



SEDAR

Servicios Especializados De Anestesia Y Reanimación

ADOPCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

“NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS 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 anesthesiólogos 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 anesthesiólogos 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**

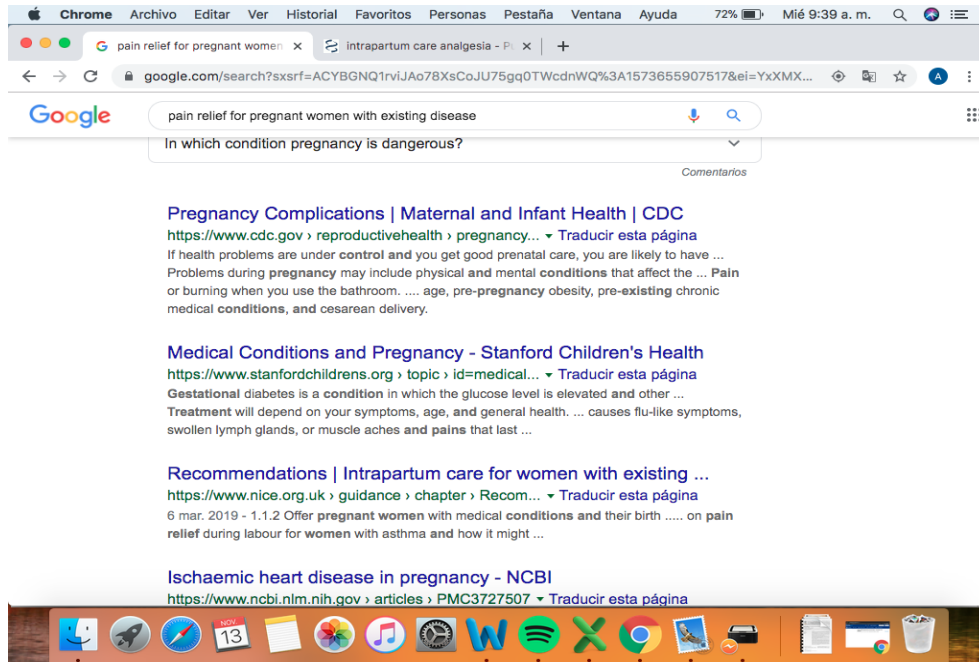
**“NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS
EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SUS BEBÉS”**

TTABLA DE CONTENIDO

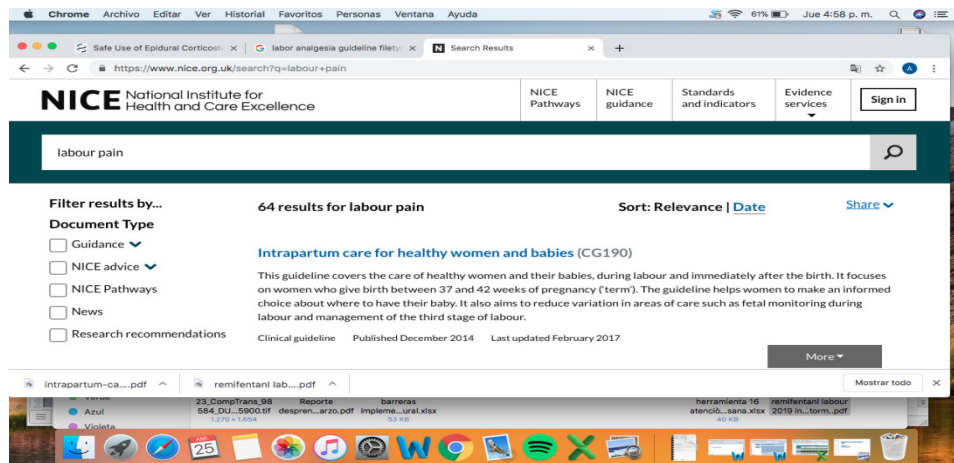
1. NOMBRE DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA - GPC:	3
2. JUSTIFICACIÓN:	4
3. OBJETIVO:	5
4. ALCANCE:	5
5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:	5
6. METODOLOGÍA	7
6.1. Composición del grupo desarrollador de la guía	7
6.2. Derechos de autor y Declaración de conflictos de interés	7
6.2. Revisión sistemática de literatura	8
7. DESARROLLO:	9
7.1. Tamizaje Primario	9
7.2. Tamizaje Secundario	10
7.3. Evaluación de la calidad de la guía	10
7.4. Recomendaciones:	11
8. ACTO ADMINISTRATIVO:	15
9. INDICADORES:	16
10. PRODUCTO ESPERADO:	16
10.1 Identificación de Barreras y Facilitadores:	17
10.2 Estrategias para la implementación de la GPC adecuadas al contexto.	18
11. PARA MANEJO CON EL GD INFORMACIÓN:	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXOS	23
ANEXO 1. Matriz de Priorización de Recomendaciones	23
ANEXO 2. GUÍA ADOPTADA TRADUCIDA	24

1. NOMBRE DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA - GPC:

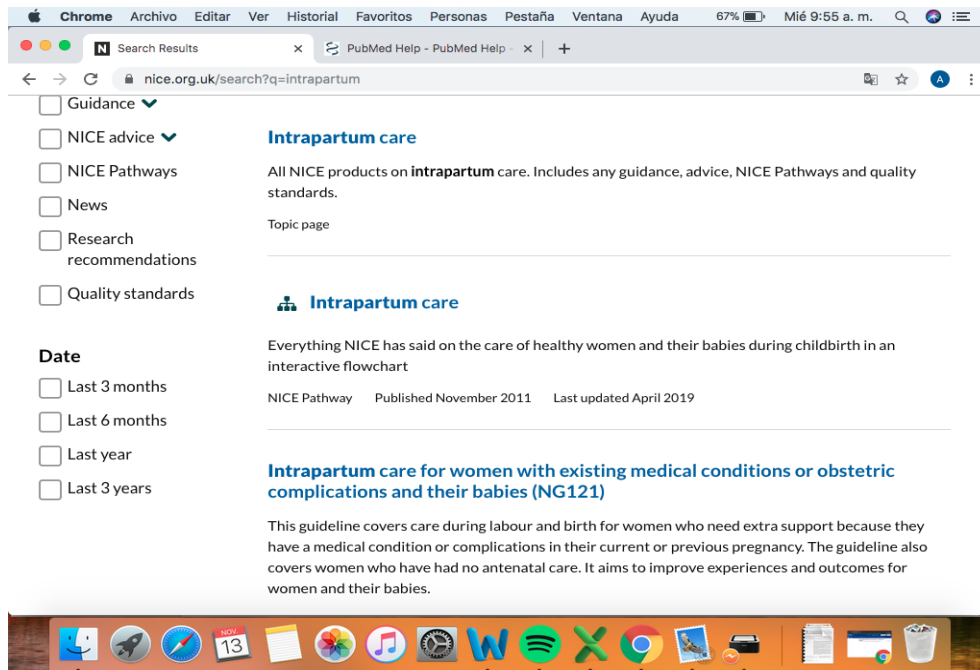
“NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SUS BEBÉS”



Fuente: <https://www.google.com/search?q=pain+relief+for+pregnant+women+with+existing+diseas>



Fuente: <https://www.nice.org.uk/search?q=intrapartum>



Fuente: <https://www.nice.org.uk/search?q=intrapartum>

2. JUSTIFICACIÓN:

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 los 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 de analgesia nacional para la totalidad de madres. 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.

3. OBJETIVO:

Desarrollar e implementar el proceso de adopción de GPC desarrolladas por el grupo **“NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SUS BEBÉS”**

4. ALCANCE:

La Guía de Práctica Clínica **“NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SUS BEBÉS”** está dirigida a los especialistas en anestesiología de SEDAR y a las instituciones donde tiene presencia la agremiación, que oferten servicios de obstetricia y priorizan la analgesia del trabajo de parto, dirigida a las mujeres embarazadas particularmente mujeres con comorbilidades que deseen un trabajo de parto cómodo, sin dolor y seguro. La guía por tanto tiene en cuenta los siguientes aspectos: diagnóstico y prevención de complicaciones, diagnóstico de condiciones basales de la madre y tratamiento.

5. DEFINICIÓN DE 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 disseminación e implementación.

Barreras: Factores que impiden la disseminación e implementación.

Evaluación: Valoración de la eficacia, efectividad, disseminación 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.

PCEA: Patient controlled analgesia: analgesia controlada por la paciente.

HBPM: Heparina de bajo peso molecular

PTI: Púrpura trombocitopénica inmune.

PG: Prostaglandina.

IMC: Índice de masa corporal

IV: Vía Intravenosa.

IM: Vía intramuscular.

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

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 anestesiólogos, 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 de sustrato 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	Líder
Diana Alejandra Duarte	Anestesióloga	Líder de la Guía
Diana Carolina Osorio	Anestesióloga	Líder de la Guía
Iván Valencia	Anestesiólogo	Desarrollador
Jorge I. Pulgarín	Anestesiólogo	Desarrollador
Ana Claudia Hernández	Anestesióloga	Desarrolladora
Luz Marina Galindo Páez	Profesional de Enfermería	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 esta guía.

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 científico 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.

6.2. 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 en embarazadas con comorbilidades. 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.

Se adjuntan portales de búsqueda usados en el proceso de desarrollo guía NICE, disponible en sitio web de la sociedad que la publica.

- The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- The Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- Embase
- MEDLINE
- The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) – for drug safety information.
- Para otras preguntas, podría ser igual o más importante buscar en otras fuentes. Ejemplos de

otras fuentes incluyen, pero no se limitan a:

- PsycINFO (psychology and psychiatry)
- ASSIA (Applied Social Sciences Index and Abstracts)
- Social Policy and Practice, Social Care Online
- Sociological Abstracts
- HMIC (Health Management Information Consortium)
- HealthTalk.

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 anestesiología, 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 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. 2013 – Guías número 11-15.

Estas guías abordan 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 abordan el tema priorizado y mencionan en su título y resumen que son guías de práctica clínica - GPC.

7.2. Tamizaje Secundario

La guía seleccionada fue descargada en texto completo y se le realizó tamización secundaria con la siguiente herramienta:

Tabla N° 1. Tamización Secundaria de GPC.

Nombre de la guía: “NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS 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 y 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.

Table N.º 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	90%
DOMINIO 4	CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	100%
DOMINIO 5	APLICABILIDAD	70%
DOMINIO 6	INDEPENDENCIA EDITORIAL	88%
PROMEDIO		91%

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

Teniendo en cuenta lo anterior y aplicando la matriz de priorización de recomendaciones (Ver Anexo 1.), se realiza la adopción parcial de la guía mencionada con las siguientes recomendaciones de acuerdo con la metodología de MSPS evaluando el alto impacto de la guía y los desenlaces.

7.4. Recomendaciones:

Tabla N.º 3. Recomendaciones

1	<p>Planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, con la participación de un equipo multidisciplinario</p> <p>1.1 Un equipo multidisciplinario liderado por un profesional de la salud debe involucrar a la paciente embarazada con una condición médica en la preparación de un plan individualizado para el cuidado intraparto. El plan debe ser: Formulado siguiendo los principios de toma de decisiones compartidas descritos en la guía NICE sobre toma de decisiones compartida. Revisado con la paciente y su (s) acompañante (s) de parto lo antes posible durante el embarazo y en el momento de la admisión para el parto. Actualizado con la mujer si su condición médica cambia durante el embarazo. Compartida con el médico de cabecera de la mujer y los equipos que le brindan atención prenatal e intraparto.</p> <p>1.2 Para las mujeres en embarazo con una condición médica, el equipo multidisciplinario considera apropiado incluir:</p> <ul style="list-style-type: none">Una partera.Un obstetra.Un anestesiólogo obstetra.Un médico o clínico con experiencia en Ginecología y Obstetricia en mujeres con comorbilidades.Un médico con experiencia en la condición.Un cirujano especializado.Un intensivista.Un neonatólogo.El acompañante de la paciente.Los profesionales de la salud relacionados. <p>*No se cuenta con el servicio de parteras en Colombia.</p>
---	---

2	<p>2. Enfermedad cardiaca</p> <p>Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca</p> <p>2.1 Durante el embarazo, diseñe un plan para manejar la anestesia y analgesia de las mujeres con enfermedad cardiaca involucrando un equipo interdisciplinario y a la paciente (descrito en la recomendación sobre el plan en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, que involucre a un equipo multidisciplinario. Recomendación 1.1). Considere incluir un hematólogo para las pacientes con un régimen de anticoagulación.</p> <p>2.2 Considere ofrecer la misma información sobre anestesia y analgesia en el trabajo de parto a las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 1 o 2 modificada de la OMS como se describió en la guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos.</p> <p>2.3 Considerar anestesia regional para las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificada de la OMS a menos que esté contraindicada.</p> <p>2.4 Considerar un trabajo cooperativo entre un anestesiólogo obstetra y un anestesiólogo cardiovascular durante el trabajo de parto para las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS.</p> <p>2.5 Cuando se use anestesia regional para mujeres con enfermedad cardiaca, intente preservar la estabilidad cardiovascular, por ejemplo, usando una técnica combinada secuencial espinal-epidural.</p> <p>2.6 Ofrezca monitoría intraparto del corazón y de la circulación para todas las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS; esto usualmente incluirá monitoreo invasivo de la presión arterial y de la presión venosa central y monitoría avanzada del gasto cardiaco.</p> <p>2.7 Ofrezca bajas dosis de analgesia regional para mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 o 4 modificadas de OMS, porque es menos probable que cause inestabilidad cardiaca durante el trabajo de parto y el parto.</p> <p>2.8 Considere analgesia regional para las mujeres quienes han tenido esquema de heparina de bajo peso molecular y que no han recibido una dosis profiláctica por mínimo 12 horas, o una dosis terapéutica por mínimo 24 horas.</p> <p>2.9 Para las mujeres en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular: Espere 12 horas después de una dosis profiláctica antes de posicionar una epidural, o remover el catéter epidural. Espere 24 horas después de una dosis terapéutica, antes de poner una técnica epidural o espinal, o de remover un catéter epidural. Después de poner una epidural o espinal o de remover un catéter, espere 4 horas antes de administrar la dosis siguiente de heparina de bajo peso molecular. No administre dosis terapéutica de heparina de bajo peso molecular mientras un catéter epidural esté instalado.</p>
3	<p>Asma</p> <p>Analgesia para mujeres con asma</p> <p>3.1 Ofrezca a las pacientes con asma las mismas opciones para alivio del dolor que a las mujeres sin asma, incluyendo: Entonox (óxido nitroso 50% más oxígeno 50%). Opioides intramusculares e intravenosos. Epidural. Analgesia combinada espinal-epidural.</p>

4	<p>4. Alteraciones hemorrágicas Anestesia y analgesia regional para mujeres con alteraciones hemorrágicas 4.1 Analice riesgos y beneficios de la analgesia y anestesia regional con la mujer con trastorno hemorrágico. 4.2 Cuando considere anestesia y analgesia regional para mujeres con desórdenes hemorrágicos, tenga en cuenta: El riesgo general de hemorragia y la oportunidad de tratamiento correctivo Anticoagulación terapéutica o profiláctica El riesgo de hemorragia asociado con la técnica a utilizar La dificultad de la inserción de la aguja Los riesgos comparativos asociados con no analgesia o analgesia no regional Los riesgos comparativos de anestesia general. 4.3 Modifique el plan de parto basado en el conteo plaquetario materno, usando la tabla 4 como guía, para las mujeres con: Trombocitopenia gestacional (sin preeclampsia ni síndrome HELLP y por lo demás bien). Un diagnóstico incierto de púrpura trombocitopénica inmune.</p> <p>Tabla 4. Modificación del plan del parto de acuerdo al recuento plaquetario en las mujeres con PTI o trombocitopenia gestacional.</p> <table border="1" data-bbox="267 766 1425 1291"> <thead> <tr> <th data-bbox="267 766 743 835">Recuento de plaquetas materno</th> <th data-bbox="743 766 1425 835">Cuidado materno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="267 835 743 945">Mayor a 80.000</td> <td data-bbox="743 835 1425 945">Trate a la paciente como una embarazada sana con el fin de considerar una analgesia o anestesia regional.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="267 945 743 1192">Plaquetas entre 50.000 a 80.000</td> <td data-bbox="743 945 1425 1192">Antes de considerar analgesia y anestesia regional, tenga en cuenta: la historia clínica las preferencias de la paciente la experticia del anesthesiólogo.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="267 1192 743 1291">Menor a 50.000</td> <td data-bbox="743 1192 1425 1291">Evite técnicas de anestesia o analgesia regional en la mayoría de las circunstancias.</td> </tr> </tbody> </table>	Recuento de plaquetas materno	Cuidado materno	Mayor a 80.000	Trate a la paciente como una embarazada sana con el fin de considerar una analgesia o anestesia regional.	Plaquetas entre 50.000 a 80.000	Antes de considerar analgesia y anestesia regional, tenga en cuenta: la historia clínica las preferencias de la paciente la experticia del anesthesiólogo.	Menor a 50.000	Evite técnicas de anestesia o analgesia regional en la mayoría de las circunstancias.
Recuento de plaquetas materno	Cuidado materno								
Mayor a 80.000	Trate a la paciente como una embarazada sana con el fin de considerar una analgesia o anestesia regional.								
Plaquetas entre 50.000 a 80.000	Antes de considerar analgesia y anestesia regional, tenga en cuenta: la historia clínica las preferencias de la paciente la experticia del anesthesiólogo.								
Menor a 50.000	Evite técnicas de anestesia o analgesia regional en la mayoría de las circunstancias.								
5	<p>5. Hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa cerebral 5.1. Para las mujeres en alto riesgo de hemorragia cerebral quienes prefieren parto vaginal o están en el segundo estadio del trabajo de parto: Ofrezca analgesia regional y Explique los beneficios y riesgos de un segundo estadio del trabajo de parto asistido comparado con el pujo activo únicamente.</p>								

6	<p>6. Sepsis</p> <p>Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis</p> <p>Anestesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica</p> <p>6.1. Para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica (ver recomendación 6.2), debe considerarse anestesia regional con precaución y tener consejo de un anestesiólogo obstetra consultante, y con la presencia de un anestesiólogo experto.</p> <p>6.2 Incluya un intensivista experto, si una paciente con sepsis y trabajo de parto tiene alguno de los siguientes signos de disfunción orgánica:</p> <p>Alteración del estado de conciencia.</p> <p>Hipotensión (presión sistólica menor de 90 mmHg).</p> <p>Reducción del gasto urinario (menos de 0.5 ml/kg /hora).</p> <p>Necesidad de una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) mayor de 40% para mantener una saturación mayor de 92%.</p> <p>Una temperatura timpánica de menos de 36°C.</p> <p>Analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis</p> <p>6.3 Para las mujeres en trabajo de parto con sepsis y cualquier signo de disfunción de órgano (ver recomendación 6.2), la analgesia regional debe ser solamente usado con precaución y reciba consejo de un anestesiólogo obstetra consultante.</p> <p>6.4 Para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis donde la preocupación es insuficiente para el tratamiento antibiótico, considere el parto en agua como una forma de analgesia solo después de la discusión con un anestesiólogo obstetra y con una partera coordinadora.</p> <p>6.5 Para las mujeres en trabajo de parto que necesitan antibióticos por sospecha de sepsis (consulte la guía NICE sobre sepsis), inicie los antibióticos antes de insertar la aguja para la analgesia regional.</p> <p>6.6 Para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis, realice una revisión multidisciplinaria de las opciones para aliviar el dolor como mínimo cada 4 horas.</p> <p>6.7 Si existe alguna inquietud sobre la posibilidad de que una mujer elija la analgesia regional, esto debe discutirse con el anestesiólogo obstetra consultor.</p>
7	<p>7.Cesárea previa</p> <p>7.1 Apoye la elección informada de una gama completa de opciones para el alivio del dolor para mujeres que han tenido una cesárea previa, incluyendo trabajo de parto y parto en el agua.</p> <p>7.2 Explique a las mujeres en trabajo de parto que han tenido una cesárea previa que la analgesia regional se asocia con:</p> <p>una posibilidad reducida de otra cesárea.</p> <p>Una mayor probabilidad de un parto instrumentado.</p>

Fuente: Grupo desarrollador de la guía.

8. ACTO ADMINISTRATIVO:

Se realiza un acto administrativo por parte del Comité de Educación de SEDAR por el cual se adopta la **GPC “NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SUS BEBÉS”**.

9. INDICADORES:

- % de cumplimiento de recomendaciones de la guía

$$\frac{\text{\#de embarazadas sanas atendidas intraparto según las recomendaciones de la guía NICE}}{\text{\#total de embarazadas sanas ingresadas durante trabajo de parto en la institución}} \times 100$$

- •Porcentaje de avance en la implementación de la guía

$$\frac{\text{No de asociados vinculados al proceso de despliegue de la guía en el periodo.}}{\text{No. Total de afiliado a SEDAR activos en el periodo}} \times 100$$

Indicadores de resultado

- % de adherencia a la guía

$$\frac{\text{No. De historias clínicas de pacientes embarazadas con adherencia a las recomendaciones de la guía que le apliquen } \geq \text{ al 90\% de las recomendaciones}}{\text{No. Total, de historias clínicas de pacientes embarazada auditadas en el periodo}} \times 100$$

10. PRODUCTO ESPERADO:

Plan de Implementación

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

10.1 Identificación de Barreras y Facilitadores:

RECOMENDACIÓN 1	BARRERAS	FACILITADORES
Planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, con la participación de un equipo multidisciplinario	Disponibilidad de Unidad de alta Dependencia Obstétrica o presencia de médicos y auxiliares de enfermería que evalúen frecuentemente la paciente. Personal entrenado Disponibilidad de anesthesiólogo obstetra y perinatologo. Disponibilidad de especialista en la enfermedad coexistente	Socialización de la guía. Evaluar la disponibilidad de camas para alta dependencia obstétrica, si existe el servicio o gestionar la instalación de este con entes administrativos, basados en estadísticas de ingreso y morbimortalidad de pacientes con estas enfermedades al centro de salud. Educación al personal involucrado
RECOMENDACIÓN 2	BARRERAS	FACILITADORES
Enfermedad cardiaca- Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca	Disponibilidad de anesthesiólogo obstetra y/o cardiovascular. No familiarización con técnica combinada. Disponibilidad de unidad de alta dependencia para monitoria invasiva	Educación al personal involucrado. Establecer red de asesoría por anestesia obstétrica y cardiovascular. Socialización de la recomendación, y disponibilidad de la unidad de alta dependencia obstetricia
RECOMENDACIÓN 3	BARRERAS	FACILITADORES
ASMA-Analgesia para mujeres con asma	NO	Educación al personal involucrado. Socialización de la recomendación.
RECOMENDACIÓN 4	BARRERAS	FACILITADORES
Alteraciones hemorrágicas-Anestesia y analgesia regional para mujeres con alteraciones hemorrágicas	Disponibilidad de hematología para asesoría. Disponibilidad de otras pruebas funcionales de coagulación: tromboelastograma, rottem	Socialización de la recomendación y énfasis en la importancia de detectar niveles inseguros de plaquetas antes de técnicas regionales de analgesia o de cirugía.
RECOMENDACIÓN 5	BARRERAS	FACILITADORES
Hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa cerebral	Disponibilidad de unidad de alta dependencia.	Socializar guía al personal de Ginecología, anesthesiología, medicina general, neonatología y enfermería..
RECOMENDACIÓN 6	BARRERAS	FACILITADORES
Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis	El consentimiento de la madre Disponibilidad de Unidad de alta Dependencia Obstétrica. Personal entrenado Disponibilidad de anesthesiólogo obstetra y perinatologo.	Socializar recomendación para justificación de la implementación de unidad de alta dependencia obstétrica con anesthesiólogo obstetra.

RECOMENDACIÓN 7	BARRERAS	FACILITADORES
Cesárea previa	Nivel sociocultural de la paciente. Acceso a un mayor nivel de complejidad.	Educación al personal involucrado. Control prenatal según la norma

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	Estrategias para la implementación de la GPC adecuadas al contexto una vez realizados los pasos para la adopción de la guía, serán sometidos a revisión por el grupo implementador y el revisor interno. Posteriormente se socializará con el grupo de calidad institucional y posteriormente con grupo de profesionales implicados en el proceso de atención (anestesiólogos, gineco-obstetras, médicos, instrumentadoras, enfermeros y auxiliares de enfermería), con el grupo de calidad de cada institución y con una representante de la asociación de pacientes. La difusión de la guía continuará en el servicio de Ginecología y obstetricia, en el quirófano y en la unidad de alta dependencia o UCI obstétrica.
--	--

	ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA IPS	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINAL
PASOS PARA LA ADOPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES	Socialización de la guía con la gerencia de las instituciones donde se aplicará la guía.	Desarrolladores	Al inicio de la contratación para instituciones nuevas. Para las instituciones con contrato de acuerdo con el cronograma pactado	Articulado a las fechas de seguimiento de cada contrato
	Taller de Capacitación de la guía a profesionales anestesiólogos y ginecólogos de la institución que adoptará la guía.	Desarrolladores	Agenda Comité de Educación	Por definir

	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 Alta Dependencia.	Desarrolladores y delegados de la institución	De acuerdo a plan de capacitación de la institución	
	Redactar un resumen de la guía para consulta rápida, para uso durante el procedimiento de analgesia del trabajo de parto, regional o sistémica, y que contengan beneficios y signos de alarma.	Desarrolladores	Agenda Comité de Educación	Por definir
	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.	Desarrolladores	Agenda Comité de Educación	Por definir
	Publicación de la guía en los portales electrónicos institucionales con fin informativo y de consulta.	A quien la IPS delegue.	Coordinación con Calidad de la IPS	Por definir

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS Y DE DISEMINACIÓN	A QUIÉN VA DIRIGIDA	QUÉ INFORMACIÓN	RESPONSABLE
	Anestesiólogos	Guía de Práctica Clínica	SEDAR Comité de Educación
	Enfermeras y auxiliares de enfermería de quirófano, sala de ginecoobstetricia y unidad de alta dependencia obstétrica.	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 y administrativos.	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 cada institución.

TIEMPO ESTIMADO Y RECURSOS	RECURSOS NECESARIOS	VALOR ESTIMADO
	Monitoria básica para cada paciente que recibirá analgesia del trabajo de parto. 12 meses	1.500.000 (5 monitores)
	Monitoría fetal continua para cada paciente que recibirá analgesia del trabajo de parto. 12 meses	40.000.000 (5 monitores)
	Bomba de infusión de PCA epidural para cada paciente. 6 meses.	15.000.000 (5 bombas)
	Ayudas cognitivas con algoritmos de manejo de intoxicación por anestésico local, riesgos de analgesia, y beneficios materno-fetales, embarazada con trastorno hipertensivo, sepsis, trastorno hematológico, asma, entre otros, para socializar en los servicios. 6 meses.	500.000
	Convenios con subespecialistas: cirugía de trasplantes, anestesia cardiovascular, hematología, nefrología, infectología, neurología. 12 meses	
	24.000.000 /año (1 subespecialista disponible 4 días del mes: para valoración y/o cirugía o procedimiento anestésico).	
	Teniendo en cuenta las especialidades que están incluidas en el plan obligatorio de salud; se realizó el cálculo con las subespecialidades que no están disponibles para los planes obligatorios de salud; cirugía de trasplantes, anestesia cardiovascular. 12 meses.	48.000.000

Contratación de anestesiólogo (a) obstetra permanente en la institución, 12 meses	160.000.000
Compra de camilla para atención de parto o cesárea de la embarazada obesa. 12 meses	\$12.000.000
Adquisición de tromboelastograma para seguimiento estrecho de las madres con coagulopatía	\$26.000.000
DISPOSITIVO POR UNIDAD: Copas con heparinasa para tromboelastografía 112300 Copas simples 54800 Viales de caolín 30000 Control biológico nivel I 62000 Control biológico nivel II 62000 Vial de cloruro de calcio 0.2 ml 52700 POR 10 USOS MENSUALES: 12 meses	\$387.300 \$3.873.000

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. PARA MANEJO CON EL GD INFORMACIÓN:

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 guía **“NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECCIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SUS BEBÉS”**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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/>
2. 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>
3. 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.
4. 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>.
5. 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
6. 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.
7. 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.
8. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic 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.
9. 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. 2013 – Guías número 11-15
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica, Adopción y Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Guía metodológica en Internet. Edición 1a. Bogotá DC. 2017, Disponible en gpc.minsalud.gov.co.
11. Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica. Consultado «día, mes, año», de <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>

ANEXOS.

ANEXO 1. Matriz de Priorización de Recomendaciones

Matriz de priorización de recomendaciones																										
Nombre de la guía: "NICE CUIDADO INTRAPARTO PARA MUJERES CON AFECIONES MÉDICAS EXISTENTES O COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y SUS BEBÉS"																										
Recomendaciones																										
1		2										3	4				5	6						7		
Dimensión de priorización	1.1 Un equipo multidisciplinario liderado por un profesional de la salud debe involucrar a la paciente embarazada con una condición médica en la preparación de un plan individualizado para el cuidado intraparto	1.2 Para las mujeres en embarazo con una condición médica, el equipo multidisciplinario considera apropiado incluir: una partera, un obstetra, anesestesiólogo, médico o clínico con experiencia en ginecología y obstetricia en mujeres con comorbilidades. médico con experiencia en la condición, cirujano especializado, intensivista, neonatólogo, el acompañante de la paciente, profesionales de la salud relacionados	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.1 Durante el embarazo, diseñe un plan para manejar la anestesia y analgesia de las mujeres con enfermedad cardiaca involucrando un equipo interdisciplinario y a la paciente. Considere incluir un hematólogo para las pacientes con un régimen de anticoagulación.	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.2 Considere ofrecer la misma información sobre anestesia y analgesia en el trabajo de parto a las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 1 o 2 modificada de la OMS como se describió en la guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos.	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.3 Considere anestesia regional para las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificada de la OMS a menos que esté contraindicada.	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.4 Considere un trabajo cooperativo entre un anesestesiólogo obstetra y un anesestesiólogo cardiovascular durante el trabajo de parto para las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS.	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.5 Cuando se use anestesia regional para mujeres con enfermedad cardiaca, intente preservar la estabilidad cardiovascular, por ejemplo, usando una técnica combinada secuencial espinal-epidural.	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.6 Ofrezca monitoria intraparto del corazón y de la circulación para todas las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS; esto usualmente incluirá monitoreo invasivo de la presión arterial y de la presión venosa central y monitoria avanzada del gasto cardiaco.	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.7 Ofrezca bajas dosis de analgesia regional para mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 o 4 modificadas de OMS, porque es menos probable que cause inestabilidad cardiaca durante el trabajo de parto y el parto.	Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.8 Considere analgesia regional para las mujeres quienes han tenido esquema de heparina de bajo peso molecular y que no han recibido una dosis profiláctica por mínimo 12 horas, o una dosis terapéutica por mínimo 24 horas.	"Enfermedad cardiaca-Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardiaca. 2.9 Para las mujeres en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular: Espere 12 horas después de una dosis profiláctica antes de posicionar una epidural, o remover el catéter epidural. Espere 24 horas después de una dosis terapéutica, antes de poner una técnica epidural o espinal, o de remover un catéter epidural. Después de poner una epidural o espinal o de remover un catéter, espere 4 horas antes de administrar la dosis siguiente de heparina de bajo peso molecular. No administre dosis terapéutica de heparina de bajo peso molecular mientras un catéter epidural esté instalado."	ASMA-Analgesia para mujeres con asma. 3.1 Ofrezca a las pacientes con asma las mismas opciones para alivio del dolor que a las mujeres sin asma, incluyendo: Entonox (óxido nitroso 50% más oxígeno 50%). Opioides intramusculares e intravenosos. Epidural. Analgesia combinada espinal-epidural.	Alteraciones hemorrágicas-Anestesia y analgesia regional para mujeres con alteraciones hemorrágicas. 4.1 Analice riesgos y beneficios de la analgesia y anestesia regional con la mujer con trastorno hemorrágico.	Alteraciones hemorrágicas-Anestesia y analgesia regional para mujeres con alteraciones hemorrágicas. 4.2 Cuando considere anestesia y analgesia regional para mujeres con desórdenes hemorrágicos, tenga en cuenta: El riesgo general de hemorragia y la oportunidad de tratamiento correctivo. Anticoagulación terapéutica o profiláctica. El riesgo de hemorragia asociado con la técnica a utilizar. La dificultad de la inserción de la aguja. Los riesgos comparativos asociados con no analgesia o analgesia no regional. Los riesgos comparativos de anestesia general.	Alteraciones hemorrágicas-Anestesia y analgesia regional para mujeres con alteraciones hemorrágicas. 4.3 Modifique el plan de parto basado en el conteo plaquetario materno, usando la tabla 4 como guía, para las mujeres con: Trombocitopenia gestacional (sin preeclampsia ni síndrome HELLP y por lo demás bien). Un diagnóstico incierto de púrpura trombocitopénica inmune.	Hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa cerebral. 5.1. Para las mujeres en alto riesgo de hemorragia cerebral quienes prefieren parto vaginal o están en el segundo estadio del trabajo de parto: ofrezca analgesia regional y explique los beneficios y riesgos de un segundo estadio del trabajo de parto asistido comparado con el pujo activo únicamente.	Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis. 6.1. Para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica (ver recomendación 6.2), debe considerarse anestesia regional con precaución y tener consejo de un anesestesiólogo obstetra consultante, y con la presencia de un anesestesiólogo experto.	"Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis. 6.2 Incluya un intensivista experto, si una paciente con sepsis tiene alguno de los siguientes signos de disfunción orgánica: Alteración del estado de conciencia. Hipotensión (presión sistólica menor de 90 mmHg). Reducción del gasto urinario (menos de 0.5 ml/ kg /hora). Necesidad de una fracción inspirada de oxígeno (FiO2) mayor de 40% para mantener una saturación mayor de 92%. Una temperatura timpánica de menos de 36°C."	Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis. 6.3 Para las mujeres en trabajo de parto con sepsis y cualquier signo de disfunción de órgano (ver recomendación 6.2), la analgesia regional debe ser solamente usado con precaución y reciba consejo de un anesestesiólogo obstetra consultante.	Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis. 6.4 Para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis donde la preocupación es insuficiente para el tratamiento antibiótico, considere el parto en agua como una forma de analgesia solo después de la discusión con un anesestesiólogo obstetra y con una partera coordinadora.	Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis. 6.5 Para las mujeres que necesitan antibióticos por sospecha de sepsis (consulte la guía NICE sobre sepsis), inicie los antibióticos antes de insertar la aguja para la analgesia regional.	Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis. 6.6 Para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis, realice una revisión multidisciplinaria de las opciones para aliviar el dolor como mínimo cada 4 horas.	Sepsis- Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis. 6.7 Si existe alguna inquietud sobre la posibilidad de que una mujer elija la analgesia regional, esto debe discutirse con el anesestesiólogo obstetra consultor.	Cesárea previa. 7.1 Apoye la elección informada de una gama completa de opciones para el alivio del dolor para mujeres que han tenido una cesárea previa, incluyendo trabajo de parto y parto en el agua.		
	Impacto Potencial																									
	Alto impacto en desenlaces relevantes al paciente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Alto impacto en la disminución de la variabilidad	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Se asocia a mayor eficiencia en el uso de los recursos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Promueve la equidad y elección de los pacientes	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	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	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
	Implica cambios en la oferta de servicios	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI
	Implica procesos de reentrenamiento del personal de salud o el desarrollo de nuevas destrezas y competencias	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI
	Implica un cambio en la práctica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO
	Implica la implementación de cambios en múltiples agencias	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO
	Se prevén dificultades específicas en el proceso de implementación	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
	Otras consideraciones:		No se cuenta con el servicio de parteras en Colombia.				Disponibilidad de recurso humano	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
	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).

ANEXO 2. GUÍA ADOPTADA TRADUCIDA

Cuidado intraparto para mujeres con afecciones médicas existentes o complicaciones obstétricas y sus bebés

Guía NICE publicada: Marzo 6 de 2019

nice.org.uk/guidance/ng121

Su responsabilidad

Las recomendaciones en esta guía representan la opinión 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 basados 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 comisionados y proveedores tienen la responsabilidad de promover un sistema de salud y cuidado ambientalmente sostenible y deben [evaluar y reducir el impacto ambiental de implementar las recomendaciones NICE](#) siempre que sea posible.

Contenido

Visión general

¿Para quién es la guía?

Recomendaciones

- 1.1 Información para las mujeres con una condición médica existente
- 1.2 Planeando el cuidado intraparto para mujeres con condición médica existente-involucrando un equipo multidisciplinario
- 1.3 Enfermedad cardiaca
- 1.4 Asma
- 1.5 Esteroides sistémicos a largo plazo
- 1.6 Desórdenes hemorrágicos
- 1.7 Hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro
- 1.8 Injuria renal aguda o enfermedad renal crónica
- 1.9 Obesidad
- 1.10 Información para mujeres con complicaciones obstétricas o sin cuidado prenatal
- 1.11 Evaluación del riesgo para mujeres con complicaciones obstétricas o sin cuidado antenatal
- 1.12 Pirexia
- 1.13 Sepsis
- 1.14 Hemorragia intraparto
- 1.15 Presentación de nalgas en trabajo de parto
- 1.16 Feto pequeño para edad gestacional
- 1.17 Feto grande para la edad gestacional
- 1.18 Ausencia de cuidado prenatal
- 1.19 Cesárea previa
- 1.20 Trabajo de parto después de 42 semanas de gestación

Términos usados en esta guía

Recomendaciones para investigación

- 1 Hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa de cerebro
- 2 Posicionamiento de la aguja en una mujer embarazada que es obesa
- 3 Obesidad como factor de riesgo para morbilidad perinatal
- 4 Evaluación del riesgo para mujeres en trabajo de parto con signos de sepsis
- 5 Cesárea previa

Consideraciones racionales e impacto

Información para mujeres con condiciones médicas existentes

Planeando el cuidado intraparto de mujeres con condición médica existente, incluyendo un equipo multidisciplinario

Evaluación del riesgo para mujeres con enfermedad cardíaca

Manejo de anticoagulación para mujeres con válvulas cardíacas mecánicas

Vía del parto para mujer con enfermedad cardíaca

Manejo de líquidos para mujeres con enfermedad cardíaca

Diagnóstico y manejo de la falla cardíaca para mujeres en el periodo intraparto

Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardíaca

Manejo de la tercera etapa del parto para mujeres con enfermedad cardíaca

Analgesia para mujeres con asma

Prostaglandinas para mujeres con asma

Uso de esteroides por largo plazo

Anestesia regional y analgesia para mujeres con desórdenes por sangrado

Modificando el plan de parto de acuerdo con el conteo o la función de las plaquetas

Manejo del tercer periodo del parto para mujeres con desórdenes hematológicos

Vía del parto y manejo de la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa

Manejo de líquidos para mujeres con enfermedad renal

Tiempo y vía del parto para mujeres con enfermedad renal

Evaluación temprana de la presentación fetal en una mujer con trabajo de parto con un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30

Anestesia y analgesia para una paciente con un IMC mayor de 30

Monitoreo fetal para pacientes con IMC mayor de 30

Posición durante el trabajo de parto para mujeres con un IMC mayor de 30

Requerimientos de equipo para pacientes en trabajo de parto con IMC mayor de 30

Información para mujeres con complicaciones obstétricas o sin cuidado prenatal

Evaluación del riesgo para mujeres con complicaciones obstétricas o sin cuidado prenatal

Uso de antipiréticos para mujeres en trabajo de parto con fiebre

Muestreo de sangre fetal para mujeres en trabajo de parto con fiebre

Vía del parto en mujeres con sepsis o sospecha de sepsis

Anestesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica

Analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis

Monitoreo fetal para mujeres en trabajo de parto con sepsis sospecha de sepsis

Tratamiento antimicrobiano en mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis

Cuidado para pacientes con sepsis o sospecha de sepsis inmediatamente después del parto

Hemorragia intraparto

Presentación de nalgas en trabajo de parto

Feto pequeño para la edad gestacional

Feto grande para la edad gestacional

Ausencia de cuidado prenatal

Cesárea previa

Trabajo de parto después de la semana 42 de gestación

Contexto

Búsqueda de información y recursos adicionales

Visión general

Esta guía incluye el cuidado durante el trabajo de parto y parto en pacientes que requieren apoyo adicional porque tiene una condición médica o complicación en su gestación previa o actual. La guía también cubre a las pacientes quienes carecen de cuidado prenatal. Esto ayuda a mejorar las experiencias y los resultados para las mujeres y para sus bebés.

NICE también ha elaborado una [guía sobre la atención durante el trabajo de parto y el parto para mujeres sanas y sus bebés](#) .

En abril de 2019, reemplazamos las [recomendaciones sobre cardiotocografía continua](#) para mujeres con una cesárea previa con enlaces a nuestra guía sobre cesárea.

¿A quién está dirigida esta guía?

- La embarazada, su familia y cuidadores.
- Obstetras, parteras, anesthesiologists y otros profesionales de la salud que cuidan a las madres en trabajo de parto.
- Inspectores y proveedores de los servicios de maternidad.

Recomendaciones

Las personas tienen derecho a participar en las discusiones y a tomar decisiones informadas sobre su atención, como se describe al [tomar decisiones sobre su atención](#).

[Tomar decisiones utilizando las pautas de NICE](#) explica cómo usamos las palabras para mostrar la fuerza (o certeza) de nuestras recomendaciones y tiene información sobre la prescripción de medicamentos (incluido el uso no indicado), guías profesionales, estándares y leyes (incluido el consentimiento y la capacidad mental), y salvaguarda.

Apoyar a las mujeres para que tomen decisiones sobre su cuidado es particularmente importante durante el período intraparto. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que las mujeres tengan la información que necesitan para tomar decisiones y dar su consentimiento de acuerdo con las [pautas del Consejo Médico General \(GMC\)](#) y el [fallo de Montgomery de 2015](#).

1.1 Información para las pacientes con condición médica existente

1.1.1 Aclare con las mujeres con condición existente si les gustaría que sus acompañantes de parto participen en las discusiones sobre la atención durante el trabajo de parto y el parto. Revise esto con regularidad.

1.1.2 Ofrezca a la mujer embarazada con condiciones médicas y a sus acompañantes, información sobre el cuidado intraparto. Esto debe incluir:

- Información general como se describe en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#)
- Cómo su condición médica puede afectar su atención
- Cómo el trabajo de parto y el nacimiento pueden afectar su condición médica
- Cómo su condición médica y su manejo pueden afectar al bebé.

La información debe presentarse como se recomienda en la [guía NICE sobre la experiencia del paciente en los servicios del NHS para adultos](#).

1.1.3 Si es posible ofrezca información sobre el cuidado intraparto en las consultas antes de la concepción, y tan temprano como se pueda durante el embarazo. Permítase tiempo extra para discutir con la paciente cómo su condición médica puede afectar su atención.

1.1.4 Un miembro del equipo multidisciplinario debe ofrecer información sobre la atención intraparto a las mujeres con condiciones médicas existentes (consulte la [recomendación sobre los miembros del equipo en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, con la participación de un equipo multidisciplinario](#)).

1.1.5 Si una mujer embarazada con una condición médica no ha recibido atención prenatal (consulte la [sección sobre ausencia de atención prenatal](#)), bríndele información sobre la atención intraparto en su primer contacto con los servicios de salud durante el embarazo.

NICE ha publicado una [guía sobre la diabetes durante el embarazo](#) .

1.2 Planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, con la participación de un equipo multidisciplinario

1.2.1 Un equipo multidisciplinario liderado por un profesional de la salud debe involucrar a la paciente embarazada con una condición médica en la preparación de un plan individualizado para el cuidado intraparto. El plan debe ser:

- formulado siguiendo los principios de toma de decisiones compartidas descritos en la [guía NICE sobre toma de decisiones compartida](#)
- revisado con la paciente y su (s) acompañante (s) de parto lo antes posible durante el embarazo y en el momento de la admisión para el parto
- actualizado con la mujer si su condición médica cambia durante el embarazo
- compartida con el médico de cabecera de la mujer y los equipos que le brindan atención prenatal e intraparto.

1.2.2 Para las mujeres en embarazo con una condición médica, el equipo multidisciplinario considera apropiado incluir:

- Una partera
- Un obstetra
- Un anesthesiólogo obstetra
- Un médico o clínico con experiencia en Ginecología y Obstetricia en mujeres con comorbilidades.
- Un médico con experiencia en la condición
- Un cirujano especializado
- Un intensivista

- Un neonatólogo
- El acompañante de la paciente
- Los profesionales de la salud relacionados

Para obtener una breve explicación el por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, que involucra a un equipo multidisciplinario.](#)

1.3 Enfermedad cardiaca

Evaluación del riesgo para mujeres con enfermedad cardiaca

1.3.1 La evaluación del riesgo para mujeres con enfermedad cardiaca debe seguir los principios del trabajo en equipo multidisciplinario (descrito en la [recomendación en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, que involucra a un equipo multidisciplinario](#)). Incluya a un cardiólogo con experticia en el manejo de la enfermedad cardiaca en la mujer embarazada en las discusiones del equipo multidisciplinario.

1.3.2 Para las mujeres con enfermedad cardiaca diagnosticada en el período intraparto, se necesitan discusiones multidisciplinarias urgentes para garantizar que a la mujer se le ofrezca el mismo nivel de atención que a una mujer con un diagnóstico existente de enfermedad cardiaca y, cuando sea posible, que se tengan en cuenta sus preferencias.

1.3.3 Tenga en cuenta que algunas mujeres con enfermedades cardiacas tienen un riesgo bajo de complicaciones y su atención debe estar en línea con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#), mientras que otras necesitan atención especializada individualizada.

1.3.4 Para las mujeres con enfermedad cardiaca, reevalúe el riesgo intraparto regularmente durante la gestación y el periodo intraparto usando todo lo siguiente:

- Evaluación clínica completa, incluyendo antecedentes y examen físico.
- La clasificación del riesgo modificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).^[1]
- Clase funcional de la New York Heart Association (NYHA)^[2] (consulte [la información de la American Heart Association sobre las clases de insuficiencia cardiaca](#)).

1.3.5 Ofrezca la misma investigación a las mujeres embarazadas con enfermedad cardiaca que a las mujeres que no están en embarazo. Revise los resultados y actúe sobre ellos sin demora.

Para obtener una breve explicación el por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la evaluación de riesgos para las mujeres con enfermedades cardíacas.](#)

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia C: enfermedad cardíaca.](#)

Manejo de anticoagulación para mujeres con válvulas cardíacas mecánicas

1.3.6 Cuando se confirme el embarazo:

- Involucrar a las mujeres con [válvulas cardíacas mecánicas](#) en una discusión multidisciplinaria de planes de anticoagulación durante el período intraparto (consulte las [recomendaciones en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, con la participación de un equipo multidisciplinario](#)).
- Considere incluir un hematólogo en la discusión multidisciplinaria
- Explique a la mujer que ella requerirá una anticoagulación individualizada dependiendo del tratamiento actual.

1.3.7 Para las mujeres con válvulas cardíacas mecánicas que toman warfarina en el tercer trimestre, cambie la anticoagulación a heparinas de bajo peso molecular a la semana 36 de gestación, o dos semanas antes del parto planeado (si este es antes de la semana 36). En el hospital, considere hacer esto:

- Suspender la warfarina y 24 h después, inicie heparinas de bajo peso molecular usando un esquema cada 12 horas, en una dosis basada en el peso más reciente disponible.
- Aumentar la dosis de la heparina de bajo peso molecular de acuerdo a los niveles de anti-Xa, esto debe hacerse así:
 - controlar los niveles de anti-Xa todos los días de 3 a 4 horas después de una dosis de heparina de bajo peso molecular, con el objetivo de alcanzar un nivel máximo de anti-Xa entre 1,0 y 1,2 UI / ml
- - comprobar que el nivel de anti-Xa antes de una dosis de heparina de bajo peso molecular (nivel mínimo) es superior a 0,6 UI / ml

- Volver a comprobar el nivel de anti-Xa semanalmente una vez que se alcanza el nivel de anti-Xa objetivo.

1.3.8. Para las mujeres con válvulas mecánicas cardíacas, suspenda la heparina de bajo peso molecular 24 horas antes de la cesárea programada y considere:

- Incentivar a realizar la cesárea tan pronto como se pueda entre las 24 a 30 horas después de suspendida la heparina de bajo peso molecular o
- cambiar a heparina no fraccionada (buscando un tiempo de tromboplastina parcial activado (PTT) activado de mínimo 2 veces el control), luego 4 a 6 h antes de la cesárea suspender la heparina no fraccionada.

1.3.9 Para las mujeres con válvulas mecánicas cardíacas quienes están en una inducción del trabajo de parto, debe involucrarse un obstetra coordinador:

- Decidir cuándo suspender la heparina de bajo peso molecular o la heparina no fraccionada, buscando:
 - minimizar el riesgo de hemorragia materna o trombosis,
 - asegurar la opción de analgesia regional
- Revisando el progreso del trabajo de parto y:
 - la necesidad de heparina de bajo peso molecular cada 12 horas, incentivando el parto tan cerca como 12 horas desde la última inyección si es posible o
 - la necesidad para heparina no fraccionada, incentivando al parto tan cerca como se pueda a las 4 a 6 h después de interrumpir la infusión.

1.3.10 Para las mujeres con válvulas cardíacas mecánicas que toman warfarina y que presentan un trabajo de parto establecido:

- Verifique el INR inmediatamente y consulte un hematólogo.
- No suministre anticoagulación hasta que la paciente haya tenido una evaluación por el obstetra, lo que debería ocurrir dentro de las 2 horas siguientes.
- Desarrolle una revisión de alto nivel (incluido como mínimo un obstetra experto, un hematólogo y un anesestesiólogo obstetra experto) para discutir la vía del parto, con el fin de minimizar el riesgo de sangrado para la mujer y el bebé,
- Considere revertir la anticoagulación.

1.3.11 Para las mujeres con válvulas mecánicas cardíacas, realice una revisión postparto, incluyendo como mínimo un obstetra experto y un anestesiólogo experto, del riesgo de hemorragia y trombosis valvular dentro de 3 a 4 horas del parto. Incentive a reiniciar la heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada 4 a 6 horas después del parto.

1.3.12 Para las mujeres con válvulas cardíacas mecánicas con alto riesgo de hemorragia periparto, considere las siguientes opciones hasta que la revisión cada hora indique que la anticoagulación terapéutica puede ser restablecida:

- La heparina de bajo peso molecular profiláctica o
- sin heparina de bajo peso molecular .

1.3.13 Para las mujeres con válvulas cardíacas mecánicas, considere retrasar el reinicio de la warfarina hasta mínimo 7 días después del parto e inicie el seguimiento por el especialista como se describe en el plan de cuidado interdisciplinario (ver la recomendación 1.3.6).

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el manejo de la anticoagulación para mujeres con válvulas cardíacas mecánicas.](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia C: enfermedad cardíaca.](#)

Vía del parto para mujeres con enfermedad cardíaca

1.3.14 Desarrollar un plan de parto individualizado con la mujer con enfermedad cardíaca que cubra las 3 etapas del trabajo de parto después de una discusión multidisciplinaria (que se describe en la [recomendación sobre el plan en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, con la participación de un equipo multidisciplinario](#)). Considere incluir a un cardiólogo con experiencia en el manejo de enfermedades cardíacas en mujeres embarazadas en las discusiones del equipo multidisciplinario.

1.3.15 Durante el embarazo, maneje la hipertensión arterial pulmonar en consulta con un centro especializado en hipertensión pulmonar.

1.3.16 Ofrezca un parto planificado (inducción del trabajo de parto o cesárea) para las mujeres con válvulas cardíacas mecánicas.

1.3.17 Considere una cesárea planificada para las mujeres con:

- Cualquier enfermedad de la aorta clasificada como de alto riesgo
- Hipertensión arterial pulmonar
- Enfermedad cardíaca con clase funcional NYHA III o IV

Explique los beneficios y riesgos del parto por cesárea. Si la paciente escoge no tener una cesárea, explique los beneficios y riesgos de un segundo periodo del trabajo de parto asistido comparado con el pujo activo solo.

1.3.18 Para las mujeres con enfermedad cardíaca quienes han planeado una cesárea, desarrolle un plan de atención de emergencia individualizado con la paciente, en caso de que se presente al comienzo del trabajo de parto, con nuevos síntomas o con complicaciones obstétricas.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el modo de nacimiento de las mujeres con enfermedades cardíacas](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia C: enfermedad cardíaca](#).

Manejo de líquidos en la paciente con enfermedad cardíaca

1.3.19 Durante el embarazo, planea el manejo del balance de líquidos durante el periodo intraparto para las mujeres con enfermedad cardíaca con el equipo multidisciplinario (descrito en la [recomendación sobre los miembros del equipo en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, que involucra a un equipo multidisciplinario](#)). Incluya un cardiólogo con experticia en el manejo de la enfermedad cardíaca en la embarazada. La discusión multidisciplinaria debe incluir:

- Cómo la condición afecta el equilibrio de líquidos
- Balance óptimo de líquidos y cómo se puede lograr
- Planes para la evaluación y seguimiento del riesgo

1.3.20 Identifique las mujeres con enfermedad cardíaca para las que el balance de líquidos es fundamental para la función cardíaca. Estas incluyen las mujeres con:

- Lesiones estenóticas severas del lado izquierdo (ejemplo: estenosis aórtica y estenosis mitral).

- Cardiomiopatía hipertrófica.
- Cardiomiopatía con disfunción ventricular sistólica.
- Hipertensión arterial pulmonar.
- Circulación de Fontan y otras circulaciones univentriculares.
- Enfermedad cardíaca con clasificación NYHA IV.

1.3.21 Para las mujeres con enfermedad cardíaca en las que el balance de líquidos es fundamental para una función cardíaca óptima, ofrezca seguimiento personalizado y revisión clínica durante el periodo intraparto, y considere escalamiento como sigue:

- Monitoreo horario de líquidos administrados y eliminados (con una evaluación mínimo cada 4 horas por un clínico experto), presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
- Electrocardiograma continuo y oximetría de pulso con interpretación por personal capacitado.
- Monitoria continua de presión arterial invasiva.
- Monitoría del gasto cardíaco con técnicas no invasivas o ecocardiograma seriado por personal capacitado.

Informe a las mujeres que necesitan monitorización intensiva que es posible que deba realizarse en una unidad de cuidado intensivo donde estén disponibles el equipo y la experiencia necesarios.

1.3.22 Ofrezca manejo estándar de líquidos durante el periodo intraparto para las mujeres con enfermedad cardíaca modificada tipo 1 de la OMS y para las pacientes con clasificación NYHA I.

1.3.23 Considere el manejo estándar de líquidos durante el periodo intraparto para las mujeres con enfermedad cardíaca modificada 2 y 3 de la OMS o para la clasificación de enfermedad cardíaca NYHA II y III, después de una discusión multidisciplinaria. (descrita en la [recomendación sobre el plan en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con problemas médicos existentes](#)). [condiciones - involucrando a un equipo multidisciplinario](#)).

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el manejo de líquidos para mujeres con enfermedades cardíacas](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia C: enfermedad cardíaca](#). **Diagnóstico y manejo de la falla cardíaca para todas las mujeres en el periodo intraparto**

Estas recomendaciones cubren el diagnóstico y manejo de la falla cardíaca para todas las mujeres en el periodo intraparto. Esto incluye las mujeres con enfermedad cardíaca existente, y mujeres sin enfermedad cardíaca previa que desarrollan signos y síntomas de falla cardíaca.

1.3.24 Tenga en cuenta la historia cardíaca específica y sospeche una falla cardíaca si no hay otra causa probable de alguno de los siguientes síntomas:

- Disnea en decúbito supino (descartando compresión aorto-cava) o disnea de reposo
- Tos inexplicable, especialmente con el decúbito o tos que produce esputo rosado o espumoso.
- Disnea paroxística nocturna (se despierta por severa disnea y tos) la cual puede producir esputo espumoso y rosado que mejora cuando adopta la posición vertical.
- Palpitaciones (conciencia de la frecuencia cardíaca rápida en reposo)

1.3.25 Considere falla cardíaca en el periodo intraparto si hay cualquiera de los siguientes signos:

- Pálido, sudoroso, agitado con áreas distales frías
- Frecuencia cardíaca persistentemente mayor de 110 por minuto
- Frecuencia respiratoria persistentemente mayor de 20 latidos por minuto en reposo
- Hipotensión (presión sistólica menor de 100 mm Hg)
- Saturación de oxígeno menor de 95% con aire ambiente
- Presión venosa yugular aumentada
- Soplo o ruido cardíaco
- a la auscultación disminución de la entrada de aire, estertores basales o sibilancias.

1.3.26 Si cualquiera de los síntomas o signos en las recomendaciones 1.3.24 y 1.3.25 sugieren falla cardíaca, un médico coordinador/especialista debe revisar la condición de la paciente sin retraso.

1.3.27 Cuando hay una sospecha clínica de falla cardíaca en cualquier mujer en el periodo intraparto:

- Establezca un acceso venoso periférico
- Mida la urea, electrolitos y realice un hemograma completo
- Tome unos gases arteriales
- Realice un electrocardiograma
- Realice una radiografía de tórax.

1.3.28 Si los resultados de la recomendación 1.3.27 no pueden descartar la sospecha clínica de insuficiencia cardíaca en el período intraparto, realice:

- Revisión por el cardiólogo (con revisión por un médico o especialista con experticia en esta área; si el cardiólogo no está inmediatamente disponible).
- Ecocardiograma transtorácico realizado por un cardiólogo o un técnico entrenado.
- Medición de los niveles de la fracción N terminal del péptido natriurético cerebral (NT-proBNP).

1.3.29 Considere un parto temprano para las mujeres con falla cardíaca debida a cardiomiopatía, dependiendo de la severidad de la condición y qué tan bien ha respondido al tratamiento.

1.3.30 Optimice el tratamiento para la falla cardíaca tan pronto como sea posible, después del parto, aun si la paciente está dando lactancia materna.

1.3.31 Si la sospecha clínica de falla cardíaca persiste después del parto, considere involucrar continuamente el cardiólogo en el manejo de la paciente.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca para todas las mujeres en el período intraparto.](#)

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia C: enfermedad cardíaca](#) .

Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedad cardíaca

1.3.32 Durante el embarazo, diseñe un plan para manejar la anestesia y analgesia de las mujeres con enfermedad cardíaca involucrando un equipo interdisciplinario y a la paciente (descrito en la [recomendación sobre el plan en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes, que involucre a un equipo multidisciplinario.](#) Recomendación 1.2.1). Considere incluir un hematólogo para las pacientes con un régimen de anticoagulación.

1.3.33 Considere ofrecer la misma información sobre anestesia y analgesia en el trabajo de parto a las mujeres con enfermedad cardíaca tipo 1 o 2 modificada de la OMS como se describió en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos.](#)

1.3.34 Considerar anestesia regional para las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificada de la OMS a menos que esté contraindicada.

1.3.35 Considerar un trabajo cooperativo entre un anesthesiólogo obstetra y un anesthesiólogo cardiovascular durante el trabajo de parto para las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS.

1.3.36 Cuando se use anestesia regional para mujeres con enfermedad cardiaca, intente preservar la estabilidad cardiovascular, por ejemplo, usando una técnica combinada secuencial espinal-epidural.

1.3.37 Ofrezca monitoría intraparto del corazón y de la circulación para todas las mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS; esto usualmente incluirá monitoreo invasivo de la presión arterial y de la presión venosa central y monitoría avanzada del gasto cardiaco.

1.3.38 Ofrezca bajas dosis de analgesia regional para mujeres con enfermedad cardiaca tipo 3 o 4 modificadas de OMS, porque es menos probable que cause inestabilidad cardiaca durante el trabajo de parto y el parto.

1.3.39 Considere analgesia regional para las mujeres quienes han tenido esquema de heparina de bajo peso molecular y que no han recibido una dosis profiláctica por mínimo 12 horas, o una dosis terapéutica por mínimo 24 horas.

1.3.40 Para las mujeres en tratamiento con heparinas de bajo peso molecular:

- Espere 12 horas después de una dosis profiláctica antes de posicionar una epidural, o remover el catéter epidural.
- Espere 24 horas después de una dosis terapéutica, antes de poner una técnica epidural o espinal, o de remover un catéter epidural.
- Después de poner una epidural o espinal o de remover un catéter, espere 4 horas antes de administrar la dosis siguiente de heparina de bajo peso molecular.
- No administre dosis terapéutica de heparina de bajo peso molecular mientras un catéter epidural esté instalado.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre anestesia y analgesia para mujeres con enfermedades cardiacas.](#)

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia C: enfermedad cardíaca](#) .

Manejo del tercer estadio del trabajo de parto para mujeres con enfermedad cardíaca

1.3.41 Durante el embarazo, prepare un plan individualizado para manejar el tercer estadio del trabajo de parto para mujeres con enfermedad cardíaca, involucrando un equipo multidisciplinario y a la mujer (descrito en la [recomendación sobre el plan en la sección sobre planificación de la atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes: involucrando a un equipo multidisciplinario](#). Recomendación 1.2.1). Considere incluir un cardiólogo con experiencia en el manejo de la enfermedad cardíaca en mujeres embarazadas.

1.3.42 Trate a la mujer con enfermedad cardíaca tipo 1 modificada de la OMS como de bajo riesgo y considere el rango completo de cuidados para las mujeres sanas en el tercer estadio del trabajo de parto descritos en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) .

1.3.43 Aconseje un manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto para las mujeres con enfermedad cardíaca modificada tipo 2 de la OMS, acorde con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) .

1.3.44 Considere el manejo del tercer estadio del trabajo de parto para las mujeres con enfermedad cardíaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS^[1], de acuerdo a la tabla 1.

Tabla 1. Tratamiento del tercer estadio del trabajo de parto, para mujeres con enfermedad cardíaca tipo 3 y 4 modificadas de la OMS.

Condición	Uterotónicos de primera línea	Uterotónicos de segunda línea	Medicamentos para evitar, por riesgo de lesión.
Enfermedad aórtica significativa Síndrome de Marfan y Loeys–Dietz con dilatación aórtica >40 mm. Enfermedad aórtica bicúspide y dilatación aórtica >45 mm. Disección aórtica previa. Síndrome Turner e índice de tamaño aórtico >25 cm/ m ²	Oxitocina	Misoprostol, carboprost	Ergometrina (a causa del riesgo de disección y ruptura aórtica por hipertensión).

Gasto cardiaco limitado o fijo o circulación dependiente de precarga Disfunción ventricular severa (fracción de eyección <30%). Estenosis valvular severa. Cardiomiopatía hipertrófica con disfunción diastólica o con obstrucción significativa del tracto de salida. Circulación de Fontan. Enfermedad Cardíaca cianósante.	Infusión lenta de oxitocina para evitar cambios hemodinámicos súbitos.	Misoprostol, carboprost	Análogos de la oxitocina de larga acción y ergometrina (por el riesgo de falla cardíaca inducida por hipertensión).
Hipertensión pulmonar	Oxitocina	Misoprostol	Ergometrina, carboprost y análogos de oxitocina de larga acción (a causa del riesgo de empeoramiento de la hipertensión pulmonar).
Enfermedad arterial coronaria	Oxitocina	Misoprostol	Ergometrina (debido al riesgo de isquemia coronaria).

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto para mujeres con enfermedades cardíacas](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia C: enfermedad cardíaca](#).

1.4 Asma

Analgesia para mujeres con asma

1.4.1 Ofrezca a las pacientes con asma las mismas opciones para alivio del dolor que a las mujeres sin asma, incluyendo:

- Entonox (óxido nítrico 50% más oxígeno 50%)
- Opioides intramusculares e intravenosos
- Epidural
- Analgesia combinada espinal-epidural.

Para una breve explicación de por qué el comité hizo la recomendación y cómo podría afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el alivio del dolor durante el trabajo de parto para mujeres con asma.](#)

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia D: asma.](#)

Prostaglandinas para la mujer con asma

1.4.2 No ofrezca prostaglandina F2 alfa (carboprost) para las mujeres con asma debido al riesgo de broncoespasmo.

1.4.3 Considere prostaglandina E1 o prostaglandina E2 como opciones para inducir el trabajo de parto en las mujeres con asma ya que no existe evidencia de que empeoren el asma.

1.4.4 Considere prostaglandina E1 como una opción para tratar la hemorragia postparto en mujeres con asma porque no hay evidencia de que esta empeore el asma.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre las prostaglandinas para las mujeres con asma.](#)

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia D: asma.](#)

1.5 Uso de esteroides sistémicos por largo plazo.

Esquemas de reemplazo de esteroides

1.5.1 Tenga en cuenta que los corticoesteroides maternos administrados antenatalmente para la maduración pulmonar fetal no deben afectar las recomendaciones dadas en 1.5.2 a 1.5.4.

1.5.2 Para las mujeres planeando un parto vaginal quienes tienen insuficiencia adrenal o quienes tomen esteroides orales por largo plazo (equivalente a 5 mg o más de prednisolona al día por más de 3 semanas):

- Continúe con sus esteroides orales habituales y
- Cuando la primera etapa del trabajo de parto esté instaurada, agregue hidrocortisona IV o IM y considere una dosis mínima de 50 mg cada 6 horas hasta 6 horas después del nacimiento.

1.5.3 Para las mujeres que tienen una cesárea planeada o emergente que tienen insuficiencia adrenal o que toman esteroides orales por largo plazo (equivalentes a 5 mg o más de prednisolona al día por más de 3 semanas):

- Continuar los esteroides orales habituales y
- Administre hidrocortisona intravenosa cuando se inicie la anestesia; la dosis dependerá de si la mujer ha recibido hidrocortisona en el trabajo de parto, por ejemplo:
 - Considere dar 50 mg si se le ha administrado hidrocortisona en el trabajo de parto.
 - Considere dar 100 mg si no se le ha administrado hidrocortisona en el trabajo de parto.

Administre una dosis adicional de hidrocortisona 6 h después del nacimiento del bebé (por ejemplo 50 mg IV o IM).

1.5.4 No ofrezca hidrocortisona suplementaria en el periodo intraparto a las mujeres que usan esteroides inhalados o tópicos.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el reemplazo de esteroides para las mujeres que toman esteroides a largo plazo.](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia E: esteroides sistémicos a largo plazo](#) .

1.6 Alteraciones hemorrágicas

Anestesia y analgesia regional para mujeres con alteraciones hemorrágicas

1.6.1 Analice riesgos y beneficios de la analgesia y anestesia regional con la mujer con trastorno hemorrágico.

1.6.2 Cuando considere anestesia y analgesia regional para mujeres con desórdenes hemorrágicos, tenga en cuenta:

- El riesgo general de hemorragia y la oportunidad de tratamiento correctivo
- Anticoagulación terapéutica o profiláctica
- El riesgo de hemorragia asociado con la técnica a utilizar
- La dificultad de la inserción de la aguja

- Los riesgos comparativos asociados con no analgesia o analgesia no regional
- Los riesgos comparativos de anestesia general.

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre anestesia regional y analgesia para mujeres con trastornos hemorrágicos](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia F: trastornos hemorrágicos](#).

Modificar el plan de parto de acuerdo al conteo o función de las plaquetas

1.6.3 Para pacientes con púrpura trombocitopénica inmune (PTI) conocida, antes de la admisión para el parto:

- Planee el parto en una unidad obstétrica con unidad neonatal que rutinariamente brinde atención de alta dependencia.
- Planee el parto como si el bebé estuviera en un riesgo de sangrado independientemente del conteo plaquetario de la madre.
- Considere monitorear el conteo plaquetario materno cada semana desde la semana 36, y si el conteo plaquetario es menor de 50000:
 - Discuta y acuerde un plan para el cuidado intraparto con un equipo multidisciplinario incluyendo a un hematólogo.
- Considere dar esteroides o inmunoglobulina intravenosa para aumentar el conteo plaquetario materno.

1.6.4 Para las mujeres con PTI conocida, en la admisión para el parto:

- Mida el conteo plaquetario materno
- Maneje la atención intraparto según la tabla 2.

1.6.5 Para las mujeres con PTI conocida o sospechada, tenga en cuenta las siguientes precauciones para reducir el riesgo de sangrado para el bebé:

- Informe al equipo neonatal del parto inminente de un bebé en riesgo.
- No realice muestras sanguíneas fetales
- Use con extrema precaución los electrodos del cuero cabelludo fetal
- No use ventosas

- Use fórceps de cavidad media o fórceps rotacionales con precaución.
- Tenga en cuenta que una cesárea no protegerá al bebé del sangrado.
- Mida el conteo plaquetario en el cordón umbilical en el nacimiento.

1.6.6 Modifique el plan de parto basado en el conteo plaquetario materno, usando la tabla 2 como guía, para las mujeres con:

- Trombocitopenia gestacional (sin preeclampsia ni síndrome HELLP y por lo demás bien)
- Un diagnóstico incierto de púrpura trombocitopénica inmune. \

Tabla 2. Modificación del plan del parto de acuerdo al recuento plaquetario en las mujeres con PTI o trombocitopenia gestacional.

Recuento de plaquetas materno	Cuidado materno
Mayor a 80.000	Trate a la paciente como una embarazada sana con el fin de considerar una analgesia o anestesia regional.
Plaquetas entre 50.000 a 80.000	Antes de considerar analgesia y anestesia regional, tenga en cuenta: la historia clínica las preferencias de la paciente la experticia del anesthesiólogo.
Menor a 50.000	Evite técnicas de anestesia o analgesia regional en la mayoría de las circunstancias.

Si la paciente tiene PTI o sospecha de PTI, asuma que el bebé está en riesgo de sangrado y tome las precauciones delineadas en la recomendación 1.6.5. Si la paciente tiene trombocitopenia gestacional, asuma que el bebé tiene un riesgo normal de sangrado.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la modificación del plan de parto de acuerdo con el recuento o la función de las plaquetas.](#)

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia F: trastornos hemorrágicos](#) .

Manejo del tercer estadio del trabajo de parto para mujeres con alteraciones hemorrágicas

1.6.7 Tenga en cuenta que las mujeres con alteraciones hemorrágicas tienen riesgo aumentado de hemorragia postparto primaria y secundaria.

1.6.8 Ofrezca manejo activo en lugar de manejo fisiológico del tercer estadio del trabajo de parto para las mujeres con desórdenes hemorrágicos, de acuerdo con [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) .

1.6.9 Para las mujeres con desórdenes hemorrágicos, evite administrar uterotónicos vía intramuscular.

1.6.10 Ofrezca cuidado postparto individualizado, como se discutió con el hematólogo, para mujeres con desórdenes hemorrágicos, que incluya:

- Medición de la pérdida sanguínea
- Seguimiento las complicaciones obstétricas
- Seguimiento de los parámetros hematológicos.

1.6.11 Tenga en cuenta que los antiinflamatorios no esteroideos pueden aumentar el riesgo de hemorragia.

1.6.12 Antes del alta hospitalaria, informe a la mujer con trastornos hemorrágicos del riesgo de hemorragia secundaria postparto y cómo consultar para recibir atención.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto para mujeres con trastornos hemorrágicos.](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia F: trastornos hemorrágicos](#) .

1.7 Hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa cerebral

Vía del parto y manejo del segundo estadio del trabajo de parto para mujeres con hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro.

1.7.1 Involucre el equipo multidisciplinario en la evaluación del riesgo para mujeres con una malformación cerebrovascular o con historia de hemorragia intracraneal. Incluya a la paciente en la planeación de la atención y a un medico con experiencia en el manejo de las condiciones neurovasculares en la mujer embarazada.

Atención para mujeres con malformación cerebrovascular con bajo riesgo de hemorragia intracraneal

1.7.2 Clasifique el riesgo de sangrado intraparto como bajo si la mujer tiene:

- Una malformación cerebrovascular completamente tratada o
- Hemorragia intracraneal de causa desconocida investigada de hace más de dos años.

1.7.3 Para las mujeres con una malformación cerebrovascular de bajo riesgo de hemorragia intracraneal, base sus decisiones sobre la vía del parto en las preferencias de la paciente y las indicaciones obstétricas.

1.7.4 Para las mujeres con una malformación cerebrovascular en bajo riesgo de sangrado intracraneal, maneje el segundo estadio del trabajo de parto basado en las preferencias de la mujer y en las indicaciones obstétricas.

Atención para las mujeres con malformación cerebrovascular con alto riesgo de hemorragia intracraneal

1.7.5 Clasifique el riesgo de hemorragia intraparto como alto si una mujer tiene:

- Una malformación cerebrovascular no tratada o tratada parcialmente que ha sangrado previamente
- Un aneurisma grande (igual o mayor a 7 mm) o un aneurisma con otras características de alto riesgo según lo definido por un neurorradiólogo
- Una malformación arteriovenosa compleja
- Cavernoma con características de alto riesgo
- Sangrado intracraneal en los últimos 2 años

1.7.6 Considere la posibilidad de una cesárea para las mujeres quienes están en alto riesgo de hemorragia cerebral, después de una discusión amplia con la paciente, sobre los beneficios y riesgos de todas las opciones.

1.7.7 Para las mujeres en alto riesgo de hemorragia cerebral quienes prefieren parto vaginal o están en el segundo estadio del trabajo de parto:

- ofrezca analgesia regional y
- explique los beneficios y riesgos de un segundo estadio del trabajo de parto asistido comparado con el pujo activo únicamente.

1.7.8 Para las mujeres quienes se presentan por primera vez en trabajo de parto con historia de una malformación cerebrovascular o hemorragia intracraneal y riesgo desconocido de sangrado intracraneal, manéjelas como de alto riesgo y siga las recomendaciones 1.7.6 y 1.7.7.

1.7.9 No suspenda la analgesia o anestesia regional a las mujeres con una malformación cerebrovascular aislada a menos que tenga una predisposición genética a malformaciones vasculares múltiples o con antecedentes genéticos desconocidos.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la atención de mujeres con riesgo de hemorragia intracraneal](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia G: hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro](#).

1.8 Injuria renal aguda o enfermedad renal crónica

Manejo de líquidos para mujeres con enfermedad renal

1.8.1 Durante el embarazo, involucre un equipo multidisciplinario para la valoración del riesgo para mujeres con enfermedad renal. Incluya un médico con experiencia en el manejo de afecciones renales en mujeres embarazadas.

1.8.2 Asegure que las mujeres con enfermedad renal crónica estadio 4 o 5 antes del embarazo o las mujeres con enfermedad renal activa o progresiva sean atendidas durante el periodo intraparto por un obstetra, un anestesiólogo obstetra y una partera con la participación de un médico con experiencia en el manejo de afecciones renales en la mujer embarazada.

1.8.3 Asegure que un médico con experiencia en el manejo de afecciones renales en mujeres

embarazadas esté disponible para consulta durante el periodo intraparto para pacientes con enfermedad renal crónica estadios 4 o 5 antes del embarazo y también para las pacientes con enfermedad renal activa o progresiva.

1.8.4 Manejar la lesión renal aguda secundaria a preeclampsia de acuerdo con la [guía NICE sobre hipertensión en el embarazo](#) .

1.8.5 Para las mujeres con enfermedad renal crónica con o sin preeclampsia, monitorice el balance de líquidos en el periodo intraparto. Mida la frecuencia cardiaca cada hora y con seguimiento mínimo cada 4 horas de:

- Presión arterial
- Frecuencia respiratoria con auscultación del tórax
- Líquidos administrados y eliminados
- Saturación de oxígeno

Después de cada evaluación desarrolle un plan individualizado para manejar el balance de líquidos, el cual puede incluir técnicas de monitoreo adicionales, con el objetivo de mantener un volumen de líquidos normal para reducir el riesgo de injuria renal aguda y edema pulmonar.

1.8.6 Evaluación de la función renal como mínimo cada 24h durante el periodo intraparto en todas las mujeres con enfermedad renal crónica porque un trabajo de parto prolongado puede causar deshidratación e injuria renal aguda.

1.8.7 Para las mujeres con injuria renal aguda:

- identifique y corrija la causa de injuria renal aguda, mida la frecuencia cardiaca cada hora y monitorice el balance de líquidos en el periodo intraparto, evaluando lo siguiente mínimo cada 4 horas:
 - Presión arterial
 - Frecuencia respiratoria y auscultación del tórax
 - Administración y eliminación de líquidos
 - Saturación de oxígeno
- Desarrolle un plan individualizado para manejar el balance de líquidos lo cual puede incluir técnicas adicionales de monitoreo, con el objetivo de mantener el volumen normal de líquidos y evitar la deshidratación y el edema pulmonar.

- considere administrar un bolo pequeño único de cristaloides (por ejemplo 250 ml) si la paciente está deshidratada y revise el estado de hidratación y el gasto urinario dentro de una hora después administrar el primer bolo de líquidos, y antes de considerar un segundo bolo.
- Continúe controlando el balance de líquidos y la función renal hasta que la injuria renal se resuelva.

1.8.8 No ofrezca medicamentos nefrotóxicos (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos) en el periodo intraparto a las mujeres con enfermedad renal.

1.8.9 Para todas las mujeres con enfermedad renal durante el embarazo:

- monitorice lo siguiente mínimo cada 4 horas durante al menos 24 horas después del parto:
 - Frecuencia cardíaca y presión sanguínea
 - Frecuencia respiratoria y auscultación del tórax
 - Administración y eliminación de líquidos
 - Saturación de oxígeno.
- garantizar la evaluación posparto de la función renal y el seguimiento de las mujeres con enfermedad renal persistente.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el manejo de líquidos para mujeres con enfermedad renal](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia H: lesión renal aguda o enfermedad renal crónica](#).

Tiempo y vía del parto para mujeres con enfermedad renal

1.8.10 En mujeres con enfermedad renal debida a nefritis lúpica, vasculitis o glomerulonefritis, tan pronto como sea posible durante el embarazo, planifique la atención intraparto con la paciente y un médico con experiencia en el manejo de las afecciones renales en mujeres embarazadas.

1.8.11 En las mujeres con trasplante de riñón, tan pronto como sea posible durante el embarazo, planifique la atención intraparto con la paciente, un médico con experiencia en el manejo de afecciones renales en mujeres embarazadas y un cirujano de trasplante de riñón.

1.8.12 Para las mujeres con enfermedad renal crónica en estadio 1, con función renal estable y proteinuria en rango no nefrótico (relación proteínas/creatinina en orina menor de 300 mg/ mmol), base las decisiones sobre el momento y vía del parto, en las preferencias de la paciente y las indicaciones obstétricas.

1.8.13 Considere planificar el parto a las 40 semanas de gestación para las pacientes con:

- enfermedad renal crónica estadio 1 y proteinuria en rango nefrótico (relación proteínas/creatinina en orina mayor de 300 mg/mmol) o
- enfermedad renal crónica estadio 2 a 4 con función renal estable.

1.8.14 Para mujeres con enfermedad renal crónica en estadio 3b deteriorándose, estadio 4 o 5, antes de la semana 34 de gestación, discuta la opción de diálisis con la paciente y el equipo multidisciplinario en un esfuerzo para prolongar el embarazo a mínimo las 34 semanas.

1.8.15 Para las mujeres con enfermedad renal crónica en estadio 3b deteriorándose, estadio 4 o 5, después de la semana 34 de gestación, discuta la opción de un parto planificado con la paciente y con el equipo multidisciplinario y considere el parto antes de las 38 semanas de gestación.

1.8.16 Para todas las mujeres con enfermedad renal, incluyendo aquellas con un trasplante renal, base sus decisiones sobre la vía de parto en las preferencias de la paciente y las indicaciones obstétricas.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el momento y el modo de parto de las mujeres con enfermedad renal](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia H: lesión renal aguda o enfermedad renal crónica](#).

1.9 Obesidad

Evaluar la presentación fetal al inicio del trabajo de parto para mujeres con IMC mayor de 30.

1.9.1 Considere una ecografía al inicio del trabajo de parto establecido si la presentación del feto es incierta para la paciente con un IMC mayor de 30 kg/m² durante el ingreso, particularmente en las pacientes con IMC mayor de 35 kg/m².

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la evaluación de la presentación fetal al comienzo del trabajo de parto para mujeres con un IMC superior a 30 kg / m²](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia I: obesidad](#).

Monitoreo fetal para mujeres con IMC mayor de 30.

1.9.2 Basar la monitorización fetal intraparto en las preferencias de la paciente y en las indicaciones obstétricas (incluida la ausencia de atención prenatal), de acuerdo con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#), para mujeres con un IMC superior a 30 kg / m² **en la admisión y sin complicaciones médicas.**

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la monitorización fetal para mujeres con un IMC superior a 30 kg / m²](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia I: obesidad](#).

Posición durante el trabajo de parto para mujeres con IMC mayor de 30

1.9.3 Para mujeres con IMC mayor de 30 kg/m² al ingreso, realice una evaluación del riesgo en el tercer trimestre. Cuando se desarrolle el plan de parto con la paciente, tenga en cuenta:

- Las preferencias de la paciente.
- La movilidad de la paciente
- comorbilidades
- El peso actual o más reciente de la paciente.

1.9.4 Para mujeres con IMC mayor a 30 kg/m² en la admisión y con reducida movilidad en el tercer trimestre, recomiende la posición lateral en la segunda etapa del trabajo de parto.

1.9.5 Para mujeres con IMC mayor 30 kg/m² en la admisión con adecuada movilidad, proporcione atención en la segunda etapa del trabajo de parto de acuerdo con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la posición durante la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres con un IMC superior a 30 kg / m²](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia I: obesidad](#).

Requerimientos de equipo para las mujeres en trabajo de parto con IMC mayor de 30

1.9.6 Todas las unidades obstétricas deben tener “camas de parto” capaces de facilitar una carga de trabajo segura de 250 kg. ^[1]

1.9.7 Realice una evaluación del riesgo para asegurar que el equipo necesario, en tamaño y forma apropiada, esté disponible para el cuidado intraparto de una mujer con IMC mayor a 30 kg/m² al momento de la admisión que incluya:

- equipo quirúrgico, obstétrico y anestésico
- manguito para toma de presión arterial
- mesas de quirófano
- equipos de elevación y transferencia lateral
- medias anti-embolicas
- sillas de ruedas
- equipos de monitoría.

1.9.8 Para las mujeres con un IMC mayor a 50 kg/m² al ingreso, ofrezca remitirlas a una unidad obstétrica con equipo disponible y la experiencia necesaria, tan pronto como sea posible en el embarazo, si esto no está disponible en su unidad actual.

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre las necesidades de equipo para mujeres en trabajo de parto con un IMC superior a 30 kg / m²](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia I: obesidad](#).

1.10 Información para mujeres con complicaciones obstétricas o sin cuidado prenatal

1.10.1 Siga las recomendaciones sobre comunicación en la [guía NICE sobre atención intraparto](#).

[para mujeres sanas y bebés](#) para mujeres en trabajo de parto con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal.

1.10.2 Reconozca que las mujeres en trabajo de parto con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal:

- puede estar más ansiosas que otras mujeres en trabajo de parto
- y es probable que tengan una mejor experiencia del trabajo de parto y parto si reciben información sobre los beneficios y riesgos de las opciones de su atención y están completamente involucradas en la toma de decisiones.

1.10.3 Aporte información sobre la atención en el trabajo de parto y la vía del parto, que:

- Está personalizada a las circunstancias y necesidades de la mujer
- utiliza cifras nacionales y locales siempre que sea posible
- Expresa beneficios y riesgos en una forma que la paciente pueda entender
- se presenta como se recomienda en la [guía NICE sobre la experiencia del paciente en los servicios del NHS para adultos](#).

1.10.4 Reconozca que la visión individual acerca del riesgo varía y apoye la toma de decisiones y la elección de la paciente.

1.10.5 Clarifique con la paciente con complicaciones obstétricas o sin cuidado prenatal cómo le gustaría involucrar a su acompañante del parto en las discusiones sobre la atención durante el trabajo de parto y parto. Revise esto regularmente.

1.10.6 Involucre a la paciente en la planeación de su atención preguntándole sobre sus preferencias y expectativas para el trabajo de parto y parto. Tenga en cuenta las discusiones previas, la planeación, decisiones y elecciones, y mantenga a la paciente y a su acompañante (s) completamente informados.

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre información para mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia J: información para mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal](#).

1.11 Evaluación del riesgo para mujeres con complicaciones obstétricas o sin cuidado

prenatal.

1.11.1 Tenga en cuenta los síntomas reportados y las preocupaciones expresadas por las mujeres en trabajo de parto con cualquiera de los siguientes:

- Pirexia
- Sepsis
- Hemorragia intraparto
- Presentación podálica
- Sospecha de feto pequeño para la edad gestacional
- Sospecha de feto grande para la edad gestacional
- Cesárea previa
- Parto después de las 42 semanas de gestación
- Ausencia de cuidado prenatal.

1.11.2 Asegure que un profesional de la salud con habilidades y experiencia en el manejo de las complicaciones obstétricas revise y evalúe la condición de una mujer con cualquiera de las complicaciones de la recomendación 1.11.1, incluyendo cualquier observación anotada, y escale la atención si es necesario.

1.11.3 Tenga en cuenta el escenario clínico completo cuando se discutan con la paciente las opciones para la atención durante el trabajo de parto.

1.11.4 Realice y registre las observaciones maternas (pulso, presión arterial, temperatura, gasto urinario), como se recomienda en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) y se muestra en la tabla 3, para mujeres en trabajo de parto con cualquiera de los siguientes y ningún otro motivo de preocupación:

- presentación podálica
- sospecha de feto pequeño para la edad gestacional
- sospecha de feto grande para la edad gestacional
- cesárea previa
- trabajo de parto después de las 42 semanas de gestación
- ausencia de cuidado prenatal

Tabla 3. Observaciones de rutina en la madre, para mujeres en trabajo de parto con presentación podálica, sospecha de feto pequeño o grande para la edad gestacional, cesárea previa, inicio del trabajo de parto después de las 42 semanas o en ausencia de cuidado prenatal, y ninguna otro motivo de preocupación.

Pulso	Presión arterial	Frecuencia respiratoria	Temperatura	Nivel de conciencia (AVPU)	Saturación de Oxígeno	Orina
Horario	Cada 4 horas, y horariamente en el segundo estadio	No requerido rutinariamente	Cada 4 horas	No requerido rutinariamente	No requerido rutinariamente	Registro de salida

Abreviación: AVPU, alerta, voz, dolor, no respuesta.

La frecuencia de las observaciones debe ajustarse si es necesario en función del nivel de preocupación clínica.

1.11.5 Para mujeres en trabajo de parto con fiebre, una temperatura de más de 38°C en una lectura única o dos lecturas consecutivas igual o mayor a 37.5°C (con 1 hora de diferencia), realice observaciones maternas como se muestra en la tabla 4.

1.11.6 Para las mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis, realice observaciones maternas como se muestra en la tabla 4.

1.11.7 Para las mujeres con hemorragia intraparto, monitoree continuamente las pérdidas vaginales y realice observaciones maternas como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4 Observaciones maternas rutinarias para mujeres en trabajo de parto con fiebre, sospecha de sepsis, sepsis o hemorragia intraparto.

Observación materna	Fiebre	Sospecha de sepsis: preocupación insuficiente para el tratamiento con antibióticos	Sepsis o sospecha de sepsis - en tratamiento con antibióticos	Hemorragia intraparto
Pulso	Cada hora	Cada hora	Continua, o al menos cada 30 minutos	Al menos cada hora
Presión Arterial	Cada 4 horas y cada hora en el segundo estadio.	Cada 4 horas y cada hora en la segunda etapa.	Continua, o al menos cada 30 minutos	Al menos cada 4 horas y al menos cada hora en el segundo estadio.
Frecuencia respiratoria	Cada 4 horas	Cada 4 horas	Continua, o al menos cada 30 minutos	Al menos cada 4 horas
Temperatura	Cada hora	Cada hora	Cada hora	Al menos cada 4 horas

Nivel de conciencia (AVPU)	Cada hora	Cada hora	Cada 30 minutos	Cada hora
Saturación de oxígeno	Cada 4 horas	Cada 4 horas	Continua, o al menos cada 30 minutos	Al menos cada 4 horas
Gasto urinario	Registro de salida	Registro de salida	Cada hora si esta cateterizado	Cada hora si esta cateterizado

Abreviación: AVPU, alerta, voz, dolor, sin respuesta.

La frecuencia de las observaciones debería ser ajustada, si es necesario, basado en el nivel de preocupación clínica.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la evaluación de riesgos para las mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia K: evaluación de riesgo para mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal](#).

1.12 Pirexia

Uso de antipiréticos para mujeres con fiebre durante el trabajo de parto

1.12.1 Considere el uso de paracetamol para mujeres con fiebre en el trabajo de parto, con temperatura de 38 grados o mayor en una lectura única o de 37.5°C o mayor en dos tomas consecutivas (con 1 hora de diferencia).

1.12.2 Tenga en cuenta que el paracetamol no es un tratamiento para la sepsis y no debe retrasar la investigación si se sospecha de sepsis.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el uso de antipiréticos para mujeres en trabajo de parto con fiebre](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia L: pirexia](#).

Muestra de sangre fetal para mujeres con fiebre durante el trabajo de parto

1.12.3 Para las mujeres en trabajo de parto con fiebre, una temperatura de 38 ° C o más en una sola lectura, o 37.5 ° C o más en 2 lecturas consecutivas (con 1 hora de diferencia), siga las [recomendaciones en la sección sobre monitoreo fetal para mujeres en trabajo de parto. con sepsis o sospecha de sepsis](#) en la muestra de sangre fetal para mujeres con sospecha de sepsis.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la toma de muestras de sangre fetal para mujeres en trabajo de parto con fiebre.](#)

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia L: pirexia.](#)

1.13 Sepsis

Vía del parto para mujeres con sepsis o sospecha de sepsis.

Reconocimiento de la sepsis

1.13.1 Siga la [guía NICE sobre sepsis](#) para el reconocimiento de sepsis en mujeres embarazadas.

1.13.2 Tenga en cuenta los cambios fisiológicos normales en el trabajo de parto, cuando piense en la posibilidad de sepsis, por ejemplo, incremento en la frecuencia cardíaca materna.

1.13.3 Reconozca que las mujeres con sepsis durante el trabajo de parto (consulte la [guía NICE sobre sepsis](#)) tienen un mayor riesgo de enfermedad severa o muerte.

Revisión multidisciplinaria para mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis

1.13.4 Para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis, asegure iniciar una revisión multidisciplinaria por un equipo con un líder definido, incluyendo:

- Un obstetra experto
- Un anestesiólogo obstetra experto
- Una partera experta
- Un coordinador del servicio de trabajo de parto

Revisión multidisciplinaria para una paciente con sepsis y trabajo de parto

1.13.5 Para mujeres con sepsis y trabajo de parto, asegúrese de una revisión multidisciplinaria continúa de un equipo con un líder designado, que incluya:

- Un obstetra experto
- Un anestesiólogo obstetra experto
- Un neonatólogo experto
- Un microbiólogo experto
- Una partera experta
- Un coordinador del servicio del trabajo de parto.

1.13.6 Incluya un intensivista experto, si una paciente con sepsis y trabajo de parto tiene alguno de los siguientes signos de disfunción orgánica:

- Alteración del estado de conciencia
- Hipotensión (presión sistólica menor de 90 mmHg)
- Reducción del gasto urinario (menos de 0.5 ml/kg /hora)
- Necesidad de una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) mayor de 40% para mantener una saturación mayor de 92%
- Una temperatura timpánica de menos de 36°C.

Planear el cuidado intraparto para mujeres con sepsis o sospecha de sepsis.

1.13.7 Para mujeres con sepsis o sospecha de sepsis en el periodo intraparto:

- Acuerde un plan interdisciplinario claro con la paciente.
- Documente el plan acordado
- Revise el plan regularmente, teniendo en cuenta el escenario clínico completo, incluyendo respuesta al tratamiento.

1.13.8 Involucre a la mujer con sepsis o sospecha de sepsis y su compañero(s) en una toma de decisión compartida sobre su atención, incluyendo las siguientes opciones:

- Inducción del trabajo de parto
- Continuar el trabajo de parto
- aumento del trabajo de parto
- Parto instrumentado
- Cesárea

1.13.9 Cuando se discute el tiempo y la vía del parto con una paciente con sepsis o sospecha de sepsis, tenga en cuenta las preferencias de la paciente, preocupaciones y experiencias, y el escenario clínico completo, incluyendo:

- la fuente y severidad de la sepsis, si se conocen
- semanas de gestación
- bienestar fetal
- estadio y progreso del trabajo de parto
- paridad
- respuesta al tratamiento.

1.13.10 Si se cree que la fuente de sepsis es el tracto genital, acelere el parto.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el modo de parto para las mujeres con sepsis o sospecha de sepsis](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia M: sepsis](#).

Anestesia y analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis

Anestesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica

1.13.11 Para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica (ver recomendación 1.13.6), debe considerarse anestesia regional con precaución y tener consejo de un anesthesiólogo obstetra consultante, y con la presencia de un anesthesiólogo experto.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la anestesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia M: sepsis](#).

Analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis

1.13.12 Para las mujeres en trabajo de parto con sepsis y cualquier signo de disfunción de órgano (ver recomendación 1.13.6), la analgesia regional debe ser solamente usado con precaución y reciba consejo de un anesthesiólogo obstetra consultante.

1.13.13 Para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis donde la preocupación es insuficiente para el tratamiento antibiótico, considere el parto en agua como una forma de analgesia solo después de la discusión con un anestesiólogo obstetra y con una partera coordinadora.

1.13.14 Para las mujeres en trabajo de parto que necesitan antibióticos por sospecha de sepsis (consulte la [guía NICE sobre sepsis](#)), inicie los antibióticos antes de insertar la aguja para la analgesia regional.

1.13.15 Para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis, realice una revisión multidisciplinaria de las opciones para aliviar el dolor como mínimo cada 4 horas.

1.13.16 Si existe alguna inquietud sobre la posibilidad de que una mujer elija la analgesia regional, esto debe discutirse con el anestesiólogo obstetra consultor.

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia M: sepsis](#) .

Monitoreo fetal para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis.

1.13.17 Aconseje la cardiotocografía continua durante el parto para:
mujeres con sospecha de sepsis
mujeres con sepsis confirmada

De acuerdo con la [recomendación sobre el asesoramiento de la cardiotocografía continua en la sección sobre medición de la frecuencia cardíaca fetal en la guía NICE sobre cuidados intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

1.13.18 Explique a la mujer y a su (s) compañero (s) de parto que el muestreo de sangre fetal implica y la incertidumbre de la importancia de los resultados, y apóyela en la decisión de aceptar o rechazar la prueba.

1.13.19 Tenga en cuenta que para las mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis, los resultados de la muestra de sangre fetal pueden ser falsamente tranquilizadores y siempre discuta con un obstetra experto:

- Si se necesita un muestreo de sangre fetal
- Los resultados de cualquier muestreo de sangre fetal realizado.

[Esta recomendación está adaptada de la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#)]

1.13.20 Para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis y un trazado de cardiotocografía anormal, piense en el cuadro clínico completo y tenga en cuenta lo siguiente antes de realizar cualquier muestreo de sangre fetal y al interpretar los resultados:

- las preferencias de la mujer
- etapa y progreso del trabajo de parto
- paridad
- probabilidad de corioamnionitis

1.13.21 Si se sigue sospechando sepsis, sólo repita el muestreo de sangre fetal con precaución y en discusión con un experto obstetra.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la monitorización fetal para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis.](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia M: sepsis.](#)

Tratamiento antimicrobiano para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis

1.13.22 Para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis:

- Tenga en cuenta todo el cuadro clínico cuando piense en tratamiento antimicrobiano.
- Documente la justificación para cualquier decisión de iniciar el tratamiento antimicrobiano y elección de antimicrobianos.
- Tome muestras para cultivo microbiológico, incluidos hemocultivos, antes de comenzar con los antimicrobianos de acuerdo con la [guía NICE sobre sepsis](#) .

1.13.23 Para las mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis y una fuente clara de infección, use la guía antimicrobiana local existente cuando ofrezca un antimicrobiano. [Esta recomendación está adaptada de la [guía NICE sobre sepsis](#)].

1.13.24 Para las mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis y una fuente de infección poco clara, ofrezca un antimicrobiano intravenoso de amplio espectro del formulario local acordado y de acuerdo con las pautas locales (cuando estén disponibles) o nacionales. [Esta recomendación está adaptada de la [guía NICE sobre sepsis](#)].

1.13.25 Explique a la mujer en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis y su (s) acompañante (s) que:

No hay evidencia que respalde el uso de un antimicrobiano de amplio espectro sobre otro

- La elección del antimicrobiano se guiará por las directrices locales sobre antimicrobianos

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el tratamiento antimicrobiano para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia M: sepsis](#) .

Atención a mujeres con sepsis o sospecha de sepsis inmediatamente después del nacimiento.

1.13.26 Para las mujeres con sepsis o sospecha de sepsis, asegúrese de que haya una revisión multidisciplinaria (consulte las [recomendaciones en las secciones sobre revisión multidisciplinaria para mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis y con sepsis](#)) en las primeras 24 horas después del parto. Esto debe incluir una discusión sobre la necesidad de:

- especímenes microbiológicos para cultivo
- tratamiento antimicrobiano
- mayor frecuencia de monitoreo
- un mayor nivel de atención y monitoreo
- investigaciones adicionales tales como imágenes
- apoyo para permitir que la mujer alimente a su bebé cuando lo desee (incluido mantener a la mujer y el bebé juntos siempre que sea posible y manteniendo contacto piel con piel)
- apoyo adicional para la mujer y su familia.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la atención para mujeres con sepsis o sospecha de sepsis inmediatamente después del parto](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia M: sepsis](#) .

1.14 Hemorragia intraparto

Manejo de la hemorragia intraparto

1.14.1 Si hay signos de choque en una paciente con hemorragia intraparto, proceda con una reanimación inmediata.

1.14.2 El servicio de maternidad y el servicio de ambulancia deben contar con estrategias para responder de manera rápida y adecuada si una mujer tiene una hemorragia intraparto en cualquier entorno. [Esta recomendación está adaptada de la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#)].

1.14.3 Si una mujer en trabajo de parto tiene algún sangrado vaginal que no sea ‘significativo’, transférala a atención obstétrica, de acuerdo con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) .

1.14.4 Si una mujer en trabajo de parto tiene algún sangrado vaginal diferente de un sangrado significativo, explique lo que está sucediendo a ella y sus acompañantes.

1.14.5 Si una mujer en trabajo de parto tiene algún sangrado vaginal diferente de un sangrado significativo:

- Realice seguimiento del sangrado, preguntando:
- Cualquier síntoma asociado, incluido dolor
- Cualquier preocupación específica que la paciente pueda tener
- Cualquier cirugía uterina previa.
- Verifique las imágenes previas de la posición placentaria.
- Evalúe el volumen de la pérdida de sangre y las características de la sangre, como el color y la presencia de coágulos o líquido amniótico.
- Lleve a cabo un examen físico, que incluya:

- signos vitales
- palpación abdominal
- examen con espéculo
- examen vaginal si se ha excluido la placenta previa
- Auscultación cardiaca fetal.
- Comience cardiotocografía continua.
- Tome una muestra de sangre para determinar el conteo sanguíneo completo y el grupo sanguíneo.

1.14.6 Piense en las posibles causas de sangrado, por ejemplo:

- Abrupcio de la placenta
- Placenta previa
- Ruptura uterina
- Vasa previa.

Reconozca que en muchos casos, ninguna causa será identificable.

1.14.7 Si una mujer en trabajo de parto tiene algún sangrado vaginal que no es significativo, acuerde un plan de atención multidisciplinaria con la mujer y documente dicho plan. Incluya lo siguiente en los planes de atención multidisciplinaria:

- Un obstetra experimentado
- Un anestesiólogo obstetra experimentado
- Una partera experimentada
- Un coordinador de sala de trabajo de parto.

1.14.8 Si una mujer tiene sangrado intraparto y su condición es estable, su manejo debería incluir:

- Establecimiento de acceso venoso
- Monitoreo materno (consulte la [recomendación sobre el control continuo de la pérdida de sangre vaginal en la sección sobre evaluación de riesgos para mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal y la tabla 4](#))
- Monitoria de la frecuencia cardiaca fetal con cardiotocografía continua.

1.14.9 Si una mujer con sangrado intraparto tiene una gran pérdida de sangre o su condición causa preocupación, el manejo debe estar en línea con la recomendación 1.14.8 y también incluir:

- Administrar líquidos por vía intravenosa con urgencia
- Toma de sangre para recuento sanguíneo completo y pruebas cruzadas
- Buscar consejo médico de un profesional de la salud con más experiencia

El manejo también puede incluir:

- Activar el protocolo local de hemorragia mayor
- Tomar sangre para estudios de coagulación y gases en sangre
- Uso de amniotomía u oxitocina
- Acelerar el nacimiento.

1.14.10 Si una mujer en trabajo de parto tiene una pérdida de sangre vaginal significativa, siga las [pautas de NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) .

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el tratamiento de la hemorragia intraparto.](#) .

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia N: hemorragia intraparto](#) .

1.15 Presentación podálica en el trabajo de parto

Vía del parto para mujeres con presentación podálica en el trabajo de parto.

1.15.1 Discuta con la mujer en trabajo de parto con presentación podálica los posibles beneficios y riesgos del parto vaginal y cesárea, que incluyen:

- Un aumento en la posibilidad de problemas médicos graves para la mujer con cesárea
- Un aumento en la posibilidad de problemas médicos graves para el bebé con parto vaginal
- Qué podría significar para ellas y para el bebé si tales problemas ocurrieran.

1.15.2 Explique a la mujer en trabajo de parto con presentación podálica que cualquier beneficio de la cesárea para reducir la posibilidad de problemas médicos graves para el bebé puede ser mayor en el inicio del trabajo de parto.

1.15.3 Ofrezca a la mujer en trabajo de parto con presentación podálica la opción de elegir entre continuar el trabajo de parto y cesárea.

1.15.4 Evaluar el progreso del trabajo de parto de acuerdo con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el modo de parto para las mujeres que presentan una posición de nalgas durante el trabajo de parto](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia O: presentación de nalgas en el trabajo de parto](#).

1.16 Feto pequeño para la edad gestacional

Monitoreo fetal en trabajo de parto para bebés con sospecha de ser pequeños para la edad gestacional

1.16.1 Discuta con la mujer cuyo bebé se sospecha que es pequeño para la edad gestacional:

- La posibilidad de problemas médicos graves para su bebé
- Qué podría significar para ella y su bebé si tales problemas ocurrieran.

1.16.2 Cuando discuta el riesgo, explique que cuando se sospecha que un bebé es pequeño para la edad gestacional:

- A veces es difícil estar seguro de que la sospecha es correcta hasta que nazca el bebé
- La posibilidad de problemas médicos graves para el bebé es mayor con:
 - Restricción de crecimiento.
 - Factores de riesgo adicionales, como parto prematuro.
 - Complicaciones durante el trabajo de parto o parto.

1.16.3 Ofrecer cardiotocografía continua a mujeres cuyos bebés se sospecha que son pequeños para la edad gestacional después de una discusión completa de los beneficios y riesgos (ver recomendaciones 1.16.1 y 1.16.2). Respete la decisión de la mujer si ella rechaza la cardiotocografía continua.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la monitorización fetal durante el trabajo de parto para los bebés que se sospecha son pequeños para la edad gestacional](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia P: bebé pequeño para la edad gestacional](#) .

1.17 Feto grande para la edad gestacional

Modo de nacimiento para bebés sospechosos de ser grandes para la edad gestacional

1.17.1 Explique a las mujeres en trabajo de parto cuyos bebés se sospecha que son grandes para la edad gestacional que:

- A veces es difícil estar seguro de que la sospecha es correcta hasta que nazca el bebé
- Al tomar decisiones sobre el modo de nacimiento (por ejemplo, parto vaginal o cesárea), esta incertidumbre debe tenerse en cuenta.

1.17.2 Discuta con mujeres en trabajo de parto cuyos bebés se sospecha que son grandes para la edad gestacional los posibles beneficios y riesgos del parto vaginal y cesárea, que incluyen:

- Una mayor probabilidad de problemas médicos maternos, como infección con cesárea de emergencia
- Una mayor probabilidad de distocia de hombros y lesión del plexo braquial con parto vaginal
- Una mayor probabilidad de parto instrumentado y trauma perineal con parto vaginal.

Explique a la mujer y su (s) acompañantes (s) en el parto lo que podría significar para ella y su bebé si tales problemas ocurrieran.

1.17.3 Ofrecer a las mujeres en trabajo de parto cuyos bebés se sospecha que son grandes para la edad gestacional la elección entre continuar con el trabajo de parto, incluyendo asistencia del trabajo de parto y parto por cesárea.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el modo de nacimiento de los bebés que se sospecha que son grandes para la edad gestacional](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia P: bebé grande para la edad gestacional](#).

1.18 Ausencia de atención prenatal

Evaluación del riesgo y manejo del trabajo de parto para mujeres sin atención prenatal

1.18.1 Para las mujeres que no han recibido atención prenatal, tenga en cuenta la importancia particular de seguir las recomendaciones sobre el establecimiento de una buena relación y el trato respetuoso de la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

1.18.2 Brindar atención intraparto dirigida por obstetricia a las mujeres que no han recibido atención prenatal y alertar al equipo neonatal y, si corresponde, al equipo de anestesia. Si la mujer se presenta en una unidad de parteras, coordine el traslado urgente a una unidad dirigida por obstetricia, si corresponde.

1.18.3 Para una mujer sin atención prenatal que tiene dificultades para entender, hablar y leer inglés, proporcione un intérprete (que puede ser un trabajador de enlace o defensor y no debe ser un miembro de su familia, su tutor legal o su pareja), que pueda comunicarse con ella en su idioma preferido. [Esta recomendación está adaptada de la [guía NICE sobre embarazo y factores sociales complejos](#)].

1.18.4 Si es posible, tome un historial médico, psicológico y social completo de las mujeres que no han recibido atención prenatal.

- Trate de averiguar por qué no ha habido atención durante el embarazo.
- Pregúntele a la mujer quien, si es que hay alguien, le gustaría que la apoyara como su acompañante en el trabajo de parto.
- Explore con sensibilidad cualquier posible vulnerabilidad o inquietud de salvaguarda, incluyendo:
 - Edad materna
 - Salud mental materna
 - Discapacidad del aprendizaje materno
 - Abuso de sustancias materna
 - Abuso doméstico o sexual
 - Falta de vivienda
 - Trata de personas
 - Estado migratorio indocumentado
 - Mutilación genital femenina
 - La mujer o los miembros de la familia son conocidos por los servicios infantiles o servicios sociales.

1.18.5 Realizar un examen médico obstétrico y general a una mujer sin atención prenatal lo antes posible. Esto debe incluir la evaluación inicial descrita en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

1.18.6 Llevar a cabo una evaluación del feto, incluyendo ultrasonido si es posible, para determinar:

- Viabilidad
- La presentación
- Una estimación de la edad gestacional
- La posibilidad de embarazo múltiple
- La inserción placentaria.

1.18.7 Ofrecer a las mujeres que no han recibido atención prenatal, pruebas para:

- Anemia (hemograma completo)
- Hemoglobinopatías
- Hemoclasificación
- Anticuerpos de glóbulos rojos atípicos
- Glucosa en sangre
- Bacteriuria asintomática
- VIH, hepatitis B y sífilis.

1.18.8 Ofrecer pruebas rápidas de VIH a mujeres que se cree que tienen un alto riesgo de infección, lo que podría incluir:

- Migrantes recientes de países con altas tasas de infección por VIH
- Mujeres que abusan de sustancias por vía intravenosa
- Sospecha de abuso sexual.

1.18.9 Explíquese a una mujer que no ha recibido atención prenatal por qué y cuándo es posible que deba compartir la información sobre su embarazo con otras agencias. [Esta recomendación está adaptada de la [guía NICE sobre embarazo y factores sociales complejos](#)].

1.18.10 Comuníquese con el médico de cabecera de la mujer y, si corresponde, con otros profesionales sanitarios o de atención social para obtener más información sobre la historia de la mujer y planificar la atención continua.

1.18.11 Si existen inquietudes sobre la protección, derivar a la mujer a los servicios de protección, documentar la derivación e informar a los profesionales de la salud, como el médico de cabecera, el personal sanitario y los equipos pediátricos, y los profesionales de atención social (consulte las [pautas de NICE sobre el embarazo y los factores sociales complejos](#) , [el maltrato infantil](#) y [abuso y negligencia infantil](#)).

1.18.12 Siga las recomendaciones de la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) cuando no se identifiquen afecciones médicas o complicaciones obstétricas en mujeres que se presentan en trabajo de parto sin atención prenatal.

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre la evaluación de riesgos y el manejo del trabajo de parto para las mujeres sin atención prenatal](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de la evidencia R: sin atención prenatal](#).

1.19 Cesárea previa

Manejo de la primera y segunda etapa del trabajo de parto para mujeres con antecedentes de cesárea

1.19.1 No inserte rutinariamente una cánula intravenosa para mujeres en trabajo de parto que han tenido una cesárea previa.

1.19.2 Explique a las mujeres en trabajo de parto que han tenido una cesárea previa que:

- Un parto vaginal se asocia con una pequeña posibilidad de ruptura uterina
- Una cesárea de emergencia puede significar una mayor probabilidad de:
 - Sangrado abundante que necesita una transfusión de sangre
 - Infección, por ejemplo, infección intrauterina
 - Una estancia hospitalaria más larga
 - Complicaciones en un embarazo futuro, por ejemplo, placenta previa y placenta accreta (consulte la [guía NICE sobre el parto por cesárea](#)).

1.19.3 Explique a las mujeres en trabajo de parto que han tenido una cesárea previa que hay poca evidencia de una diferencia en los desenlaces para el bebé entre un parto vaginal u otra cesárea.

1.19.4 Explique a las mujeres que han tenido una cesárea previa que tienen menor probabilidad de complicaciones durante el parto si ellas ya tuvieron también, un parto vaginal previo.

1.19.5 Cuando se discuta el uso de oxitocina por retraso en la primera o segunda etapa del parto, explique a las mujeres que han tenido una cesárea previa que ésta:

- Aumenta la posibilidad de ruptura uterina
- Reduce la posibilidad de otra cesárea
- Aumenta la posibilidad de un parto instrumentado.

1.19.6 Para obtener orientación sobre la cardiotocografía continua durante el trabajo de parto para mujeres con una cesárea previa, consulte [la guía de NICE sobre el parto por cesárea](#).

1.19.7 Apoye la elección informada de una gama completa de opciones para el alivio del dolor para mujeres que han tenido una cesárea previa, incluyendo trabajo de parto y parto en el agua.

1.19.8 Explique a las mujeres en trabajo de parto que han tenido una cesárea previa que la analgesia regional se asocia con:

- Una posibilidad reducida de otra cesárea
- Una mayor probabilidad de un parto instrumentado.

1.19.9 No ofrezca amniotomía de forma rutinaria a mujeres en trabajo de parto que hayan tenido cesárea previa.

1.19.10 Esta recomendación sobre cardiotocografía continua se ha retirado (ver recomendación 1.19.6).

1.19.11 Para las mujeres que han tenido una cesárea previa, tenga en cuenta la importancia particular de seguir las recomendaciones de la [guía NICE sobre cuidados intraparto para mujeres y bebés sanos](#) sobre:

- Comida y bebida en trabajo de parto
- Controlar la acidez gástrica
- Posición en el trabajo de parto, incluida la primera etapa latente, y el nacimiento.

Para una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el manejo de la primera y segunda etapas del trabajo de parto para mujeres con una cesárea previa](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en [revisión de evidencia S: cesárea previa](#).

1.20 Trabajo de parto después de 42 semanas de embarazo

Monitoreo fetal y materno para mujeres en trabajo de parto después de 42 semanas de embarazo.

1.20.1 Ofrecer cardiotocografía continua a mujeres en trabajo de parto después de las 42 semanas de embarazo luego de una discusión completa de los beneficios y riesgos para la mujer y su bebé.

Respetar la decisión de la mujer si ella rechaza la cardiotocografía continua.

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica, consulte la [sección de justificación e impacto sobre el monitoreo fetal y materno para mujeres en trabajo de parto después de las 42 semanas de embarazo](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia. T: trabajo de parto después de las 42 semanas de embarazo](#).

Términos utilizados en esta guía

Etapas de la enfermedad renal crónica.

Clasificados según la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) medida antes del embarazo. Consulte las categorías de tasa de filtración glomerular (TFG) en la [tabla 1 de la guía NICE sobre enfermedad renal crónica en adultos](#).

Periodo intraparto

El período intraparto es desde el inicio del trabajo de parto (espontáneo o inducido) hasta 24 horas después del nacimiento.

Válvulas cardíacas mecánicas

Una válvula cardíaca mecánica se refiere a una válvula cardíaca protésica que requiere anticoagulación a largo plazo para prevenir la trombosis de la válvula cardíaca. Esto es diferente de una válvula cardíaca bioprotésica, que no necesita anticoagulación a largo plazo.

Anestesia regional

La anestesia regional incluye técnicas espinal, epidural y combinadas espinal-epidural.

Analgesia regional

La analgesia regional incluye técnicas espinal, epidural y combinadas espinal-epidural.

Recomendaciones para la investigación.

El comité de las guías ha hecho las siguientes recomendaciones de alta prioridad para la investigación. Para obtener detalles de todas las recomendaciones del comité para la investigación, consulte las [revisiones de la evidencia](#).

1 Hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro

¿La cesárea protege contra la hemorragia cerebral en mujeres con antecedentes de hemorragia subaracnoidea o malformación cerebrovascular?

Para una breve explicación de por qué el comité hizo la recomendación para la investigación, consulte la [justificación sobre el modo de parto y el manejo de la segunda etapa del trabajo de parto para mujeres con hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en la [revisión de evidencia G: hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro](#) .

2 Localización de agujas en mujeres embarazadas que son obesas

¿El uso de ultrasonido de la columna lumbar en la consulta de admisión, mejora la ubicación de las agujas para técnicas anestésicas regionales en mujeres embarazadas con un IMC superior a 30 kg / m²?

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo la recomendación para la investigación, consulte la [justificación de la anestesia y analgesia para mujeres con un IMC superior a 30](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia I: obesidad](#).

3 Obesidad como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal

¿Es la obesidad un factor de riesgo independiente para la morbilidad y mortalidad perinatal?

Para obtener una breve explicación de por qué el comité hizo la recomendación para la investigación, consulte la [justificación del monitoreo fetal para mujeres con un IMC superior a 30](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia I: obesidad](#).

4 Evaluación de riesgos para mujeres en trabajo de parto con signos de sepsis

¿Qué características clínicas e investigaciones de laboratorio se pueden utilizar para estratificar mejor el riesgo para las mujeres en trabajo de parto con signos de sepsis (incluyendo fiebre y taquicardia)?

Para una breve explicación de por qué el comité hizo la recomendación para la investigación, consulte la [justificación de la evaluación de riesgos para las mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité se encuentran en la [revisión de evidencia K: evaluación de riesgo para mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal](#).

5 Cesárea previa

¿Cuál es la eficacia clínica y económica de la auscultación intermitente en comparación con la cardiotocografía continua para mujeres en trabajo de parto que han tenido una cesárea previa?

Para una breve explicación de por qué el comité hizo la recomendación para la investigación, consulte el [fundamento de la cesárea anterior](#).

Los detalles completos de la evidencia y la discusión del comité están en [revisión de evidencia S: cesárea previa](#).

Justificación e impacto

Estas secciones explican brevemente por qué el comité hizo las recomendaciones y cómo podrían afectar la práctica. Se vinculan con detalles de la evidencia y una descripción completa de la discusión de los comités.

Información para mujeres con afecciones médicas existentes.

Recomendaciones 1.1.1 a 1.1.5

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia era muy limitada, pero el comité sabía por su experiencia que proporcionar la información es extremadamente importante para las mujeres embarazadas con afecciones médicas. Ellos acordaron que las mujeres necesitarían la información general descrita en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#), así como información adicional relacionada con la afección médica. Es posible que se necesite tiempo extra en una consulta para discutir cómo la afección médica puede afectar el cuidado intraparto.

Se acordó que la información debe ser entregada por un profesional de la salud del equipo multidisciplinario que puede responder preguntas que la mujer pueda tener sobre el periodo intraparto y la condición médica. Depende de la mujer decidir si y cómo su acompañante está involucrado en estas discusiones.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité no esperaba un cambio significativo en la práctica porque las recomendaciones están en línea con lo que generalmente sucede en la mayoría de los centros. Sin embargo, en centros donde esto no está sucediendo, las consultas tomarán más tiempo.

Volver a recomendaciones

Planificación de atención intraparto con mujeres con afecciones médicas existentes: involucrando a un equipo multidisciplinario

Recomendaciones 1.2.1 y 1.2.2

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia no mostró una diferencia en los desenlaces para las mujeres con un IMC mayor de 40 o sus bebés cuando la atención fue brindada por un equipo multidisciplinario prenatal especializado. Sin embargo, el comité reconoció que las mujeres con afecciones médicas tienen un mayor riesgo de desenlaces adversos y la falta de un trabajo multidisciplinario se ha citado repetidamente en las [Consultas Confidenciales sobre Muertes y Morbilidad Maternas](#), como contribuyentes a las muertes maternas. Para minimizar el riesgo, el comité recomendó que un equipo obstétrico estándar sea extendido (cuando sea apropiado) por profesionales de la salud involucrados con experiencia en el manejo de la condición médica de la mujer, y que los equipos involucrados en el cuidado de la mujer compartan sus planes de atención intraparto.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Actualmente, no hay equipos multidisciplinarios en todos los entornos, incluidos los sitios en los que se brinda atención a mujeres con alto riesgo debido a afecciones médicas. Sin embargo, actualmente se espera el trabajo multidisciplinario con otras especialidades médicas o quirúrgicas dentro de las vías intermedias e intensivas para embarazos más complejos. Se espera que las recomendaciones den como resultado un cambio relativamente modesto en la práctica porque la mayoría de los equipos multidisciplinarios modernos son “virtuales” (se comunican por teléfono o correo electrónico en lugar de en persona). Los equipos y especialistas obstétricos verán a las mismas mujeres que verían de todos modos, pero el trabajo multidisciplinario les dará la oportunidad de brindar una atención más integral. Sin embargo, el establecimiento de relaciones y formas de trabajo puede implicar una organización adicional y aumentar la participación prenatal de los anesthesiólogos obstetras.

Volver a recomendaciones

Evaluación de riesgos para mujeres con enfermedades cardíacas.

Recomendaciones 1.3.1 a 1.3.5

Por qué el comité hizo las recomendaciones

El comité aprovechó su conocimiento y experiencia para recomendar que la planificación de la atención intraparto debe comenzar temprano en el embarazo para las mujeres con enfermedad

cardiaca. El embarazo y el parto están asociados con cambios dramáticos en el desempeño del corazón y la circulación. Se necesita una evaluación temprana del riesgo para planificar el nacimiento y acordar cualquier tratamiento adicional. Las mujeres que se presentan en el período intraparto con un problema cardiaco no reconocido previamente plantean un particular desafío. Se necesitan discusiones multidisciplinarias urgentes para garantizar que se ofrezca una atención intraparto comparable a las mujeres con un diagnóstico existente.

El comité acordó que la atención multidisciplinaria debe incluir un cardiólogo con experiencia en el manejo las afecciones cardiacas durante el embarazo porque le preocupaba que no todas las mujeres con enfermedad cardiaca tienen remisiones adecuadas a esta especialidad. Solo unos pocos cardiólogos en el Reino Unido tienen interés en el manejo de la enfermedad cardiaca durante el embarazo y las [Consultas Confidenciales sobre Muertes y Morbilidad Maternas](#) identificaron una atención deficiente cuando los cardiólogos no especialistas habían dado consejos inapropiados. El beneficio del asesoramiento especializado en cardiología también incluye alentar a mujeres con condiciones de bajo riesgo hacia el parto vaginal sin intervención médica, de acuerdo con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) .

Con base en la evidencia disponible y su conocimiento y experiencia, el comité acordó que la evaluación de riesgos debe incluir clasificación diagnóstica, evaluación de la capacidad funcional cardiaca y clínica. Para algunas mujeres, esto puede significar la seguridad de que no es necesario tomar precauciones adicionales; para otras, se requerirá una discusión completa de los riesgos y un plan integral. El comité reconoció la importancia de una evaluación clínica exhaustiva como se plantea en las consultas confidenciales y la necesidad de proporcionar una investigación rápida identificada en el reporte 2016 MBACE-UK.

Basado en su conocimiento y experiencia, el comité recomendó que la condición clínica de la mujer se reevalúa regularmente durante el embarazo y el período intraparto. Muchos cambios en el desempeño del corazón y la circulación ocurren gradualmente durante el embarazo, pero el período intraparto y el período de posparto temprano (incluidas las primeras horas y días después del nacimiento) muestra cambios que puede desencadenar un deterioro de la función cardiaca y, por lo tanto, es vital que las investigaciones sean emprendidas y realizadas con prontitud.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité estuvo de acuerdo en que las recomendaciones reducirán la variación en la práctica y alentarán mejores prácticas que las existentes en muchas áreas del país. En algunas áreas, puede haber más referencias a servicios de nivel terciario para asesoramiento especializado de

un cardiólogo con experiencia en manejo de enfermedades del corazón durante el embarazo. Sin embargo, el asesoramiento especializado debería mejor determinar qué mujeres necesitan intervención adicional y brindar tranquilidad a aquellas mujeres cuya condición cardíaca no afectaría sus planes de parto.

El comité consideró que las investigaciones cardíacas no están disponibles rápidamente en todas las áreas del Reino Unido y esto se ve reforzado por los retrasos en las investigaciones identificadas por las Consultas confidenciales sobre Muertes y morbilidad maternas en algunos casos de muerte materna. Hay variaciones en el acceso a ecocardiografía, una investigación que puede ser crucial para hacer un diagnóstico cuando los síntomas de la enfermedad cardíaca se desarrollan en el período intraparto. Debe ser considerado un plan para garantizar el acceso urgente a la ecocardiografía (incluso fuera de horario) para mujeres embarazadas con enfermedad cardíaca.

La recomendación de que el parto vaginal es seguro para las mujeres con enfermedad cardíaca leve puede reducir la intervención médica innecesaria.

Volver a recomendaciones

Manejo de la anticoagulación para mujeres con válvulas cardíacas mecánicas.

Recomendaciones 1.3.6 a 1.3.13

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia analizó los efectos de diferentes anticoagulantes durante el embarazo en los desenlaces maternos y neonatales más que sus efectos durante el trabajo de parto. La evidencia también se limitó a mujeres con válvulas cardíacas mecánicas. Por lo tanto, el comité basó las recomendaciones en su experiencia y asesoramiento de un especialista cardíaco.

Señalaron que una mujer con una válvula cardíaca mecánica es propensa a la trombosis si tiene anticoagulación inadecuada, pero es vulnerable al sangrado excesivo con demasiada anticoagulación. Cualquiera de los dos puede provocar incidentes fatales devastadores para la mujer y su bebé. Por eso es importante que la planificación para el manejo de la anticoagulación durante el período intraparto comience cuando el embarazo sea confirmado. El comité acordó que una mujer con una válvula cardíaca mecánica debería cambiarse a heparina de bajo peso molecular a las 36 semanas de embarazo, o 2 semanas antes del parto planeado, porque la heparina tiene una

vida media más corta que la warfarina y no cruza la placenta reduciendo así el riesgo de sangrado en el bebé.

El comité reconoció que la heparina intravenosa no fraccionada continúa utilizándose en algunos centros, aunque reconocieron que el uso de heparina no fraccionada ha disminuido en el Reino Unido. No se hicieron recomendaciones sobre nuevos anticoagulantes porque su uso es limitado en la práctica. El comité acordó, basado en la dosificación diaria de warfarina, que la heparina de bajo peso molecular debe iniciarse 24 horas después de suspender la warfarina. Se necesitan monitoreo del nivel de anti-Xa y ajustes de dosis para asegurar que se logre un nivel apropiado de anticoagulación. El comité acordó que los niveles mínimos podrían ser útiles y deberían verificarse.

Para las mujeres que tienen una cesárea programada, el riesgo de un hematoma epidural se puede reducir al suspender la heparina de bajo peso molecular 24 horas antes. Para las mujeres que se someten a una inducción del trabajo de parto, la decisión de cuándo suspender la heparina de bajo peso molecular debe sopesar el riesgo de trombosis valvular con la posibilidad de tener analgesia regional. Un obstetra experimentado debe participar en esta decisión y revisar el progreso de la inducción.

Para una mujer que se presenta en trabajo de parto con warfarina, el comité acordó que la anticoagulación se suspenda inmediatamente para minimizar los riesgos de sangrado excesivo para la mujer y el bebé durante el trabajo de parto. El comité recomendó que la evaluación obstétrica se realizara dentro de las 2 horas, reconociendo que aunque la evaluación era urgente, no siempre sería posible hacerla de inmediato. El comité acordó que se verificara inmediatamente el índice internacional normalizado (INR) y se consultara a un hematólogo. El INR determina el grado de anticoagulación en la mujer y el bebé e indica cómo se debe manejar la anticoagulación. Un hematólogo aconsejaría cómo revertir la anticoagulación si fuera necesario. La revisión superior, que incluye a un obstetra, un hematólogo y un anestesiólogo obstetra consultor, debe garantizar el parto más seguro para la mujer y el bebé.

El comité reconoció que reintroducir la anticoagulación terapéutica 4 a 6 horas después del nacimiento (en lugar de 48 horas) aumenta el riesgo de hemorragia uterina. Consideraron datos del Registro Europeo de Embarazo y Enfermedades cardíacas (ROPAC) sobre la anticoagulación en el embarazo para mujeres con válvulas cardíacas mecánicas. Aunque no abordó la anticoagulación periparto, el estudio confirmó el alto riesgo de hemorragia con la anticoagulación, pero también indicó un mayor riesgo de trombosis de la válvula cardíaca mecánica durante el embarazo. Con

evidencia limitada, el comité, apoyado por aportes de especialistas en cardiología y hematología, acordó seguir las pautas de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y recomendó que la anticoagulación terapéutica se reintroduzca entre 4 y 6 horas después del nacimiento.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité consideró que estas recomendaciones reflejan la práctica moderna del Reino Unido y el creciente uso clínico de heparina de bajo peso molecular, y reconocen el uso continuado de heparina no fraccionada. Los ensayos anti-Xa son esenciales para el seguimiento y la titulación de la heparina de bajo peso molecular y el comité reconoció que es posible que sea necesario mejorar el acceso a esta prueba.

Volver a recomendaciones

Vía de parto para mujeres con enfermedades cardíacas

Recomendaciones 1.3.14 a 1.3.18

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia era muy limitada, por lo que el comité se basó en su conocimiento y experiencia para hacer recomendaciones. Estuvieron de acuerdo en que la evaluación de riesgos es necesaria para comprender qué tan bien está funcionando el corazón de la mujer y es probable que haga frente al esfuerzo del trabajo de parto y los cambios circulatorios que tienen lugar después del nacimiento. Las mujeres deben participar en la formulación de un plan de parto individualizado, con el asesoramiento de un equipo con experiencia en la atención intraparto para mujeres con afecciones cardíacas. Esto generalmente involucrará a médicos de al menos 3 especialidades (obstetricia, cardiología y anestesia). De esta manera, los deseos de la mujer para el trabajo de parto y el parto se pueden discutir en relación con los riesgos específicos de su condición.

En el Reino Unido, el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar se concentra en un pequeño número de centros especializados en hipertensión pulmonar. La hipertensión arterial pulmonar es una afección potencialmente mortal que requiere un tratamiento experto. La planificación del equipo multidisciplinario para una mujer con hipertensión pulmonar debe incluir un clínico respiratorio de uno de estos centros.

Para minimizar el tiempo sin anticoagulación, se debe ofrecer una cesárea planificada o la inducción del trabajo de parto a las mujeres con válvulas cardíacas mecánicas. Los riesgos de

trombosis valvular no se pueden exagerar, pero esto debe sopesarse con los riesgos de hemorragia en el momento del nacimiento.

La cesárea programada debe considerarse para las mujeres con enfermedad aórtica de alto riesgo o las afecciones cardíacas más graves, pero el comité reconoció que algunas de estas mujeres pueden preferir planificar un parto vaginal. Cuando esta sea la preferencia de la mujer, debe estar completamente informada de los beneficios y riesgos del trabajo de parto asistido en comparación con el pujo activo solo, para reducir el riesgo de disección aórtica, rotura aórtica o insuficiencia cardíaca aguda.

Aunque el esfuerzo del trabajo de parto y los cambios de fluidos al nacer pueden ser perjudiciales para algunas afecciones cardíacas, esto no es cierto para todas las mujeres. El comité consideró que muchas mujeres con enfermedades cardíacas leves pueden estar seguras de que un parto vaginal normal es seguro.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Se cree que las recomendaciones reflejan en gran medida la práctica actual del Reino Unido. El Comité reconoce que la mayoría de las mujeres con enfermedades cardíacas más graves ya se manejan en gran medida en unidades obstétricas dirigidas por equipos clínicos con experiencia en esta área. Al intentar definir las condiciones que presentan el mayor riesgo, las recomendaciones pueden dar lugar a una mayor centralización de los servicios especializados.

Las mujeres con hipertensión pulmonar ya reciben atención en centros especializados. El embarazo y el parto conllevan riesgos tan graves para las mujeres con esta afección que el comité acordó que el enlace con los médicos especialistas en respiración era esencial.

Volver a recomendaciones

Manejo de fluidos para mujeres con enfermedades del corazón.

Recomendaciones 1.3.19 a 1.3.23

Por qué el comité hizo las recomendaciones

Ante la ausencia de evidencia, el comité utilizó su conocimiento y experiencia para hacer recomendaciones para el monitoreo hemodinámico durante el parto para mujeres con enfermedad cardíaca. La evaluación del riesgo y planificación de la monitorización intraparto necesita un

aporte multidisciplinario especializado. Las discusiones deben tener lugar durante el embarazo e involucrar a la mujer para que sepa cómo su condición podría verse afectada por cambios en la presión arterial, el volumen sanguíneo y los cambios de líquidos durante trabajo de parto y parto, y el tipo de monitoreo necesario para manejar esto.

Para las mujeres con enfermedad cardíaca leve, el manejo del balance de líquidos no significa un cambio de atención estándar. Para aquellas con condiciones más severas, la atención estándar aún puede ser adecuada pero las decisiones deben basarse en una evaluación especializada del tipo y la gravedad de la afección y las opiniones de la mujer. Hay algunas afecciones cardíacas en las que el balance de líquidos es crítico para la función del corazón, y el monitoreo y evaluación frecuentes por parte de un clínico con experiencia en el manejo de enfermedad cardíaca en el embarazo, como un anestesiólogo experto, obstetra, cardiólogo o intensivista, son necesarios como mínimo. Para estas condiciones, también puede ser necesaria una monitorización más invasiva. Como parte de la revisión clínica, esto debe discutirse con la mujer, y se debe informar a las pacientes que necesitan un monitoreo intensivo de que es probable que deban ir a una unidad de cuidados intensivos o sala de partos donde exista esta tecnología.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité acordó que la planificación especializada para el monitoreo intraparto para identificar las necesidades de monitoreo de las mujeres con diferentes afecciones cardíacas junto con un monitoreo intensivo escalonado por pasos, reduciría la variación en la práctica. Permitiría que los recursos del NHS fueran dirigidos de manera más efectiva para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con el manejo de fluidos durante el período intraparto para mujeres con afecciones cardíacas y sus bebés. La experiencia de las mujeres del trabajo de parto y el parto mejoraría a través de su participación en las discusiones del manejo y por qué recibirán un nivel de intervención adecuado a sus necesidades, teniendo en cuenta sus prioridades de nacimiento cuando sea posible.

Volver a recomendaciones

Diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardíaca para todas las mujeres en el período intraparto.

Recomendaciones 1.3.24 a 1.3.31

Por qué el comité hizo las recomendaciones

Aunque la mayoría de las recomendaciones se basaron en la experiencia del comité debido a la evidencia limitada, hubo alguna evidencia para informar las recomendaciones sobre la frecuencia cardíaca y el uso de los niveles de péptido natriurético pro-cerebral N-terminal (NT-proBNP). El comité acordó que los síntomas y signos que sugieran insuficiencia cardíaca deben ser evaluados inicialmente por un miembro del equipo obstétrico y, si están presentes, confirmados por un médico de alto nivel. Cuando el examen clínico plantea la sospecha de insuficiencia cardíaca, se necesitan imágenes y análisis de sangre para ayudar a la revisión por parte de un cardiólogo o el médico más experimentado disponible para hacer un diagnóstico definitivo. Esta recomendación surge de la evidencia de las [Investigaciones Confidenciales sobre Muertes y Morbilidad Maternas](#) , **de que el diagnóstico puede pasarse por alto o retrasarse.**

El comité hizo recomendaciones para respaldar el diagnóstico rápido y preciso de la insuficiencia cardíaca porque es difícil distinguir entre los síntomas y signos de los cambios fisiológicos normales del embarazo tardío y los síntomas y signos patológicos de la insuficiencia cardíaca. Una historia y un examen básicos pero completos son clave para identificar a las mujeres que están en riesgo y el comité quería enfatizar la importancia de estos.

Aunque la insuficiencia cardíaca en el período intraparto es rara, es una causa importante de mortalidad materna. Se necesita un tratamiento médico inmediato para estabilizar la afección inmediata de la mujer, pero también puede ser necesario un cambio en el tratamiento obstétrico para mejorar o limitar el empeoramiento de su afección cardíaca.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones reflejan en gran medida las mejores prácticas actuales. El comité acordó que deberían reforzar la práctica, así como mejorar la prescripción posnatal y alentar a estas mujeres a amamantar.

Volver a recomendaciones

Anestesia y analgesia para mujeres con enfermedades del corazón. Recomendaciones 1.3.32 a 1.3.40

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia identificada fue muy limitada, por lo que el comité hizo recomendaciones basadas en su conocimiento y experiencia. El comité quería promover la mejor opinión médica y al mismo tiempo tener en cuenta las necesidades y deseos de las mujeres. La anestesia regional ofrece varios beneficios sobre la anestesia general que siguen siendo relevantes incluso cuando una mujer tiene una afección cardíaca.

El comité sabía que el tipo de anestesia que reciben las mujeres con afecciones cardíacas puede variar según la experiencia y los conocimientos técnicos del anestesiólogo que las atiende. Se puede lograr una mayor estabilidad hemodinámica utilizando técnicas de catéter raquídeo espinal continuo combinadas secuenciales de dosis baja, epidural-epidural o cuidadosamente titulado. Por lo tanto, los anestesiólogos obstetras y los anestesiólogos cardíacos deben colaborar para brindar la mejor opción anestésica para la estabilidad cardiovascular de la mujer. Estuvieron de acuerdo en que la información debe compartirse con la mujer para que se puedan lograr los mejores resultados. Las mujeres con enfermedad cardíaca modificada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1 u OMS 2 modificada deben recibir el mismo consejo que se describe en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

Basado en el conocimiento de las consecuencias fisiológicas del dolor y la evidencia de que la analgesia regional proporciona el alivio del dolor más completo durante el trabajo de parto, el comité acordó que para minimizar los riesgos del trabajo de parto sin afectar negativamente la condición cardíaca de la mujer, las mujeres con enfermedades cardíaca OMS modificada 3 y OMS modificada 4 las se les debe ofrecer analgesia regional para el trabajo de parto. Estas mujeres tienen insuficiencia cardíaca crítica y enfermedades cardíacas potencialmente mortales y deben ser monitoreadas cuidadosamente para evitar una mortalidad y morbilidad graves.

Las mujeres que no han recibido una dosis profiláctica de heparina de bajo peso molecular durante 12 horas o una dosis terapéutica durante al menos 24 horas podrían ser consideradas para analgesia regional porque, según el comité, después de este tiempo el riesgo de hemorragia por analgesia regional es menor. considerado muy bajo.

El comité también acordó que era importante reconocer a las mujeres que permanecen con heparina de bajo peso molecular y proporcionar detalles sobre el momento adecuado para el retiro del catéter epidural.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

A la mayoría de las mujeres embarazadas con enfermedad cardíaca grave ya se les ofrece atención en grandes centros obstétricos con enlace a centros cardíacos. Por lo tanto, estas recomendaciones refuerzan la práctica actual y es poco probable que conduzcan a un cambio. La recomendación de que las mujeres con enfermedades cardíacas OMS 1 y 2 deben tratarse como mujeres sanas y pueden reducir cambios innecesarios en la práctica intraparto de rutina.

Volver a recomendaciones

Manejo de la tercera etapa del parto para mujeres con enfermedades del corazón.

Recomendaciones 1.3.41 a 1.3.44

Por qué el comité hizo las recomendaciones

El comité acordó que la enfermedad cardíaca cubre un espectro de patologías, que tienen diferentes riesgos asociados con el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto. La única evidencia fue limitada, provino de un solo estudio y no fue útil para determinar las opciones de manejo para las mujeres con diversas afecciones cardíacas. Por lo tanto, el comité hizo recomendaciones basadas en su conocimiento y experiencia. Se necesita un plan de manejo desarrollado con experiencia multidisciplinaria para cada mujer. Las mujeres con afecciones cardíacas menos graves tienen riesgos similares a los de las mujeres sanas normales en la tercera etapa del trabajo de parto y pueden tratarse en consecuencia. Debido a que el manejo fisiológico de la tercera etapa del trabajo de parto se asocia con un mayor riesgo de hemorragia posparto, las mujeres con enfermedad cardíaca de la OMS 2 deben someterse a un control activo de la tercera etapa. También es necesario un tratamiento activo para todas las mujeres con enfermedades más graves. La oxitocina es el uterotónico de primera elección. Las opciones de segunda línea dependen de la condición específica. Las mujeres con circulación dependiente de la precarga son particularmente vulnerables a las caídas de la presión arterial y existe alguna evidencia que sugiere que la oxitocina debe administrarse como una infusión en lugar de un bolo para evitarlo.

Se sabe que la ergometrina y la oxitocina, dos de los agentes uterotónicos más comúnmente administrados, tienen efectos secundarios cardiovasculares importantes y pueden estar contraindicados en algunas mujeres con enfermedades cardíacas. Sin embargo, el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto no debe poner a las mujeres con enfermedades cardíacas en

mayor riesgo de hemorragia posparto porque algunas de estas mujeres tolerarán muy mal incluso una hemorragia menor. Las mujeres con riesgo potencial de efectos adversos de la oxitocina son también las que tienen mayor riesgo si tienen una hemorragia posparto. El comité tomó en cuenta todos estos factores al desarrollar recomendaciones.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones reflejan en gran medida la práctica actual. El comité acordó que debería haber pocos cambios, con la excepción de reducir el uso de formas de oxitocina de acción prolongada.

Volver a recomendaciones

Analgesia para mujeres con asma.

Recomendación 1.4.1

Por qué el comité hizo la recomendación

No se encontraron pruebas sobre el daño de ninguna forma de alivio del dolor durante el parto para las mujeres con asma. En ausencia de evidencia, el comité se basó en su conocimiento y experiencia para acordar que el riesgo de daño era teórico, y las mujeres con asma deberían tener las mismas opciones para aliviar el dolor que las mujeres sin asma.

Cómo la recomendación puede afectar la práctica

La recomendación no debería alterar significativamente la práctica, ya que muchos hospitales ofrecen todos los tipos de alivio del dolor a las mujeres con asma. Aquellos que no lo tengan, tendrán todas las opciones disponibles. para mujeres sin asma y así podrán implementar rápidamente la recomendación.

Volver a recomendaciones

Prostaglandinas para mujeres con asma.

Recomendaciones 1.4.2 a 1.4.4

Por qué el comité hizo las recomendaciones

Evidencia muy limitada indicó que las prostaglandinas E1 y E2 no empeoraron el asma y esto estuvo en línea con la experiencia del comité. El comité acordó recomendar prostaglandinas E1 y E2 como opciones para inducir el parto en mujeres con asma, y prostaglandina E1 para la hemorragia posparto, ya que estas son las opciones para mujeres sin asma. Sin embargo, el comité estaba preocupado por el riesgo de broncoespasmo con la prostaglandina F2 alfa y por eso hizo recomendación en su contra, aunque normalmente se ofrecería a mujeres sin asma.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El uso actual de prostaglandinas en el período intraparto no está bien documentado, pero se cree esa práctica es variable. Se espera que estas recomendaciones representen un cambio en la práctica, pero no tienen un impacto significativo en los recursos porque las prostaglandinas ya se administran a mujeres sin asma. El uso de prostaglandinas en mujeres con asma podría aumentar el monitoreo intensivo de la función respiratoria durante el parto o después del nacimiento. Esto tendría un impacto en los recursos, pero sería compensado por la reducción del trabajo de parto extremadamente prolongado o inducción fallida, y el impacto de la hemorragia posparto.

Volver a recomendaciones

Esteroides sistémicos a largo plazo

Recomendaciones 1.5.1 a 1.5.4

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia, por lo que el comité utilizó sus conocimientos y experiencia para hacer recomendaciones. Acordaron que las mujeres que han estado tomando esteroides a largo plazo (equivalente a 5 mg o más de prednisolona al día durante más de 3 semanas) están en riesgo de crisis suprarrenal cuando están bajo el estrés fisiológico del trabajo del parto y el parto. El comité recomendó que estas mujeres continuaran su dosis regular de esteroides durante el trabajo de parto y el parto, porque los efectos de la interrupción son inciertos y podría haber problemas para reiniciar la dosis en el período posparto.

Acordaron que se necesitan esteroides adicionales (además de la dosis normal) para proteger contra una crisis suprarrenal. Estos esteroides adicionales deben administrarse por vía intravenosa o intramuscular porque esto permite una mejor estimación de la dosis absorbida y evita el riesgo de vómitos.

Las mujeres que toman esteroides inhalados o tópicos normalmente no estarían en riesgo de crisis suprarrenal debido a las dosis más bajas. A estas mujeres no se les debe ofrecer esteroides adicionales durante el trabajo de parto y el parto a menos que un especialista esté de acuerdo en que esto puede ser necesario.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité cree que los esteroides probablemente están sobreprescritos para las mujeres en trabajo de parto. Por lo tanto estas recomendaciones pueden reducir la cantidad de esteroides administrados, particularmente para las mujeres que toman esteroides inhalados o tópicos. Sin embargo, debido a que los esteroides son baratos, es poco probable que tengan impacto significativo en el uso de recursos dentro del NHS en Inglaterra.

Volver a recomendaciones

Anestesia y analgesia regional para mujeres con trastornos hemorrágicos.

Recomendaciones 1.6.1 y 1.6.2

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia disponible limitada no permitió demostrar en qué nivel de recuento de plaquetas o función plaquetaria, el riesgo de complicaciones, como el hematoma epidural, comienza a aumentar. La evidencia no reportó daños graves (como hematoma epidural) por analgesia o anestesia regional, incluso con un recuento de plaquetas por debajo de $50 \times 10^9 / l$. Las complicaciones hemorrágicas son más probables con técnica epidural que con técnica espinal (porque se usan agujas más pequeñas para esta última). El comité acordó que a veces se consideraría la analgesia y anestesia regional (especialmente las técnicas espinales) para mujeres con recuentos bajos de plaquetas. Ya que las complicaciones maternas serias son tan raras, la evidencia no permitió una conclusión definitiva de que no hubo riesgo significativo asociado

con analgesia epidural cuando el recuento de plaquetas era bajo. El comité decidió no establecer un umbral definitivo de plaquetas por debajo del cual la analgesia epidural o espinal no se debe considerar, pero acordó que se debe tener en cuenta el riesgo general de sangrado (incluido, entre otros, el recuento de plaquetas). Los beneficios y los riesgos deben discutirse con las mujeres, porque la relación riesgo-beneficio será altamente individual y podría cambiar en el período intraparto.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones están en línea con la práctica actual del NHS.

Volver a recomendaciones

Modificación del plan de parto según el recuento de plaquetas o la función plaquetaria.

Recomendaciones 1.6.3 a 1.6.6

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se identificó evidencia sobre el recuento de plaquetas y el nivel de función plaquetaria en el que los riesgos para la mujer o su bebé aumentan. Por lo tanto, el comité hizo recomendaciones basadas en sus conocimientos y experiencia. Las mujeres con trombocitopenia gestacional son generalmente consideradas con bajo riesgo de complicaciones hemorrágicas durante el parto, mientras que las mujeres con púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI) se consideran de alto riesgo. Entonces el comité recomendó cambios significativos en el plan de parto sólo si la mujer tenía PTI o trombocitopenia gestacional con un recuento bajo de plaquetas.

Las mujeres con PTI pueden tener un recuento bajo de plaquetas y un alto riesgo de sangrado mientras el bebé tiene recuento normal de plaquetas y bajo riesgo de sangrado.

Por el contrario, una mujer con PTI puede tener un recuento normal de plaquetas y un bebé con un recuento bajo de plaquetas y alto riesgo de sangrado. En otras palabras, para mujeres con PTI, el riesgo de sangrado de la mujer no se corresponde con el riesgo de sangrado del bebé. En consecuencia, si la mujer tiene PTI, es más seguro tratar al bebé como de alto riesgo de sangrado y modificar el plan de parto para reducir el riesgo de sangrado para el bebé, siempre que sea posible, por ejemplo, al no realizar ninguna muestra de sangre fetal. El comité consideró importante recordarle al profesional de la salud que, debido al riesgo de sangrado fetal, los procedimientos que

usan los electrodos del cuero cabelludo fetal y fórceps rotacionales o de cavidad deben realizarse con extremo cuidado.

Las mujeres con trombocitopenia gestacional no tienen un aloanticuerpo que afecte el recuento de plaquetas fetal. La trombocitopenia gestacional, por lo tanto, solo pone a la mujer en riesgo de sangrado y no a su bebé.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las mujeres con PTI tienen un alto riesgo de sangrado y, por lo tanto, deben dar a luz en una unidad obstétrica con unidad neonatal, que rutinariamente brinda atención de alta dependencia. Sin embargo, el comité estaba al tanto que esto no siempre sucede en la práctica, por lo que la recomendación podría crear más demanda de unidades neonatales de alta dependencia.

Sin embargo, esto podría ser compensado por mujeres con menor riesgo (por ejemplo, con trombocitopenia gestacional y un recuento alto de plaquetas) que no fueran referidas a estas unidades.

Volver a recomendaciones

Manejo de la tercera etapa del parto para mujeres con trastornos hemorrágicos.

Recomendaciones 1.6.7 a 1.6.12

Por qué el comité hizo las recomendaciones

El comité basó las recomendaciones en su conocimiento y experiencia porque la evidencia fue muy limitada. Varios trastornos hemorrágicos pueden afectar la tercera etapa del parto, pero no se encontró evidencia para todas estas condiciones. Además, no siempre era posible saber si un desenlace estaba ligado a un tratamiento o a una condición específica, ya que las condiciones eran a veces agrupadas de acuerdo con la gravedad.

El riesgo para la vida de una mujer por hemorragia posparto es mayor si tiene un trastorno hemorrágico. Para reducir la hemorragia posparto, el comité recomendó el manejo activo del trabajo de parto (en lugar de manejo fisiológico), que incluye oxitocina intramuscular, clampeo y tracción controlada del cordón, como se describe en la [guía NICE sobre cuidados intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

Las mujeres con trastornos hemorrágicos pueden necesitar algunos ajustes en el manejo activo del trabajo de parto. Por ejemplo, puede haber riesgos asociados con las inyecciones intramusculares. Estas consideraciones necesitarán supervisión de un hematólogo experimentado, monitoreo más frecuente y posiblemente extendido y discusión de cualquier cambio en la condición clínica.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Estas recomendaciones deberían conducir a menos intentos de manejo fisiológico de la tercera etapa en mujeres con trastornos hemorrágicos, con menos hemorragias posparto y reducción de la morbilidad materna. Las recomendaciones se aplicarán a un pequeño número de mujeres, por lo que la implementación es poco probable que cause problemas de personal o recursos para los hospitales.

Volver a recomendaciones

Vía del parto y manejo de la segunda etapa del parto para mujeres con hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa cerebral.

Recomendaciones 1.7.1 a 1.7.9

Por qué el comité hizo las recomendaciones

Aunque la evidencia disponible mostró que no hubo muertes o morbilidades maternas o neonatales relacionadas con malformaciones cerebrovasculares maternas o antecedentes de hemorragia intracraneal, el comité estuvo de acuerdo en que no había evidencia suficiente para justificar el cambio de práctica en mujeres con alto riesgo de hemorragia intracraneal. La práctica actual consiste en gestionar el riesgo de hemorragia de la forma más conservadora posible.

Aunque el parto vaginal es una opción para las mujeres con bajo riesgo de hemorragia intracraneal, el comité reconoció que algunas mujeres elegirían una cesárea debido al riesgo teórico de hemorragia. El comité acordó que el modo de nacimiento debe basarse en la preferencia de la mujer, así como en las indicaciones obstétricas.

En mujeres con alto riesgo o riesgo desconocido (por ejemplo, porque han presentado trabajo de parto sin atención prenatal), el comité decidió que, en teoría, una cesárea reduce el riesgo de

hemorragia intracraneal porque debería reducir los riesgos de hipertensión intracraneal. . Esta reducción teórica del riesgo justificó la cesárea para este grupo. El comité agregó que si una mujer en alto riesgo deseaba comenzar el trabajo de parto, los beneficios y riesgos de una segunda etapa asistida del trabajo de parto en comparación con el pujo activo solo deben explicarse a la mujer para garantizar que se tomen las medidas necesarias para reducir el riesgo de padecer lesiones intracraneales. sangrado.

El comité sabía que a veces había una renuencia a ofrecer analgesia y anestesia regional a mujeres con antecedentes de hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro debido a la posibilidad de provocar una hemorragia. Discutieron que esto era extremadamente improbable a menos que hubiera una predisposición genética a múltiples malformaciones cerebrovasculares o antecedentes genéticos desconocidos. Estuvieron de acuerdo en que la mayoría de las mujeres deberían poder elegir la analgesia regional si lo deseaban.

El comité era consciente de que las malformaciones cerebrovasculares afectan a más del 3% de la población y que las mujeres con malformaciones cerebrovasculares o una hemorragia subaracnoidea previa corren el riesgo de sufrir una hemorragia cerebral potencialmente mortal. En la práctica actual, a muchas mujeres con malformaciones cerebrovasculares se les ofrecerá una cesárea. Sin embargo, no está claro si el parto vaginal aumenta el riesgo de hemorragia cerebral en estas mujeres y el comité acordó hacer una [recomendación para la investigación de la cesárea para mujeres con hemorragia subaracnoidea o malformación arteriovenosa del cerebro para orientar futuras guías.](#)

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones están en línea con la práctica actual para las mujeres con alto riesgo, pero muchos profesionales de salud actualmente ofrecerían una cesárea electiva a mujeres de bajo riesgo. Por lo tanto, estas recomendaciones podrían conducir a un cambio importante en la práctica de estas mujeres, con menos cesáreas. Esto supone que sus indicaciones obstétricas y preferencias personales son similares a las de la población general de mujeres.

Volver a recomendaciones

Manejo de líquidos para mujeres con enfermedad renal.

Recomendaciones 1.8.1 a 1.8.9

Por qué el comité hizo las recomendaciones

Controlar el balance de líquidos en mujeres con enfermedad renal durante el embarazo es extremadamente difícil. La deshidratación puede causar daño renal agudo, especialmente en aquellos con enfermedad renal crónica subyacente, pero la sobrecarga de líquidos puede conducir rápidamente a edema pulmonar, especialmente en mujeres con preeclampsia sobreagregada.

Aunque había evidencia limitada sobre el manejo de fluidos, su importancia ha sido enfatizada por sucesivas consultas confidenciales. El comité acordó que el manejo de fluidos variará dependiendo de la condición clínica de la mujer y su bebé.

El comité sabía por su experiencia que a menudo se podían tomar medidas para mejorar los desenlaces si el problema se identificaba a tiempo. Por lo tanto, recomendaron un monitoreo frecuente cada 4 horas durante el período intraparto (además de la medición rutinaria de la frecuencia cardíaca cada hora), incluyendo monitoreo después del nacimiento. Ya que la oliguria es muy común en mujeres sanas en el posparto, la evaluación del gasto urinario con más frecuencia que cada 4 horas puede ser engañosa. Exactamente lo que se debe monitorear dependerá de la condición clínica de la mujer, pero incluiría observaciones para evaluar el estado de los líquidos, incluida la presión arterial, los sonidos del tórax, fluidos administrados y eliminados, y saturación de oxígeno.

El comité acordó que era importante recordar a los profesionales que cuidan a las mujeres en trabajo de parto y durante el parto, que los medicamentos de uso común que se sabe que son nefrotóxicos (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos) no deben ofrecerse a mujeres con enfermedad renal crónica o lesión renal aguda.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

La práctica actual es muy variable. Las recomendaciones significarán una mayor observación de las mujeres con enfermedad renal, con mayor trabajo para profesionales de la salud. Pero deberían conducir significativamente a menos casos de morbilidad.

El comité acordó que las mujeres con enfermedad renal crónica preexistente son particularmente vulnerables tanto a la lesión renal aguda como a la preeclampsia. Al manejar más efectivamente el equilibrio de fluidos, se puede reducir el riesgo de lesión renal aguda en mujeres con enfermedad renal crónica. Esto mejorará los desenlaces a corto y largo plazo para las mujeres; y beneficiará a los sistemas de salud con una estancia hospitalaria reducida.

Volver a recomendaciones

Tiempo y vía de parto para mujeres con enfermedad renal.

Recomendaciones 1.8.10 a 1.8.16

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia para el momento del nacimiento de las mujeres con enfermedad renal, pero el comité acordó que esto dependería de la extensión de la disfunción. Una gestación más larga conduce a mejores desenlaces para el bebé, pero puede conducir a peores resultados para la función renal de la mujer. Por lo tanto, cuando la enfermedad renal es menos grave (enfermedad renal crónica en etapa 1 o etapas 2 a 4 con función renal estable), el balance riesgo - beneficio favorece permitir el desarrollo del feto tanto como sea posible sin que se retrase el parto. El comité acordó que cuando hay un riesgo significativo para la vida de la madre al permitir que el embarazo continúe, se debe intentar la diálisis para prolongar el embarazo hasta la semana 34, y planear un parto al cumplir este plazo. En la experiencia del comité, esto ofrece el menor riesgo para la madre y el bebé, y permite a tantas mujeres como sea posible tener el nacimiento de su elección.

No hubo evidencia de que algún modo particular de nacimiento fuera mejor o peor para las mujeres con enfermedad renal y esto estaba en línea con la experiencia del comité, y así la decisión sobre el modo de nacimiento debe basarse en la preferencia de la mujer y las indicaciones obstétricas. Sin embargo, el comité recomendó que para las mujeres con un trasplante de riñón, un cirujano de trasplante debe participar en la planificación de la atención intraparto al principio del período prenatal. Esto es importante particularmente si se planea una cesárea porque el riñón trasplantado a menudo estará posicionado cerca del sitio habitual de la incisión cesárea y, por lo tanto, corre el riesgo de sufrir daños. El comité acordó que el acceso a un cirujano de trasplante, si la cesárea fuese complicada, debería recomendarse.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Es probable que las recomendaciones conduzcan a un cambio en la práctica en muchas áreas. Esto es porque actualmente, algunos profesionales de la salud solo ofrecen partos prematuros a mujeres con la enfermedad renal más significativa. Sin embargo, otros recomiendan el parto prematuro a mujeres que pueden llevar el embarazo de forma segura algunas semanas más.

Volver a recomendaciones

Evaluación de la presentación fetal al inicio del trabajo de parto para mujeres con un IMC superior a 30

Recomendación 1.9.1

Por qué el comité hizo la recomendación

La [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) recomienda que las mujeres con un IMC inferior a 35 kg / m² pueden dar a luz en una unidad de parteras o en el hogar. El comité estuvo de acuerdo, según su experiencia, en que la identificación de la posición fetal por palpación puede ser difícil en las mujeres que son obesas, particularmente cuando el IMC es superior a 35 kg / m². El grado de confianza en la palpación a menudo disminuye con el aumento de peso corporal.

La ecografía al comienzo del parto establecido puede ayudar con la toma de decisiones cuando la presentación del bebé es incierta. Las consecuencias de pasar por alto una presentación incorrecta son más graves en mujeres obesas, que ya tienen un mayor riesgo de intervenciones quirúrgicas en el trabajo de parto. El comité acordó que los profesionales de la salud deberían considerar la ecografía al comienzo del trabajo de parto establecido cuando la presentación es incierta y la mujer es obesa. Esto debería reducir la probabilidad de desenlaces adversos para la mujer y su bebé.

Cómo la recomendación puede afectar la práctica

La recomendación refleja la práctica actual.

Volver a recomendaciones

Anestesia y analgesia para mujeres con un IMC superior a 30.

Recomendación para la investigación 2

Por qué el comité no hizo una recomendación e hizo una recomendación de investigación

El comité sabía que las mujeres obesas tienen más probabilidades de necesitar anestesia durante

el trabajo de parto y parto. Las tasas de parto quirúrgico son mucho más altas en este grupo, particularmente en mujeres con un IMC superior a 40 kg / m². Es útil para la planificación de la atención si se le avisa al anestesiólogo cuando se admite una mujer con un IMC superior a 40 kg / m². La colocación de la aguja para anestesia es potencialmente más difícil en las mujeres obesas porque la anatomía de la superficie de la columna lumbar puede ser más difícil de identificar. Se cree que hay más intentos fallidos de ubicar la analgesia regional y la ecografía puede ser costo efectiva para la ubicación de agujas en este grupo. El uso del ultrasonido para la colocación de agujas está aumentando, con implicaciones de recursos para el NHS. El comité no pudo hacer una recomendación sobre la técnica más adecuada para la colocación de la aguja porque la evidencia era incierta, pero acordaron hacer una [recomendación para la investigación sobre la ubicación de las agujas en mujeres embarazadas que son obesas](#) para orientar futuras guías.

Monitoreo fetal para mujeres con un IMC mayor de 30

Recomendación 1.9.2

Por qué el comité hizo la recomendación

Es más difícil controlar la frecuencia cardiaca fetal, las contracciones uterinas y la posición fetal en mujeres obesas. Es probable que estas mujeres tengan más complicaciones y que la restricción del crecimiento sea más probablemente omitida en escaneos anteriores, lo que hace que el monitoreo fetal preciso sea particularmente importante en el período intraparto.

Sin embargo, no hubo evidencia de que la cardiotocografía continua mejore los resultados en comparación con la auscultación intermitente. Entonces el comité acordó recomendar un monitoreo basado en las preferencias de la mujer e indicaciones obstétricas en línea con la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#).

Hay variación en el manejo durante el período intraparto para las mujeres obesas. Esto es debido a la falta de acuerdo sobre si se debe ofrecer a las mujeres con obesidad no complicada, monitoreo fetal continuo en el trabajo de parto, recibir más ecografías prenatales, incluyendo la evaluación del volumen de líquido amniótico y exploraciones Doppler de la arteria umbilical, u ofrecimiento de inducción temprana.

La investigación hasta la fecha no ha establecido el efecto del IMC estratificado en los desenlaces perinatales. La actual investigación es principalmente retrospectiva, utilizando datos

que se remontan a los años 1970 y 1980 cuando el IMC era generalmente auto informado y no estratificado según la categorización de la OMS. [El comité acordó hacer una recomendación para la investigación sobre la obesidad como un posible factor de riesgo independiente de morbilidad y mortalidad perinatal](#) para orientar futuras guías.

Cómo la recomendación puede afectar la práctica

Existe una amplia variación en el uso de cardiotocografía continua y auscultación intermitente para mujeres obesas. Sin embargo, es poco probable que la recomendación signifique un gran cambio en la práctica actual.

Volver a recomendaciones

Posición en el trabajo de parto para mujeres con un IMC superior a 30

Recomendaciones 1.9.3 a 1.9.5

Por qué el comité hizo las recomendaciones

Según su experiencia, el comité acordó que no había razón para alterar el consejo sobre la posición en la segunda etapa del parto solo porque una mujer es obesa. Pero es importante que tenga suficiente movilidad para permitir el acceso de profesionales de la salud en una emergencia (por ejemplo, la capacidad de asumir la posición lateral). Para las mujeres con reducción significativa de la movilidad, el comité recomendó la posición lateral para comenzar, porque esto permite un buen acceso y así reduce el riesgo de eventos adversos. El comité acordó que estas decisiones deberían tomarse en el tercer trimestre después de una evaluación de riesgos, para garantizar que todos conozcan los planes para el manejo de la segunda etapa.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

La mayoría de las parteras saben que la posición lateral es la más segura para las mujeres con movilidad reducida en trabajo de parto. Por lo tanto, es poco probable que las recomendaciones conduzcan a un cambio en la práctica. Las recomendaciones para mujeres con movilidad suficiente son las mismas que las de la [guía NICE sobre cuidados intraparto para mujeres y bebés sanos](#). No debería cambiar la práctica a menos que los profesionales de la salud no sean conscientes de que las recomendaciones de esta guía NICE también se aplican a mujeres obesas.

Volver a recomendaciones

Necesidades de equipo para mujeres en trabajo de parto con un IMC superior a 30.

Recomendaciones 1.9.6 a 1.9.8

Por qué el comité hizo las recomendaciones

El comité acordó que las mujeres obesas necesitan equipo especializado para un parto seguro. Ellos describieron todo el equipo especializado requerido; no solo camas y sillas de ruedas sino herramientas quirúrgicas especializadas y equipos de monitoreo. El comité no creía que todos los hospitales tuvieran todo este equipo, particularmente para tratar con mujeres con un IMC superior a 50 kg / m². Ellos están de acuerdo en que la derivación a otra unidad obstétrica debe considerarse cuando este sea el caso para asegurar que las necesidades de las mujeres se satisfacen adecuadamente.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Un informe de 2010 de la Investigación confidencial sobre salud materno infantil (CMACE) y el Royal College of Obstetrics and Gynecologists identificó brechas importantes en la provisión de equipo hospitalario para mujeres embarazadas que son obesas. El comité creía que esto ha mejorado significativamente y, por lo tanto, en su mayor parte, las recomendaciones no deberían afectar la práctica. Sin embargo, deberían reforzar lo que los hospitales ya deberían estar proporcionando.

Volver a recomendaciones

Información para mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal.

Recomendaciones 1.10.1 a 1.10.6

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia fue limitada, pero el comité acordó que la información de buena calidad es importante para las mujeres que tienen un mayor riesgo de problemas médicos graves para ellas o sus bebés. Es probable que las mujeres estén más ansiosas que otras mujeres en trabajo de

parto y necesiten información de los riesgos presentes de una manera que puedan entender. La información debe basarse en datos locales y datos nacionales, donde sea posible, para permitir que las mujeres tomen decisiones informadas. Los profesionales de la salud deberían reconocer que las personas tienen sus propios puntos de vista sobre el riesgo y deben apoyar a las mujeres para que tomen decisiones informadas sobre su cuidado. El comité reconoció que la base de evidencia era limitada pero mostró que las mujeres sentían que se les podía dar información sesgada y que algunas opciones no se ofrecieron o fueron activamente opuestas. Las mujeres describieron tener que buscar información por sí mismas. La evidencia también sugirió que puede haber desigualdades entre las mujeres cuando llegan a tomar una decisión informada y tener el control de su atención. Mujeres que no pudieron buscar información podría estar en desventaja al tomar decisiones informadas. El comité señaló que estos temas se reflejaron en sus propias experiencias y acordaron que es muy importante que se ofrezca información sobre todas las opciones a las mujeres.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité señaló que había una variabilidad en la práctica actual relacionada con el cuidado de las mujeres en trabajo de parto que tienen una mayor probabilidad de problemas médicos graves. Las recomendaciones pueden resultar en un cambio en la práctica en algunas áreas, con un cambio en el enfoque de una aproximación basada en el riesgo para apoyar la toma de decisiones informada para todas las mujeres.

Volver a recomendaciones

Evaluación de riesgos para mujeres con complicaciones obstétricas o sin atención prenatal.

Recomendaciones 1.11.1 a 1.11.7

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia para las observaciones de mujeres en trabajo de parto con complicaciones obstétricas, por lo que el comité formuló recomendaciones basadas en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas. Ellos acordaron que para comprender todo el cuadro clínico, es importante escuchar las preocupaciones de la mujer y su propia cuenta de sus síntomas. El comité reconoció que las mujeres en los siguientes grupos solo necesitan observaciones maternas de rutina durante el parto si no hay otras preocupaciones:

- La presentación podálica
- Sospecha de bebé pequeño para la edad gestacional
- Sospecha de bebé grande para la edad gestacional
- Cesárea previa
- Trabajo de parto después de las 42 semanas de embarazo
- Sin atención prenatal.

El comité no quiso medicalizar la atención a mujeres con fiebre en el trabajo de parto y acordó que muchas de estas mujeres no necesitan observaciones maternas adicionales aparte del monitoreo horario de temperatura y nivel de conciencia (AVPU [alerta, voz, dolor, no responde]) y monitoreo cada 4 horas de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno. Sin embargo, si se desarrollan otros síntomas o signos, se debe considerar la posibilidad de sepsis.

El comité no quería medicalizar la atención a las mujeres con pequeñas preocupaciones sobre posible sepsis, pero acordaron que si las preocupaciones son suficientes para justificar el tratamiento con antibióticos, se necesitan observaciones más frecuentes debido al riesgo de deterioro repentino. El comité recomendó medición continua o cada media hora de pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria, en línea con la [guía NICE sobre sepsis](#). El control horario de la temperatura es suficiente, pero la AVPU debe monitorearse cada media hora, con monitoreo continuo o cada 30 minutos de saturación de oxígeno. Se debe realizar un registro horario del gasto urinario si la mujer tiene un catéter.

El comité acordó que para las mujeres con hemorragia intraparto, el monitoreo continuo de la pérdida de sangre vaginal es importante porque a menudo se subestima y puede ser difícil decidir cuándo se necesita más acción. Por lo tanto, el comité recomendó observaciones más frecuentes para detectar posibles cambios en la condición de una mujer. También recomendaron otras observaciones tales como frecuencia respiratoria, gasto urinario, AVPU y saturación de oxígeno para acelerar la transferencia a una unidad dirigida por obstetricia y la participación de un obstetra experimentado si es necesario.

Debido al mayor riesgo de problemas médicos graves en mujeres con complicaciones obstétricas o ausencia de atención prenatal y la necesidad de una acción oportuna cuando se indica, es importante que la condición de la mujer sea revisada exhaustivamente por un profesional de la salud con experiencia que debe ser responsable de decidir si es necesario escalar la atención. El comité sabía que el riesgo de problemas médicos graves para la mujer o el bebé depende de todo el cuadro clínico. Ellos recomendaron que esto se tenga en cuenta al analizar las opciones de atención con la mujer durante el período intraparto.

La falta de evidencia sobre las observaciones maternas para las mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis llevó al comité a hacer una [recomendación para la investigación sobre la evaluación de riesgos para las mujeres en trabajo de parto con signos de sepsis](#) para orientar futuras guías.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité acordó que las recomendaciones reflejan las mejores prácticas actuales, pero esto puede resultar en el cambio de práctica en algunas unidades.

Volver a recomendaciones

Uso de antipiréticos para mujeres en trabajo de parto con fiebre.

Recomendaciones 1.12.1 y 1.12.2

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia muy limitada no mostró diferencias en la tasa de cesáreas o ingreso a cuidados intensivos neonatales cuando las mujeres tomaban paracetamol para la fiebre. Sin embargo, el comité estuvo de acuerdo en que el paracetamol es seguro y puede reducir las molestias cuando una mujer tiene una temperatura alta. Notaron que la fiebre puede ser un signo de sepsis y acordaron que reconocer y tratar la sepsis es una prioridad clínica. Debido a que el paracetamol puede enmascarar un empeoramiento de la fiebre, recomendaron que los profesionales de atención médica deben recordar que el paracetamol no es un tratamiento para la sepsis y no debe retrasar la investigación y tratamiento cuando se sospecha sepsis.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones podrían reducir el uso inapropiado de paracetamol y promover el manejo oportuno de la sepsis.

Volver a recomendaciones

Muestra de sangre fetal para mujeres en trabajo de parto con fiebre.

Recomendación 1.12.3

Por qué el comité hizo la recomendación

No se encontró evidencia sobre el muestreo de sangre fetal para mujeres en trabajo de parto con fiebre, por lo que el comité hizo una recomendación basada en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas. Su punto de vista fue que las mujeres con fiebre en el trabajo de parto deben ser tratadas como si tuvieran sospecha de sepsis en lo referente al muestreo de sangre fetal y, por lo tanto, las recomendaciones en esta sección reflejan las de sepsis y sospecha de sepsis.

Cómo la recomendación puede afectar la práctica

La recomendación debe armonizar la práctica, aumentando potencialmente el uso de muestras de sangre fetal en áreas donde los profesionales de la salud son demasiado cautelosos y disminuyendo el uso en lugares donde se toman múltiples muestras de sangre fetal.

Volver a recomendaciones

Modo de nacimiento para mujeres con sepsis o sospecha de sepsis.

Recomendaciones 1.13.1 a 1.13.10

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia sobre el modo de nacimiento para las mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis, por lo que el comité formuló recomendaciones basadas en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas. Ellos reconocieron que la sepsis es una causa importante de mortalidad materna y que los cambios fisiológicos durante el trabajo parto puede enmascarar los primeros signos tempranos de sepsis. No hay una definición acordada de ajustes fisiológicos normales que ocurren durante el embarazo y el parto y estos pueden variar según el progreso del parto.

El comité acordó que la directriz NICE sobre sepsis debe seguirse para el reconocimiento de sepsis en mujeres embarazadas y que los cambios fisiológicos normales en el trabajo de parto (como el aumento del pulso materno) también deben tenerse en cuenta.

El comité acordó que debería haber una revisión multidisciplinaria continua por un equipo de alto nivel con un líder definido. La revisión continua significa que el equipo está preparado para reaccionar ante una situación cambiante, que se puede alterar muy rápidamente. El comité acordó que la reanimación materna inadecuada o retrasada puede empeorar la disfunción orgánica y tener un impacto en la seguridad de la anestesia, por lo que recomendó que se incluya un anestesiólogo obstetra experimentado en el equipo.

Cuando una mujer en trabajo de parto tiene sepsis (en lugar de sospecha de sepsis), el equipo debe expandirse para incluir un neonatólogo y microbiólogo y, para mujeres con sepsis y manifestaciones de disfunción orgánica, el equipo debe ampliarse aún más para incluir un intensivista experimentado (especialista en cuidados críticos). La intención es que el equipo multidisciplinario no se reúna cara a cara, pero que se pueda acceder al consejo de los expertos cuando sea necesario.

El Comité observó que un plan de gestión clara debe ser documentado y revisado de una manera regular, ya que es importante no sólo para el equipo multidisciplinario, sino también para la mujer saber lo que está sucediendo.

El comité enfatizó en que la mujer y su (s) acompañantes (s) de parto deberían estar involucrados en la toma de decisiones compartida sobre la gestión porque deben participar en las decisiones y opciones sobre cómo proceder.

Todas las opciones de tiempo y vía de parto deben considerarse en discusión con la mujer y no se debe suponer que la cesárea es la única opción para las mujeres con sepsis o sospecha de sepsis. El comité acordó que cuando se cree que la fuente de sepsis es el tracto genital, los profesionales de la salud deben acelerar el parto porque existe un mayor riesgo de desenlaces adversos para el bebé.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité acordó que las recomendaciones reflejan las mejores prácticas actuales. Esto puede resultar en cambio de práctica en algunas unidades.

Volver a recomendaciones

Anestesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica.

Recomendación 1.13.11

Por qué el comité hizo la recomendación

No se encontró evidencia en anestesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis, por lo que el comité formuló recomendaciones basadas en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas. Ellos querían asegurarse de que se ofreciera a las mujeres en trabajo de parto con sepsis y signos de disfunción orgánica anestesia adecuada a su condición clínica y señalaron que la práctica predeterminada de usar la anestesia regional puede no ser apropiada para estas mujeres. El comité acordó que la anestesia regional puede estar asociada con inestabilidad cardiovascular cuando hay sepsis con signos de disfunción orgánica. Otros desenlaces adversos pueden incluir absceso epidural y hematoma debido a coagulopatía. Esto llevó al comité a recomendar que la anestesia regional se use sólo con precaución y consejo de un experto anesthesiólogo obstetra y en presencia de un anesthesiólogo experimentado.

Cómo la recomendación puede afectar la práctica

El comité acordó que la recomendación refleja las mejores prácticas actuales, por lo que no debería haber cambios en la práctica.

Volver a recomendaciones

Analgesia para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis. Recomendaciones 1.13.12 a 1.13.16

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia para recomendar una forma de alivio del dolor sobre otra para las mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis. El comité sabía que las mujeres con sepsis y signos de disfunción orgánica pueden tener bacteriemia y un mayor riesgo de infección local o meningitis cuando se inserta una aguja para analgesia regional. Por lo tanto, recomendaron que está sólo debería usarse con precaución y con el consejo de un anesthesiólogo obstetra asesor. No se necesita la presencia de un anesthesiólogo experimentado debido a la menor dosis de anestésico local utilizado para una mujer que no se somete a cirugía.

Aunque no hubo evidencia de que el uso del parto en piscina esté contraindicado para mujeres en trabajo de parto con sospecha de sepsis donde la preocupación es insuficiente para el tratamiento con antibióticos, el comité usó su experiencia clínica y experticia para recomendar que para estas mujeres, el parto en piscina debe considerarse sólo después de una discusión con una partera y un obstetra experimentados.

El comité también recomendó que para las mujeres que necesitan antibióticos por sospecha de sepsis, el tratamiento debe comenzar antes de insertar la aguja para la analgesia regional.

Se recomienda una revisión multidisciplinaria de opciones para el alivio del dolor al menos cada 4 horas porque usualmente el equipo multidisciplinario no estaría involucrado tan a menudo.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité sabía que actualmente el parto en piscina no sería considerado para algunas mujeres con sospecha de sepsis donde la preocupación es insuficiente para el tratamiento con antibióticos. El comité señaló que existe una variación en la práctica no solo entre unidades sino también dentro de las unidades obstétricas. Por lo tanto, la extensión del cambio en la práctica variará según la práctica actual.

El comité señaló que el uso de antibióticos profilácticos en mujeres con sospecha de sepsis antes del bloqueo neuroaxial central no es actualmente una práctica universal en el Reino Unido. La recomendación del comité reforzaría las mejores prácticas actuales.

Las revisiones periódicas con una frecuencia mínima de 4 horas son un cambio en la práctica actual. Actualmente las revisiones se realizan cuando sea necesario. El comité acordó que recomendar una frecuencia mínima de revisión fue un enfoque más proactivo para apoyar las necesidades continuas de las mujeres.

El comité sabía que una discusión con un anesestesiólogo experimentado no siempre ocurría en la práctica actual, y sus recomendaciones reforzarán las mejores prácticas.

Volver a recomendaciones

Monitoreo fetal para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis.

Recomendaciones 1.13.17 a 1.13.21

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia sobre la monitorización fetal de mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis así que el comité formuló recomendaciones basadas en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas. El comité quería que los profesionales de la salud explicaran a las mujeres con sepsis que existe incertidumbre sobre la utilidad del muestreo de sangre fetal para que las mujeres tengan más información al decidir si aceptan o rechazan la prueba. El comité también acordó que el muestreo de sangre fetal puede ser falsamente tranquilizador cuando una mujer tiene sepsis. Quisieron enfatizar en que todo el cuadro clínico debe influir en la decisión de realizar un muestreo y debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados. No hay evidencia que respalde la repetición del muestreo de sangre fetal, por lo que el comité quiso destacar la necesidad de precaución y el aporte del experto obstétrico para guiar la toma de decisiones.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité esperaba que las recomendaciones armonizaran la práctica, potencialmente aumentando el uso de muestreo de sangre fetal en áreas donde los médicos son demasiado cautelosos y disminuyendo el uso en lugares donde se toman múltiples muestras de sangre fetal.

Volver a recomendaciones

Tratamiento antimicrobiano para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis.

Recomendaciones 1.13.22 a 1.13.25

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia sobre cuándo comenzar el tratamiento antimicrobiano para mujeres en trabajo de parto con sepsis o sospecha de sepsis por lo que el comité hizo recomendaciones basadas en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas. El comité era consciente de que la sepsis intraparto presenta dificultades únicas de diagnóstico, incluidas las dificultades para identificar el origen de la infección, que pueden conducir a un sub o sobre diagnóstico de sepsis. La elección de los antibióticos está influenciada por las preocupaciones sobre la seguridad para el bebé.

No se encontró evidencia que respalde el uso de antimicrobianos específicos en el trabajo de parto cuando la fuente de la infección es clara y, por lo tanto, el comité decidió seguir la directriz NICE sobre sepsis y recomendó consultar la guía local de antimicrobianos.

Cuando la fuente de infección no está clara, se debe ofrecer un antimicrobiano intravenoso de amplio espectro del formulario local porque la infección intrauterina es la fuente más probable de la misma y a menudo se debe a múltiples organismos (polimicrobiana).

El comité sabía que los patrones locales de resistencia a los antimicrobianos varían y que la elección de los antimicrobianos se debería guiar por esto. El comité estaba dispuesto a apoyar la toma de decisiones compartida y para asegurarse de que la mujer y su (s) acompañante (s) en el parto entendieran las razones para la elección del antimicrobiano.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones reflejan las mejores prácticas actuales.

Volver a recomendaciones

Atención a mujeres con sepsis o sospecha de sepsis inmediatamente después del parto.

Recomendación 1.13.26

Por qué el comité hizo la recomendación

No se encontró evidencia sobre la atención a mujeres con sepsis o sospecha de sepsis en las primeras 24 horas después del nacimiento, entonces el comité hizo recomendaciones basadas en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas. Acordaron que un equipo con un líder designado debería brindar atención. El comité consideró que determinar la necesidad de antibióticos, la frecuencia del monitoreo y el nivel de atención era importante tanto para la seguridad de la mujer como para evitar la separación de su bebé. El comité sabía que la mujer y el bebé a menudo se separan si la mujer es transferida a una unidad general de cuidados intensivos o unidad de alta dependencia, y esto puede tener un impacto negativo en el desarrollo de la relación entre la mujer y su bebé y, en consecuencia, el bienestar emocional materno y la salud mental postnatal.

Las familias esperan que las mujeres que han dado a luz sean dadas de alta a su hogar poco

después del nacimiento. Si la mujer desarrolla sepsis intraparto, se necesitará apoyo práctico y emocional adicional durante la recuperación de una enfermedad crítica.

Cómo la recomendación puede afectar la práctica

La recomendación refleja las mejores prácticas actuales y debería mejorar la práctica en algunas áreas, particularmente en lo concerniente a reducir la separación de mujeres y sus bebés.

Volver a recomendaciones

Hemorragia intraparto.

Recomendaciones 1.14.1 a 1.14.10

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia sobre el manejo de la hemorragia intraparto, por lo que el comité basó las recomendaciones en su experiencia y conocimiento de buenas prácticas y las recomendaciones para hemorragia posparto de la guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos. Acordaron que una gran pérdida de sangre puede provocar un shock importante, y esta sería la prioridad número uno para el tratamiento. También acordaron que es una buena práctica que todos los entornos de maternidad estén equipados para manejar la hemorragia intraparto.

El comité acordó que cuando la pérdida de sangre vaginal es dramática, es importante transferir a la mujer a la atención obstétrica. También acordaron que era esencial hablar con la mujer y su (s) acompañante (s) de parto para explicarle qué está sucediendo, qué puede suceder y comprender sus preferencias. También es importante determinar las causas probables de la pérdida de sangre y cómo la salud de la mujer puede deteriorarse o estabilizarse. El comité acordó que hablar con la mujer para obtener el historial, incluidos los eventos asociados, puede ayudar a determinar la causa del sangrado.

El comité acordó que si una mujer en trabajo de parto tiene un sangrado vaginal típico, esto no significa deterioro de la mujer o el bebé y para estas mujeres deben seguirse las guías NICE sobre Cuidado intraparto para mujeres sanas y sus bebés.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones reflejan las mejores prácticas actuales, pero esto puede significar un cambio de práctica en algunas unidades.

Volver a recomendaciones

Presentación podálica durante el trabajo de parto.

Recomendaciones 1.15.1 a 1.15.4

Por qué el comité hizo las recomendaciones

La evidencia mostró un aumento en la infección materna y otras complicaciones maternas durante las primeras 6 semanas después de una cesárea en trabajo de parto con presentación podálica en comparación con parto vaginal podálico. Esto estaba en línea con la experiencia del comité.

La evidencia mostró menos desenlaces adversos para el bebé después de una cesárea en el trabajo de parto temprano en presentación podálica en comparación con parto vaginal, pero el beneficio fue menos claro cuando la cesárea se realizó en las últimas etapas del parto. Esto también estaba en línea con la experiencia del comité.

El comité reconoció que ofrecer una opción entre continuar con el trabajo de parto y la cesárea de emergencia puede diferir del consejo que han recibido las mujeres con presentación podálica durante el embarazo. Esto se debe a que el equilibrio de riesgos para la mujer y el bebé ha cambiado, con diferentes consideraciones entrando en juego cuando la mujer está en trabajo de parto. Por ejemplo, las consideraciones serán diferentes cuando la presentación podálica se identifique por primera vez en el parto, o cuando el trabajo de parto sea más avanzado. El comité deseaba garantizar que los profesionales de la salud les dieran a las mujeres la oportunidad de tomar una decisión informada sobre el modo de nacimiento en esta situación. Acordaron no recomendar un modo de nacimiento sobre otro, pero que luego de la discusión de los posibles beneficios y riesgos, una mujer debería poder decidir qué es lo mejor para ella.

Con base en su conocimiento y experiencia, el comité acordó que los profesionales de la salud deben seguir las recomendaciones sobre la evaluación del progreso en el trabajo de parto en la [guía NICE sobre atención intraparto para mujeres y bebés sanos](#) para evitar intervenciones innecesarias cuando hay un retraso en el trabajo parto.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Existe una variación en la práctica con respecto al asesoramiento en trabajo de parto para mujeres con presentación podálica, después de la publicación del Term Breech Trial en 2000, que concluyó que el parto vaginal estaba asociado con mayores riesgos para el bebé. La recomendación de ofrecer a las mujeres en trabajo de parto con presentación podálica una elección entre continuar con el trabajo de parto y cesárea de emergencia promueve un enfoque más consistente y una mejor experiencia para las mujeres y su (s)acompañante (s) al nacimiento. La práctica previa hubiera sido con frecuencia recomendar una cesárea para estas mujeres, mientras que las recomendaciones de la guía enfatizan en hacer la elección y la decisión informadas.

El comité era consciente de que se podría necesitar capacitación para implementar completamente las recomendaciones apoyando el parto vaginal podálico.

Volver a recomendaciones

Feto pequeño para la edad gestacional.

Recomendaciones 1.16.1 a 1.16.3

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia para la monitoría del trabajo de parto en bebés sospechosos de ser pequeños para la edad gestacional, entonces el comité usó su conocimiento y experiencia para hacer recomendaciones. Ellos están de acuerdo en que los bebés que son pequeños para la edad gestacional corren el riesgo de desenlaces adversos y que este riesgo es mayor cuando hay restricción de crecimiento o problemas con el nacimiento. Sin embargo, reconocieron que es difícil estar seguro del tamaño del bebé antes del nacimiento. Los profesionales de la salud deben explicar los riesgos e incertidumbres a las mujeres cuyos bebés se sospecha que son pequeños para la edad gestacional y a esas mujeres se les debe ofrecer una cardiotocografía continua para que cualquier inquietud por el bebé pueda detectarse rápidamente.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité acordó que las recomendaciones reflejan las mejores prácticas actuales, por lo que no debería haber ningún cambio. Sin embargo, reconocieron que las mujeres a menudo no están informadas sobre la incertidumbre acerca del diagnóstico de bebés pequeños para la edad gestacional y la efectividad de la cardiocografía en la prevención de pobres desenlaces, por lo que esto será un desarrollo en la práctica.

Volver a recomendaciones

Feto grande para la edad gestacional.

Recomendaciones 1.17.1 a 1.17.3

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No hubo evidencia convincente de un modo de nacimiento sobre otro para mujeres en trabajo de parto cuyos bebés se sospecha que son grandes para la edad gestacional. El comité discutió la dificultad de estimar el tamaño de un bebé cuando una mujer está en trabajo de parto. Reconocieron que el ultrasonido es difícil de realizar en el trabajo de parto y es menos preciso para estimar el peso de un bebé que en el período prenatal. Acordaron que se debería informar a las mujeres sobre esta incertidumbre. La evidencia mostró un mayor riesgo de infección materna cuando las mujeres en trabajo de parto tuvieron una cesárea de emergencia. Según la experiencia del comité, había un riesgo de distocia de hombro y trauma perineal con parto vaginal. El comité acordó que las mujeres deben recibir información para que puedan tomar sus propias decisiones sobre el modo de nacimiento cuando su bebé puede ser grande para la edad gestacional.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones aseguran que a las mujeres se les ofrezcan todas las opciones disponibles para ellas en el trabajo de parto. No se anticipa que esto tendrá un gran impacto en el uso de los recursos.

Volver a recomendaciones

Ausencia de atención prenatal.

Recomendaciones 1.18.1 a 1.18.12

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia sobre la atención intraparto para mujeres que no han recibido atención prenatal, por lo que el comité acordó hacer recomendaciones basadas en su experiencia y conocimiento de las buenas prácticas clínicas.

Debido a la falta de información de referencia y un plan de parto, la atención intraparto para estas mujeres debe ser dirigida por un obstetra que realizará una evaluación completa de los riesgos para la mujer y su bebé. El equipo neonatal debe ser alertado porque el comité acordó que hay un mayor riesgo de problemas médicos graves para el bebé cuando una mujer no ha recibido atención prenatal. A veces también se puede necesitar un equipo de anestesia.

Se debe realizar una investigación sensible para tratar de comprender las razones de la falta de atención prenatal, así como para identificar cualquier vulnerabilidad y problemas de salvaguarda. Es importante preguntarle a la mujer a quién quisiera ella como su (s) acompañante (s) de parto e identificar su relación con ella. Si hay una barrera del idioma, se debe usar un intérprete independiente en lugar del acompañante (s) de parto de la mujer.

Las pruebas de sangre y orina que normalmente se realizan como parte de la atención prenatal de rutina se deben ofrecer para verificar si hay marcadores de anemia e infección. Por lo tanto, pruebas de VIH, hepatitis B y sífilis deben ser ofrecidas. Las pruebas rápidas de VIH deben ofrecerse a las mujeres que se cree que tienen un alto riesgo de VIH porque se pueden tomar medidas para prevenir la transmisión vertical de la infección por VIH conocida durante el parto vaginal. La evidencia sugiere que las pruebas rápidas de VIH ofrecerían un buen equilibrio de beneficios y costos en mujeres con alto riesgo de infección. Los resultados de la prueba se utilizarían para planificar la atención durante el trabajo de parto, nacimiento y postnatal.

El comité acordó que se debe contactar al médico de cabecera de la mujer para obtener más información sobre su historia y planificar su propio cuidado y el cuidado continuo del bebé. Las preocupaciones de salvaguarda deben ser consideradas y, si es necesario, hacer referencia. La mujer debe ser informada cuando otros profesionales, profesionales de atención, de la asistencia social, equipos de protección o la policía deban ser contactados. También es importante documentar y compartir información con profesionales relevantes, como el equipo pediátrico y proveedores de salud locales, para continuar con la atención.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

Las recomendaciones reflejan en gran medida la buena práctica clínica y, por lo tanto, no significarán un gran cambio. Sin embargo, las pruebas rápidas de VIH no siempre están disponibles. Debe hacerse una evaluación de las necesidades locales para tales servicios .

Volver a recomendaciones

Cesárea previa.

Recomendaciones 1.19.1 a 1.19.11

Por qué el comité hizo las recomendaciones

No se encontró evidencia para canalización intravenosa en mujeres en trabajo de parto con cesárea previa. El comité acordó que la posibilidad de necesitar acceso intravenoso para transfusión de sangre urgente era poco probable que fuera mayor en estas mujeres, por lo que recomendó que la canalización no debe ser de rutina.

El comité señaló a partir de la evidencia y su experiencia que el riesgo de ruptura uterina con el parto vaginal fue pequeño para las mujeres con cesárea previa. Hubo alguna evidencia de que la realización de una cesárea de emergencia en el parto está asociada con un mayor riesgo de sangrado abundante y la necesidad de transfusión de sangre, infección y una estancia más prolongada. El comité recomendó que se informe a las mujeres sobre esto al tomar decisiones sobre el modo de nacimiento.

El comité consideró que era importante informar a las mujeres que no existe evidencia para recomendar una vía de parto sobre otra para mejorar los desenlaces para el bebé.

La evidencia indicó que las mujeres en trabajo de parto con una cesárea previa probablemente estén en un menor riesgo de complicaciones si también han tenido un parto vaginal previo.

Hubo evidencia de que el refuerzo del trabajo de parto con oxitocina y analgesia regional juntos, redujeron la posibilidad de otra cesárea para mujeres en trabajo de parto que han tenido una cesárea en el pasado. La probabilidad de un parto vaginal instrumentado (fórceps o ventosa) aumentó con ambos. El comité acordó que esto debería explicarse a las mujeres para que ellas puedan tomar una decisión completamente informada.

No se encontró evidencia para recomendar una forma de alivio del dolor sobre otra para las mujeres con cesárea previa. Tampoco hubo evidencia de que el uso de la piscina de parto para el alivio del dolor esté contraindicado para estas mujeres. Por lo tanto, el comité acordó recomendar que todas las formas de alivio del dolor se deben ofrecer , incluida la piscina de parto.

No se encontró evidencia para amniotomía de rutina en mujeres en trabajo de parto con cesárea previa. El comité utilizó su experiencia y conocimientos para recomendar que esto no se ofrezca.

El comité sabía que la cardiotocografía continua generalmente se recomienda para mujeres en trabajo de parto que hayan tenido una cesárea previa. Sin embargo, no está claro si la cardiotocografía continua en estas circunstancias permite identificar el riesgo antes que si se utiliza la auscultación intermitente. El comité hizo una [recomendación para la investigación sobre el seguimiento en el trabajo de parto para las mujeres con una cesárea previa](#) para orientar futuras guías.

Cómo las recomendaciones pueden afectar la práctica

El comité reconoció que había variación en la práctica e inequidad en las opciones disponibles para mujeres en trabajo de parto con cesárea previa. El comité quería asegurarse de que a las mujeres se les ofrecería una información completa para que puedan tomar decisiones informadas sobre su atención y bienestar, y no serían sometidas a intervenciones innecesarias que pueden no mejorar los desenlaces para la mujer o su bebé. Señalaron que el alcance del cambio en la práctica derivado de las recomendaciones variaría en todo el Reino Unido según la práctica actual y que las recomendaciones pueden dar lugar a cambios específicos en la práctica sobre el apoyo a la elección de las mujeres del lugar de nacimiento y la canalización de rutina en el trabajo de parto, lo que a su vez puede conducir a ahorros de costos para el sistema de salud.

Volver a recomendaciones

Trabajo de parto después de 42 semanas de embarazo.

Recomendación 1.20.1

Por qué el comité hizo la recomendación

No se encontró evidencia para la monitoría en el trabajo de parto después de 42 semanas de embarazo, por lo que el comité hizo la recomendación basada en su conocimiento y experiencia. El comité estaba al tanto de alguna evidencia de un mayor riesgo de muerte fetal o muerte neonatal después de 42 semanas y esto fue consistente con su propia experiencia. Debido a esto, el comité acordó que se debe ofrecer una cardiotocografía continua a todas las mujeres en trabajo de parto después de las 42 semanas para que cualquier preocupación por el bebé pueda ser identificada rápidamente. La oferta debe ir precedida de una discusión completa de los beneficios y riesgos para la mujer y su bebé.

Cómo la recomendación puede afectar la práctica

La recomendación de ofrecer cardiotocografía continua a todas las mujeres en trabajo de parto después de 42 semanas está en línea con la práctica actual.

Volver a recomendaciones

Contexto

La evaluación y planificación de riesgos son componentes claves de la atención individualizada para mujeres embarazadas, por lo que cualquier factor que pueda afectar el embarazo o el parto puede identificarse de manera oportuna. Esta directriz trata sobre el cuidado de las mujeres con mayor riesgo de complicaciones en el trabajo de parto y el parto, ya sea debido a una afección médica existente o porque se desarrollen complicaciones obstétricas. Con la evaluación adecuada de riesgos y planificación de la atención, se puede brindar atención para maximizar las posibilidades de buenos desenlaces tanto para la mujer como para su bebé. La evaluación y la planificación comienzan al reservar la cita prenatal y continúan durante todo el embarazo en cada contacto prenatal. Durante el parto, la monitoría de rutina de la mujer y su bebé nonato y del progreso del trabajo de parto es una continuación del proceso de tamizaje de riesgos. Los resultados de estas evaluaciones afectarán el plan de cuidado del trabajo de parto, y pueden dar lugar a cambios en el plan que se realiza prenatalmente o durante el parto si se identifican nuevas complicaciones.

Un embarazo es de “alto riesgo” cuando la probabilidad de un desenlace adverso para la mujer o el bebé es mayor que la de la ‘población normal’. Un parto es de “alto riesgo” cuando la probabilidad de un desenlace adverso relacionado con el trabajo de parto (para la mujer o el bebé) es mayor que la de la ‘población normal’.

El nivel de riesgo puede determinarse antes del embarazo o surgir durante el embarazo o el parto, y puede afectar a la mujer o al bebé:

- Una mujer puede tener una afección médica existente que puede empeorar por cambios fisiológicos que ocurren en el parto.
- Se pueden desarrollar problemas obstétricos (relacionados con el embarazo) que aumentan el riesgo de desenlaces adversos del trabajo de parto y/o parto.
- Una mujer puede ingresar al trabajo de parto sin complicaciones identificadas y ser considerada con bajo riesgo, pero pueden surgir problemas durante el parto que pueden estar asociados con desenlaces adversos.

Encontrar más información y recursos.

Puede ver todo lo que dice NICE sobre este tema en la [Vía NICE sobre atención intraparto](#).

Para encontrar orientación de NICE sobre temas relacionados, incluida la orientación en el desarrollo, consulte la [página web de NICE sobre fertilidad, embarazo y parto](#).

Para obtener detalles completos de la evidencia y las discusiones del comité de directrices, consulte las [revisiones de evidencia](#). También puede encontrar información sobre [cómo se desarrolló la guía](#), incluidos los detalles del comité.

NICE ha producido [herramientas y recursos para ayudarlo a poner en práctica esta guía](#). Para obtener ayuda y consejos generales sobre cómo poner en práctica las pautas de NICE, consulte los [recursos que le ayudarán a poner en práctica las pautas de NICE](#).

Actualizar información

Abril de 2019: las recomendaciones 1.19.6 y 1.19.10 sobre cardiocografía continua para mujeres con una cesárea previa se han reemplazado por enlaces a consejos en la [guía NICE sobre el parto por cesárea](#).

Cambios menores desde la publicación

Octubre de 2021: agregamos un enlace a la guía de NICE sobre la toma de decisiones compartida en la recomendación 1.2.1.

ISBN: 978-1-4731-3296-2

