejor evidencia disponible, en consenso con el paciente, para decidir cuál será la opción más satisfactoria para el paciente. Así mismo la elaboración de guías de práctica clínica GPC supone un proceso sistemático y riguroso que no solo consume recursos y tiempo, sino que requiere de personal con características técnicas y profesionales particulares y diversas.

MBE: Medicina basada en evidencia.

GDG: Grupos desarrolladores de guías de práctica clínica.

Líder de opinión: Miembros de una comunidad u organización quienes tienen la habilidad para influenciar actitudes y comportamientos de otros miembros de la organización o comunidad.

IETS: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud.

Implementabilidad: Características de la guía que pueden incrementar las posibilidades de implementación por parte de los usuarios.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Desenlaces de implementación: Son diferentes a los desenlaces del sistema. Son mediciones del éxito de la implementación, indicadores proximales del proceso de implementación, y desenlaces intermedios claves de la efectividad y calidad del cuidado. El principal valor de los desenlaces de implementación es distinguir las fallas de las intervenciones de las fallas de la implementación.

Facilitadores: Factores que promueven la diseminación e implementación.

Barreras: Factores que impiden la diseminación e implementación.

Evaluación: Valoración de la eficacia, efectividad, diseminación o implementación de una intervención.

Evaluación de la implementación: Valoración de cómo y a qué nivel un programa es implementado y qué y cuánto fue recibido por la población blanco.

TA: Presión arterial.

Monitoria AVPU: Alert, voice, pain, unresponsive (estado de alerta, respuesta verbal, respuesta al dolor, no respuesta).

PCEA: Patient controlled epidural analgesia (analgesia epidural controlada por la paciente)

6. METODOLOGÍA

6.1. Composición del grupo desarrollador de la guía

El equipo desarrollador se conformó del 20 al 23 de marzo del 2019 con profesionales idóneos, con experiencia y reconocimiento en el tema objeto de la guía. Se contó con la participación de anesthesiologists, también hicieron parte de este proceso expertos pertenecientes a otras áreas del conocimiento, como epidemiología clínica, expertos en calidad y en auditoría médica, se hicieron búsquedas de literatura médica; todo ello contribuyó con la identificación, evaluación y síntesis de la evidencia que sirvió para la elección de las recomendaciones de la guía a adoptar. Todos los miembros del grupo desarrollador aceptaron la participación en el proceso y diligenciaron y firmaron el formato de conflicto de intereses, el cual cumple con la normatividad vigente dentro del desarrollo de guías y protocolos basados en evidencia.

NOMBRE	CARGO	ROL EN EL EQUIPO
Juan Manuel Molina	Anestesiólogo- Presidente Comité de Educación SEDAR	Líder
Diana Alejandra Duarte	Anestesióloga	Líder de la Guía
Diana Carolina Osorio	Anestesióloga	Líder de la Guía
Iván Valencia	Anestesiólogo	Evaluador Interno
Jorge I. Pulgarín	Anestesiólogo	Desarrollador
Ana Claudia Hernández	Anestesióloga	Desarrolladora
Luz Marina Galindo Páez	Asesor de Calidad	Apoyo en la metodología

Fuente: Grupo desarrollador de la guía

6.2. Derechos de autor y Declaración de conflictos de interés

De acuerdo con el artículo 20 de la Ley 23 de 1982, los derechos patrimoniales de esta obra pertenecen a NICE National Institute for Health and Care Excellence. Servicios Especializados de Anestesia y Reanimación -SEDAR, otorgó el apoyo económico y realizó la supervisión de la ejecución de la adopción parcial de estas guías.

Declaración de conflictos de interés:

Los responsables y participantes en la adopción de las recomendaciones de esta guía declararon por escrito y de antemano sus conflictos de interés frente a estas. Declararon no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, no haber recibido donaciones o beneficios por parte de grupos interesados en las recomendaciones y no hacer parte de grupos profesionales con conflictos de interés. La elaboración, desarrollo y publicación de la adopción de las recomendaciones contó con el soporte financiero exclusivo de Servicios Especializados de Anestesia y Reanimación -SEDAR.

Declaración de independencia editorial:

La entidad financiadora brindó acompañamiento durante la elaboración del presente documento; con ello garantizó la transparencia y aplicabilidad de su contenido al contexto colombiano. El trabajo de investigación, así como la elaboración y adopción de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fue realizado de manera independiente por el grupo desarrollador de la adopción de las recomendaciones de la guía. La entidad financiadora no influyó en el contenido de las recomendaciones adoptadas de la guía.

6.3. Revisión sistemática de literatura

Se realizó una revisión sistemática con el propósito de identificar las guías de práctica clínica que aborden el tema de analgesia intraparto. La unidad de análisis de dicha revisión fueron las guías publicadas en revistas científicas o documentos técnicos encontrados como literatura gris: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia que presentaran indicaciones o recomendaciones con relación al manejo temprano y óptimo del dolor intraparto, publicados desde el año 2016 hasta la actualidad, publicadas en inglés o español.

Las fuentes de información fueron las bases de datos de literatura científica biomédica Medline, Embase, Pubmed.

7. DESARROLLO

SEDAR realizó una convocatoria entre todos sus afiliados a participar en el desarrollo e implementación de Guías de Práctica Clínica en Anestesiología, los afiliados que aceptaron participar fueron convocados a una jornada de capacitación para adopción de Guías de manejo realizada del 20 al 23 de marzo de 2019.

El equipo desarrollador se conformó con profesionales idóneos, con experiencia y reconocimiento en el tema objeto de la guía. Se contó con la participación de anesthesiólogos, también hicieron parte de este proceso expertos pertenecientes a otras áreas del conocimiento, como epidemiología clínica, expertos en calidad y en auditoria médica, se hicieron búsquedas de literatura médica; todo ello contribuyó con la identificación, evaluación y síntesis de la evidencia que sirvió de sustrato para la elección de las recomendaciones de la Guía a adoptar.

7.1. Tamizaje Primario

En las instituciones de Colombia, se acepta como norma de salud materna y fetal, la guía del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias: Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, para uso de profesionales de salud, publicada en el año 2013 - Guías No. 11-15. Esta guía aborda el tema de analgesia de forma breve, sin especificar beneficios de la técnica para la totalidad de madres que se presentan para un parto vaginal institucional.

A pesar de tener esta directriz, en la práctica del día a día dentro de las instituciones de tercer nivel, existe parcial uniformidad en la adopción de una conducta analgésica nacional.

Luego de realizar una búsqueda sistemática en bases de datos en internet (MEDLINE, PUBMED, SCIENCE DIRECT), se hizo un análisis de la bibliografía, buscando responder las siguientes preguntas ¿Se aborda el tema o tópico que se priorizó para la GPC? ¿En el título o resumen se menciona que es una guía de práctica clínica?, y se seleccionaron 2 guías que abordaban el tema priorizado y mencionaban en su título y resumen que son guías de práctica clínica.

7.1. Tamizaje Secundario

Tabla N° 1. Tamización Secundaria de GPC

Nombre de la guía: “NICE CUIDADO INTRAPARTO EN LA MUJERES SANAS Y SUS BEBÉS”.				Debe ser evaluada por AGREE II (Si/No)
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
Criterios para considerar que un documento es una GPC basada en evidencia				
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X			SI
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable?	X			
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	X			
¿Establece recomendaciones?	X			
Fecha de última búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años)	X			
Utiliza el sistema GRADE para calificación global de la evidencia	X			

Fuente: Herramienta 7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica, Adopción Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Guía metodológica en Internet. Edición 1a. Bogotá DC. 2017, Disponible en gpc.minsalud.gov.co.

7.3. Evaluación de la calidad de la guía

Se utilizó el instrumento Agree II como herramienta para evaluación de la calidad de la evidencia en el paso anterior.

Tabla N° 2. Resumen de la aplicación del Agree II

RESUMEN		
DOMINIO 1	ALCANCE Y OBJETIVO	100%
DOMINIO 2	PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS	100%
DOMINIO 3	RIGOR EN LA ELABORACIÓN	65%
DOMINIO 4	CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	100%
DOMINIO 5	APLICABILIDAD	33%
DOMINIO 6	INDEPENDENCIA EDITORIAL	88%
PROMEDIO		81%

Fuente: Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Consultado «día, mes, año», de <http://www.agreertrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>

7.4. Recomendaciones

1. Anime y ayude a la paciente a moverse y a adoptar las posiciones que ella perciba más comfortable para el trabajo de parto.
2. Si una mujer escoge usar técnicas de respiración y relajación en el trabajo de parto, apóyela en esta elección.
3. Incentive el uso de música durante el trabajo de parto, según la elección de la paciente.
4. Ofrezca a la mujer la oportunidad de trabajar en el agua para aliviar su dolor.
5. Para las mujeres que trabajan dentro del agua, monitorizar la temperatura de la paciente y del agua cada hora para asegurar que la paciente esté cómoda y no se torne febril. La temperatura del agua no debe ser mayor a 37.5°C.
6. Asegure que esté disponible Entonox (mezcla 50:50 de oxígeno y óxido nitroso) en todos los escenarios del parto, ya que puede reducir el dolor durante el trabajo de parto. Informe a la paciente que su uso le puede ocasionar mareo y náuseas.
7. Asegure que estén disponibles: meperidina, morfina u otros opioides, en todos los escenarios del trabajo de parto. Informe a la paciente que estos le brindarán un alivio limitado del dolor y que pueden ocasionar efectos colaterales significativos para ambos; a ella (somnia, náuseas, vómito) y a su bebé (depresión respiratoria de corta duración y somnolencia lo cual puede durar varios días).
8. Si se usa un opioide intramuscular o intravenoso, también administre un antiemético.
9. Información acerca de las técnicas de analgesia regional Si una paciente está pensando en una técnica regional de analgesia, hable con ella acerca de los riesgos, beneficios, y de las implicaciones para el trabajo de parto; incluyendo la organización y el tiempo empleados para la remisión a una unidad obstétrica si ella está en casa o en una unidad de parteras.
10. Aporte información sobre analgesia epidural, e incluya lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Está disponible solo en unidades obstétricas. • Proporciona un alivio del dolor más eficaz que los opioides. • No está asociado con dolor de espalda a largo plazo. • No está asociado con una primera etapa del trabajo de parto más prolongada ni con una mayor probabilidad de parto por cesárea. • Se asocia con una segunda etapa del trabajo de parto más prolongada y una mayor probabilidad de parto instrumental vaginal. • Se acompañará de un nivel más intensivo de monitorización y acceso intravenoso, por lo que la movilidad puede verse reducida.
11. Acuda a la solicitud de una paciente en trabajo de parto que solicita analgesia regional. Esto incluye a la paciente que tiene dolor severo en la fase latente (primera etapa) del trabajo de parto
12. Asegurar siempre acceso venoso antes de iniciar la analgesia regional.
13. No debe administrarse de forma rutinaria una precarga de líquidos o una infusión de mantenimiento antes de instalar la analgesia epidural con bajas dosis o una técnica combinada espinal-epidural

<p>14. Inicie las siguientes observaciones adicionales para las mujeres con analgesia regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la instalación de la analgesia regional o después de cada bolo de rescate (10 ml o más de la solución de dosis bajas), medir la presión arterial cada 5 minutos, durante 15 minutos. • Si no cede el dolor 30 minutos después de la administración de la solución de anestésico local/opioide; llame al anestesiólogo (a). • Evalúe del nivel de bloqueo sensitivo cada hora.
<p>15. Aconseje a la mujer que tiene analgesia regional, que se mueva y adopte la posición erguida que le resulte mas cómoda durante el trabajo de parto.</p>
<p>16. Una vez instaurada la analgesia, continúe con analgesia regional hasta que se complete la tercera etapa del trabajo de parto, y úsela en caso de requerir reparo de un desgarro perineal.</p>
<p>17. Después del diagnóstico de dilatación completa en una paciente con analgesia regional, acuerde un plan con ella, para asegurar que el parto tenga lugar dentro de las siguientes 4 h sin importar la paridad de la madre.</p>
<p>18. No use rutinariamente oxitocina en la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres con analgesia regional</p>
<p>19. Realice cardiotocografía continua durante al menos 30 minutos durante el establecimiento de la analgesia regional y después de la administración de cada bolo adicional de 10 ml. o más de la solución analgésica.</p>
<p>20. Use analgesia epidural o combinada espinal-epidural, para instaurar la analgesia regional durante el trabajo de parto.</p>
<p>21. Si se requiere analgesia rápida, use analgesia combinada epidural-espinal.</p>
<p>22. Instaura analgesia epidural - espinal combinada con bupivacaína y fentanil.</p>
<p>23. Instaurar la analgesia epidural con una baja concentración de una solución de anestésico local y opioide, por ejemplo, 10–15 ml de bupivacaína simple al 0.0625–0.1% con 1-2 mcg por ml de fentanil. La dosis inicial de anestésico local más opioide es esencialmente una dosis de prueba, así que adminístrela cuidadosamente para asegurar que no haya ocurrido una administración intratecal inadvertida del medicamento.</p>
<p>24. Usar bajas concentraciones de anestésico local y opioide (0.0625–0.1% de bupivacaína o equivalente combinado con 2,0 microgramos por ml de fentanilo) para el mantenimiento de la analgesia epidural durante el trabajo de parto.</p>
<p>25. Los métodos preferidos para el mantenimiento de la analgesia epidural son analgesia epidural controlada por la paciente o los bolos intermitentes administrados por los profesionales de la salud.</p>
<p>26. Considerar tanto los antagonistas H₂ como los antiácidos para la embarazada que recibe opioides o que tiene factores de riesgo que hacen más probable una anestesia general.</p>
<p>27. Informar a la paciente que puede tomar líquidos durante el trabajo de parto instaurado y que las bebidas isotónicas pueden ser más benéficas que el agua.</p>
<p>28. Informar a la paciente que puede consumir una dieta suave durante el trabajo de parto instaurado, a menos que haya recibido opioides, o que desarrolle factores de riesgo que le aumenten la probabilidad de requerir anestesia general.</p>

Fuente: Grupo desarrollador de guía.

8. ACTO ADMINISTRATIVO

Se realiza un acto administrativo por parte del Comité de educación de SEDAR por el cual se adopta parcialmente la GPC “NICE CUIDADO INTRAPARTO EN LAS MUJERES SANAS Y SUS BEBÉS”.

9. INDICADORES / Adopción - Implementación

EFICACIA:

- Porcentaje de avance en la implementación de la guía

No de asociados vinculados al proceso de despliegue de la guía

X 100

Total de asociados activos en el periodo

% de adherencia a la guía NICE para analgesia obstétrica

No de anestesiólogos con adherencia > al 90% a la guía NICE para analgesia obstétrica durante la atención de las pacientes sanas durante el parto

X 100

Sobre el total de anestesiólogos del servicio de ginecoobstetricia

10. PRODUCTO ESPERADO

Plan de Implementación

A continuación, se presenta tabla con cada una de las recomendaciones, especificando las barreras potenciales para su implementación y las estrategias para resolverlas.

10.1 Identificación Barreras y Facilitadores

RECOMENDACIÓN No.1	BARRERAS	FACILITADORES
Anime y ayude a la paciente a moverse y a adoptar las posiciones que ella perciba más comfortable para el trabajo de parto.	Tiempo para enseñar conductas y tácticas o expresiones para dirigirse y tranquilizar a las pacientes. Insumos para implementar sala de relajación y para contratación de instructor de técnicas de relajación, yoga, musicoterapia, biodanza, etc.	Brindar horas dentro del horario laboral para enseñar estas estrategias al personal de enfermería y a médicos tratantes sobre expresiones y técnicas de relajación. Además, crear un video educativo donde se instruya a las pacientes en un salón adecuado para estas terapias.
RECOMENDACIÓN No. 2	BARRERAS	FACILITADORES
Si una mujer escoge usar técnicas de respiración y relajación en el trabajo de parto, apóyela en esta elección.	Tiempo para enseñar conductas y tácticas o expresiones para dirigirse y tranquilizar a las pacientes. Insumos para implementar sala de relajación y para contratación de instructor de técnicas de relajación, yoga, musicoterapia, biodanza, etc.	Brindar horas dentro del horario laboral para enseñar estas estrategias al personal de enfermería y a médicos tratantes sobre expresiones y técnicas de relajación. Además, crear un video educativo donde se instruya a las pacientes en un salón adecuado para estas terapias.
RECOMENDACIÓN No. 3	BARRERAS	FACILITADORES
Incentive el uso de música durante el trabajo de parto, según la elección de la paciente.	Tiempo para enseñar conductas y tácticas o expresiones para dirigirse y tranquilizar a las pacientes. Insumos para implementar sala de relajación y para contratación de instructor de técnicas de relajación, yoga, musicoterapia, biodanza, etc.	Brindar horas dentro del horario laboral para enseñar estas estrategias al personal de enfermería y a médicos tratantes sobre expresiones y técnicas de relajación. Además, crear un video educativo donde se instruya a las pacientes en un salón adecuado para estas terapias.
RECOMENDACIÓN No. 4	BARRERAS	FACILITADORES
Ofrezca a la mujer la oportunidad de trabajar en el agua para aliviar su dolor.	Implicaciones en costos de construcción por adecuación de tinas y sitios para parto en el agua.	Revisión de bibliografía, evidencia que apoye el desarrollo del parto en el agua como seguirá y con mejoría en desenlaces materno fetales.
RECOMENDACIÓN No. 5	BARRERAS	FACILITADORES
Para las mujeres que trabajan dentro del agua, monitorizar la temperatura de la paciente y del agua cada hora para asegurar que la paciente esté cómoda y no se torne febril. La temperatura del agua no debe ser mayor a 37.5°C.	Implicaciones en costos de construcción por adecuación de tinas y sitios para parto en el agua.	Revisión de bibliografía, evidencia que apoye el desarrollo del parto en el agua como seguirá y con mejoría en desenlaces materno fetales.

RECOMENDACIÓN No. 6	BARRERAS	FACILITADORES
Asegure que esté disponible Entonox (mezcla 50:50 de oxígeno y óxido nitroso) en todos los escenarios del parto, ya que puede reducir el dolor durante el trabajo de parto. Informe a la paciente que su uso le puede ocasionar mareo y náuseas.	No disponibilidad de óxido nitroso en la mayoría de los centros de salud.	Socialización de los beneficios del apoyo analgésico del óxido nitroso, la facilidad de su utilización y su perfil de seguridad y costos al personal médico y administrativo de las instituciones de salud para gestionar la compra del sistema de administración.
RECOMENDACIÓN No. 7	BARRERAS	FACILITADORES
Asegure que estén disponibles: meperidina, morfina u otros opioides, en todos los escenarios del trabajo de parto. Informe a la paciente que estos le brindarán un alivio limitado del dolor y que pueden ocasionar efectos colaterales significativos para ambos; a ella (somnia, náuseas, vómito) y a su bebé (depresión respiratoria de corta duración y somnolencia lo cual puede durar varios días).	Tiempo para capacitar al personal de enfermería y de anestesiología sobre advertir los riesgos fetales y maternos.	Diseñar un plan de educación, socializar al personal de anestesia las recomendaciones de seguridad que deben dar a sus pacientes
RECOMENDACIÓN No. 8	BARRERAS	FACILITADORES
Si se usa un opioide intramuscular o intravenoso, también administre un antiemético.	No hay	Socialización de la recomendación. Satisfacción de la paciente, colaboración de la paciente.
RECOMENDACIÓN No. 9	BARRERAS	FACILITADORES
Información acerca de las técnicas de analgesia regional Si una paciente está pensando en una técnica regional de analgesia, hable con ella acerca de los riesgos, beneficios, y de las implicaciones para el trabajo de parto; incluyendo la organización y el tiempo empleados para la remisión a una unidad obstétrica si ella está en casa o en una unidad de parteras.	Ninguna	Socializar la recomendación.

RECOMENDACIÓN No. 10	BARRERAS	FACILITADORES
<p>Aporte información sobre analgesia epidural, e incluya lo siguiente:</p> <p>*Está disponible solo en unidades obstétricas.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Proporciona un alivio del dolor más eficaz que los opioides. •No está asociado con dolor de espalda a largo plazo. •No está asociado con una primera etapa del trabajo de parto más prolongada ni con una mayor probabilidad de parto por cesárea. •Se asocia con una segunda etapa del trabajo de parto más prolongada y una mayor probabilidad de parto instrumental vaginal. •Se acompañará de un nivel más intensivo de monitorización y acceso intravenoso, por lo que la movilidad puede verse reducida. 	<p>Compra de insumos para monitoria frecuente de madre y feto, disponibilidad de unidad de alta dependencia obstétrica</p>	<p>Exponer el impacto de manejar una materna de forma segura, con monitoria continua ante patologías con riesgos desde el punto de vista cardiovascular, renal, endocrino dentro de la unidad de alta dependencia obstétrica, así como la comparación en morbimortalidad</p>
RECOMENDACIÓN No. 11	BARRERAS	FACILITADORES
<p>Acuda a la solicitud de una paciente en trabajo de parto que solicita analgesia regional. Esto incluye a la paciente que tiene dolor severo en la fase latente (primera etapa) del trabajo de parto</p>	<p>Por parte de personal de ginecología y obstetricia, temor al inicio temprano de analgesia epidural por alargar tiempo a expulsivo.</p>	<p>Exposición de la ventaja en cuanto a bienestar materno y fetal, así como de la actitud colaboradora de la paciente cuando tiene el dolor controlado durante su fase activa de trabajo de parto y expulsivo.</p>
RECOMENDACIÓN No. 12	BARRERAS	FACILITADORES
<p>Asegurar siempre acceso venoso antes de iniciar la analgesia regional.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Ya implementado</p>
RECOMENDACIÓN No. 13	BARRERAS	FACILITADORES
<p>No debe administrarse de forma rutinaria una precarga de líquidos o una infusión de mantenimiento antes de instalar la analgesia epidural con bajas dosis o una técnica combinada espinal-epidural</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Socializar guía de manejo y riesgo de edema de pulmón y coagulopatía por sobredosificación de soluciones endovenosas.</p>
RECOMENDACIÓN No. 14	BARRERAS	FACILITADORES
<p>Inicie las siguientes observaciones adicionales para las mujeres con analgesia regional:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Durante la instalación de la analgesia regional o después de cada bolo de rescate (10 ml o más de la solución de dosis bajas), medir la presión arterial cada 5 minutos, durante 15 minutos. •Si no cede el dolor 30 minutos después de la administración de la solución de anestésico local/opioide; llame al anestesiólogo (a). •Evalúe del nivel de bloqueo sensitivo cada hora. 	<p>Ninguna</p>	<p>Socializar con auxiliares de enfermería y enfermeras intervalos para monitoria de las pacientes bajo analgesia epidural y su razón.</p>
RECOMENDACIÓN No. 15	BARRERAS	FACILITADORES
<p>Aconseje a la mujer que tiene analgesia regional, que se mueva y adopte la posición erguida que le resulte mas cómoda durante el trabajo de parto.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Socializar movimientos a realizar por la paciente teniendo en cuenta la infusión peridural instaurada.</p>

RECOMENDACIÓN No. 16	BARRERAS	FACILITADORES
Una vez instaurada la analgesia, continúe con analgesia regional hasta que se complete la tercera etapa del trabajo de parto, y úsela en caso de requerir reparo de un desgarro perineal.	Ninguna	Instaurar protocolo de sutura de desgarro perineal con presencia de catéter epidural, especificar dosis y medicamento.
RECOMENDACIÓN No. 17	BARRERAS	FACILITADORES
Después del diagnóstico de dilatación completa en una paciente con analgesia regional, acuerde un plan con ella, para asegurar que el parto tenga lugar dentro de las siguientes 4 h sin importar la paridad de la madre.	NO, conocido por todo el personal de auxiliares, enfermera, anestesiología.	Socializar tiempos de seguridad con personal implicado.
RECOMENDACIÓN No. 18	BARRERAS	FACILITADORES
No use rutinariamente oxitocina en la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres con analgesia regional	Desaprender conducta que a veces se realiza en algunas instituciones.	Anotar y exponer riesgos de parto precipitado, atonía uterina, riesgo fetal y materno, con auxiliares de enfermería, enfermeras, anestesiólogos, ginecólogos y paciente
RECOMENDACIÓN No. 19	BARRERAS	FACILITADORES
Realice cardiotocografía continua durante al menos 30 minutos durante el establecimiento de la analgesia regional y después de la administración de cada bolo adicional de 10 ml o más de la solución analgésica.	Desaprender conducta que a veces se realiza en algunas instituciones.	Anotar y exponer riesgos de parto precipitado, atonía uterina, riesgo fetal y materno, con auxiliares de enfermería, enfermeras, anestesiólogos, ginecólogos y paciente
RECOMENDACIÓN No. 20	BARRERAS	FACILITADORES
Use analgesia epidural o combinada espinal-epidural, para instaurar la analgesia regional durante el trabajo de parto.	Ninguna	Socialización de la guía.
RECOMENDACIÓN No. 21	BARRERAS	FACILITADORES
Si se requiere analgesia rápida, use analgesia combinada epidural-espinal.	Ninguna	Socialización de la guía.
RECOMENDACIÓN No. 22	BARRERAS	FACILITADORES
Instaure analgesia epidural - espinal combinada con bupivacaína y fentanil.	Ninguna	Socialización de la guía.
RECOMENDACIÓN No. 23	BARRERAS	FACILITADORES
Instaurar la analgesia epidural con una baja concentración de una solución de anestésico local y opioide, por ejemplo, 10–15 ml de bupivacaína simple al 0.0625–0.1% con 1-2 mcg por ml de fentanil. La dosis inicial de anestésico local más opioide es esencialmente una dosis de prueba, así que adminístrela cuidadosamente para asegurar que no haya ocurrido una administración intratecal inadvertida del medicamento.	Ninguna	Socialización de la guía.
RECOMENDACIÓN No. 24	BARRERAS	FACILITADORES

Usar bajas concentraciones de anestésico local y opioide (0.0625–0.1% de bupivacaína o equivalente combinado con 2,0 microgramos por ml de fentanilo) para el mantenimiento de la analgesia epidural durante el trabajo de parto.	Ninguna	Socialización de la guía.
RECOMENDACIÓN No. 25	BARRERAS	FACILITADORES
Los métodos preferidos para el mantenimiento de la analgesia epidural son analgesia epidural controlada por la paciente o los bolos intermitentes administrados por los profesionales de la salud.	Disponibilidad de bombas de PCEA.	Socialización de la guía
RECOMENDACIÓN No. 26	BARRERAS	FACILITADORES
Considerar tanto los antagonistas H ₂ como los antiácidos para la embarazada que recibe opioides o que tiene factores de riesgo que hacen más probable una anestesia general.	Credibilidad, concientización	Educación médica continuada. Socialización de la guía
RECOMENDACIÓN No. 27	BARRERAS	FACILITADORES
Informar a la paciente que puede tomar líquidos durante el trabajo de parto instaurado y que las bebidas isotónicas pueden ser más benéficas que el agua.	Ninguna	Socialización de la guía y de profilaxis para broncoaspiración, según la fisiología materna
RECOMENDACIÓN No. 28	BARRERAS	FACILITADORES
Informar a la paciente que puede consumir una dieta suave durante el trabajo de parto instaurado, a menos que haya recibido opioides, o que desarrolle factores de riesgo que le aumenten la probabilidad de requerir anestesia general.	Ninguna	Socialización de la guía y de profilaxis para broncoaspiración, según la fisiología materna

Fuente: Tomado de Universidad Nacional de Colombia Colciencias, Ministerio de Salud y Protección Social. 2012. Guía de detección temprana, diagnóstico, atención integral y seguimiento de Leucemias y Linfomas infantiles.

10.2 Estrategias para la implementación de la GPC adecuadas al contexto

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GPC ADECUADAS AL CONTEXTO	Una vez realizados los pasos para la adopción de la guía y sometidos a revisión por el grupo implementador y revisor interno, se socializará con el grupo de calidad institucional, y posteriormente con el grupo de profesionales implicados en el proceso de atención, y una representante de la asociación de pacientes de la institución. La difusión de la guía continuará en el servicio de Ginecología y obstetricia y quirófano, unidad de alta dependencia o unidad de cuidados intensivos obstétrica.
--	---

PASOS PARA LA ADOPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES	ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA IPS	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL
	Socialización de la guía con la gerencia de las instituciones donde se aplicará la guía.	4 Implementadores	A establecer	A establecer
	Taller de capacitación de la guía a profesionales Anestesiólogos y Ginecólogas de la institución que adoptará la guía	4 Implementadores	A establecer	A establecer
	Taller de capacitación de la guía a Auxiliares de Enfermería de salas de cirugía y de servicios de obstetricia y Ginecología, UCI Obstétrica y Unidades de Lata Dependencia.	4 Implementadores	A establecer	A establecer
	Redactar un resumen de la guía para consulta rápida, y didáctica y uso durante el procedimiento de analgesia del trabajo de parto, regional o sistémica, beneficios y signos de alarma.	4 Implementadores	A establecer	A establecer
	Publicación de la guía en los portales electrónicos institucionales con fin informativo y de consulta.			
	Diseñar ayudas didácticas y flujogramas para hacer visible la importancia del cumplimiento de la guía, dentro de las instalaciones donde se desarrollará el cuidado intraparto y la instauración de analgesia del trabajo de parto.	4 Implementadores	A establecer	A establecer
	Publicación de la guía en los portales electrónicos institucionales con fin informativo y de consulta.	4 Implementadores	A establecer	A establecer

NOTA	Se aclara que las recomendaciones relacionadas con la ayuda y soporte de partera en la unidad local de parteras, no se tuvieron en cuenta, porque en Colombia no existen programas formales de entrenamiento oficial de parteras para la detección de alteraciones en la evolución del trabajo de parto y en las complicaciones más comunes que pueden tener lugar.
------	---

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS Y DE DISEMINACIÓN	A QUIÉN VA DIRIGIDA	QUE INFORMACIÓN	RESPONSABLE
	Anestesiólogos	Guía de práctica clínica	Comité de Educación SEDAR
	Enfermeras y auxiliares dentro y fuera del quirófano	Guía de práctica clínica	Coordinador de educación del núcleo IPs donde se aplique la guía
	Representante de secretaria de Salud.	Resumen de guía de práctica clínica	SEDAR-Coordinador de Educación del núcleo
	Representante de pacientes	Resumen de guía de práctica clínica	SEDAR-Coordinador de Educación del núcleo
	Instituciones: servicio de calidad, gerencia.	Guía de práctica clínica	SEDAR-Coordinador de Educación del núcleo
	SEDAR	Publicación de la guía en el portal de la agremiación	Líder de Tecnología de SEDAR y Líder de Educación
	Personal Médico	Videos Educativos	Líder de Tecnología de SEDAR y Líder de Educación
	Pacientes	Videos Educativos	Comité de Educación Líder de Tecnología de SEDAR y Líder de Educación. Oficina de Calidad de IPs
TIEMPO ESTIMADO Y RECURSOS	RECURSOS NECESARIOS		VALOR ESTIMADO
	Monitoria básica para cada paciente que recibirá analgesia del trabajo de parto.		25.000.000 (5 monitores)
	Monitoria fetal continua para cada paciente que recibirá analgesia del trabajo de parto.		40.000.000 (5 monitores)
	Bomba de infusión de PCEA epidural para cada paciente.		15.000.000 (5 bombas)
	Disponibilidad de ayudas cognitivas con los algoritmos de manejo de intoxicación por anestésico local, riesgos de analgesia, y beneficios materno-fetales, dentro de la unidad donde se desarrolla.		500.000
	Disponibilidad de implementos para adecuación de sala de técnicas de analgesia intraparto, relajación , musicoterapia, recepción de ayudas educativas, videos ,etc.		1.000.000

Fuente: Organización para la Excelencia de la Salud - OES: Paso a Paso para Adopción, Implementación y Evaluación de GPC-MBE de acuerdo a lineamientos del Ministerio de Salud y el IETS. Seminario-Taller.

11. INFORMACIÓN PARA MANEJO CON EL GD

Se informa formalmente a NICE (National Institute for Health and Care Excellence), de la decisión del Comité de Educación de Sedar de la adopción parcial de la GPC “**CUIDADO INTRAPARTO EN LA MUJERES SANAS Y SUS BEBÉS**”.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE PRIORIZACION DE RECOMENDACIONES

Matriz de priorización de recomendaciones																												
Nombre de la guía: "NICE CUIDADO INTRAPARTO EN LA MUJERES SANAS Y SUS BEBÉS".														Fecha: marzo/mayo 2019														
Recomendaciones																												
Dimensión de priorización	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Impacto Potencial																												
Alto impacto en desenlaces relevantes al paciente	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Alto impacto en la disminución de la variabilidad	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Se asocia a mayor eficiencia en el uso de los recursos	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Promueve la equidad y elección de los pacientes	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Beneficio del soporte por parte del GDG durante el proceso de implementación																												
La intervención no hace parte de la atención estándar	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO
Implica cambios en la oferta de servicios	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
Implica procesos de reentrenamiento del personal de salud o el desarrollo de nuevas destrezas y competencias	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
Implica un cambio en la práctica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Implica la implementación de cambios en múltiples agencias	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Se prevén dificultades específicas en el proceso de implementación	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Otras consideraciones:	NO	NO	NO	NO HAY UN BENEFICIO CLARO		DISPONIBILIDAD DE EQUIPO	PCTE CON CONTRAINDICACION A REGIONAL			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Priorizada?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Se aplicará GLIA 2.0																												

Fuentes: adaptado del manual de National Institute for Health and Clinical Excellence (January 2009) The guidelines manual. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available from: www.nice.org.uk (19), y Handbook for the Preparation of Explicit Evidence-Based Clinical Practice Guidelines 2001. New Zealand Guidelines Group. www.nzgg.org.nz (17).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado Nunes V, Gholitabar M, Sims JM, Bewley S; Guideline Development Group. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014 Dec 3;349:g6886. doi: 10.1136/bmj.g6886. PMID: 25472418; PMCID: PMC4707719.
2. Gallos ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, Moorthy V, Tobias A, Deeks JJ, Widmer M, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Coomarasamy A. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 25;4(4):CD011689. doi: 10.1002/14651858.CD011689.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Dec 19;12:CD011689. PMID: 29693726; PMCID: PMC6494487.
3. National Guideline Alliance (UK). Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019 Mar. PMID: 31194308. Disponible en : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121/resources/intrapartum-care-for-women-with-existing-medical-conditions-or-obstetric-complications-and-their-babies-pdf-66141653845957>
4. Gomezese OF, Ribero BE. Analgesia obstetrica: Situación actual y alternativas. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2017;45:132–135. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v45n2/v45n2a10.pdf>
5. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology* 2016; 124:270–300 doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000935>.
6. Carvalho B, George RB, Cobb B, McKenzie C, Riley ET. Implementation of Programmed Intermittent Epidural Bolus for the Maintenance of Labor Analgesia. *Anesth Analg*. 2016 Oct;123(4):965-71. doi: 10.1213/ANE.0000000000001407. PMID: 27464978.
7. K. Saravanakumar, J.S. Garstang, K. Hasan, Intravenous patient-controlled analgesia for labour: a survey of UK practice, *International Journal of Obstetric Anesthesia*, Volume 16, Issue 3, 2007, Pages 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2007.01.010>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959289X07000155>)
8. 2019 surveillance of intrapartum care for healthy women and babies (NICE guideline CG190) [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019 Feb 27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550941/>
9. Suellentrop, Katherine, et al. “Monitoring Progress Toward Achieving Maternal and Infant Healthy People 2010 Objectives--19 States, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System

- (PRAMS), 2000-2003.” Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D.C. : 2002), vol. 55, no. 9, 2006, pp. 1-11.
10. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology* 2016; 124:270–300 doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000935>.
 11. Epsztein Kanczuk, Marcelo MD*; Barrett, Nicholas Martin MB BCh*; Arzola, Cristian MD, MSc*; Downey, Kristi MSc*; Ye, Xiang Y. MSc†; Carvalho, Jose C. A. MD, PhD* Programmed Intermittent Epidural Bolus for Labor Analgesia During First Stage of Labor: A Biased-Coin Up-and-Down Sequential Allocation Trial to Determine the Optimum Interval Time Between Boluses of a Fixed Volume of 10 mL of Bupivacaine 0.0625% With Fentanyl 2 µg/mL, *Anesthesia & Analgesia*: February 2017 - Volume 124 - Issue 2 - p 537-541 doi: 10.1213/ANE.0000000000001655
 12. Sng BL, Zeng Y, de Souza NNA, Leong WL, Oh TT, Siddiqui FJ, Assam PN, Han NR, Chan ES, Sia AT. Automated mandatory bolus versus basal infusion for maintenance of epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 17;5(5):CD011344. doi: 10.1002/14651858.CD011344.pub2. PMID: 29770432; PMCID: PMC6494589.
 13. Luthra A, Bajaj R, Jafra A, Jangra K, Arya VK. Anesthesia in pregnancy with heart disease. *Saudi J Anaesth*. 2017 Oct-Dec;11(4):454-471. doi: 10.4103/sja.SJA_277_17. PMID: 29033728; PMCID: PMC5637424.
 14. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;2012(3):CD009234. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2. PMID: 22419342; PMCID: PMC7132546.

GUÍA ADOPTADA Y TRADUCIDA

Cuidado intraparto para mujeres sanas y sus bebés.

Guía clínica.

Publicada en diciembre 3 de 2014.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

© NICE 2020. All rights reserved. Subject to Notice of rights (<https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-ofrights>).

Ultima actualización 21 febrero de 2017

Su responsabilidad

Las recomendaciones de esta guía representan la visión del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), obtenida después de realizar cuidadosas consideraciones de la evidencia disponible. Se espera que los profesionales y médicos implicados, ejerciendo su juicio, tengan en cuenta esta guía de forma completa, al mismo tiempo que sus necesidades individuales, las preferencias y valores de sus pacientes o las personas que están dentro del servicio. No es obligatorio aplicar las recomendaciones y la guía no invalida la responsabilidad de tomar decisiones adecuadas basadas en las circunstancias individuales, en acuerdo con las pacientes y sus familias o cuidadores.

Los proveedores de salud locales tienen la responsabilidad de facilitar que la guía sea aplicada para cuando los profesionales de forma individual y los servicios de salud requieran utilizarlos. Ellos deben realizar esta tarea basado en el contexto; teniendo en cuenta las prioridades locales y nacionales para habilitar y desarrollar servicios, y basados en deberes y buscando eliminar la discriminación, la cual es ilegal. Así permitiendo la igualdad de oportunidades y disminuyendo la inequidad en salud. Nada en esta guía debe ser interpretado de una forma que no coincida con estos principios.

Los proveedores tienen la responsabilidad de brindar una atención sostenible por el sistema de salud, deben evaluar y reducir el impacto ambiental de implementar las recomendaciones NICE, en cuanto sea posible.

Contenido

Recomendaciones

- 1.1. Lugar del nacimiento
- 1.2. Cuidado durante el parto
- 1.3. Primera etapa del trabajo de parto, fase latente
- 1.4. Evaluación inicial
- 1.5. Evaluación secundaria (ongoing)
- 1.6. Principios generales para remisión del cuidado
- 1.7. Cuidados durante el trabajo de parto establecido
- 1.8. Alivio de dolor en trabajo de parto: estrategias no regionales
- 1.9. Alivio del dolor en trabajo de parto: analgesia regional
- 1.10. Monitoría durante el trabajo de parto
- 1.11 Ruptura prematura de membranas al término
- 1.12. primera etapa del trabajo de parto
- 1.13. Segunda etapa del trabajo
- 1.14. Tercera etapa del trabajo de parto
- 1.15. Cuidado del recién nacido
- 1.16. Cuidado de la mujer después del nacimiento

Aplicando la guía a la práctica

Contexto

Más información

Recomendaciones para investigación

1. Modelos de cuidado dirigido por parteras
2. Efecto de suministrar información en el lugar del nacimiento
3. Consecuencias a largo plazo de planear el nacimiento en diferentes condiciones
4. Educación acerca de la fase latente del trabajo de parto
5. Hemorragia postparto

Apéndice A: Resultados adversos

Tabla A1. Números y proporciones de los componentes individuales del consenso de datos recolectados en el estudio Birthplace UC (2011).

Información actualizada

Esta guía reemplaza el documento CG55. Esta guía es la base de QS105.

Recomendaciones

Como se describió en el capítulo: Su cuidado, las personas tienen derecho a ser incluidas en las discusiones y en la toma de decisiones acerca de su cuidado.

Tomar decisiones usando las guías NICE, explica cómo usamos palabras para mostrar la fuerza (o certeza) de nuestras recomendaciones, y tiene información acerca de prescribir medicamentos (incluyendo uso no indicado en la etiqueta), las guías profesionales, estándares y leyes (incluyendo el consentimiento y la capacidad mental) y protección.

1.1 Lugar de nacimiento

Seleccionar el lugar de nacimiento

Mujer con bajo riesgo de complicaciones

1.1.1 Explique a las mujeres multíparas y nulíparas que tienen bajo riesgo de complicaciones que tener un parto es generalmente muy seguro para la mamá y su bebé. [2014]

1.1.2 Explíqueles a las mujeres multíparas y nulíparas que pueden elegir cualquier lugar para el parto (hogar, unidad de partera independiente, unidad de partera convencional o la unidad obstétrica) y apóyelas en su elección:

- Aconsejar a las mujeres multíparas de bajo riesgo que la planificación de dar a luz en casa o en una unidad dirigida por partera (independiente o convencional) es particularmente adecuada para ellas porque la tasa de intervenciones es menor y el resultado para el bebé no es diferente en comparación con una unidad obstétrica.
- Aconsejar a las mujeres nulíparas de bajo riesgo que la planificación de dar a luz en una unidad dirigida por partera (independiente o convencional) es particularmente adecuada para ellas porque la tasa de intervenciones es menor y el resultado para el bebé no es diferente en comparación con una unidad obstétrica. Explíqueles que si planean el parto en casa, existe un pequeño aumento en el riesgo de un resultado adverso para el bebé. [2014]

1.1.3 Utilizando las [tablas 1](#) y [2](#) , explique a las mujeres multíparas de bajo riesgo que:

- La planificación del parto en el hogar o en una unidad de partera independiente se asocia con una tasa más alta de parto vaginal espontáneo que la planificación del parto en una unidad de partera convencional, y estos 3 entornos están asociados con tasas más altas de parto vaginal espontáneo que la planificación del parto en una unidad obstétrica.
- La planificación del parto en una unidad obstétrica se asocia con una mayor tasa de intervenciones, como el parto vaginal instrumental, la cesárea y la episiotomía, en comparación con la planificación del parto en otros entornos.
- No hay diferencias en los resultados para el bebé asociadas con la planificación del parto en ningún entorno. [2014]

Tabla 1. Tasa de parto vaginal espontáneo, remisión a una unidad obstétrica e intervenciones obstétricas según lugar de parto planeado: mujeres multíparas de bajo riesgo. (fuentes: Birthplace 2011; Blix y colaboradores. 2012).

	Número de incidencias por cada 1000 nulíparas que tienen parto			
	Hogar	Unidad de partera independiente	Unidad de partera convencional	Unidad obstétrica
Parto vaginal espontáneo	984*	980	967	927*
Remisión a una unidad de obstetricia	115*	94	125	10**
Anestesia regional (epidural /espinal) ***	28*	40	60	121*
Episiotomía	15*	23	35	56*
Cesárea	7*	8	10	35*
Parto instrumentado (fórceps o ventosas)	9*	12	23	38*
Transfusión de sangre	4	4	5	8
* Figuras de Birthplace 2011 y Blix y col. 2012 (todas las demás cifras de Birthplace 2011). ** Tasa de transferencia estimada desde una unidad obstétrica hacia una unidad diferente debido a la falta de capacidad o experiencia. ***Blix reportó analgesia epidural y Birthplace reportó analgesia espinal o epidural.				

Tabla 2. Resultados para el bebé según lugar de nacimiento planificado: multíparas de bajo riesgo (fuente Birthplace 2011)

	Numero de bebés por cada 1000 nacimientos			
	Hogar	Unidad de partera independiente	Unidad de partera convencional	Unidad obstétrica
Bebes sin problemas médicos serios	997	997	998	997
Bebes con problemas médicos serios*	3	3	2	3
*En el estudio se combinaron problemas médicos graves: la encefalopatía neonatal y el síndrome de aspiración de meconio fueron los eventos adversos más comunes, y juntos representaron el 75% del total. Los mortinatos después del inicio de la atención en el trabajo de parto y la muerte del bebé en la primera semana de vida representaron el 13% de los eventos. Las fracturas de húmero y clavícula fueron resultados poco comunes (menos del 4% de los eventos adversos). Consulte la frecuencia de estos eventos en el apéndice A.				

1.1.4 Utilizando las [tablas 3](#) y [4](#), explique a las mujeres nulíparas de bajo riesgo que:

- La planificación del parto en el hogar o en una unidad de partera independiente se asocia con una tasa más alta de parto vaginal espontáneo que la planificación del parto en una

unidad de partera convencional, y estos 3 entornos están asociados con tasas más altas de parto vaginal espontáneo que la planificación del parto en una unidad obstétrica.

- La planificación del parto en una unidad obstétrica se asocia con una mayor tasa de intervenciones, como el parto vaginal instrumental, la cesárea y la episiotomía, en comparación con la planificación del parto en otros entornos.
- No hay diferencias en los resultados para el bebé asociados con la planificación del parto en una unidad de partera convencional, una unidad de partera independiente o una unidad obstétrica.
- La planificación del parto en el hogar se asocia con un pequeño aumento general (alrededor de 4 más por cada 1000 nacimientos) en el riesgo de que un bebé tenga un problema médico grave en comparación con la planificación del parto en otros entornos. [2014]

Tabla 3. Tasa de parto vaginal espontáneo, remisión a una unidad obstétrica e intervenciones obstétricas según lugar de nacimiento planificado: en nulíparas de bajo riesgo. (Birthplace 2011; Blix y colaboradores 2012)

	Incidencias por cada 1000 nulíparas que tienen parto			
	Hogar	Unidad de partera independiente	Unidad de partera convencional	Unidad obstétrica
Parto vaginal espontáneo	794*	813	765	688*
Remisión a una unidad de obstetricia	450*	363	402	10*
Anestesia regional (epidural /espinal) ***	218*	200	240	349*
Episiotomía	165*	165	216	242*
Cesárea	80*	69	76	121*
Parto instrumentado (fórceps o ventosas)	126*	118	159	191*
Transfusión de sangre	12*	8	11	16

* Figuras de Birthplace 2011 y Blix y col. 2012 (todas las demás cifras de Birthplace 2011).
 ** Tasa de remisión estimada desde una unidad obstétrica hacia una unidad diferente debido a la de capacidad o experiencia.
 *** Blix reportó analgesia epidural y Birthplace reportó analgesia espinal o epidural.

Tabla 4. Resultados para el bebé según lugar de nacimiento planificado. (fuente: Birthplace 2011)

	Numero de bebés por cada 1000 nacimientos			
	Hogar	Unidad de partera independiente	Unidad de partera convencional	Unidad obstétrica
Bebes sin problemas médicos serios	991	995	995	991
Bebes con problemas médicos serios*	9	5	5	5

*En el estudio se combinaron problemas médicos graves: la encefalopatía neonatal y el síndrome de aspiración de meconio fueron los eventos adversos más comunes, y juntos representaron el 75% del total. Los mortinatos después del inicio de la atención en el trabajo de parto y la muerte del bebé en la primera semana de vida representaron el 13% de los eventos. Las fracturas de húmero y clavícula fueron resultados poco comunes (menos del 4% de los eventos adversos). Consulte la frecuencia de estos eventos en el apéndice A.

1.1.5 Asegure que todos los profesionales de la salud, que estén involucrados en el cuidado de la mujer embarazada, estén familiarizados con los problemas médicos serios y su frecuencia, los cuales afectan al bebé (ver apéndice A), para ser capaces de dar información a la madre, en caso de que ella lo solicite. [2014]

1.1.6 Los proveedores de salud¹ deben asegurar que las 4 opciones de parto estén disponibles para todas las mujeres (en área rural o urbana). [2014]

1.1.7 Dar a la mujer la siguiente información, incluyendo las estadísticas locales, acerca de todos los partos locales:

- Acceso a una partera, incluyendo:
 - la posibilidad de ser atendida durante el trabajo de parto por una partera familiar.
 - la probabilidad de recibir atención personalizada durante el trabajo de parto (no necesariamente atendida por la misma partera todo el trabajo de parto).

Acceso a personal médico (obstetra, anestesiólogo y neonatólogo)

- El acceso a técnicas de alivio de dolor, incluyendo las piscinas para el parto, el uso de óxido nitroso (Entonox), otros medicamentos y analgesia regional.
- La probabilidad de ser transferido a una unidad obstétrica (si no es el sitio seleccionado por la materna), las razones por las que esto debe suceder y el tiempo que tarde). Consulte la tabla 5, si no hay datos locales disponibles. [2014]

Tabla 5. Motivos principales para el traslado a una unidad obstétrica (fuente: Birthplace 2011)

Razón fundamental de remisión a unidad obstétrica*	Número de mujeres remitidas (% del total de mujeres remitidas por cada lugar).		
	Desde su hogar (n= 3,529))	Desde unidad de partera independiente (n= 2,457)	Desde unidad de partera convencional. (n=4,4019)
Retardo en primera o segunda etapa de parto	1,14 (32.4%)	912 (37.1%)	1.54 (32.5%)
Frecuencia cardiaca fetal anormal	246 (7%)	259	477 (10,8%)
Solicitud de analgesia regional	180 (5,1)	163 (6,6%)	585(13.3%)
Tinción de líquido amniótico con meconio	432(12.2%)	301 (12,2%)	538 (12,2%)
Placenta retenida	250 (7%)	179 (7,3%)	203 (4,6%)
Reparación de trauma perineal	386 (10,9%)*	184 (7,5%)	369 (8,4%)
Razones neonatales (postparto)	180 (5,1%)	63 (2,6%)	5 (0,0%)
Otras	711 (20,1%)	396 (16,2%)	676 (16,3%)

*Motivo principal para remitir a una unidad obstétrica para cada mujer (puede existir más de una razón).

1.1.8 Si se desea una discusión adicional con la partera o con la paciente sobre el lugar del parto, solicitar apoyo de partera consultante o la supervisora de parteras y/ o un obstetra consultante si también existen dudas obstétricas. [2014]

1.1.9 No despreciar la visión o juicio personal de la mujer, sobre la elección del lugar del parto. [2014]

Condiciones médicas y otros factores que pueden afectar el lugar del parto planeado.

1.1.10 Use las tablas 6, 7, 8 y 9 como parte de una evaluación para la mujer que elige su lugar de nacimiento:

- Las tablas 6 y 7 muestran las condiciones médicas o situaciones en las cuales existe riesgo aumentado para la mujer o el bebé durante o muy cerca después del parto, donde el cuidado en una unidad obstétrica, se esperaría que reduzca este riesgo.
- Los factores listados en las tablas 8 y 9, no son razones para recomendar el parto en una unidad obstétrica, pero indican que se debe tener consideración adicional sobre las condiciones que rodean el parto.

- Discutir estos riesgos y el cuidado adicional que se puede brindar en la unidad obstétrica con la mujer, de tal forma que ella pueda realizar una decisión informada sobre el sitio del parto planeado. [2007, modificada 2014]

Tabla 6. Condiciones médicas que indican un riesgo aumentado y sugieren planear el parto en una unidad obstétrica.

Área de enfermedad	Condición médica
Cardiovascular	Enfermedad cardíaca confirmada Desorden hipertensivo
Respiratorio	Asma que requiere ajuste del tratamiento u hospitalización. Fibrosis quística
Hematológico	Hemoglobinopatías (anemia de células falciformes, beta talasemia mayor) Historia de enfermedades tromboembólicas Púrpura trombocitopénica inmune u otro desorden plaquetario o conteo de plaquetas menor de 100000. Enfermedad de Von Willebrand Desorden hemorrágico en la madre o el feto Anticuerpos atípicos que ponen en riesgo de enfermedad hemolítica al recién nacido.
Endocrino	Hipertiroidismo Diabetes
Infeccioso	Factores relacionados con estreptococo del grupo B donde se pueden recomendar antibióticos durante el trabajo de parto. Hepatitis B/C o anomalía de pruebas de función hepática. Portador o infectado con VIH Toxoplasmosis o mujer recibiendo tratamiento. Infección activa actual con varicela, rubeola, herpes genital en la mamá o el bebé. Tuberculosis en tratamiento.
Inmunológico	Lupus eritematoso Esclerodermia
Renal	Función renal anormal Enfermedad renal que requiere supervisión por nefrología.
Neurológico	Epilepsia Miastenia gravis Evento cerebrovascular previo
Gastrointestinal	Enfermedad hepática asociada con alteración de las pruebas de función hepática.
Psiquiátrico	Enfermedad que requiera hospitalización actual.

Tabla 7. Otros factores que indican alto riesgo y sugieren un parto en una unidad obstétrica.

Factor	Información adicional
Complicaciones previas	Pérdida fetal no explicada/ muerte neonatal o muerte previa relacionada con complicación intraparto. Recién nacido previo con encefalopatía neonatal Preeclampsia que requiere parto pretérmino Abrupcio de placenta con resultado adverso. Eclampsia Ruptura uterina Hemorragia postparto que requirió tratamiento adicional o transfusión. Placenta retenida con remoción manual en quirofano Cesárea Distocia de hombro
Embarazo actual	Parto múltiple Placenta previa Preeclampsia, o hipertensión inducida por el embarazo. Parto pretérmino o ruptura prematura de membranas Abrupcio de placenta Anemia, hemoglobina menor de 8.5 mg/dl, al inicio del trabajo de parto. Muerte intrauterina confirmada. Inducción del parto Abuso de sustancias Dependencia de alcohol que requiere tratamiento Diabetes gestacional Mala presentación: de nalgas o transversa. IMC mayor de 35 kg/m ² Hemorragia anteparto recurrente Feto pequeño para edad gestacional (menor al percentil 5 o reducción de la velocidad de crecimiento en ultrasonido) FCF anormal. Diagnóstico de poli u oligohidramnios por ecografía.
Historia ginecológica previa	Miomectomía, histerotomía

Tabla 8. Condiciones médicas que indican una evaluación individual cuando se planea el lugar del parto.

Enfermedad	Condición médica
Cardiovascular	Enfermedad cardíaca sin implicaciones intraparto
Hematológico	Anticuerpos atípicos que no pongan el niño en riesgo de enfermedad hemolítica. Rasgo de anemia de células falciformes Rasgo de Talasemia. Hemoglobina 8.5 a 10.5 mg/l al inicio del trabajo del parto.
Infecioso	Hepatitis B / C con pruebas de función hepática normal.

Inmune	Trastornos inespecíficos del tejido conectivo
Endocrino	Hipotiroidismo inestable que amerita ajuste del tratamiento.
Esquelético/Neurológico	Anormalidades espinales Fractura de pelvis Déficit neurológico.
Gastrointestinal	Enfermedad hepática sin alteración actual en la función hepática Enfermedad de Crohn Colitis ulcerativa.

Tabla 9. Otros factores que indican evaluación individual al planificar el lugar de nacimiento.

Factor	Información adicional
Complicaciones previas	Muerte fetal / neonatal con una causa conocida no recurrente. Preeclampsia desarrollada al término. Abrupcio de placenta con buen resultado. Historia de recién nacido previo mayor a 4.5 kg. Traumatismo extenso vaginal, cervical o perineal de tercer o cuarto grado Bebé a término previo con ictericia que requirió exanguino-transfusión.
Embarazo actual	Sangrado anteparto de origen desconocido. (episodio único después de 24h de gestación) IMC al ingreso 30–35 kg/m ² Presión sistólica de 140 mm Hg o diastólica de 90 mm Hg o mayor en dos ocasiones. Sospecha clínica o ecográfica de macrosomía Para 4 o mas Uso recreacional de drogas. Paciente bajo cuidado psiquiátrico actual Edad mayor de 35 años al ingreso
Indicaciones fetales	Anormalidad fetal
Historia ginecológica previa	Cirugía ginecológica mayor. Conización o escisión amplia de zona de transformación Fibromas

Experiencia de la mujer los diferentes escenarios

1.1.11 Para todas las mujeres que tienen parto sin importar la forma, deben seguir los principios anotados en la guía NICE para la experiencia del paciente en los servicios del NHS para adultos. [2014]

1.1.12 Para los proveedores, coordinadores y todos los profesionales de la salud; deben asegurar que, en todos escenarios del parto, exista una cultura de respeto por cada mujer como una experiencia emocionalmente intensa y significativa, así que la mujer que está registrada en los

controles debe ser tratada con compasión y se debe realizar un consentimiento informado. [2014]

1.1.13 La persona coordinadora del trabajo de parto debe explicar a la paciente y a su acompañante de forma adecuada el proceso del parto y las decisiones que pueden surgir durante su curso. [2014]

Atención personalizada en todos los escenarios de parto

1.1.14 Los servicios de maternidad deben:

- Brindar un modelo de cuidado que apoye la atención personalizada durante el trabajo de parto para todas las mujeres y comparar los servicios e identificar el personal excesivo o insuficiente mediante el uso de modelos de planificación de la fuerza de trabajo y/o la relación partera-mujer. [2014]

Organización de servicios y administración clínica

1.1.15 Asegurar que todas las mujeres que tienen un parto tengan acceso oportuno a la unidad obstétrica si se requiere remitir la paciente por razones médicas o porque ellas solicitan analgesia regional. [2014]

1.1.16 Los proveedores deben asegurar que existan:

- Protocolos rigurosos establecidos para la transferencia de la atención entre escenarios (ver también sección 1.6).
- Modelos de atención locales claros que garanticen la atención continua de la mujer que es remitida de un escenario a otro, incluyendo:
 - Al cruzar los límites del proveedor
 - En caso de que la unidad neonatal u obstétrica sea la más cercana al sitio de admisión o cuando la unidad local de parteras no tiene disponibilidad. [2014]

1.1.17 Los proveedores deben asegurarse de que existan estructuras de administración clínica multidisciplinaria para facilitar la supervisión en todos los escenarios. Estas estructuras deben incluir como mínimo; una partera (incluyendo una supervisora de parteras), un equipo con experiencia obstétrica, anestésica y neonatal, y representación de usuarios con el apoyo adecuado. [2014]

1.2 Atención durante el trabajo de parto

Comunicación

1.2.1 Tratar a todas las mujeres con respeto durante su trabajo de parto. Asegurese de que la mujer tenga autocontrol y participe en lo que le está sucediendo, y reconozca que la manera en la cual se le presta atención es clave para esto. Para facilitar esto, establecer una vía de comunicación con la embarazada, para definir cuáles son sus expectativas para el trabajo de parto y tener en cuenta la importancia el tono, el comportamiento y las palabras que se usan para apoyarla y guiarla durante el trabajo de parto. [2007]

1.2.2 Establecer comunicación con la paciente:

- Salude a la paciente con una sonrisa y una bienvenida personalizada, establezca sus necesidades de lenguaje, preséntese y explique su papel en su atención.
- Mantenga la calma durante el acercamiento de tal forma que su comportamiento le asegure a la embarazada que todo marcha bien.
- Toque la puerta y espere antes de entrar a la habitación de la paciente, respetando su espacio personal, y recomiende a las demás personas que sigan esta conducta.
- Pregunte cómo se siente la paciente y si hay algo que la preocupe en particular.
- Si la mujer tiene un plan de parto por escrito, léalo y discúptalo con ella.
- Evalúe los conocimientos previos de la madre acerca de las estrategias para afrontar el dolor y brinde información balanceada sobre las estrategias disponibles.
- Incentive a la paciente a que se adapte al ambiente para conocer sus necesidades individuales.
- Pídale permiso antes de todos los procedimientos o exámenes que se le realizarán, enfocándose en la mujer más que en la tecnología o documentación.
- Muéstrela a la paciente y a su acompañante cómo solicitar ayuda e indíquele que puede hacerlo las veces que sea necesario. Cuando deje la habitación permítale saber en qué momento regresará.
- Involucre a la paciente en cualquier entrega de turno a otro profesional, aun cuando se requiera otro profesional con experiencia adicional. [2007]

Movilización

1.2.3 Anime y ayude a la paciente a moverse y a adoptar la posición que ella perciba más confortable para el trabajo de parto. [2007]

Apoyo

1.2.4 Anime a la paciente para que acepte la ayuda de su acompañante, el que ella elija, durante el trabajo de parto. [2007]

Medidas de higiene

1.2.5 Si requiere limpieza vaginal, antes del examen físico, la paciente puede usar agua de grifo. [2007]

1.2.6 Las medidas rutinarias de higiene tomadas por el personal que cuida a la paciente durante el trabajo de parto, incluyendo la higiene de las manos, y el uso de guantes desechables no estériles, son adecuadas para reducir la contaminación cruzada entre mujeres, bebés y profesionales de la salud. [2007]

1.2.7 La elección del equipo de protección debe² basarse en la evaluación del riesgo de transmisión de microorganismos a la mujer y el riesgo de contaminación con sangre, orina, fluidos corporales, secreciones o excreciones, de la ropa y la piel del personal de salud³. [2007, modificada 2014]

1.3 Primera fase, fase latente del trabajo de parto

Definiciones del trabajo de parto latente y de la primera fase del trabajo establecida.

1.3.1 Para el propósito de esta guía, use las siguientes definiciones de trabajo:

- Fase latente, primera etapa: un periodo de tiempo, no necesariamente continuo, cuando:
 - Hay contracciones dolorosas
 - Hay algún cambio cervical, incluyendo borramiento cervical y dilatación hasta 4 cm.
- Primera fase del trabajo establecida cuando:
 - Hay contracciones dolorosas regulares y
 - Hay dilatación cervical progresiva desde 4 cm. [2007]

Educación y evaluación temprana.

1.3.2 Dar a todas las mujeres nulíparas la información antenatal sobre:

- Que esperar en la fase latente del trabajo
- Cómo manejar cualquier forma de dolor que perciba
- Cómo solicitar apoyo por el equipo de la partera y qué hacer en caso de emergencia. [2014]

1.3.3 Ofrecer educación antenatal a todas las mujeres nulíparas, sobre los signos del trabajo de parto, consistente en:

- Cómo diferenciar entre contracciones de Braxton Hicks y contracciones activas del trabajo de parto
- La frecuencia y duración esperada de las contracciones por minuto
- Cómo reconocer la salida de líquido amniótico (ruptura de membranas)
- Descripción de la pérdida vaginal normal. [2014]

1.3.4 Considerar una evaluación temprana del trabajo de parto por triaje telefónico realizado por una partera dedicada a todas las mujeres. [2014]

1.3.5 Considerar una evaluación temprana del trabajo de parto de cada mujer nulípara de bajo riesgo;

- En el domicilio (independiente del lugar de nacimiento planificado) o
- En un centro de evaluación donde ella planeó el parto (unidad obstétrica o unidad dirigida por partera), que comprende cuidado individualizado de la paciente durante al menos 1 hora. [2014]

1.3.6 Incluir lo siguiente en cualquier evaluación temprana del trabajo de parto:

- Preguntar a la paciente cómo está, cuáles son sus deseos y expectativas.
- Preguntar sobre la presencia de movimientos fetales y cualquier cambio.
- Brinde información sobre lo que la paciente debe esperar de la primera fase del trabajo de parto y cómo manejar el dolor que experimente.
- Dar información sobre que esperar cuando acceda a la atención
- Acordar un plan de atención con la mujer, incluida la orientación sobre a quien y cuando debe contactar
- Brindar orientación y apoyo al (los) acompañante (s) de la mujer. [2014]

1.3.7 El triaje de la partera debe documentar la orientación que le da a la mujer [2014]

1.3.8 Si una mujer solicita consejo o es atendida por contracciones dolorosas en la unidad de parteras o unidad obstétrica, y aún no está en trabajo de parto establecido:

- Reconocer que una paciente puede experimentar contracciones dolorosas sin cambios cervicales, y aunque ella no esté en trabajo de parto, puede pensar que está en trabajo según su propia definición.

- Ofrecer apoyo individualizado y analgesia si es necesario.
- Anímela a permanecer o regresar a su casa, a menos que hacerlo le genere un riesgo significativo de que pueda dar a luz sin una partera presente o se sienta angustiada. [2014]

Alivio del dolor

1.3.9 Aconsejar a la mujer y sus acompañantes, que realice ejercicios de respiración, la inmersión en agua y el masaje reducen el dolor durante la fase latente del trabajo. (Ver recomendación 1. 9.3) [2014]

1.3.10 No ofrezca o aconseje aromaterapia, yoga o acupresión para aliviar el dolor durante la primera fase del trabajo. Si una mujer desea usar cualquiera de estas técnicas, respete su decisión. [2014]

1.4 Evaluación inicial

1.4.1 Cuando se realiza una evaluación inicial de una mujer en trabajo de parto, escuche su historia y tenga en cuenta sus preferencias y sus necesidades psicosociales. [2014]

1.4.2 Realizar una evaluación inicial en el hogar, para determinar si el cuidado por partera en cualquiera de los escenarios es apto para la mujer, independientemente del plan previo. La evaluación debe comprender lo siguiente:

- Observación a la mujer:
 - Revise los controles prenatales (incluyendo todos los resultados de tamizaje prenatal) y discútalos con la paciente.
 - Pregúntele a ella sobre la duración, fuerza y frecuencia de sus contracciones.
 - Pregúntele sobre cualquier dolor que ella pueda experimentar y discuta sus opciones para el alivio del dolor.
 - Anote su pulso, presión y temperatura, y realice un uroanálisis.
 - Anote si tiene pérdidas vaginales.
- Observaciones del feto:
 - Pregunte a la mujer por los movimientos fetales en las últimas 24h.
 - Palpe el abdomen de la mujer, la altura uterina, la posición, presentación, y encajamiento de la presentación, la frecuencia y duración de las contracciones.
- Ausculte la frecuencia cardíaca fetal durante 1 minuto inmediatamente después de la contracción. Palpe el pulso de la mujer para diferenciar entre los latidos de ella y los del feto.

Adicionalmente (ver la recomendación 1.4.5):

- Si hay incertidumbre sobre si está en trabajo de parto instaurado, puede ser útil el examen vaginal después de un periodo de evaluación, aunque no siempre es necesario.
- Si la paciente parece tener un trabajo de parto establecido, realice el examen vaginal. [2014]

1.4.3 Remita la paciente a una unidad de obstetricia, siguiendo los principios generales para remitirla, descritos en la sección 1.6, si en la evaluación inicial observa cualquiera de los siguientes:

- Observaciones en la mujer:
 - Pulso por encima de 120 latidos /minuto en 2 ocasiones diferentes con 30 minutos de diferencia.
 - Una lectura única de aumento de la presión diastólica igual o mayor a 110 mm Hg, o aumento de la presión sistólica igual o mayor a 160 mm Hg.
 - Un aumento de la presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg o un aumento de la presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg en 2 lecturas consecutivas tomadas con 30 minutos de diferencia
 - Una lectura de 2+ de proteína en el uroanálisis y una sola lectura de presión arterial diastólica elevada (igual o mayor a 90 mmHg) o presión arterial sistólica elevada (igual o mayor a 140 mmHg)
 - Temperatura igual o mayor a 38°C en una lectura individual o más de 37.5°C en dos medidas consecutivas con 1h de diferencia.
 - Cualquier pérdida de sangre vaginal
 - Ruptura de membranas presenciada, por más de 24h antes del inicio del trabajo de parto (ver recomendación 1.15.25)
 - La presencia de meconio significativo (ver recomendación 1.5.2)
 - Dolor reportado por la mujer que difiere del dolor normalmente asociado con las contracciones.
 - Cualquier factor de riesgo anotado en la historia de la paciente que indique la necesidad de manejo por obstetra.
- Observaciones en el feto:
 - Cualquier presentación anormal, incluyendo la presentación de cordón
 - Situación transversa u oblicua.

- Presentación alta (4/5 – 5/5 palpable) o flotante en una mujer nulípara
- Sospecha de restricción del crecimiento intrauterino o de macrosomía
- Sospecha de anhidramnios o polihidramnios
- Frecuencia cardíaca fetal menor a 110 o mayor a 160 latidos/minuto.
- Una desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación intermitente
- Reducción de los movimientos fetales en las últimas 24 h reportado por la mujer.

Si ninguno de estos se observa, continúe con el cuidado guiado por partera a menos que la mujer solicite remisión. (vea también la recomendación 1.4.6). [2014]

1.4.4 Si cualquiera de los factores en la recomendación 1.4.3 son observados, pero el parto es inminente, evalúe si el nacimiento en la localización actual es preferible a remitir a la mujer a una unidad obstétrica y discuta esto con la partera coordinadora. [2014]

1.4.5 Cuando se realiza un examen vaginal:

- Estar seguro de que el examen es necesario y agregará información importante al proceso de toma de decisiones
- Reconocer que un examen vaginal puede ser muy angustiioso para una mujer, especialmente si ya tiene dolor, está muy ansiosa y se encuentra en un entorno desconocido
- Explicar el motivo del examen y lo que implicará
- Garantizar el consentimiento informado, la privacidad, la dignidad y la comodidad de la mujer
- Explique con sensibilidad los resultados del examen y cualquier impacto en el plan de parto a la mujer y su (s) acompañante (s) de parto. [2014]

Medición de la frecuencia cardíaca fetal como parte del examen inicial

1.4.6 Al primer contacto con una paciente en la que se sospeche o esté instaurado el trabajo de parto ofrezca auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, y en cada evaluación adicional:

- Use fonendoscopio de Pinard o ultrasonido-doppler.
- Ausculte inmediatamente después de una contracción por al menos 1 minuto y anótelo como un valor único.
- Si percibe aceleraciones y desaceleraciones anótelas.
- Palpe el pulso materno para diferenciar entre los latidos maternos y fetales. [2017]

1.4.7 Existe insuficiente evidencia sobre si la cardiotocografía en la evaluación inicial mejora los

desenlaces o causa riesgo para paciente y el feto, comparado con la auscultación intermitente sola, en una embarazada con bajo riesgo de complicaciones. [2017]

1.4.8 Si una mujer con bajo riesgo de complicaciones solicita cardiotocografía como parte de la evaluación inicial:

- Discuta los riesgos, beneficios y limitaciones de la cardiotocografía con ella, y apóyela en su elección
- Explíquele que, si ella está en un escenario sin disponibilidad de cardiotocografía, tendrá que ser remitida a una unidad obstétrica. [2017]

1.4.9 Ofrezca cardiotocografía si en la evaluación inicial se identifican cualquiera de los factores de riesgo, listados en la recomendación 1.4.3, y explique a la paciente por qué se le realiza este examen. (Ver también sección 1.10 sobre monitoreo fetal) [2017]

1.4.10 Ofrezca cardiotocografía si la auscultación intermitente indica anomalías de la frecuencia cardíaca fetal, explicar a la paciente la razón del examen. Si el trazo es normal después de 20 minutos (ver tabla 11, en la sección 1.10 sobre monitoreo fetal), retorne a la auscultación intermitente a menos que la paciente solicite tener cardiotocografía continua. [2017]

1.4.11 Si se sospecha muerte fetal, a pesar de una frecuencia cardíaca fetal aparentemente registrada, realice evaluación de la viabilidad fetal en tiempo real con ultrasonido. [2017]

1.5 Evaluación continua

1.5.1 Si se observa cualquiera de los siguientes signos en cualquier momento: remita a la paciente a una unidad obstétrica (siguiendo los principios generales para la remisión de la atención, descritos en la sección 1.6), a menos que los riesgos de la remisión superen los beneficios:

Observaciones en la mujer

- Pulso por encima de 120 latidos /minuto en 2 ocasiones diferentes.
- Una lectura única de aumento de la presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg, o una presión sistólica mayor de 160 mm Hg, en dos tomas consecutivas, tomadas con 30 minutos de diferencia.
- Una lectura de 2 + de proteínas en el uroanálisis y una lectura única de una presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg o aumento de la presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg.
- Temperatura mayor o igual a 38°C, en una lectura espontánea, o mayor a 37.5°C en dos

- medidas consecutivas con 1 hora de diferencia.
- Cualquier pérdida sanguínea vaginal
 - La presencia de meconio significativo (ver recomendación 1.5.2)
 - Dolor reportado por la mujer que difiere del dolor normalmente asociado con las contracciones.
 - Cualquier factor de riesgo anotado en la historia de la paciente que indique la necesidad de valoración por obstetra.
 - Retraso confirmado en la primera o segunda etapa del trabajo de parto
 - Solicitud de analgesia adicional en la paciente que tiene instaurada una técnica de analgesia regional.
 - Emergencia obstétrica: incluyendo hemorragia anteparto, prolapso de cordón, hemorragia postparto, convulsión materna, colapso o requerimiento de resucitación neonatal avanzada.
 - Placenta retenida.
 - Desgarro de tercer o cuarto grado u otro trauma perineal complicado que necesite sutura.

Observaciones en el feto

- Cualquier presentación anormal, incluyendo la presentación de cordón
- Situación transversa u oblicua.
- Presentación alta (4/5 – 5/5 palpable) o flotante en una mujer nulípara
- Sospecha de restricción del crecimiento intrauterino o de macrosomía
- Sospecha de anhidramnios o polihidramnios
- Frecuencia cardíaca fetal menor a 110 o mayor a 160 latidos/minuto.
- Una desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación intermitente

Si ninguno de estos se observa, continúe con el cuidado guiado por partera a menos que la mujer solicite remisión. (vea también la recomendación 1.4.6). [2014]

Presencia de meconio

1.5.2 Como parte de la evaluación inicial, documente la presencia o ausencia de meconio significativo. Este se caracteriza por ser líquido amniótico de color verde oscuro o negro, el cual es espeso o denso, o cualquier líquido teñido de meconio, que contenga grumos. [2014]

1.5.3 En caso de meconio significativo, asegure que:

- Profesionales de la salud capacitados en la toma de muestras de sangre fetal están disponibles durante el trabajo de parto y

- Profesionales de la salud capacitados en soporte vital neonatal avanzado están disponibles para el parto. [2014]

1.5.4 Si se presenta un meconio significativo, remita a la paciente a una unidad obstétrica, si está seguro de que es poco probable que el parto ocurra antes completar de la remisión. Siga los principios generales de remisión, descritos en la sección 1.6. [2014]

1.6 Principios generales para remisión de la paciente.

La transferencia de la atención se refiere al traslado del cuidado desde la unidad liderada por una partera a la unidad obstétrica. Esto puede o no involucrar el transporte de un lugar a otro. Las mujeres que está recibiendo cuidado dirigido por partera dentro de una unidad obstétrica, pueden transferir su atención a una atención dirigida por obstetricia sin necesidad de ser trasladadas.

1.6.1 Cualquier decisión sobre la remisión de la paciente, debe basarse en los hallazgos clínicos, discuta las opciones con la paciente y con su (s) acompañante (s). [2014]

1.6.2 Si contempla remitir la paciente:

- Hable con la mujer y su (s) acompañante (s) sobre las razones para esto y lo que ella puede esperar, incluyendo el tiempo necesario para remitirla a otro lugar
- Aclare cualquier duda que ella tenga, trate de calmar su ansiedad
- Asegure que sus preferencias sean respetadas y se obtenga su consentimiento informado. [2014]

1.6.3 Cuando organice la remisión de la atención, la partera que atiende a la paciente debe contactar la ambulancia (si corresponde) y a la partera coordinadora en la unidad obstétrica. La partera coordinadora debe transmitir la información a los profesionales de salud implicados (obstetra, anestesiólogo y neonatólogo). [2014]

1.6.4 Cuando se organice la remisión, asegure lo siguiente:

- Antes de remitir, la paciente se viste, es envuelta en una manta o cubierta de una forma que ella se sienta cómoda.
- La mujer debe sentirse tan cómoda como sea posible antes y durante la remisión.
- Cualquier persona de ambulancia u otro personal involucrado debe tener presente que algunas posiciones pueden poner incomodar o asustar a la paciente y afectar el trabajo de parto. Por esta razón, el personal adecuado debe ser educado sobre la adecuada movilización de la paciente y que posiciones son las adecuadas de acuerdo con los

protocolos de los servicios de ambulancias.

- Debe mantenerse la comunicación y el compañerismo. Explicar la logística de la remisión a la mujer y su compañero (os). Una partera que haya estado involucrada, en el cuidado de la mamá hasta ese momento debe viajar con la paciente y entregarla.
- Debe tenerse en cuenta en los arreglos de remisión que el acompañante pueda viajar con la paciente, dentro de la ambulancia si es lo que ella desea. Si esto no es posible, o no lo desea, verifique que el acompañante pueda organizar su propio transporte. [2014]

1.6.5 Si una paciente es remitida a una unidad obstétrica después del parto (ver sección 1.6), asegure que su bebé la acompañe. [2014]

1.7 Atención en el trabajo de parto instaurado

Apoyo en el trabajo de parto

1.7.1 Brinde atención personalizada a la mujer en trabajo de parto instaurado. [2007]

1.7.2 No abandone la paciente en trabajo de parto instaurado, a menos que sea por cortos periodos de tiempo o si la ella lo solicita. [2007]

1.7.3 Para obtener orientación sobre como asegurar la continuidad de la atención, consulte la [recomendación 1.4.1 de la guía NICE sobre la experiencia del paciente en los servicios del NHS para adultos](#) [2016]

Control de la acidez gástrica

1.7.4 No ofrezca antagonistas del receptor H₂, o antiácidos de forma rutinaria a mujeres de bajo riesgo. [2007]

1.7.5 Considerar tanto los antagonistas H₂ como los antiácidos para la embarazada que recibe opioides o que tiene factores de riesgo que hacen más probable una anestesia general. [2007]

1.7.6 Informar a la paciente que puede tomar líquidos durante el trabajo de parto instaurado y que las bebidas isotónicas pueden ser más benéficas que el agua. [2007]

1.7.7 Informar a la paciente que puede consumir una dieta suave durante el trabajo de parto instaurado, a menos que haya recibido opioides, o que desarrolle factores de riesgo que le aumenten la probabilidad de requerir anestesia general. [2007]

1.8 Alivio del dolor en el trabajo de parto: estrategias no regionales

Actitudes ante dolor y alivio de dolor en el parto

1.8.1 Los profesionales de la salud deben cuestionarse sobre cómo se deben expresar según sus creencias y valores, acerca del dolor durante el trabajo de parto y asegurar que su intervención apoye la selección de la paciente. [2007]

Estrategias de alivio del dolor

1.8.2 Si una mujer escoge usar técnicas de respiración y relajación en el trabajo de parto, apóyela en esta elección. [2007]

1.8.3 Si una mujer escoge usar técnicas de masaje aprendidas por su acompañante, durante el trabajo de parto, apóyela en esta elección. [2007]

1.8.4 Ofrezca a la mujer la oportunidad de trabajar en el agua para aliviar su dolor. [2007]

1.8.5 Para las mujeres que trabajan dentro del agua, monitorizar la temperatura de la paciente y del agua cada hora para asegurar que la paciente esté cómoda y no se torne febril. La temperatura del agua no debe ser mayor a 37.5°C. [2007]

1.8.6 Mantener aseadas las tinas y piscinas para el parto, usando un protocolo acordado con el departamento de microbiología y, en el caso de las piscinas para el parto, según la guía del fabricante. [2007]

1.8.7 No use inyecciones de pápulas de agua esteril. [2007]

1.8.8 No ofrezca acupuntura, acupresión o hipnosis, pero no detenga a la paciente que desee usar estas técnicas. [2007]

1.8.9 Incentive el uso de música durante el trabajo de parto, según la elección de la paciente. [2007]

Analgesia no farmacológica

1.8.10 No ofrezca estimulación eléctrica transcutánea (TENS) a las mujeres en trabajo de parto instaurado. [2007]

Analgesia inhalada

1.8.11 Asegure que esté disponible Entonox (mezcla 50:50 de oxígeno y óxido nitroso) en todos los escenarios del parto, ya que puede reducir el dolor durante el trabajo de parto. Informe a la paciente que su uso le puede ocasionar mareo y náuseas. [2007]

Opioides intravenosos o intramusculares

1.8.12 Asegure que estén disponibles: meperidina, morfina u otros opioides, en todos los escenarios del trabajo de parto. Informe a la paciente que estos le brindarán un alivio limitado del dolor y que pueden ocasionar efectos colaterales significativos para ambos; a ella (somnolencia, náuseas, vómito) y a su bebé (depresión respiratoria de corta duración y somnolencia que puede durar varios días). [2007]

1.8.13 Informe a la paciente que la meperidina, morfina u otros opioides pueden interferir con la lactancia. [2007]

1.8.14 Si se usa un opioide intramuscular o intravenoso, también administre un antiemético. [2007]

1.8.15 La mujer no debe entrar en el agua (piscina o tina de parto) hasta 2h después de la administración de un opioide, tampoco puede ingresar si está somnolienta. [2007]

1.9 Alivio del dolor durante el trabajo de parto: analgesia regional

Información acerca de las técnicas de analgesia regional

1.9.1 Si una paciente está pensando en una técnica regional de analgesia, hable con ella acerca de los riesgos, beneficios, y de las implicaciones para el trabajo de parto; incluyendo la organización y el tiempo empleados para la remisión a una unidad obstetrica si ella está en casa o en una unidad de parteras (siga los principios generales para la transferencia de la atención descrita en la sección 1.6). [2007, modificada en 2014]

1.9.2 Aporte información sobre analgesia epidural, e incluya lo siguiente:

- Está disponible solo en unidades obstétricas.
- Proporciona un alivio del dolor más eficaz que los opioides.
- No está asociado con dolor de espalda a largo plazo.
- No está asociado con una primera etapa del trabajo de parto más prolongada ni con una

mayor probabilidad de parto por cesárea.

- Se asocia con una segunda etapa del trabajo de parto más prolongada y una mayor probabilidad de parto instrumental vaginal.
- Se acompañará de un nivel más intensivo de monitorización y acceso intravenoso, por lo que la movilidad puede verse reducida. [2007, modificado en 2014]

Momento para una técnica de analgesia regional

1.9.3 Acuda a la solicitud de una paciente en trabajo de parto que solicita analgesia regional. Esto incluye a la paciente que tiene dolor severo en la fase latente (primera etapa) del trabajo de parto. [2007]

Atención y observaciones para la mujer con analgesia regional

1.9.4 Asegurar siempre acceso venoso antes de iniciar la analgesia regional. [2007]

1.9.5 No debe administrarse de forma rutinaria una precarga de líquidos o una infusión de mantenimiento antes de instalar la analgesia epidural con bajas dosis o una técnica combinada espinal-epidural. [2007]

1.9.6 Inicie las siguientes observaciones adicionales para las mujeres con analgesia regional:

- Durante la instalación de la analgesia regional o después de cada bolo de rescate (10 ml o más de la solución de dosis bajas), medir la presión arterial cada 5 minutos, durante 15 minutos.
- Si no cede el dolor 30 minutos después de la administración de la solución de anestésico local/opioide; llame al anestesiólogo (a).
- Evalúe del nivel de bloqueo sensitivo cada hora. [2007]

1.9.7 Aconseje a la mujer que tiene analgesia regional, que se mueva y adopte la posición erguida que le resulte mas cómoda durante el trabajo de parto. [2007]

1.9.8 Una vez instaurada la analgesia, continúe con analgesia regional hasta que se complete la tercera etapa del trabajo de parto, y úsela en caso de requerir reparo de un desgarro perineal. [2007]

1.9.9 Cuando se confirme la dilatación cervical completa, en una paciente con analgesia regional, debe retrasarse el pujo, por al menos una hora o por mayor tiempo si ella desea, excepto que tenga urgencia de pujar, o la cabeza del bebé sea visible, después recomiende activamente que puje durante las contracciones. [2007]

1.9.10 Después del diagnóstico de dilatación completa en una paciente con analgesia regional, acuerde un plan con ella, para asegurar que el parto tenga lugar dentro de las siguientes 4 h sin importar la paridad de la madre. [2007]

1.9.11 No use rutinariamente oxitocina en la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres con analgesia regional. [2007]

1.9.12. Realice cardiotocografía continua durante al menos 30 minutos durante el establecimiento de la analgesia regional y después de la administración de cada bolo adicional de 10 ml o más de la solución analgésica. [2007, modificado en 2014]

Instalación y mantenimiento de una técnica de analgesia regional

1.9.13 Use analgesia epidural o combinada espinal-epidural, para instaurar la analgesia regional durante el trabajo de parto. [2007]

1.9.14 Si se requiere analgesia rápida, use analgesia combinada epidural-espinal. [2007]

1.9.15 Instaure analgesia epidural - espinal combinada con bupivacaína y fentanil. [2007]

1.1.16 Instalar la analgesia epidural con una baja concentración de una solución de anestésico local y opioide, por ejemplo, 10–15 ml de bupivacaína simple al 0.0625–0.1% con 1-2 mcg por ml de fentanil. La dosis inicial de anestésico local más opioide es esencialmente una dosis de prueba, así que adminístrela cuidadosamente para asegurar que no haya ocurrido una administración intratecal inadvertida del medicamento. [2007]

1.1.17 Usar bajas concentraciones de anestésico local y opioide (0.0625–0.1% de bupivacaína o equivalente combinado con 2,0 microgramos por ml de fentanilo) para el mantenimiento de la analgesia epidural durante el trabajo de parto. [2007]

1.1.18 No utilice de forma rutinaria concentraciones altas de la solución de anestésico local (0,25% o más de bupivacaína o equivalente) para iniciar o mantener la analgesia epidural. [2007]

1.1.19 Los métodos preferidos para el mantenimiento de la analgesia epidural son analgesia epidural controlada por la paciente o los bolos intermitentes administrados por los profesionales de la salud. [2007]

1.10 Monitoreo durante el trabajo de parto

Medir la frecuencia cardiaca fetal.

1.10.1 No ofrezca cardiotocografía a mujeres con bajo riesgo de complicaciones en el trabajo de parto instaurado. [2017]

1.10.2 Ofrezca auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal a las mujeres con bajo riesgo de complicaciones, cuando se ha instaurado la primera etapa del trabajo de parto:

- Utilice estetoscopio de Pinard o un ultrasonido doppler.
- Realice auscultación intermitente inmediatamente después de una contracción por al menos un minuto y luego mínimo cada 15 minutos, y anote un valor.
- Anote las aceleraciones y desaceleraciones si se escuchan.
- Palpar el pulso materno cada hora, o más frecuentemente si existe dificultad entre latidos maternos y fetales. [2017]

1.10.3 Si tiene un monitoreo fetal de base, con aumento de FCF, o se sospechan desaceleraciones con auscultación intermitente, las acciones deben incluir:

- Realizar auscultación más seguido, por ejemplo, durante 3 contracciones consecutivas inicialmente
- Analizar todo el cuadro clínico, incluida la posición e hidratación de la mujer, la fuerza y frecuencia de las contracciones y las observaciones maternas.

Si se confirma un aumento de la FCF de base o desaceleraciones, las acciones adicionales incluyen:

- Pedir ayuda
- Instalar cardiotocografía continua explicar a la mujer y su acompañante por qué es necesaria
- Remitirla a una unidad obstétrica, siempre y cuando sea seguro y apropiado hacerlo (siga los principios generales para remitir una paciente, descritos en la sección 1.6). [2017]

1.10.4 Recomiende la cardiotocografía continua si cualquiera de los siguientes factores está presentes en la evaluación inicial (ver sección 1.4) o se detectan durante el trabajo de parto:

- Pulso materno mayor a 120 latidos por minuto en 2 ocasiones con 30 minutos de diferencia.
- Temperatura de 38°C en una toma única, o mayor o igual a 37.5°C en dos tomas consecutivas, con una hora de diferencia.

- Sospecha de corioamnionitis o sepsis.
- Reporte de dolor que es diferente del dolor normalmente asociado con las contracciones.
- Presencia de meconio significativo (como se definió en la recomendación 1.5.2).
- Sangrado vaginal fluido, que se desarrolla en el trabajo de parto.
- Hipertensión grave: Una lectura simple de presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o una presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmhg, medida entre las contracciones.
- Hipertensión: presión arterial sistólica mayor o igual a 140 o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm hg en dos tomas consecutivas, tomadas con 30 minutos de diferencia, medida entre contracciones.
- Una lectura de 2 + de proteínas en el uroanálisis y una lectura única de presión arterial sistólica elevada (mayor o igual a 140 mm Hg), o presión arterial diastólica elevada (mayor o igual a 90 mm Hg).
- Retraso de la primera fase o la segunda del trabajo de parto (ver recomendaciones 1.12.14, 1.13.3 y 1.13.4).
- Contracciones que duran más de 60 segundos (hipertonía) o más de 5 contracciones en 10 minutos (taquisistolia).
- Uso de oxitocina. [2017]

1.10.5 No ofrezca cardiotocografía continua a las mujeres quienes tienen meconio no significativo si no hay otros factores de riesgo. [2017]

1.10.6 No considerar la amniotomía únicamente en caso de sospecha de retardo en la primera fase del trabajo de parto instaurada, como indicación para iniciar cardiotocografía continua. [2007, modificada en 2014]

1.10.7 Resolver las dudas que la mujer tenga acerca de la cardiotocografía continua, y brindar la siguiente información a ella y a su acompañante:

- Explique que el monitoreo fetal continuo es usado para vigilar el latido del feto y las contracciones durante el trabajo de parto.
- Explique que puede limitar los movimientos de la madre.
- De detalles sobre los posibles hallazgos que pueden ocurrir.
- Explicar que un trazo normal indica que el bebé está acoplándose bien con el trabajo de parto.
- Explicar que los cambios en el patrón de la FCF durante el trabajo de parto son comunes y no necesariamente causan preocupación.

- Explique que si el trazo no es normal (ver tabla 11), habrá menor seguridad sobre la condición del bebé y se debe recomendar la monitoría continua.
- Explicar que las decisiones acerca de su cuidado de salud durante el parto y el nacimiento deben ser basadas en la evaluación de varios factores: incluyendo preferencias maternas, el estado actual de la madre y de su hijo, y también los resultados del monitoreo fetal. [2017]

1.10.8 Si la cardiotocografía se tomó por preocupación por aceleraciones durante la auscultación intermitente, pero el trazo es normal (ver tabla 11) después de 20 minutos, regrese a la auscultación intermitente a menos que la mujer solicite permanecer con cardiotocografía continua. (ver recomendación 1.4.8). [2017]

Telemetría

1.10.9 Ofrecer telemetría a cualquier mujer que requiera cardiotocografía continua durante el trabajo de parto. [2014]

Interpretación de trazo cardiotocográfico

1.10.10 Use las tablas 10 y 11 para interpretar los trazos y para guiar el manejo del trabajo de parto en pacientes que tienen monitoreo fetal continuo. Estas tablas incluyen las recomendaciones individuales sobre el monitoreo fetal (1.10.11 a 1.10.35), estimulación del cuero cabelludo fetal (1.10.38 y 1.10.39), muestra sanguínea fetal (1.10.40 a 1.10.55) y medidas de reanimación intrauterina (1.10.36 y 1.10.37) [2017]

Tabla 10. Descripción de los diferentes hallazgos del trazo cardiotocográfico.

Atención general

Realice una evaluación sistemática documentada de la condición de la mujer y del feto (incluyendo hallazgos en la cardiotocografía), cada hora, o más frecuentemente si hay alguna preocupación.

No tome ninguna decisión acerca de la atención de la madre durante el trabajo de parto, basándose únicamente en los hallazgos del monitoreo fetal.

Tenga en cuenta las preferencias de la mujer, cualquier factor de riesgo antenatal e intraparto, el bienestar actual de la mujer y del feto y el progreso del trabajo de parto.

Asegure que el enfoque de la atención permanezca en la mujer, más que en el trazo de monitoreo.

Permanezca con la mujer para continuar dando apoyo individualizado.

Hable con la mujer y su acompañante (es) sobre lo que está sucediendo y tenga en cuenta sus preferencias.

Principios de la interpretación del trazo cardiotocográfico (CTG).

Cuando se revisa el trazo CTG, evalúe y documente las contracciones y todos los 4 escenarios de la frecuencia cardíaca fetal: frecuencia basal, variabilidad basal, presencia o ausencia de desaceleraciones (características de las desaceleraciones variables * si están presentes); presencia de aceleraciones.

Si existe una frecuencia cardíaca fetal estable de base, entre 110 y 160 latidos por minuto y una variabilidad normal, continúe el cuidado usual porque el riesgo de acidosis fetal es bajo.

Si es difícil de categorizar o interpretar un trazo CTG, obtenga una revisión por una obstetra coordinador o una partera coordinadora.

Aceleraciones

La presencia de aceleraciones de la FCF, aún cuando se redujo la variabilidad de base, es generalmente un signo de que el bebé está saludable.

Descripción		Característica	
	Frecuencia cardíaca fetal (FCF) de base	Variabilidad de FCF de base	Desaceleraciones
Tranquilizador	110 a 160	5 a 25	Ninguna o tempranas. Desaceleraciones variables sin características preocupantes* por menos de 90 minutos.
No tranquilizador	100 hasta 109 † O 161 hasta 180	Menos de 5 durante 30 a 50 minutos O Más de 25 durante 15 a 25 minutos	Desaceleraciones variables sin características preocupantes* durante 90 minutos o más O Desaceleraciones variables con cualquier característica preocupante* en hasta el 50% de las contracciones durante 30 minutos o más O Desaceleraciones variables con cualquier característica preocupante* en más del 50% de las contracciones durante menos de 30 minutos O Desaceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones durante menos de 30 minutos, sin factores de riesgo clínicos maternos o fetales como sangrado vaginal o meconio significativo
Anormal	Por debajo de 100 O Por encima de 180	Menos de 5 durante más de 50 minutos O Más de 25 por más de 25 minutos O Sinusoidal	Desaceleraciones variables con cualquier característica preocupante* en más del 50% de las contracciones durante 30 minutos (o menos si hay algún factor de riesgo clínico materno o fetal [ver arriba]) O Desaceleraciones tardías durante 30 minutos (o menos si existen factores de riesgo clínicos maternos o fetales) O Bradicardia aguda o una única desaceleración prolongada que dura 3 minutos o más

Abreviatura: CTG, cardiotocografía.

* Considere lo siguiente en cuanto a características de desaceleraciones variables: duración superior a 60 segundos; reducción de la variabilidad de la línea de base dentro de la desaceleración; no volver a la línea de base; forma bifásica (W); sin acodamientos.

† Aunque una frecuencia cardíaca fetal inicial entre 100 y 109 latidos / minuto no es una característica tranquilizadora, continúe con la atención habitual si hay una variabilidad inicial normal y no hay desaceleraciones variables o tardías.

Tabla 11. Manejo basado en la interpretación de los trazos cardiotocográficos.

Categoría	Definición	Manejo
Normal	Todos los resultados son tranquilizadores	<ul style="list-style-type: none"> Continúe CTG (a menos que esta se iniciara a causa de preocupación derivada de la auscultación intermitente y no existen factores de riesgo en curso; Ver recomendación 1.10.8) y el cuidado habitual Hable con la mujer y su acompañante del parto sobre lo que está sucediendo
Sospechoso	1 monitoreo no tranquilizador Y 2 monitoreos tranquilizadores.	<ul style="list-style-type: none"> Corrija cualquier causa subyacente, tal como hipotensión, o hiperestimulación uterina Desarrolle una lista completa de observación y seguimiento maternos Inicie una o más medidas conservadoras* Informe al obstetra o a una partera coordinadora Desarrolle un plan para revisar el escenario clínico completo y los hallazgos de CTG Hable con la paciente y su acompañante sobre lo que está pasando y tenga en cuenta sus preferencias
Patológico	1 hallazgo anormal O 2 monitoreos no tranquilizadores	<ul style="list-style-type: none"> Obtenga una revisión por un obstetra o una partera coordinadora Excluya eventos agudos (por ejemplo, prolapso de cordón, sospecha de abrupcio de placenta, sospecha de ruptura uterina) Corrija cualquier causa subyacente, como hipotensión o hiperestimulación uterina Inicie 1 o más medidas conservadoras* Hable a la mujer y su acompañante acerca de lo que sucede y tenga en cuenta sus preferencias. Si el trazo CTG es aún patológico después de aplicar medidas conservadoras: <ul style="list-style-type: none"> solicite valoración nuevamente por obstetricia y por la partera coordinadora. Ofrezca estimulación digital del cuero cabelludo fetal (ver recomendación 1.10.38) y documente el resultado. Si la CTG es aún patológica después de la estimulación del cuero cabelludo fetal: <ul style="list-style-type: none"> Considere muestra de sangre fetal Considere acelerar el parto. Tenga en cuenta las preferencias de la paciente.

Necesidad de intervención urgente	Bradycardia aguda, o una desaceleración prolongada única por 3 minutos o más.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicite valoración urgente por el obstetra. • Si ha ocurrido un evento agudo (por ejemplo, prolapso del cordón, sospecha de abrupcio placentario, sospecha de ruptura uterina), acelere el parto. • Corrija cualquier causa subyacente, como hipotensión o hiperestimulación uterina. • Inicie 1 o más medidas conservadoras * • Haga los preparativos para un parto urgente • Hable con la paciente y su acompañante lo que está sucediendo y tenga en cuenta sus preferencias. • Acelere el parto si la bradicardia aguda persiste por 9 minutos. • Si la FCF se recupera en cualquier momento en los 9 minutos, reevalúe cualquier decisión para acelerar el parto, y discútalas con la paciente.
<p>Abreviación: CTG, cardiotocografía.</p> <p>*Si existe alguna preocupación acerca del bienestar fetal, advierta las posibles causas subyacentes e inicie una o más de las siguientes medidas conservadoras, basado en una evaluación de la (s) causa (s) más probables: incentive a la mujer a moverse o adoptar una posición diferente (evitar permanecer en supino); ofrezca líquidos intravenosos si la mujer está hipotensa; reduzca la frecuencia de las contracciones disminuyendo o suspendiendo la oxitocina si se está utilizando y/o administre un medicamento tocolítico (se recomienda terbutalina subcutánea 0,25 mg).</p>		

Atención general

1.10.11 Cuando una paciente está bajo monitoria fetal continua:

- Asegure que la atención se centre en la paciente, más que en el trazo.
- Permanezca con la paciente para continuar brindándole apoyo individualizado.
- Incentive y ayude a la mujer a estar movilizándose tanto como sea posible y a cambiar de posición con la frecuencia que lo desee.
- Monitoree la condición de la paciente y del bebé y tomar medidas inmediatas si es necesario
- Diferencie entre los latidos maternos y fetal cada hora o con mayor frecuencia si hay alguna preocupación.
- Asegure que el trazo CTG es de alta calidad, y piense en otras opciones si este no es el caso.
- Si es difícil de categorizar o interpretar un trazo cardiotocográfico obtenga una revisión por un obstetra coordinador o una partera coordinadora. [2017]

1.10.12 Cuando se revise el trazo de CTG, evalúe y documente las contracciones, según las características de la FCF:

- Frecuencia de base
- Variabilidad de base
- Presencia o ausencia de desaceleraciones y características de las desaceleraciones variables si están presentes. (ver recomendación 1.10.22)
- Presencia de aceleraciones [2017]

1.10.13 No tome ninguna decisión sobre el cuidado de la paciente basándose únicamente en los hallazgos del monitoreo, tenga en cuenta también:

- Sus preferencias
- Su informe de como se siente
- Su reporte de la percepción de los movimientos fetales
- La evaluación de su bienestar y comportamiento
- Las observaciones maternas, incluyendo la temperatura, presión, pulso
- si hay meconio o sangre en el líquido amniótico
- cualquier signo de sangrado vaginal
- cualquier medicación que esté tomando.
- La frecuencia de las contracciones
- Estadío y progresión del trabajo de parto
- Su paridad
- La respuesta fetal a la estimulación digital del cuero cabelludo si se realiza (ver recomendación 1.10.38 y 1.10.39)
- Los resultados de la muestra de sangre fetal, si se realiza. (ver recomendación 1.10.48). [2017]

1.10.14 Atención adicional: una evaluación sistemática de la condición de la paciente y su bebé (incluyendo hallazgos del monitoreo) cada hora. Si hay preocupación sobre los hallazgos del monitoreo, realice esta evaluación más frecuentemente. [2017]

Frecuencia cardiaca fetal de base

1.10.15 Use las siguientes clasificaciones para la línea de base de la FCF:

- Tranquilizador:
 - 110 a 160 lpm
- No tranquilizador:
 - 100 a 109 lpm (pero ver la recomendación 1.10.16)
 - 162 a 180 lpm.

- Anormal:
 - Por debajo de 100 lpm
 - Mayor de 180 lpm. [2017]

1.10.16 Cuando evalué una línea de base de la frecuencia cardiaca fetal, tenga en cuenta:

- Diferenciar entre los latidos cardiacos fetales y maternos
- La frecuencia cardiaca fetal usualmente será entre 110 a 160 lpm
- Aunque una FCF basal entre 100 a 109 lpm es una característica no tranquilizadora, continúe el cuidado usual, si hay una variabilidad normal y en ausencia de desaceleraciones variables o tardías. [2017]

Variabilidad de base

1.10.17 Use las siguientes denominaciones para la frecuencia cardiaca fetal basal:

- Tranquilizador:
 - 5 a 25 latidos /minuto
- No tranquilizador:
 - Menos de 5 latidos /minuto por 30 a 50 minutos
 - Más de 25 latidos /minuto por 15 a 25 minutos
- Anormal:
 - Menos de 5 latidos /minutos por más de 50 minutos
 - Más de 25 latidos/minuto por más de 25 minutos
 - Sinusoidal. [2017]

1.10.18 Cuando evalúe la variabilidad basal de la frecuencia cardiaca fetal, tenga en cuenta lo siguiente:

- La variabilidad de base usualmente será entre 5 y 25 lpm
- Existen periodos intermitentes de variabilidad inicial reducida, especialmente durante periodos de inactividad (sueño). [2017]

Desaceleraciones

1.10.19 Cuando describa las desaceleraciones en la FCF, especifique:

- El tiempo en relación a los picos de las contracciones
- la duración de las desaceleraciones individuales
- Si la FCF retorna o no a la línea de base
- Cuánto tiempo han estado presentes
- Si ocurren con el 50% de las contracciones
- La presencia o ausencia de una onda bifásica (W)
- Presencia o ausencia de acodamiento
- Presencia o ausencia de variabilidad reducida dentro de la desaceleración. [2017]

1.10.20 Describa las desaceleraciones como “tempranas”, “variables” o “tardías”. No use los términos “típica” o “atípica”, porque pueden confundir. [2017]

1.10.21 Use la siguiente clasificación para las desaceleraciones de la FCF:

- Tranquilizador
 - No desaceleraciones
 - Desaceleraciones tempranas
 - Desaceleraciones variables sin características preocupantes (ver recomendación 1.10.22) por menos de 90 minutos.
- No tranquilizador
 - Desaceleraciones variables sin características preocupantes por 90 minutos o más.
 - Desaceleraciones variables con cualquier característica preocupantes en hasta el 50% de las contracciones durante 30 minutos o más.
 - Desaceleraciones variables con alguna característica preocupante en mas del 50% de las contracciones durante menos de 30 minutos
 - Desaceleraciones tardías en mas del 50% de las contracciones durante menos de 30 minutos, sin riesgo materno o fetal; tal como sangrado vaginal o meconio significativo
- Anormal
 - Desaceleraciones variables con alguna característica preocupante en mas del 50% de las contracciones durante 30 minutos (o menos si hay algún factor de riesgo clínico de riesgo materno o fetal)

- Desaceleraciones tardías durante 30 minutos (o menos si hay cualquier factor de riesgo clínico fetal o materno)
- Bradicardia aguda, o una desaceleración prolongada única que dure más de 3 minutos o más. [2017]

1.10.22 Considere lo siguiente en cuanto a características de desaceleraciones variables:

- Duración mayor de 60 segundos
- Reducción de la variabilidad de la línea de base dentro de la desaceleración
- No volver a la línea de base
- Forma bifásica (W)
- Sin acodamientos. [2017]

1.10.23 Si se observan desaceleraciones variables sin características preocupantes (ver recomendación 1.10.22):

- Tenga en cuenta que son muy comunes, puede ser una característica normal en un trabajo de parto y parto no complicados, y usualmente resultan de la compresión del cordón.
- Pregunte a la mujer si quiere cambiar de posición o moverse. [2017]

1.10.24 Cuando evalúe las desaceleraciones en la FCF, tenga en cuenta:

- Las desaceleraciones tempranas son poco comunes, benignas, usualmente asociadas con compresión de la cabeza fetal.
- Las desaceleraciones tempranas sin rasgos anormales o no tranquilizadores en el monitoreo, no requieren una acción adicional de forma urgente. [2017]

1.10.25 Tome en consideración que cuanto más largas y tardías sean las desaceleraciones individuales, más alto el riesgo de acidosis fetal (particularmente si las desaceleraciones están acompañadas de taquicardia y variabilidad inicial reducida). [2017]

Aceleraciones

1.10.26 Tenga en cuenta lo siguiente al evaluar las aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal:

- a presencia de aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, incluso con una variabilidad inicial reducida, es generalmente una señal de que el bebé está sano
- La ausencia de aceleraciones en un trazo cardiotocógrafo por lo demás normal (ver tabla 11) no indica acidosis fetal. [2017]

Clasificación de los trazos

1.10.27 Clasifique los trazos de monitoreo así:

- Normal: todas las características son tranquilizadoras (ver tabla 10).
- Sospechoso: 1 característica no tranquilizadora y 2 características tranquilizadoras. (Note que si hay aceleraciones presentes es poco probable una acidosis fetal)
- Patológico:
 - 1 característica anormal o
 - Características no tranquilizadoras. [2017]

Manejo

1.10.28 Si existe frecuencia cardíaca fetal de base, entre 110 y 119 latidos por minuto, y una variabilidad normal, continúe el cuidado habitual, porque el riesgo de acidosis fetal es bajo. [2017]

1.10.29 Si hay una bradicardia aguda o una única desaceleración prolongada durante 3 minutos o más:

- Busque ayuda obstétrica con urgencia
- Si ha habido un evento agudo (por ejemplo, prolapso del cordón, sospecha de desprendimiento de placenta o sospecha de rotura uterina), acelerar el parto (ver recomendaciones 1.13.34 a 1.13.37)
- Corregir cualquier causa subyacente, como hipotensión o hiperestimulación uterina
- Iniciar una o más medidas conservadoras (ver recomendación 1.10.34)
- Hacer preparativos para un parto urgente
- Hablar con la mujer y su (s) acompañante (s) de parto sobre lo que está sucediendo y tener en cuenta sus preferencias
- Acelerar el parto si la bradicardia aguda persiste durante 9 minutos.

Si la frecuencia cardíaca fetal se recupera en cualquier momento hasta 9 minutos, reevalúe cualquier decisión para acelerar el parto, en conversación con la mujer. [2017]

1.10.30 Si el trazo del monitoreo es clasificado como patológico (ver recomendación 1.10.27):

- Obtenga una revisión por el obstetra o por la partera coordinadora
- Descarte los eventos agudos (prolapso de cordón, sospecha de desprendimiento de placenta o de ruptura uterina)
- Corrija cualquier causa subyacente, como hipotensión o hiperestimulación uterina.

- Inicie una o más medidas conservadoras (ver recomendación 1.10.34).
- Hable con la paciente y su acompañante (es) sobre lo que sucede y tenga en cuenta sus preferencias. [2017]

1.10.31 Si el trazo cardiotocográfico es aun patológico después de implementar medidas conservadoras:

- Obtenga revisión adicional por un obstetra y una partera coordinadora.
- Ofrezca estimulación digital del cuero cabelludo fetal (ver recomendación 1.10.38) y documente el resultado

Si el trazo CTG es aún patológico, después de la estimulación del cuero cabelludo fetal, considere:

- Muestra de sangre fetal (ver recomendaciones 1.10.40 a 1.10.55) o
- Acelere el parto (ver recomendaciones 1.13.34 a 1.13.37)

Tenga en cuenta las preferencias de la mujer. [2017]

1.10.32 Si el monitoreo se ha clasificado como sospechoso (ver recomendación 1.10.27):

- Corrija cualquier causa subyacente, como hipotensión o hiperestimulación uterina.
- Desarrolle una lista completa de exámenes a la madre
- Inicie una o más medidas conservadoras. (ver recomendación 1.10.34)
- Informe al obstetra o a una partera coordinadora
- Documente un plan para revisar el escenario clínico completo y los hallazgos del monitoreo
- Hable con la paciente y su acompañante sobre lo que está pasando y tenga en cuenta sus preferencias. [2017]

1.10.33 Si la monitoría está clasificada como normal (ver recomendación 1.10.27):

- Continúe monitoría fetal (a menos que el monitoreo se haya iniciado por preocupación derivada de la auscultación intermitente y no existen factores de riesgo actuales; ver recomendación 1.10.8) y preste la atención usual
- Hable con la paciente y su acompañante sobre lo que está sucediendo. [2017]

Medidas conservadoras

1.10.34 Si existe alguna preocupación sobre el bienestar fetal, vigile estrechamente y determine las posibles causas e inicie una o más de las siguientes medidas conservadoras, basadas en la evaluación de la causa (s) más frecuente (es):

- Incentive a la mujer a que se movilice y adopte una posición diferente (evitar estar en supino).
- Administre líquidos intravenosos si la mujer está hipotensa
- Reduzca la frecuencia de las contracciones:
 - disminuyendo o deteniendo la infusión de oxitocina si se está utilizando y/o
 - administre un medicamento tocolítico (se sugiere terbutalina 0.25 mg subcutáneo). [2017]

1.10.35 Informe al obstetra o a la partera coordinadora, cuando se implementen las medidas conservadoras. [2017]

Reanimación intrauterina

1.10.36 No use oxigenoterapia en la madre para resucitación fetal intrauterina, porque puede causarle lesión al feto (puede ser usada si existe indicación clara para la madre; como hipoxia o la preoxigenación antes de anestesia general). [2014]

1.10.37 No ofrezca amnioinfusión para la resucitación fetal intrauterina. [2014]

Estimulación del cuero cabelludo fetal

1.10.38 Si la monitoria es patológica (ver recomendación 1.10.27), ofrezca estimulación digital del cuero cabelludo fetal. Si esto logra una aceleración en la FCF, solo continúe con el muestreo de sangre fetal si el monitoreo aún es patológico. [2017]

1.10.39 Si la estimulación del cuero cabelludo fetal (durante el examen vaginal) ocasiona una aceleración en la FCF, anote esto como una señal de que el feto es saludable. Tenga esto en cuenta cuando se revise el escenario clínico completo. [2017]

Muestreo de sangre fetal

1.10.40 No realice muestreo de sangre fetal si:

- Ocurre un evento agudo (por ejemplo, prolapso de cordón, sospecha de abrupcio de

placenta, o sospecha de ruptura uterina) o

- El escenario clínico completo indica que el parto debe acelerarse o
- Existe contraindicación, incluyendo riesgo de transmisión de una infección materno fetal o riesgo para el feto por un trastorno hematológico. [2017]

1.10.41 Tenga precaución en las mujeres con sepsis o meconio significativo (ver recomendación 1.5.2), el muestreo de sangre fetal, puede ser falsamente tranquilizador, y siempre discútalos con el obstetra coordinador:

- Si el muestreo de sangre fetal es apropiado
- Cualquier resultado del procedimiento, si se realiza. [2017]

1.10.42 Antes de desarrollar o repetir el muestreo de sangre fetal, inicie medidas conservadoras, y ofrezca estimulación digital del cuero cabelludo fetal (ver recomendaciones 1.10.34 y 1.10.38). Solo continúe con el muestreo fetal si el trazo de monitoreo continúa patológico (ver recomendación 1.10.27). [2017]

1.10.43 Cuando se considere el muestreo, tenga en cuenta las preferencias de la paciente y el escenario clínico completo. [2017]

1.10.44 Cuando considere muestreo de sangre fetal, explique a la paciente y a su acompañante (s), lo siguiente:

- Por qué se realiza el examen y otras opciones disponibles, incluyendo los riesgos, beneficios y limitaciones de cada uno
- La muestra de sangre fetal se usará para medir el nivel de acidosis el cual puede ayudar a mostrar cómo él bebe está tolerando el trabajo de parto
- El procedimiento requerirá que la paciente se posicione para un examen vaginal, usando un dispositivo similar a un espéculo
- Se tomará una muestra de sangre de la cabeza del feto, realizando una pequeña herida en el cuero cabelludo. Esto cicatrizará rápidamente después del nacimiento, pero existe un pequeño riesgo de infección
- Los diferentes resultados del test pueden ser: normal, limítrofe y anormal, y las acciones que seguirán después de cada resultado son diferentes
- Si no se puede obtener una muestra de sangre fetal, pero existen aceleraciones de la FCF en respuesta al procedimiento, es un indicio motivador y en estas circunstancias puede no ser necesario acelerar el parto

- Si la muestra de sangre fetal no puede obtenerse y el trazo del monitoreo no ha mejorado, se aconseja preparar todo para acelerar el parto
- Se puede recomendar un parto por cesárea o parto instrumentado con (fórceps o ventosas), según los resultados de la muestra de sangre fetal. [2017]

1.10.45 No tome una muestra fetal durante o inmediatamente después de una desaceleración prolongada. [2017]

1.10.46 Tome la muestra de sangre fetal con la paciente en decúbito lateral izquierdo. [2017]

1.10.47 Para la interpretación de la muestra de sangre fetal, use la lectura del pH y la concentración de lactato. [2017]

1.10.48 Para analizar los resultados de la muestra de sangre fetal, use la siguiente clasificación:

- pH
 - Normal: 7.25 o mayor
 - Limítrofe: 7.21 a 7.24
 - Anormal: 7.20 o menor

O

- Lactato:
 - Normal menor o igual a 4.1 mmol/l
 - Limítrofe: 4.2 a 4.8 mmol/l
 - Anormal: Mayor o igual a 4.9 mmol/l. [2017]

1.10.49 Interprete los resultados de las muestras de sangre fetal teniendo en cuenta:

- Cualquier medida previa de pH o lactato y
- El escenario clínico de la paciente y del feto, por ejemplo; el grado de progresión del trabajo de parto. [2017]

1.10.50 Si la muestra de sangre fetal es anormal:

- Informe al obstetra coordinador y al equipo neonatal,
- Informe a la paciente y a su acompañante(s) lo que está sucediendo y

- Tenga en cuenta sus preferencias y acelere el parto (ver recomendaciones 1.13.34 a 1.13.37). [2017]

1.10.51 Si el resultado de la muestra de sangre fetal es limítrofe, y no hay aceleraciones en respuesta a la estimulación del cuero cabelludo fetal, considere tomar una segunda muestra de sangre fetal, no más de 30 minutos después de la primera, si esta aún está indicada por el monitoreo fetal. [2017]

1.10.52 Si el resultado de sangre fetal es normal y no existen aceleraciones en respuesta a la estimulación del cuero cabelludo fetal, considere tomar una segunda muestra de sangre fetal no más de una hora después, si aún está indicada por el monitoreo. [2017]

1.10.53 Discuta con el obstetra coordinador, la necesidad de una tercera muestra de sangre fetal. [2017]

Cuando no se puede obtener una muestra de sangre fetal

1.10.54 Si se intenta tomar una muestra de sangre fetal y no se puede obtenerla, pero la estimulación del cuero cabelludo fetal asociada da como resultado una aceleración de la frecuencia cardíaca fetal, decida si continuar el trabajo de parto o acelerar el parto a la luz de las circunstancias clínicas y en discusión con la mujer y el obstetra coordinador. [2017]

1.10.55 Si se intenta tomar una muestra de sangre fetal pero no se puede obtenerla y no ha habido mejoría en el trazo del cardiotocógrafo, acelere el parto (véanse las recomendaciones 1.13.34 a 1.13.37). [2017]

Registros

1.10.56 Para garantizar un registro preciso de la cardiotocografía:

- Asegúrese de que los relojes de fecha y hora en el cardiotocógrafo estén configurados correctamente
- Etiquetar los registros con el nombre de la mujer, la fecha de nacimiento y el número de hospital o el número del NHS, la fecha y el pulso de la mujer al inicio del seguimiento. [2014]

1.10.57 Las unidades individuales deben desarrollar un sistema para registrar los eventos intraparto relevantes (por ejemplo, examen vaginal, muestreo de sangre fetal y posicionamiento de analgesia epidural) en notas convencionales y / o en el monitoreo fetal. [2014]

1.10.58 Mantenga el trazo del monitoreo fetal por 25 años y, si es posible, almacénelos electrónicamente. [2007, modificada 2014]

1.10.59 En los casos en que exista la preocupación de que el bebé pueda experimentar un retraso en el desarrollo, fotocopie los trazos del monitoreo y almacénelos indefinidamente en caso de posibles resultados adversos. [2007, modificado en 2014]

1.10.60 Asegure que los sistemas de almacenamiento estén disponibles para todos los monitoreos fetales si se almacenan por separado de los registros de la paciente. [2007, modificada 2014]

1.10.61 Desarrollar sistemas de almacenamiento para garantizar que siempre se puedan localizar los trazos del monitoreo extraídos para cualquier propósito (como la gestión de riesgos o con fines didácticos). [2007, modificado en 2014]

1.11 Ruptura prematura de membranas a término

1.11.1 No realice un examen con espéculo si hay certeza de que las membranas se han roto. [2007]

1.11.2 Si no está seguro de si se ha producido la ruptura de membranas antes del trabajo de parto, realice un examen con espéculo a la paciente para determinar si las membranas se han roto. Evite el examen vaginal digital en ausencia de contracciones. [2007]

1.11.3 Aconseje a la mujer que presenta ruptura prematura de membranas a término, que:

- El riesgo de infección neonatal grave es del 1%, mientras que es del 0.5% para mujeres con membranas intactas
- El 60% de las mujeres con ruptura prematura de membranas iniciarán trabajo de parto dentro de las 24 horas
- La inducción del trabajo de parto⁴ es apropiada aproximadamente 24 horas después de la ruptura de membranas. [2007]

1.11.4 Hasta que se inicie la inducción o si la mujer elige el manejo expectante más allá de las 24 horas:

- No aplicar hisopos vaginales ni medición de proteína C reactiva materna
- Para detectar cualquier infección que pueda estar desarrollándose, aconseje a la mujer que registre su temperatura cada 4 horas durante las horas de caminata y que informe de inmediato cualquier cambio en el color u olor de las pérdidas vaginales

- Informar a la mujer que bañarse o ducharse no está asociado con un aumento de la infección, pero que tener relaciones sexuales si puede serlo. [2007]

1.11.5 Evalúe los movimientos fetales y la frecuencia cardiaca al contacto inicial y después cada 24h después de la ruptura de membranas, mientras la mujer no está en trabajo de parto y recomiende a la paciente que reporte inmediatamente cualquier reducción de los movimientos fetales. [2007]

1.11.6 Si el trabajo de parto no ha iniciado 24 h después de la ruptura de las membranas, aconseje a la paciente tener el parto en un sitio donde esté disponible el acceso a una unidad neonatal y debe permanecer en el hospital mínimo 12 h después del parto. [2007]

1.12 Primera etapa del trabajo de parto

Ver la recomendación 1.3.1 para la definición de la primera fase del trabajo de parto.

1.12.1 No ofrezca ni recomiende una intervención clínica si el trabajo de parto progresa normalmente y la mujer y el bebé están bien. [2007]

1.12.2 En todas las etapas del trabajo de parto, las mujeres que han abandonado la vía de atención normal debido al desarrollo de complicaciones pueden volver a ella si se resuelve la complicación. [2007]

Duración de la primera etapa del trabajo de parto

1.12.3 Informe a la mujer que, la duración de la primera etapa del trabajo de parto varía entre las mujeres:

- Los primeros trabajos de parto duran en promedio 8 horas y es poco probable que duren más de 18 horas
- Los segundos trabajos de parto y en adelante, duran en promedio 5 horas y es poco probable que duren más de 12 horas. [2007]

Observaciones durante la primera etapa del trabajo de parto establecido

1.12.4 No utilice rutinariamente la evaluación verbal usando la escala numérica de dolor. [2007]

1.12.5 Use un registro gráfico del trabajo de parto (partograma) una vez que se haya establecido el trabajo de parto. [2007]

1.12.6 Cuando el partograma incluya una línea de acción, utilice la recomendación de una línea de acción de 4 horas⁵ de la Organización Mundial de la Salud. [2007]

1.12.7 Registre las siguientes observaciones durante la primera etapa del trabajo de parto:

- Documente cada media hora la frecuencia de las contracciones
- Cada hora el pulso
- Cada 4 horas la temperatura y presión arterial
- Presencia de diuresis
- Ofrezca un examen vaginal (ver recomendación 1.4.5) cada 4 horas o si existe preocupación sobre la progresión o respondiendo a las preferencias de la paciente (después de la palpación abdominal y la evaluación de pérdidas vaginales). [2007]

Si se cumple alguna de las indicaciones de remisión (ver recomendación 1.5.1), transfiera a la paciente a una unidad de cuidado obstétrico. Siga los principios generales para la transferencia descritos en la sección 1.6. [2014]

1.12.8 Considere las necesidades psicológicas y emocionales de la paciente, incluyendo su deseo para aliviar el dolor. [2007]

1.12.9 Incentive a la mujer a comunicar su necesidad de analgesia en cualquier momento durante el trabajo de parto. [2007]

Intervenciones de rutina posibles en la primera etapa del trabajo de parto.

1.12.10 No ofrezca rutinariamente el paquete conocido como manejo activo del trabajo de parto (apoyo continuo uno a uno; estricta definición del trabajo de parto instaurado; amniotomía rutinaria temprana; examen vaginal rutinario cada 2 horas; oxitocina si el trabajo de parto se torna lento). [2007]

1.12.11 En un trabajo de parto que progrese normalmente, no desarrolle amniotomía rutinaria. [2007]

1.12.12 No use de rutina amniotomía temprana combinada con el uso de oxitocina. [2007]

Retraso en la primera etapa del trabajo de parto

1.12.13 Si hay un retraso en la primera fase del trabajo de parto instaurada, tenga en cuenta lo siguiente:

- Paridad
- Dilatación cervical
- Contracciones uterinas.
- Estación y posición de la presentación
- Estado emocional de la mujer
- Remisión al profesional de salud adecuado

Ofrezca a la paciente apoyo, hidratación y un alivio del dolor adecuado y eficaz. [2007]

1.12.14 Si se sospecha un retraso en el establecimiento de la primera etapa, evalúe todos los aspectos del progreso del trabajo de parto, incluidos:

- Dilatación cervical de menos de 2 cm en 4 horas para el primer trabajo de parto
- Dilatación cervical de menos de 2 cm en 4 horas o un enlentecimiento en el progreso del trabajo de parto para el segundo o los siguientes partos
- Descenso y rotación de la cabeza del bebé
- Cambios en la fuerza, duración y frecuencia de las contracciones uterinas. [2007]

Si se diagnostica una demora, transfiera a la mujer a una unidad obstétrica. Siga los principios generales para la transferencia de cuidados descritos en la sección 1.6. [2014]

1.12.15 Si sospecha retraso en la primera etapa del trabajo de parto establecido, debe considerarse amniotomía para todas las mujeres con membranas íntegras, después de explicar el procedimiento e informar que acortará el trabajo de parto en alrededor de una hora y que puede aumentar la fuerza y el dolor de las contracciones. [2007]

1.12.16 Independientemente de que la mujer haya aceptado la amniotomía o no, aconseje a todas las mujeres con sospecha de retraso en la primera etapa establecida del trabajo de parto que se realicen un examen vaginal 2 horas después y diagnostique el retraso si el progreso es inferior a 1 cm. [2007]

1.12.17 En el caso de mujeres con membranas intactas en las que se confirme un retraso en la primera etapa establecida del trabajo de parto, aconseje a la mujer que se someta a una amniotomía y que se repita el examen vaginal 2 horas después para confirmar si sus membranas están rotas o intactas. [2007]

1.12.18 Para todas las mujeres con retraso confirmado en la primera etapa del trabajo de parto:

- Remítalas a una unidad obstétrica, para realizar una revisión y una decisión acerca de las opciones de manejo, incluyendo el uso de oxitocina (siga los principios para transferencia de la atención, descritos en sección 1.6) [2014]
- Explique a la paciente que el uso de oxitocina después de la ruptura de membranas espontánea o artificial conducirá al parto, pero no influenciará la vía del parto u otros desenlaces. [2007]

1.12.19 Para una mujer múltipara con retraso confirmado en la primera etapa del trabajo de parto establecido, un obstetra debe desarrollar la evaluación completa incluyendo la palpación del abdomen y el examen vaginal, antes de tomar una decisión sobre el uso de oxitocina. [2007]

1.12.20 Ofrecer apoyo y alivio del dolor a todas las pacientes con retardo en la primera etapa instaurada del trabajo de parto. [2007]

1.12.21 Informe a la paciente que el uso de oxitocina incrementará la frecuencia y la fuerza de sus contracciones y que su uso implica que su bebé debe ser monitoreado continuamente. Ofrezca a la analgesia epidural a la paciente antes de iniciar el goteo de oxitocina. [2007]

1.12.22 Si se usa oxitocina, asegure que el tiempo entre incrementos de dosis no sea más frecuente que 30 minutos. Aumente el goteo de oxitocina hasta que se presenten 4 a 5 contracciones en 10 minutos. (Ver también recomendación 1.10.4.) [2007]

1.12.23 Aconseje a la paciente que tenga un examen vaginal 4 horas después de iniciar el goteo de oxitocina en el trabajo de parto establecido:

- Si la dilatación cervical ha aumentado en menos de 2 cm después de 4 horas de oxitocina, se requiere una revisión obstétrica adicional para evaluar la necesidad de una cesárea
- Si la dilatación cervical ha aumentado 2 cm o más, aconseje exámenes vaginales cada 4 horas. [2007]

1.13 Segunda etapa del trabajo de parto

Definición de la segunda etapa.

1.13.1 Para los propósitos de esta guía, use las siguientes definiciones:

- Segunda etapa pasiva del trabajo de parto
 - El hallazgo de una dilatación completa del cérvix antes o en ausencia de contracciones expulsivas involuntarias

- Inicio de la segunda etapa activa del trabajo de parto:
 - El bebé es visible
 - Contracciones expulsivas con el hallazgo de dilatación completa del cérvix u otros signos de dilatación completa.
 - Esfuerzo materno activo tras la confirmación de la dilatación completa del cérvix en ausencia de contracciones expulsivas. [2007]

Observaciones durante la segunda etapa

1.13.2 Desarrolle las siguientes observaciones en la segunda etapa del trabajo de parto, anote todas las observaciones en el partograma y evalúe si requiere transferir la atención (ver recomendación 1.5.1) [2007, modificada 2014]:

- Documente cada media hora la frecuencia de las contracciones. [2007]
- La presión arterial cada hora. [2007]
- La temperatura cada 4 horas. [2007]
- Presencia de diuresis. [2007]
- Realice un examen vaginal (ver recomendación 1.4.5) cada hora durante la segunda fase activa, o en respuesta a los deseos de la paciente (después de la palpación abdominal y la evaluación de las pérdidas vaginales). [2007]

Adicionalmente:

- Continúe teniendo en cuenta las necesidades emocionales y psicológicas de la paciente. [2007]
- Evaluar el progreso, que debe incluir el comportamiento de la mujer, la eficacia de pujar y el bienestar del bebé, teniendo en cuenta la posición y la estación del bebé al inicio de la segunda etapa. Estos factores ayudarán a decidir el momento de un examen vaginal adicional y cualquier necesidad de transferencia a la atención dirigida por obstetricia. [2007, modificado en 2014]
- Realice auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal, inmediatamente después de una contracción durante al menos 1 minuto, mínimo cada 5 minutos. Palpe el pulso de la paciente cada 15 minutos para diferenciar entre los dos latidos cardiacos. [2007, modificada 2014]
- Se debe considerar continuamente la posición, la hidratación, las estrategias de afrontamiento y el alivio del dolor de la mujer durante la segunda etapa. [2007]

Duración de la segunda etapa y definición de retraso

1.13.3 Para una mujer nulípara:

- El parto debe esperarse que tenga lugar dentro de las 3 horas posteriores al inicio de la segunda etapa activa en la mayoría de mujeres
- Diagnostique retraso en la segunda etapa activa del trabajo, cuando esta ha durado 2 horas y remita la paciente a un profesional de salud entrenado para realizar un parto vaginal operatorio si el parto no es inminente. [2007]

1.13.4 Para una mujer múltipara:

- Debe esperarse el parto dentro de las 2 horas posteriores al inicio de la segunda etapa activa en la mayoría de mujeres
- Diagnostique el retraso en la segunda etapa activa cuando esta ha durado 1 hora y remita la paciente a un profesional de salud entrenado para realizar un parto vaginal operatorio si el parto no es inminente. [2007]

1.13.5 Para una mujer nulípara, sospeche un retraso si el progreso (en términos de rotación y / o descenso de la presentación) es inadecuado después de 1 hora de la segunda etapa activa. Ofrezca un examen vaginal y luego una amniotomía si las membranas están intactas. [2007, modificado en 2014]

1.13.6 Para una mujer múltipara, sospeche un retraso si el progreso (en términos de rotación y / o descenso de la presentación) es inadecuado después de 30 minutos de la segunda etapa activa. Ofrezca un examen vaginal y luego amniotomía si las membranas están intactas. [2014]

1.13.7 Si se confirma la dilatación completa del cérvix en una paciente sin analgesia regional, pero ella no tiene deseo urgente de pujar, desarrolle una evaluación adicional después de una hora. [2007]

Oxitocina en la segunda etapa

1.13.8 Se debe considerar el uso de oxitocina, con la oferta de analgesia regional, para las mujeres nulíparas si las contracciones son inadecuadas al inicio de la segunda etapa del trabajo de parto. [2007]

La posición de la madre y el pujo en la segunda etapa

1.13.9 Desaconseje a la mujer permanecer en supino o semi-supino en la segunda etapa del

trabajo de parto y aconséjela para que adopte cualquier otra posición que ella encuentre más confortable. [2007]

1.13.10 Informe a la mujer que en la segunda etapa del trabajo ella debe dejarse guiar por su propia urgencia de pujar. [2007]

1.13.11 Si el pujo es inefectivo o si la paciente lo solicita, ofrezca estrategias para el parto, como apoyo, cambio de posición, vaciamiento de la vejiga y animar a la paciente. [2007]

Intervenciones para reducir el trauma perineal durante el parto

1.13.12 No realice masaje perineal en la segunda etapa del trabajo de parto. [2007]

1.13.13 Para facilitar el parto espontáneo se pueden emplear las técnicas de “manos en posición” (protegiendo el periné y flexionando la cabeza del bebé) o “manos en equilibrio” (las manos fuera del periné pero en la cabeza del bebé encajado). [2007]

1.13.14 No ofrezca lidocaína en spray en la segunda etapa del trabajo de parto. [2007]

1.13.15 No realice episiotomía rutinaria, durante un parto vaginal espontáneo. [2007]

1.13.16 Informe a cualquier mujer con antecedente de trauma perineal severo, que el riesgo de repetirse un trauma perineal severo no aumenta en un parto siguiente, cuando se compara con el riesgo de las mujeres que tienen su primer hijo. [2007]

1.13.17 No realice episiotomía rutinaria en un parto vaginal después de un desgarro perineal previo de tercer o cuarto grado. [2007]

1.13.18 En una mujer que ha tenido un desgarro perineal de tercer o cuarto grado realice un consentimiento informado, hable con la paciente sobre la forma del parto siguiente, incluyendo:

- La urgencia actual o síntomas de incontinencia
- El grado de trauma previo.
- El riesgo de recurrencia
- El éxito de la reparación realizada
- El efecto psicológico del trauma previo
- El manejo del trabajo de parto. [2007]

1.13.19 Informe a cualquier paciente con mutilación genital infibulada de los riesgos de dificultad con el examen vaginal, el cateterismo vesical, y la aplicación de electrodos en el

cuero cabelludo fetal. Infórmele los riesgos de retraso en la segunda etapa del trabajo y el riesgo de desgarro vaginal espontáneo, junto con la necesidad de una episiotomía anterior y posible necesidad de desinfibulación durante el trabajo de parto. [2007]

1.13.20 Si se realiza una episiotomía, la técnica recomendada es una episiotomía mediolateral que se origina en la horquilla vaginal y generalmente se dirige al lado derecho. El ángulo con el eje vertical debe estar entre 45 y 60 grados en el momento de la episiotomía. [2007]

1.13.21 Realice una episiotomía si existe una necesidad clínica como parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal. [2007]

1.13.22 Aporte una analgesia efectiva antes de realizar una episiotomía, excepto en caso de emergencia a causa de compromiso fetal agudo. [2007]

Parto en el agua

1.13.23 Informe a la mujer que no existe evidencia suficiente de alta calidad para apoyar o desaconsejar el parto vaginal en el agua. [2007]

Retardo en la segunda fase del trabajo de parto

1.13.24 Si existe retardo en la segunda etapa del trabajo de parto, o si la mujer está excesivamente estresada, es particularmente importante apoyar la paciente y sensibilizarse con la técnica de analgesia y/o anestesia según las necesidades de la paciente. [2007]

1.13.25 Un obstetra debe evaluar una mujer con retraso confirmado en la segunda etapa (después de la remisión de la paciente a una unidad de cuidado obstétrico, siguiendo los principios generales para la transferencia de la atención, descritos en la sección 1.6) antes de contemplar el uso de oxitocina. [2014]

1.13.26 Después de la evaluación obstétrica inicial de la paciente con retardo en la segunda etapa del trabajo de parto, facilite una revisión por el obstetra cada 15 a 30 minutos. [2007]

Parto vaginal instrumentado y retraso en la segunda etapa del trabajo.

1.13.27 Piense en ofrecer un parto vaginal instrumentado si existe preocupación sobre el bienestar del bebé o si hay una segunda etapa prolongada. [2007]

1.13.28 Reconozca que, en raras ocasiones, la necesidad de ayuda de la paciente en la segunda etapa puede ser una indicación para ayudar ofreciendo un parto instrumentado cuando los cuidados convencionales no han sido efectivos. [2007]

1.13.29 La elección del instrumento depende de un balance entre las circunstancias clínicas y la experiencia del médico. [2007]

1.13.30 El parto instrumentado es un procedimiento quirúrgico, por tal razón aconseje a la mujer una técnica de anestesia efectiva. [2007]

1.13.31 Si una mujer rechaza la anestesia, ofrezca un bloqueo del nervio pudendo, combinado con anestésico local en el periné durante un parto instrumentado. [2007]

1.13.32 Si existe preocupación por el compromiso fetal, ofrezca anestesia eficaz probada o, si el tiempo no lo permite, un bloqueo pudendo combinado con anestesia local en el periné durante el parto instrumentado. [2007]

1.13.33 Aconseje a la mujer tener una cesárea si el parto vaginal no es posible⁶. [2007]

Acelerando el parto

1.13.34 Si es necesario acelerar el parto por razones maternas o fetales, evalúe ambos: el riesgo para el bebe y la seguridad de la madre. La evaluación incluye:

- El grado de urgencia
- Hallazgos clínicos en el examen abdominal y vaginal
- Elección del modo de nacimiento (y si usar fórceps o ventosa si está indicado un parto instrumentado)
- Grado anticipado de dificultad, incluida la probabilidad de éxito si se intenta el parto instrumentado
- Localización
- En cualquier momento puede ser necesaria la transferencia a la atención dirigida por obstetricia
- La necesidad de analgesia o anestesia adicional
- Las preferencias de la mujer. [2014]

1.13.35 Hable con la paciente y con su acompañante(s) sobre por qué el parto debe ser acelerado y cuales son las opciones. [2014]

1.13.36 Informe al equipo sobre el grado de urgencia. [2014]

1.13.37 Registre la hora en la que se toma la decisión de acelerar el parto. [2014]

1.14 Tercera etapa del parto

1.14.1 Reconozca que el tiempo inmediatamente después del parto es cuando la mujer y su acompañante están conociendo su bebé. Asegure que cualquier cuidado e intervención sea sensible a este momento y minimice la separación o disrupción de la madre y el bebé. [2014]

Definición de la tercera etapa

1.14.2 Para el propósito de esta guía, use las siguientes definiciones:

- La tercera etapa del trabajo de parto es el tiempo desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta y de las membranas.
- El manejo activo de la tercera etapa del parto involucra un paquete de cuidados que incluye los siguientes componentes:
 - Uso rutinario de uterotónicos
 - Pinzamiento diferido y corte del cordón
 - Tracción controlada del cordón después de los signos de separación de la placenta
- El manejo fisiológico de la tercera etapa incluye un conjunto de cuidados que comprende:
 - El uso no rutinario de uterotónicos
 - El no clampear el cordón hasta que las pulsaciones se hayan detenido
 - Expulsión de la placenta por esfuerzo materno. [2014]

Tercera etapa prolongada

1.14.3 Diagnostique una tercera etapa prolongada del trabajo de parto, si no se da el alumbramiento completo de la placenta dentro de 30 minutos del parto con manejo activo o dentro de 60 minutos del parto con un manejo fisiológico. Siga las recomendaciones 1.14.21 to 1.14.28 para el manejo de una placenta retenida. [2014]

Observaciones durante la tercera etapa

1.14.4 Anote las siguientes observaciones para una mujer en la tercera etapa del trabajo de parto:

- Su condición física general, como lo demuestra su color, respiración y su propio informe de cómo siente
- Pérdidas vaginales. [2014]

1.14.5 Si hay hemorragia postparto, placenta retenida, colapso materno, o cualquier otra preocupación sobre el bienestar de la madre:

- remitirla a una unidad de cuidado obstétrico (siguiendo los principios generales de transferencia descritos en la sección 1.6)
- realice observaciones frecuentes para evaluar si es necesaria la resucitación. [2014]

Manejo activo y manejo fisiológico de la tercera etapa.

1.14.6 Explique a la mujer antes del parto sobre lo que ella espera con cada paquete de cuidado para el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto y los beneficios y riesgos asociados con cada uno. [2014]

1.14.7 Explique a la mujer que el manejo activo:

- Acorta la tercera etapa comparada con el manejo fisiológico
- Se asocia con náusea y vómito en 100 de cada 1000 mujeres
- Se asocia con un riesgo aproximado de 13 de cada 1000 de hemorragia de más de 1 litro
- Se asocia con un riesgo aproximado de 14 de cada 1000 de una transfusión de sangre. [2014]

1.14.8 Explique a la mujer que el manejo fisiológico:

- Se asocia con náuseas y vómito en 50 de cada 1000 mujeres
- Se asocia con un riesgo aproximado de 29 de cada 1000 de hemorragia de más de 1 litro
- Se asocia con un riesgo aproximado de 40 en 1000 de una transfusión sanguínea. [2014]

1.14.9 Discuta otra vez con la paciente en la evaluación inicial durante el trabajo de parto (ver sección 1.4) sobre las diferentes opciones para el manejo de la tercera etapa, y siempre apóyela durante el alumbramiento de la placenta, y pregunte si ella tiene alguna preferencia. [2014]

1.14.10 Aconseje a la mujer que tenga un manejo activo de la tercera etapa del parto, porque está asociado con un menor riesgo de hemorragia postparto y/o transfusión de sangre. [2014]

1.14.11 Si la paciente en bajo riesgo de hemorragia postparto solicita manejo fisiológico de la tercera etapa, apóyela en su elección. [2014]

1.14.12 Documente en los registros la decisión que se acordó con la mujer sobre el manejo de la tercera etapa. [2014]

1.14.13 Para un manejo activo, administre 10 UI de oxitocina, intramuscular con el alumbramiento del hombro anterior o inmediatamente después del nacimiento del bebé y antes de que el cordón sea clampeado y cortado. Use oxitocina porque se asocia con menores efectos adversos que la oxitocina más ergonovina. [2014]

1.14.14 Después de administrar oxitocina, pince y corte el cordón.

- No pince el cordón antes de 1 minuto después del nacimiento, a menos que exista preocupación sobre la integridad del cordón o que el bebé tenga menos de 60 latidos por minuto de FC y que no aumenta.
- Sujete el cordón antes de 5 minutos para realizar una tracción controlada como parte del manejo activo.
- Si la mujer solicita que el cordón se sujete y corte después de 5 minutos, apoye su decisión. [2014]

1.14.15 Después de cortar el cordón, realice una tracción controlada del mismo. [2014]

1.14.16 Realice una tracción controlada del cordón como parte del manejo activo, solo después de la administración de oxitocina y con signos de separación de la placenta. [2014]

1.14.17 Anote el tiempo de clampeo del cordón en el manejo activo y en el manejo fisiológico. [2014]

1.14.18 Recomiende un cambio de manejo fisiológico a manejo activo si alguno de los siguientes ocurre:

- Hemorragia
- No hay alumbramiento de la placenta dentro de 1 hora después del nacimiento del bebé. [2014]

1.14.19 Ofrezca un cambio del manejo fisiológico al manejo activo si la mujer desea acortar la tercera etapa. [2014]

1.14.20 No use infusión de oxitocina umbilical o prostaglandinas rutinarias en la tercera etapa del trabajo de parto. [2014]

Placenta retenida

1.14.21 Asegure un acceso venoso si la placenta está retenida, y explique a la paciente la razón del acceso. [2014]

1.14.22 No use agentes venosos umbilicales para el manejo de placenta retenida. [2014]

1.14.23 No use agentes oxitócicos intravenosos de forma rutinaria para lograr el parto de una placenta retenida. [2014]

1.14.24 Administre agentes oxitócicos intravenosos si la placenta es retenida y la mujer está sangrando excesivamente. [2014]

1.14.25 Si la placenta está retenida y hay preocupación sobre la condición de la madre:

- Ofrezca un examen vaginal para evaluar la necesidad de realizar una remoción manual de la placenta
- Explique que esto puede ser doloroso y aconséjele una técnica de analgesia. [2014]

1.14.26 Si la mujer reporta analgesia inadecuada durante la evaluación, detenga el examen y solucione lo inmediatamente. [2014]

1.14.27 Si se requiere una exploración uterina y la mujer no está aún en una unidad obstétrica, solicite la remisión urgente (siguiendo los principios generales de remisión de pacientes, descritos en la sección 1.6). [2014]

1.14.28 No realice una exploración uterina o una remoción manual de la placenta sin apoyo de anestesiología. [2014]

Hemorragia postparto

Factores de riesgo

1.14.29 Aconseje a la mujer con factores de riesgo para hemorragia postparto, tener el parto en una unidad obstétrica, donde existen más opciones disponibles para un tratamiento de emergencia.

- Los factores de riesgo prenatales:
 - Placenta previa retenida o hemorragia postparto previa
 - Hemoglobina materna por debajo de 8.5 mg/dl al inicio del trabajo de parto
 - Índice de masa corporal mayor de 35 kg/m²
 - Gran multípara (4 o más partos previos)
 - Hemorragia anteparto
 - Sobre distensión del útero (por ejemplo: embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía)
 - Anormalidades del útero

- Baja implantación de la placenta
- Edad materna mayor de 35 años

- Factores de riesgo en el trabajo de parto:
 - Inducción
 - Primera, segunda o tercera etapa prolongadas
 - Uso de oxitocina
 - Trabajo de parto precipitado
 - Parto operatorio o cesárea [2007]

1.14.30 Si una paciente tiene factores de riesgo para hemorragia postparto, resalte esto en sus notas, y realice una discusión con ella y un plan de atención que cubra la tercera etapa del trabajo de parto [2007].

Manejo

1.14.31 Si una mujer tiene hemorragia postparto:

- Solicite ayuda

- Dar tratamiento clínico de inmediato:
 - Realice vaciamiento de la vejiga
 - Masaje uterino
 - Medicamentos uterotónicos
 - Use líquidos endovenosos
 - Realice una tracción controlada del cordón si no se ha expulsado la placenta

- Evalúe continuamente la pérdida de sangre, la condición de la madre, e identifique la fuente del sangrado

- Dar oxígeno suplementario.

- Solicite la transferencia de la paciente a una unidad obstétrica (siguiendo los principios generales para remisión descritos en la sección 1.6). [2014]

1.14.32 Administre un bolo de uno de los siguientes agentes de primera línea para el tratamiento de la hemorragia postparto:

- Oxitocina (10 UI intravenosa) o
- ergonovina (0.5 mg intramuscular) o
- combinación de oxitocina y ergonovina (5 UI/ 0.5 mg intramuscular). [2014]

1.14.33 Ofrezca tratamiento de segunda línea para la hemorragia postparto si se necesita. Ningún uterotónico particular puede ser recomendado sobre el otro, las opciones incluyen:

- Repetir el bolo de:
 - Oxitocina (intravenosa)
 - Ergonovina (intramuscular o con precaución por vía intravenosa) u
 - Oxitocina y ergonovina combinadas (intramuscular)
- Misoprostol
- Infusión de oxitocina
- Carboprost (intramuscular). [2014]

1.14.34 Evalué la necesidad de opciones adyuvantes para manejar la hemorragia postparto continua, significativa, incluyendo:

- Ácido tranexámico (intravenoso)
- Rara vez, teniendo los factores de coagulación por lo demás normales, el uso de rFactor VIIa previa consulta con hematólogo. [2014]

1.14.35 Asigne a uno de los miembros del equipo para que permanezcan con la paciente y su acompañante, explique lo que está sucediendo y responda cualquier pregunta, y ofrezca apoyo durante la situación de emergencia. [2014]

1.14.36 Si la hemorragia continúa:

- Realice un examen bajo anestesia
- Asegúrese de que el útero esté vacío y repare cualquier trauma
- Considere taponamiento con balón antes de una opción quirúrgica. [2014]

1.14.37 Sea consciente de que ninguna cirugía en particular, puede ser recomendada sobre otra, para tratar la hemorragia postparto. [2014]

1.14.38 El servicio de maternidad y el de ambulancias, deben tener estrategias para responder rápidamente y apropiadamente si una mujer tiene hemorragia postparto en cualquier escenario. [2014]

1.15 Cuidado del bebé recién nacido

Evaluación inicial del recién nacido y del binomio madre-hijo

1.15.1 Anote el puntaje APGAR rutinariamente al minuto 1 y al minuto 5 de todos los nacimientos. [2007]

1.15.2 Anote el tiempo desde el nacimiento al inicio de las respiraciones regulares. [2014]

1.15.3 Si el bebe nació en pobre condición (basado en respiración, frecuencia cardiaca o tono anormales):

- Siga las recomendaciones: 1.15.13 a 1.15.18 para la resucitación neonatal y
- Tome muestras sucesivas de sangre de cordón para análisis de gases, después de pinzar el cordón usando 2 ligaduras.
- Continúe la evaluación y anote la condición del bebé hasta que mejore y se estabilice. [2014]

1.15.4 No tome muestras pareadas de sangre del cordón de forma rutinaria (para análisis de gases). [2014]

1.15.5 Asegure que una segunda ligadura, esté disponible siempre para permitir clampeo doble del cordón, en todos los escenarios de parto. [2014]

1.15.6 Anime a la madre a que esté en contacto piel a piel con su bebe tan pronto como sea posible después del nacimiento⁷. [2007]

1.15.7 Para mantener el bebé cálido, séquelo y cúbralo con una manta seca y tibia, o una toalla mientras lo mantiene en contacto piel a piel con su mamá. [2007]

1.15.8 Evite la separación de la mamá y su bebé dentro de la primera hora del nacimiento; para procedimientos postnatales rutinarios, por ejemplo, pesarlo, medirlo, o bañarlo a menos que estas medidas sean solicitadas por la mamá o sean necesarias para el cuidado inmediato del bebé⁷. [2007]

1.15.9 Incentive el inicio de la lactancia materna tan pronto como sea posible después del nacimiento, idealmente dentro de la primera hora⁷. [2007]

1.15.10 Anote la circunferencia de la cabeza, temperatura corporal, peso al nacer tan pronto como se pueda, poco después de la primera hora del nacimiento. [2007]

1.15.11 Desarrolle un examen inicial para detectar cualquier anomalía física y para identificar cualquier problema que requiera remisión. [2007]

1.15.12 Asegure que cualquier examen o tratamiento del bebé sea llevado a cabo con el consentimiento de los padres y en presencia de ellos, y si esto no es posible, que ellos tengan conocimiento. [2007]

Reanimación neonatal

1.15.13 En los primeros minutos después del nacimiento, evalúe la condición del bebé – específicamente la respiración, frecuencia cardíaca y tono, para determinar si se requiere reanimación, de acuerdo con las guías nacionales acreditadas de reanimación neonatal. [2014]

1.15.14 Todos los profesionales de salud indispensables, en el cuidado de la madre, durante el parto, deben realizar anualmente un curso de reanimación neonatal que esté acorde con las guías nacionales acreditadas en reanimación neonatal. [2014]

1.15.15 En todos los escenarios de nacimiento:

- Tenga en cuenta que puede ser necesario pedir ayuda si el bebé requiere reanimación y planee en consecuencia
- Asegure que estén disponibles los insumos de reanimación y un plan para remitir el recién nacido a otra localización si es necesario.
- Desarrolle vías de remisión emergentes para la mamá y el bebé, e implemente este si es necesario. [2014]

1.15.16 Si un recién nacido requiere resucitación básica, inicie con aire ambiente. [2014]

1.15.17 Minimice la separación del bebé y su madre, tenga en cuenta las circunstancias clínicas [2014]

1.15.18 Durante una situación de emergencia en la cual el bebé requiera resucitación, asigne a un miembro del equipo de salud para hablar y ofrecer apoyo a la mamá y su(s) acompañante(s). [2014]

Atención de los bebés en caso de presencia de meconio

1.15.19 En presencia de cualquier grado de meconio:

- No succione la vía aérea superior del bebé (nasofaringe y orofaringe) hasta el nacimiento de hombros y tronco

- No realice succión de la vía aérea superior del bebé (nasofaringe y orofaringe) si el bebé tiene una respiración, frecuencia cardíaca y tono normales.
- No intube si el bebé tiene respiración, frecuencia cardíaca y tono normales. [2014]

1.15.20 Si existe meconio significativo (ver recomendación 1.5.2), y el bebé no tiene una respiración, frecuencia y tono normales, siga las recomendaciones de la guía nacional acreditada, incluyendo, laringoscopia temprana y succión bajo visión directa. [2014]

1.15.21 Si existe meconio significativo y el bebé está saludable, obsérvelo cercanamente, dentro de una unidad neonatal, con acceso inmediato a un neonatólogo. Desarrolle estas observaciones en la hora 1 y 2 del nacimiento y luego cada 2 horas durante las primeras 12 horas de vida. [2014]

1.15.22 Si hubo meconio no significativo, observe el recién nacido en la hora 1 y 2, de vida para todos los escenarios de parto. [2014]

1.15.23 Si cualquiera de los siguientes síntomas se observa después de cualquier grado de meconio, solicite una revisión por neonatólogo (remita ambos a la paciente y su bebé si ellos están en casa o en una unidad ambulatoria de parteras, siguiendo los principios generales para transferencia de la atención descritos en la sección 1.6):

- Frecuencia respiratoria mayor a 60 por minuto
- Presencia de quejido
- Frecuencia cardíaca menor de 100 o mayor de 160 latidos por minuto
- Llenado capilar mayor de 3 segundos
- Temperatura corporal mayor o igual a 38 grados o de 37.5 grados en dos ocasiones con 30 minutos de diferencia
- Saturación de oxígeno menor de 95% (medir la saturación es opcional después de un meconio no significativo)
- Presencia de cianosis central, confirmada por oximetría de pulso si está disponible. [2014]

1.15.24 Explique los hallazgos a la mujer, e infórmela acerca de lo que debe esperar, indicar con quien consultar si ella tiene dudas o preocupación. [2014]

Recién nacidos a termino de mamás con ruptura prematura de membranas

1.15.25 Observe estrechamente, en todos los escenarios del parto, cualquier recién nacido a termino, hijo de una madre con ruptura prematura de membranas (más de 24h antes del inicio del trabajo de parto instaurado) durante las primeras 12 horas de vida (1 hora, 2 horas, 6 horas y 12 horas). Incluya la evaluación de:

- Temperatura
- Frecuencia cardíaca
- Frecuencia respiratoria
- Presencia de quejido
- Tiraje subcostal significativo
- Aleteo nasal
- Cianosis central, confirmada por oximetría de pulso si está disponible
- Perfusión de la piel evaluada por llenado capilar
- Hipotonía, bienestar general, alimentación

Si observa cualquiera de estos signos, solicite valoración por neonatología (remita a ambos a madre y al bebé si ellos están en casa o en una unidad ambulatoria de parteras, siguiendo los principios generales para remisión, descritos en la sección 1.6). [2014]

1.15.26 Si no hay signos de infección en la mujer, no de antibióticos para la mujer o el bebé, aun si las membranas se han roto por un periodo mayor a 24h. [2007]

1.15.27 Si hay evidencia de infección en la mujer, prescriba un esquema completo de antibióticos intravenosos de amplio espectro. [2007]

1.15.28 Aconseje a la mujer con ruptura prematura de membranas, que informe al profesional de salud inmediatamente sobre cualquier preocupación que tenga sobre el bienestar del bebé, los primeros 5 días después del nacimiento, particularmente en las primeras 12 horas cuando el riesgo de infección es mayor. [2007]

1.15.29 No realice cultivos de sangre, líquido cefalorraquídeo o superficies, a un bebé asintomático. [2007]

1.15.30 Remita el bebé con cualquier síntoma de sepsis, o hijo de una mujer quien tenga evidencia de corioamnionitis, a una unidad de cuidado neonatal inmediatamente. [2007]

1.16 Cuidado de la mujer después del parto

Evaluación inicial

1.16.1 Desarrolle las siguientes observaciones para la mujer después del parto:

- Anote su temperatura, pulso y presión arterial. Remita la paciente (con su bebé) a una unidad obstétrica si se cumplen cualquiera de las indicaciones relevantes listadas en la recomendación 1.5.1.

- Contracción uterina y loquios
- Examine la placenta y las membranas: evalúe su condición, estructura, vasos del cordón, y que ésta esté completa. Remita a la mujer (con su bebé) a una unidad obstétrica si la placenta está incompleta
- Evaluación temprana de la condición emocional y psicológica de la mamá en respuesta al trabajo de parto y parto
- Vaciamiento exitoso de la vejiga; evalúe si remite la mujer (con su bebé) a una unidad obstétrica después de 6h si la vejiga es palpable y si ella es incapaz de orinar

Si remite la paciente a una unidad obstétrica, siga los principios generales para remisión de pacientes, descritos en la sección 1.6. [2014]

Cuidado perineal

1.16.2 Defina trauma perineal o genital causado por desgarro o episiotomía de la siguiente manera:

- Primer grado: lesión solamente de la piel
- Segundo grado: lesión de los músculos perineales, pero no del esfínter anal
- Tercer grado: lesión del periné incluyendo el esfínter anal, incluye:
 - 3a – desgarro de menos de 50% del espesor del esfínter anal externo
 - 3b – desgarro de más del 50% del espesor del esfínter anal externo
 - 3c – desgarro que compromete el esfínter anal interno.
- Cuarto grado: lesión del periné que involucra un desgarro complejo del esfínter anal (interno y externo) y del epitelio anal. [2007]

1.16.3 Antes de evaluar un trauma genital:

- Explique a la mujer lo que planea y por qué
- Ofrezcale analgesia inhalatoria
- Asegure una buena iluminación
- Coloque a la paciente de tal forma que ella esté cómoda y que las estructuras vaginales puedan verse claramente. [2007]

1.1.4 Desarrolle un examen vaginal inicial, suavemente y con sensibilidad. Esto puede ser realizado en el periodo inmediatamente después del parto. [2007]

1.16.5 Si se identifica un trauma genital después del parto, ofrezca evaluación adicional sistemática, incluyendo un examen rectal. [2007]

1.16.6 Incluya lo siguiente en la evaluación sistemática del trauma genital:

- Explicación adicional sobre lo que se planea y porqué
- Confirmación por la mujer de una adecuada analgesia local o regional.
- Una evaluación visual de la extensión del trauma perineal para incluir las estructuras involucradas, el vértice de la lesión y evaluación del sangrado
- Evaluación rectal para definir si ha habido algún daño al esfínter anal interno o externo. Si hay cualquier sospecha de lesión de los músculos perineales. [2007]

1.16.7 Asegure que el tiempo de esta evaluación sistemática no interfiere con el binomio madre hijo a menos que la mujer tenga un sangrado que requiere atención urgente. [2007]

1.16.8 Ayude a la mujer para que adopte una posición que permita una evaluación visual adecuada del grado de trauma y para su reparación. Solo mantenga esta posición tanto tiempo como sea necesario para la evaluación y reparación sistemática, si no es posible evaluar el trauma, remita la paciente (con su bebé) a una unidad de cuidado obstétrico, siguiendo los principios generales para la transferencia de la atención, descritos en la sección 1.6. [2007, modificada en 2014]

1.16.9 Solicite consejo del obstetra o de una partera con experiencia si hay incertidumbre sobre la naturaleza y extensión del trauma perineal. Remita la paciente (con su bebé) a una unidad obstétrica (siguiendo los principios generales para la remisión de la paciente, descritos en la sección 1.6), si el reparo necesita la experticia y participación adicional de cirugía y anestesiología. [2007, modificada en 2014]

1.16.10 Documente la evaluación sistemática y sus resultados, de forma completa, si es posible gráficamente. [2007]

1.16.11 Todos los profesionales de salud relevantes, deben tener entrenamiento en la evaluación y reparo de un desgarró genital / perineal, y se debe asegurar que se mantengan estas competencias. [2007]

1.16.12 Realice el reparo perineal tan pronto como sea posible, para minimizar el riesgo de infección y pérdida de sangre. [2007]

1.16.13 Cuando se repare un desgarró perineal:

- asegúrese de evaluar que se haya instaurado una analgesia efectiva, usando infiltración con lidocaína al 1% hasta 20 ml, o su equivalente
- Titule la analgesia epidural o administre un anestésico espinal si es necesario. [2007]

1.16.14 Si la paciente reporta inadecuado alivio del dolor en cualquier punto, resuélvalo inmediatamente. [2007]

1.16.15 Aconseje a la paciente que, en ese caso de desgarro de primer grado, la herida será suturada buscando mejorar la cicatrización, a menos que los bordes de la piel estén muy opuestos. [2007]

1.16.16 Aconseje a la mujer que, en el caso de los desgarros de segundo grado, el músculo debe ser suturado buscando mejorar el cierre de la herida. [2007]

1.16.17 Si la piel es opuesta después de suturar el músculo en un desgarro de segundo grado, no hay necesidad de suturarla. [2007]

1.16.18 Si la piel requiere sutura, use una sutura continua subdérmica. [2007]

1.16.19 Realice el reparo perineal usando una técnica de sutura continua no bloqueada para la pared vaginal y la capa muscular. [2007]

1.16.20 Use sutura absorbible sintética para suturar el periné. [2007]

1.16.21 Ofrezca antiinflamatorios no esteroideos rectales rutinariamente después de un reparo de desgarro perineal de un desgarro de primero y segundo grado, si no están contraindicados estos medicamentos. [2007]

1.16.22 Observe los siguientes principios básicos cuando se desarrolla un reparo de un desgarro genital:

- Repare el trauma perineal usando técnicas asépticas
- Evalúe el equipo y cuente los aplicadores y agujas antes y después del procedimiento
- Es esencial una buena iluminación para ver e identificar las estructuras involucradas
- Asegure que los traumas de dificultad mayor sean reparados por una persona con amplia experiencia y se realicen bajo anestesia regional o general
- Inserte un catéter vesical durante 24 horas para prevenir la retención urinaria
- Asegure que se obtenga una buena alineación anatómica de la herida, y que se tenga en consideración un resultado estético

- Desarrolle un examen rectal después de completar la reparación para asegurar que el material de sutura no ha sido accidentalmente insertado a través de la mucosa rectal. Después de completar la reparación, anote un informe detallado sobre la extensión del trauma, el método de reparación y los materiales usados
- Brinde a la paciente información sobre la extensión del trauma, alivio del dolor, dieta, higiene y la importancia de los ejercicios pélvicos. [2007]

[1] Esto también puede incluir redes de proveedores.

[2] De acuerdo con la legislación vigente en materia de salud y seguridad (en el momento de la publicación de la directriz CG139 de NICE [marzo de 2012]): Ley de salud y seguridad en el trabajo de 1974, Reglamento de gestión de la salud y seguridad en el trabajo de 1999, Reglamento de salud y seguridad de 2002, Reglamento de Control de Sustancias Peligrosas para la Salud de 2002, Reglamento de Equipo de Protección Personal de 2002 y Ley de Atención Social y de Salud de 2008.

[3] Esta recomendación está adaptada de Infecciones asociadas a la atención médica: prevención y control en la atención primaria y comunitaria (2012), guía NICE CG139.

[4] El cuidado de las mujeres a quienes se les induce el parto está cubierto por la guía NICE sobre la inducción del parto.

[5] Anónimo (1994) Participación de la Organización Mundial de la Salud en el manejo del trabajo de parto. Programa de salud materna y maternidad sin riesgo de la Organización Mundial de la Salud. Lancet 343: 1399–404. Véase también la Encuesta multipaís de la OMS sobre salud materna y neonatal.

[6] Consulte la guía NICE sobre cesárea.

[7] Las recomendaciones relacionadas con la atención posnatal inmediata (dentro de las 2 horas posteriores al nacimiento) se han adaptado de la guía NICE sobre atención posnatal hasta 8 semanas después del nacimiento; por favor refiérase a esto para orientación adicional sobre la atención después del nacimiento.

Llevando la guía a la práctica

NICE ha producido herramientas y recursos para ayudarlo a poner en práctica esta guía.

Poner en práctica las recomendaciones puede llevar tiempo. El tiempo puede variar de una guía

a otra, y depende de cuánto cambio se necesite en la práctica o los servicios. La implementación del cambio es más eficaz cuando se alinea con las prioridades locales.

Los cambios recomendados para la práctica clínica que se pueden realizar rápidamente, como los cambios en la práctica de prescripción, deben compartirse rápidamente. Esto se debe a que los profesionales de la salud deben utilizar pautas para guiar su trabajo, como lo exigen los organismos reguladores profesionales, como los Consejos de Medicina General y de Enfermería y Parteras.

Los cambios deben implementarse lo antes posible, a menos que exista una buena razón para no hacerlo (por ejemplo, si sería más rentable si se implementara un paquete de recomendaciones a la vez).

Diferentes organizaciones pueden necesitar diferentes enfoques de implementación, dependiendo de su tamaño y función. A veces, los profesionales individuales pueden responder a las recomendaciones para mejorar su práctica más rápidamente que las grandes organizaciones.

Aquí están algunos puntos para ayudar a las organizaciones llevar la guía NICE a la práctica:

1. Sensibilice a través de los canales de comunicación rutinarios, tales como email, periódico, reuniones regulares, conversaciones con el equipo interno y otros canales que son importantes dentro de las organizaciones. Identifique las cosas que el equipo puede incluir en su propia práctica de inmediato.

2. Identifique un líder con interés en promover la guía y motivar a otros a apoyar su uso y realizar cambios en los servicios, y para encontrar cualquier problema significativo a nivel local.

3. Lleve a cabo una evaluación de base con respecto a las recomendaciones para averiguar si existen brechas en la prestación de servicios actual.

4. Piense en los datos que necesita para medir la mejora y planifique cómo los recopilará. Es posible que desee trabajar con otras organizaciones de atención sanitaria y social y grupos de especialistas para comparar la práctica actual con las recomendaciones. Esto también puede ayudar a identificar problemas locales que retrasarán o impedirán la implementación.

5. Desarrolle un plan de acción con los pasos necesarios, para poner la guía en práctica y asegurar que esté lista tan pronto como sea posible. Cambios significativos y complejos pueden tomar largo tiempo para la implementación, pero algunos pueden ser rápidos y fáciles para hacer. Un plan de acción ayudará en ambos casos.

6. **Para cambios muy grandes**, incluya hitos y un caso de negocio, que implicará costos adicionales, ahorros y áreas de posible no inversión. Un pequeño grupo del proyecto podría desarrollar un plan de acción. El grupo debe incluir el líder de la guía, un patrocinador en la organización, personal involucrado en los servicios asociados, profesionales de finanzas e información.

7. **Implementar el plan de acción** con la supervisión del líder y del grupo del proyecto. Los grandes proyectos pueden también necesitar apoyo en el manejo de proyectos.

8. **Revisar y monitorear** qué tan bien se está implementando la guía a través del grupo de proyecto. Comparta el progreso con los involucrados en la realización de mejoras, así como con las juntas directivas y los socios locales relevantes.

El grupo NICE aporta un programa comprensivo de apoyo y recursos para maximizar la adaptación y el uso de la evidencia y las guías. Ver nuestra sección dentro de la práctica, para más información.

También ver Leng G, Moore V, Abraham S, editores (2014) Alcanzando un cuidado de alta calidad –experiencia práctica del grupo NICE. Chichester: Wiley.

Contexto

Tener un parto es un evento cambiante. El cuidado que una mujer recibe durante el trabajo de parto, tiene el potencial para afectarla-ambos física y emocionalmente, en el corto y largo término-y la salud de su bebé. Buena comunicación, apoyo y compasión con el grupo, y respetar sus deseos, puede ayudarla a sentir en control de que está pasando y contribuir a hacer del parto una experiencia positiva para la paciente y su acompañante.

Esta guía cubre la atención de la mujer sana quien va a un trabajo de parto a término (semana 37 a 41). Alrededor de 700.000 mujeres tienen parto en Inglaterra y Gales cada año, de las cuales 40% están teniendo su primer bebé. Muchas de estas mujeres son saludables y tienen un embarazo único. Casi el 90% de las mujeres tendrán parto de un bebé único después de la semana 37 de gestación, con presentación cefálica. Cerca de 2 tercios de las mujeres inician un trabajo de parto espontáneamente. Existen muchas mujeres que tienen parto en Inglaterra y Gales y están cubiertas por esta guía.

Desde la guía original que fue publicada en 2007, el número de mujeres que tiene parto en Inglaterra y Gales, cada año, ha aumentado, la tasa de intervención (parto instrumentado y cesárea) ha aumentado levemente, y existe alguna reconfiguración de los servicios. La decisión de

actualizar la guía en 2014 fue hecha basada en el desarrollo del grupo NHS y la nueva evidencia transformándose en disponible que puede afectar las recomendaciones desde el 2007.

Es importante que a la mujer se le dé información y consejo sobre todos los escenarios disponibles cuando ella esté decidiendo donde tener el bebé, así que ella pueda hacer una decisión informada completa. Esto incluye información sobre los resultados de diferentes escenarios. Es también vital reconocer cuando se transfiere la atención de un cuidado de partera hacia una unidad obstétrica, la indicación alto riesgo para la mujer y el feto, causando en complicaciones que se han desarrollado durante el trabajo de parto.

Incertidumbre e inconsistencias en la atención se han identificado en un número de áreas tales como seleccionar el lugar del parto, el cuidado durante la primera fase latente del trabajo de parto, la evaluación fetal y monitoreo durante el trabajo de parto (particularmente la cardiocografía comparada con la auscultación intermitente) y el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto. Estos y otros temas son direccionados en la guía.

La guía es producida para cubrir la atención de una mujer saludable con embarazos no complicadas entrando en un trabajo de parto en bajo riesgo de desarrollar complicaciones intraparto. Adicionalmente las recomendaciones que están incluidas se dirigen al cuidado de la mujer que inicia el trabajo de parto como de “bajo riesgo” pero que pueden desarrollar complicaciones. Estas incluyen las mujeres con ruptura de membranas preparto al término del embarazo, el cuidado de la mujer y el bebé cuando hay meconio presente, las indicaciones de cardiocografía continua, la interpretación de los trazos cardiocográficos y el manejo de la placenta retenida y de la hemorragia postparto.

Aspectos del cuidado intraparto para mujeres en riesgo de desarrollar complicaciones intraparto que están cubiertas por un rango de las guías NICE en sus especificaciones y una guía siguiente que es planeada en el cuidado intraparto de las mujeres en alto riesgo de complicaciones durante el embarazo y el periodo intraparto.

Más información

Para saber qué ha dicho NICE sobre temas relacionados con esta guía, consulte nuestra página web sobre atención intraparto.

Recomendaciones para la investigación

El comité de la guía ha hecho las siguientes recomendaciones para la investigación.

Como parte de la actualización de 2017, el comité eliminó una recomendación de investigación sobre la auscultación intermitente comparada con cardiotocografía. Los detalles pueden ser encontrados en el apéndice 190.1.

Como parte de la actualización de 2016, el comité permanente hizo una recomendación de investigación adicional sobre diferentes modelos de continuidad de la atención dirigida por parteras, que fue adaptada de la recomendación de investigación 8 en la guía completa de 2007. Los detalles se pueden encontrar en el anexo 190.2.

1. Modelos de atención guiada por parteras

¿Cuál es el impacto clínico y el costo efectividad de la atención guiada por partera, al comparar con la atención estándar en Inglaterra para una embarazada saludable, para sus bebés y para los profesionales de salud, durante los periodos prenatal, intraparto y postparto?

Por qué es importante

El cuidado guiado por parteras implica las dos cosas: continuidad de la atención y continuidad relacional.

La continuidad relacional implica que la mujer esté siendo cuidada por una partera o parteras conocidas durante el embarazo y el parto. La atención estándar para una mujer embarazada en Inglaterra es guiada por parteras, en donde la mujer está cuidada por una partera o parteras durante el embarazo y el parto, desde la primera cita hasta la salida. Lo anterior incluye varios grados de continuidad de la atención y continuidad relacional. Un estudio que comparó el cuidado guiado por partera con una práctica estándar, determinará los aspectos clínicos y la costoefectividad de la atención guiada por partera. Esto permitirá realizar recomendaciones en este tópico para ser incluidas en actualizaciones futuras de esta guía.

2. Efecto de la información dada en el lugar de nacimiento.

¿Cómo afecta la provisión de información precisa basada en evidencias los procesos de toma de decisiones de las mujeres y la elección del lugar del parto?

Por qué es importante

Un reporte de Coxon y colaboradores (2013), identificó en detalle por qué una mujer toma decisiones acerca de dónde tener el parto y cómo estas elecciones pueden ser influenciadas. El proceso de influenciar la madre, incluye dar información verbal y escrita (desde las parteras, hasta

los médicos), contar la experiencia previa y una recomendación verbal proveniente de los amigos o la familia. El estudio Birthplace concluyó que tener el parto fuera de una unidad obstétrica es la elección óptima para las mujeres de bajo riesgo.

Este hallazgo debe ser usado para reestructurar la manera en la cual la información se apoya, así que se presenta en una forma más exacta, y con menos riesgos, para apoyar las decisiones de la mujer. Este cambio debe ser evaluado en un estudio observacional y /o cualitativo que registre cualquier cambio en la elección de la mujer sobre su parto. Los resultados incluyen entender por qué y cómo las mujeres hacen elecciones sobre dónde dar a luz y cómo esto puede influenciar la provisión de una información apropiada y accequible, una medida de la toma de decisiones informada y de la timidez, y la ausencia de timidez cuando se selecciona un lugar para el nacimiento.

3. Consecuencias a largo plazo de planear el nacimiento en diferentes escenarios

¿Cuáles son las consecuencias a largo plazo para las mujeres y sus bebés cuando se planea un parto en un escenario diferente?

Por qué es importante

Las consecuencias a largo plazo de las experiencias y los resultados del nacimiento no se comprenden bien, especialmente en relación con el lugar de nacimiento. Un gran estudio observacional basado en la población compararía las experiencias y los resultados de las mujeres en diferentes contextos de nacimiento (con análisis de subgrupos por modo de nacimiento) en relación con el bienestar de las mujeres y sus hijos durante diferentes períodos de tiempo (por ejemplo, 2, 5, 10, 15, 20 y 30 años). Un análisis secundario podría comparar diferentes proveedores donde las filosofías del nacimiento son diferentes. Los resultados se compararían accediendo a los registros médicos y mediante entrevistas cualitativas. Los resultados primarios son morbilidad física a largo plazo, dolor después del nacimiento, reingreso al hospital, infección, morbilidad psicológica (por ejemplo, depresión posparto, vinculación, ruptura de la relación con la pareja, miedo a dar a luz en el futuro) y las tasas de lactancia. Los resultados secundarios son el impacto en el apego entre la madre y el niño, la obesidad en los niños, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades crónicas, los logros educativos y el funcionamiento familiar.

4. Educación acerca de la primera fase latente del trabajo de parto.

¿La educación mejorada específicamente sobre la primera etapa latente del trabajo de parto aumenta el número de mujeres nulíparas que esperan hasta estar en trabajo de parto establecido

antes de asistir a la unidad de obstetricia o partería (o llamar a la partera para un parto en casa), en comparación con las mujeres que no reciben esta educación?

Por que es importante

Los estudios muestran que la educación prenatal sobre el trabajo de parto y el parto en general marca una diferencia en algunos resultados del parto, pero hay pruebas limitadas que se centran en la educación sobre la primera etapa latente del trabajo de parto específicamente. El objetivo de este estudio (ensayo controlado aleatorio o estudio observacional prospectivo) sería comparar 2 grupos de mujeres que experimentan su primer trabajo de parto y parto: un grupo que recibe una sesión de educación al final del embarazo que cubre qué esperar en la primera etapa latente del trabajo de parto y cómo reconocer el inicio del trabajo de parto establecido, y un grupo que no ha recibido esta educación enfocada. Los resultados primarios serían el modo de nacimiento, la satisfacción con la experiencia del parto y el bienestar físico y emocional de la mujer después del nacimiento. Los resultados secundarios serían el uso de alivio farmacológico del dolor, el uso de oxitocina para aumentar el trabajo de parto y el tiempo desde el primer contacto en el trabajo de parto establecido confirmado hasta el nacimiento.

5. Hemorragia postparto

¿Cuál es el tratamiento más eficaz para la hemorragia postparto primaria?

Por qué es importante

Existe incertidumbre sobre los tratamientos farmacológicos y los regímenes de dosificación más efectivos, y sobre qué otros tratamientos deben usarse para las mujeres que desarrollan una hemorragia posparto. La secuencia más eficaz de las intervenciones también es incierta. El impacto psicológico de la hemorragia posparto para las mujeres puede ser significativo, y es importante identificar el enfoque que minimice este impacto. Se necesitan ensayos controlados aleatorios que comparen diferentes regímenes de dosificación de oxitocina y misoprostol, así como comparaciones con ergometrina y carboprost. También se necesitan ensayos de medidas mecánicas como balones intrauterinos o radiología intervencionista como tratamiento temprano de segunda línea (en lugar de un tratamiento farmacológico alternativo). Alternativamente, un ensayo que compare la efectividad de una intervención compleja (por ejemplo, un componente educativo, secuencia de intervenciones, retroalimentación inmediata y mejoras de calidad) en comparación con la atención estándar. Los resultados importantes incluyen transfusión de sangre y productos sanguíneos, necesidad de una intervención adicional, necesidad de histerectomía y

resultados psicológicos para la mujer.

Apéndice A: Resultados adversos.

Resultado adverso: para poder contar suficientes eventos adversos y decir que los resultados registrados no son solo resultado de la casualidad, el estudio Birthplace UK (2011) utilizó una definición compuesta de “resultado adverso”. La definición incluye los siguientes resultados: muerte fetal durante el trabajo de parto, muerte del bebé en la primera semana después del nacimiento, encefalopatía neonatal (función cerebral alterada causada por la falta de oxígeno antes o durante el nacimiento), síndrome de aspiración de meconio y lesiones físicas al nacer (lesión del plexo braquial) y fracturas de huesos). El término “problemas médicos graves” se ha utilizado para describir este resultado combinado en las recomendaciones de la guía.

Tabla A1 Números y proporciones de los componentes individuales de los resultados adversos compuestos medidos y recolectados en el estudio Birthplace UK (2011)

Resultado	Número real de bebés afectados [63,955 a 64,535]* (número por 1000)	Porcentaje de todos los resultados adversos medidos
Mortinato después del inicio de la atención del parto	14 de 64,535 (0.22 por 1000)	5%
Muerte del bebé en la primera semana después del parto	18 de 64,292 (0.28 por 1000)	7%
Encefalopatía neonatal (función cerebral alterada causada por falta de oxígeno antes o durante el parto) (diagnóstico clínico)	102 de 63,955 (1.6 por 1000)	40%
Síndrome de aspiración de meconio (el bebé aspira meconio a sus pulmones)	86 de 63,955 (1.3 por 1000)	34%
Lesión del plexo braquial 24 de 63,955 (0.38 por 1000) 9%		

Fractura ósea	11 de 63,955 (0.17 por 1000)	4%
TOTAL (de todos los resultados incluidos en la medida compuesta de “resultado adverso”)	255 de 63,955 a 64,535) (aproximadamente. 4 por 1000)	99%**
<p>Nota: Cada una de las categorías anteriores se excluyen mutuamente y los resultados enumerados más arriba en la tabla tienen prioridad sobre los resultados enumerados más abajo. Por ejemplo, si un bebé con encefalopatía neonatal muere dentro de los 7 días, el resultado se clasifica como una muerte neonatal temprana.</p> <p>* El denominador varía a causa de los valores faltantes.</p> <p>** No es igual al 100% debido al redondeo.</p>		

Actualización de la información

Febrero de 2017: se revisó la evidencia para las secciones sobre la medición de la frecuencia cardíaca fetal como parte de la evaluación inicial y sobre la monitorización fetal durante el trabajo de parto. Las recomendaciones para las que se revisó la evidencia están etiquetadas como [2017]. Se agregaron o enmendaron recomendaciones, o el comité acordó que no se necesitaban cambios en las acciones recomendadas.

Cuando las recomendaciones terminan en [2007], [2007, enmendada en 2014], [2014] o [2016], no se ha revisado la evidencia.

Noviembre de 2016: se eliminó una recomendación sobre el equipo de parteras y se agregó una nueva recomendación (etiquetada como [2016]) que hace referencia cruzada a la información sobre la continuidad de la atención en la guía NICE sobre la experiencia del paciente en los servicios del NHS.

ISBN: 978-1-4731-0862-2