



Recomendaciones de la OMS para la
conducción del
trabajo de parto



Organización
Mundial de la Salud

Recomendaciones de la OMS para **la conducción del trabajo de parto**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto.

1. Distocia – prevención y control. 2. Trabajo de Parto Inducido – métodos. 3. Trabajo de Parto Inducido – normas. 4. Presentación en Trabajo de Parto. 5. Atención Perinatal. 6. Guía. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350736 1

(Clasificación NLM: WQ 440)

© **Organización Mundial de la Salud 2015**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

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

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

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

Traducido al español, revisado y editado por el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR de la OPS/OMS

Tabla de contenidos

Agradecimientos	1
Siglas y abreviaturas	2
Resumen ejecutivo	3
Introducción	3
Métodos para el desarrollo de las guías	3
Principios rectores	4
1. Antecedentes	6
1.1 Público objetivo	6
2. Métodos	7
2.1 Declaración de intereses de los participantes en la consulta técnica de la OMS	8
2.2 Toma de decisiones durante the consulta técnica	8
2.3 Preparación del documento y revisión por expertos	9
3. Resultados	9
3.1 Principios guía	9
3.2 Definición de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto	10
3.3 Evidencia y recomendaciones	10
3.3.1 Diagnóstico de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto	11
3.3.2 Prevención del retraso de la primera etapa del trabajo de parto	15
3.3.3 Tratamiento de prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción	35
3.3.4 Cuidados durante la conducción del trabajo de parto	43
4. Implicaciones de la investigación	44
4.1 Prioridades clave de investigación	44
4.2 Otras preguntas de investigación	44
5. Difusión y aplicación de la guía	44
5.1 Difusión y evaluación de la guía	44
5.2 Aplicación de la guía	45
6. Aspectos de aplicabilidad	45
6.1 Impacto previsto sobre la organización de los cuidados y los recursos	45
6.2 Monitoreo y evaluación de la aplicación de la guía	45
7. Actualización de la guía	46
Referencias	47
Anexo 1. Expertos externos y personal de OMS involucrado en la preparación de la guía	49
Anexo 2. Resultados críticos e importantes para la toma de decisiones	52
Anexo 3. Resumen de las consideraciones relacionadas con la fuerza de las recomendaciones (planillas de balance)	53

Los criterios de normalización utilizados en la calificación de la evidencia y las tablas de GRADE no se incluyen en este documento, si bien se incluyen los números de la tabla – con el prefijo “BE” por “basado en la evidencia” – para facilitar la referencia. La tabla de evidencia completa también está publicada en un documento aparte denominado *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto: base de evidencia*, al que se puede acceder en línea en www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/augmentation-labor.

Agradecimientos

El trabajo de esta guía fue iniciado por A. Meten Gülmezoglu, João Paulo Souza y Mariana Widmer, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, y Matthews Mathai, del Departamento de la Madre, Recién Nacido, Niño y Adolescente de la OMS. Olufemi Oladapo, del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, coordinó la elaboración de la guía y redactó este documento. Therese Dowswell y Helen West, del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto, de la Universidad de Liverpool, Reino Unido, examinaron la evidencia científica relacionada con la conducción del trabajo de parto, prepararon las tablas GRADE y redactaron los resúmenes narrativos de los datos utilizados en esta guía. Sonja Henderson, también del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto, de la Universidad de Liverpool, Reino Unido, coordinó la actualización de las revisiones Cochrane y el examen de la evidencia científica pertinente. Las tablas GRADE fueron verificadas nuevamente por Olufemi Oladapo. A. Meten Gülmezoglu, João Paulo Souza y Matthews Mathai hicieron comentarios sobre el borrador del documento antes de que éste fuera revisado por los participantes en la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto y por los revisores externos.

La OMS desea expresar su sincero agradecimiento a Zahida Qureshi, de la Universidad de Nairobi, Kenia, por coordinar la consulta técnica. Agradecemos las valiosas opiniones vertidas por un gran número de actores internacionales durante la consulta en línea que tuvo lugar antes de la reunión, como parte del proceso de elaboración de la guía.

La OMS agradece el continuo apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en esta área de trabajo. Los autores de las revisiones sistemáticas utilizadas en esta guía merecen un agradecimiento especial por su ayuda y colaboración en la actualización de las revisiones. La OMS también agradece al Grupo Cochrane de Embarazo y Parto, sobre todo al personal de su oficina de Liverpool en el Reino Unido, por su apoyo en la actualización de las revisiones Cochrane.

Siglas y abreviaturas

IC	Intervalo de confianza
BE	basado en la evidencia
FWC	Salud de la Familia, de la Mujer y del Niño (cluster de la OMS)
GDG	Grupo de Desarrollo de Guías
GRADE	Calificación de la valoración, elaboración y evaluación de recomendaciones
GREAT	Desarrollo de guías, Prioridades de la investigación, Síntesis de la evidencia, Aplicabilidad de la evidencia, Transferencia de conocimiento (proyecto de la OMS)
h	hora
IM	intramuscular
IV	intravenoso
MCA	Departamento de Salud Materna, Neonatal, del Niño y Adolescente. OMS
mcg	microgramo
DM	diferencia media
min	minuto
ml	mililitro
MPA	Salud Materna y Perinatal y Prevención del Aborto Inseguro (equipo del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS)
UCIN	Unidad de cuidados intensivos neonatales
HPP	Hemorragia posparto
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
RHR	Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS
RR	Riesgo relativo
ENET	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen ejecutivo

Introducción

El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las causas subyacentes frecuentes se incluyen las contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la madre. En la práctica clínica puede ser muy difícil identificar la causa exacta de un trabajo de parto que avanza lentamente. Por ende, el “fracaso del progreso del trabajo de parto” se ha tornado en una de las indicaciones principales para la cesárea primaria, particularmente en madres primerizas. Hay una creciente preocupación porque en muchos casos la cesárea se realiza demasiado precozmente, sin explorar intervenciones menos cruentas que podrían permitir un parto vaginal.

La intensificación o conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones luego del inicio espontáneo del trabajo de parto. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que es debido a mala contracción uterina. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la ruptura artificial de membranas (amniotomía). En el curso de las últimas décadas, los esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales han llevado al uso de una serie de prácticas, ya sea para acelerar un trabajo de parto lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza normalmente. Si bien las intervenciones dentro del contexto del de conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto.

Para optimizar los resultados de las mujeres en el trabajo de parto a nivel mundial se necesita una orientación basada en la evidencia que permita a los trabajadores de la salud mejorar la atención seleccionando bien a las pacientes y usando intervenciones efectivas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recomendaciones para la inducción del trabajo de parto en 2011. La meta de esta guía es consolidar la guía para las intervenciones efectivas que se necesitan para reducir la carga del trabajo de parto prolongado y sus consecuencias. El público objetivo primario incluye profesionales de la salud a cargo de desarrollar los protocolos y políticas nacionales y locales, así como obstetras, parteras, enfermeras, médicos generales, administradores de programas de salud materno neonatal, y diseñadores de políticas en todos los entornos.

Métodos para el desarrollo de las guías

Esta guía fue desarrollada conforme los procedimientos subrayados en el *Manual para el desarrollo de guías de la OMS*. Estos procedimientos implican: (i) identificación de las preguntas prioritarias y resultados críticos, (ii) recuperación de evidencia actualizada, (iii) valoración y síntesis de la evidencia, (iv) formulación de recomendaciones utilizando la opinión de una gran variedad de actores, y (v) planificación para la difusión, implementación, evaluación de impacto y actualización de la guía.

La evidencia científica para las recomendaciones fue sintetizada usando la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Para las preguntas priorizadas, se prepararon los perfiles de evidencia sobre la base de revisiones sistemáticas actualizadas. Teniendo en cuenta los perfiles de evidencia, las recomendaciones fueron formuladas y aprobadas por un grupo de expertos internacionales que participaron en la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto que tuvo lugar en Ginebra, Suiza, el 26 y 27 de setiembre de 2013.

La consulta técnica de la OMS aprobó 20 recomendaciones que cubren prácticas vinculadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento del avance retrasado de la primera etapa del trabajo de parto, y cuidados de apoyo para las mujeres sometidas a una conducción del trabajo de parto. Para cada recomendación, se calificó la calidad de la evidencia de respaldo como muy baja, baja, moderada o alta. Los expertos que contribuyeron calificaron la fuerza de estas recomendaciones (como fuertes o débiles) considerando la calidad de la evidencia y otros factores, incluyendo valores y preferencias de las partes interesadas, la magnitud del efecto, el balance entre daños y beneficios, el uso de recursos y la factibilidad de cada recomendación. Para garantizar la correcta comprensión de cada recomendación y que se las utilice en la práctica, también se han preparado otros comentarios y un resumen de las evidencias, elementos que se presentan en el documento completo, debajo de cada recomendación. Si quienes usan las guías tuvieran alguna duda en cuanto al fundamento de las recomendaciones, deben referirse a esta información en la versión completa de la guía.

Principios rectores

Los participantes de la consulta técnica concordaron que los principios generales que se presentan a continuación son aplicables a todas las recomendaciones de esta guía. Estos principios fueron consensuados y no son el resultado de un proceso sistemático de recuperación, síntesis y calificación. Con ellos se pretende subrayar la importancia del respeto por los derechos humanos de las mujeres y su dignidad como receptoras de cuidados, y la necesidad de mantener normas éticas y de seguridad altas en la práctica clínica. Los principios no son de por sí recomendaciones específicas, pero sí se espera con ellos orientar a los usuarios finales en el proceso de adaptación y aplicación de la guía en diferentes contextos y medios.

- La aplicación de las recomendaciones debe basarse en la consideración del estado general de la mujer y su bebé, sus deseos y preferencias, y el respeto por su dignidad y autonomía.
- La conducción del trabajo de parto solo se debe realizar cuando haya una clara indicación médica y los beneficios esperados superen los posibles daños.
- No se debe dejar desatendidas a las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente cuando se usa oxitocina.
- La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y solo se la debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aun más crucial en las multíparas.
- Como la evidencia para estas recomendaciones surge fundamentalmente de estudios realizados con mujeres con embarazos en presentación cefálica y úteros sin cicatrices, no se las debe aplicar a mujeres con una presentación anormal del feto (incluyendo podálica) o con útero con cicatrices.
- La conducción del trabajo de parto debe realizarse con cautela, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación uterina, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina.
- El lugar donde se realice la conducción del trabajo de parto, se debe contar con instalaciones que permitan hacer un control cercano y regular de la frecuencia cardíaca fetal y el patrón de contracciones uterinas.
- La conducción del trabajo de parto se debe realizar en instalaciones en las que exista la capacidad de manejar sus posibles resultados, incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal.

Lista resumida de las recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto

Esta tabla contiene recomendaciones específicas tal como fueron formuladas y aprobadas por los participantes de la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto.

Contexto	Recomendación	Calidad de evidencia	Fuerza de la recomendación
Diagnóstico de retraso en la primera etapa del trabajo de parto	1. Se recomienda el partograma de la fase activa con una línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	2. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Muy baja	Débil
Prevención de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto	3. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Baja	Débil
	4. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	5. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia epidural.	Baja	Débil
	6. No se recomienda el uso de amniotomía sola para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	7. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	8. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	9. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	10. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar líquidos por boca e ingerir alimentos durante el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	11. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo.	Muy baja	Fuerte
	12. Se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.	Moderada	Fuerte
	13. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
Tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción	14. Se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	15. No se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	16. No se recomienda utilizar un esquema de inicio de oxitocina a altas dosis e incremento de la oxitocina para conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	17. No se recomienda el uso de misoprostol oral para la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	18. No se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	19. Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
Cuidados durante la conducción del trabajo de parto	20. No se recomienda el uso de la tocodinometría interna comparado con la tocodinometría externa, con el fin de mejorar los resultados de una conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil

1. Antecedentes

El trabajo de parto alterado o trabajo de parto lento (o distócico) se caracteriza por un trabajo de parto que avanza con una lentitud anormal a causa de contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de las partes blandas pélvicas de la madre. Es más frecuente en las mujeres nulíparas y se acompaña de una considerable morbilidad materna y perinatal como resultado de infecciones, ruptura uterina y partos operativos (1, 2). Como resultado de la falta de consenso universal sobre qué define la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto, no se sabe exactamente cuál es su incidencia. Hay evidencia que sugiere que hasta un tercio de las primerizas presentan retraso de la primera etapa del trabajo de parto (3).

En la práctica clínica puede ser difícil identificar la causa precisa de un trabajo de parto lento. Por lo tanto, el término “trabajo de parto que no progresa” ha pasado a ser una descripción cada vez más popular del trabajo de parto retrasado y una de las principales indicaciones de cesárea (4). Hay una creciente preocupación porque en muchos casos la cesárea se realiza demasiado precozmente, sin la debida consideración de intervenciones menos invasivas que pudieran llevar a nacimiento vaginal.

La conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo. Se lo ha usado frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix. Tradicionalmente, la conducción del trabajo de parto se ha realizado utilizando una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía). El procedimiento busca abreviar el trabajo de parto para evitar complicaciones relacionadas con una prolongación indebida, y para evitar la cesárea. Es un aspecto central al concepto de manejo activo de la primera etapa del trabajo de parto; fue propuesto hace más de cuatro décadas como estrategia para hacer el trabajo de parto más expeditivo y reducir las tasas de cesáreas (5). El manejo activo del trabajo de parto propuesto originalmente se basaba en la filosofía que era bueno dirigir el proceso natural del trabajo de parto, si bien en la práctica la atención individualizada no suele aplicarse como uno de los componentes (6).

Pese a la regla general que dice que la conducción del trabajo de parto con oxitocina solo debería practicarse para indicaciones válidas, hay informes que muestran que en la práctica clínica esa es una regla que no se respeta mucho. Existen evidencias de que hay una importante proporción de mujeres con embarazos no complicados a las que de rutina se les acelera del trabajo de parto con oxitocina (7). También hay informes del uso no estructurado de la conducción del trabajo de parto, en el que se le da

a las mujeres oxitocina de forma inadecuada o cuando no es necesario (8). Si bien la conducción del trabajo de parto puede ser beneficiosa para evitar un trabajo de parto prolongado, su uso inapropiado puede ser nocivo. La conducción con oxitocina sintética puede provocar una hiperestimulación uterina, con efectos adversos tales como la asfixia fetal y la ruptura uterina, aumentando así el riesgo de una cascada de intervenciones durante el trabajo de parto y el parto (9). Asimismo, ese tipo de intervenciones clínicas no justificadas despojan a las mujeres de su autonomía y dignidad durante el trabajo de parto y pueden tener un impacto negativo sobre su experiencia de parto. El uso de hierbas medicinales con propiedades oxitócicas inciertas para la inducción del trabajo de parto y la conducción también es bien conocido.

En la práctica actual existe una amplia disparidad de la conducción con oxitocina entre países y entre los hospitales de un mismo país (10). Esta variación se debe en gran medida a las diferencias en las indicaciones, posología y oportunidad de inicio de la oxitocina, uso de procedimientos especiales (por ej. analgesia epidural), y la cuestión de si se debería o no incluir otros métodos como la amniotomía, y de ser así, en qué momento hacerlo. Las guías para expertos disponibles para la práctica de conducción del trabajo de parto también son inconsistentes en todo el espectro de situaciones clínicas. Al ser una intervención intraparto frecuente, la mejora de la práctica de la conducción del trabajo de parto por medio de guías informadas con evidencia tiene importantes implicaciones para los resultados del trabajo de parto, tanto en los países baja y alta renta.

Para que los países de renta baja puedan mantenerse en camino en pos del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, es preciso contar con orientaciones basadas en evidencia para que sus trabajadores de la salud puedan mejorar la atención intraparto de forma integral mediante una selección apropiada de pacientes y uso de intervenciones efectivas. En este sentido, en 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recomendaciones para la inducción del trabajo de parto – otra intervención crucial en el manejo del trabajo de parto (11). La meta de la actual guía es consolidar la orientación para lograr intervenciones efectivas relacionadas con la atención intraparto. Fue elaborada bajo la premisa de garantizar la seguridad y autonomía de las madres durante el trabajo de parto al tanto que se atiende el problema mundial de la alta tasa de cesáreas.

1.1 Público objetivo

El público principal para esta guía incluye a los profesionales de la salud a cargo de elaborar protocolos y políticas de salud nacionales y locales, así como obstetras, parteras, enfermeras, médicos generales, administradores de programas de salud materno neonatal, y diseñadores de políticas de salud pública en todos los contextos. Esta guía

es informada por evidencia y cubre temas relacionados con la conducción del trabajo de parto que fueron seleccionados y priorizados por un grupo multidisciplinario internacional de profesionales de la salud, consumidores y otros actores. Presenta los principios generales y las recomendaciones específicas para la conducción del trabajo de parto y pretende informar sobre la elaboración de protocolos y políticas de salud sobre la conducción del trabajo de parto. No pretende ser una guía práctica exhaustiva para la conducción del trabajo de parto.

2. Métodos

Este documento representa el soporte normativo de la OMS para la utilización de políticas y prácticas informadas por la evidencia en todos los países. Esta guía forma parte de un proyecto “del conocimiento a la acción” de la OMS denominado GREAT (Guideline development, Research priorities, Evidence synthesis, Applicability of evidence, Transfer of knowledge) (12) y fue desarrollado utilizando procedimientos operativos normalizados conforme los procesos descritos en el *Manual para el desarrollo de guías de la OMS* (13). En resumen, el proceso incluyó: (i) identificación de las preguntas prioritarias y los resultados críticos, (ii) recuperación de la evidencia, (iii) valoración y síntesis de la evidencia, (iv) formulación de recomendaciones, y (v) planificación de la difusión, implementación, evaluación y actualización de la guía.

En primer lugar se constituyó un Grupo Directivo de Guías con personal de la OMS del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación (RHR) y el Departamento de Salud Materna, Neonatal, del Niño y del Adolescente (MCA). Este grupo redactó una lista de preguntas y resultados relacionados con la conducción del trabajo de parto. Luego, la OMS consultó a un amplio grupo de actores internacionales entre los que había parteras, obstetras, neonatólogos, investigadores, expertos en síntesis de investigación, expertos en programas de salud, y representantes de los consumidores, para examinar y definir prioridades en esas preguntas y resultados. A partir de este conjunto de grupos de interés, se conformó un Grupo de Desarrollo de Guías (GDG) y un Grupo de Examen Externo para colaborar en el proceso de elaboración de la guía. El GDG estuvo integrado por expertos externos cuya tarea era asesorar sobre el proceso de elaboración de la guía, valorar la evidencia utilizada para informar las guías, asesorar sobre la interpretación de esta evidencia, y formular las recomendaciones finales. El papel principal del Grupo de Examen Externo fue examinar y comentar el documento terminado de la guía. En el Anexo 1 se presenta una lista de los integrantes del Grupo Directivo de las Guías y el Grupo de Examen Externo.

El grupo grande de actores internacionales calificó las preguntas y los resultados que habían sido redactados por el Grupo Directivo de las Guías, en una escala del uno al nueve. En este contexto, se definió a una pregunta o un desenlace como “crítico” si había recibido una puntuación promedio de siete o más. Las preguntas y resultados con una puntuación de entre cuatro y seis fueron catalogados como “importantes pero no críticos”, mientras que los que tenían una puntuación inferior a cuatro no se consideraron importantes a los efectos de la guía. Las listas de los resultados críticos e importantes se presentan en el Anexo 2. Las preguntas priorizadas y los resultados calificados como críticos fueron incluidos en el alcance de este documento para buscar, recuperar y catalogar las evidencias, y formular las recomendaciones. En situaciones en las que en el examen sistemático los resultados críticos estaban mal informados, se utilizaron resultados “importantes pero no críticos” para complementar la base de la evidencia para las recomendaciones.

Las revisiones sistemáticas Cochrane de ensayos controlados aleatorizados (ECA) fueron la principal fuente de evidencia para las recomendaciones.¹ Utilizando las listas de preguntas y resultados que se habían armado, el Grupo Directivo de la Guía, junto con un equipo externo de metodólogos de guías (que también integraban el GDG) examinaron la evidencia científica, prepararon los perfiles de evidencia, y redactaron los resúmenes narrativos de la evidencia utilizada en esta guía. En primer lugar, identificaron las revisiones sistemáticas Cochrane que fueran, ya sea pertinentes o potencialmente pertinentes, y luego valoraron si era preciso actualizarlas. Se consideraba que una revisión había quedado anticuada si la última fecha especificada para las nuevas búsquedas de ensayos databa de dos años o más, o si había ensayos pertinentes para los que todavía se estaba esperando la valoración, tal como se identificara con los procedimientos de búsqueda normalizados del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto. Las actualizaciones se realizaron utilizando estrategias de búsqueda estándar. Para las revisiones consideradas como anticuadas, se solicitó a los autores de contacto de dichas revisiones que las actualizaran dentro de un período especificado de tiempo. En los casos en los que los autores de contacto no lo pudieran hacer, el trabajo quedó a cargo del equipo externo de metodólogos en consulta con el Grupo Directivo de las Guías. Las estrategias de búsqueda

1 Como parte del proceso editorial previo a la publicación Cochrane, las revisiones son comentadas por tres expertos (un editor y dos árbitros externos al equipo editorial) y el asesor en estadística del grupo de revisión de Cochrane. *El Manual de Cochrane para las Revisiones Sistemáticas* de las Intervenciones describe en detalle el proceso de preparación y mantenimiento de las revisiones sistemáticas de Cochrane sobre los efectos de las intervenciones sanitarias; se encuentra disponible en la red en <http://handbook.cochrane.org/>.

empleadas para identificar los ensayos y los criterios específicos para la inclusión y exclusión de ensayos se describen en las revisiones sistemáticas individuales.

Para extraer la evidencia de cada una de esas revisiones sistemáticas para elaborar esta guía se utilizaron los siguientes procedimientos: primero, se obtuvo la versión más actualizada del archivo del Review Manager (RevMan) del Grupo de Cochrane de Embarazo y Parto y se la adaptó de modo de reflejar las comparaciones y resultados clave (dejando fuera los archivos que no fueran pertinente para la guía). A continuación, se exportó el archivo del RevMan al software para definición de perfiles de GRADE (Calificación de valoración, desarrollo y evaluación de recomendaciones) y se aplicaron los criterios de GRADE para valorar críticamente la evidencia científica recuperada. Finalmente, se prepararon los perfiles de evidencia (en forma de tablas GRADE) para cada comparación. Este proceso fue realizado a través de un proceso colaborativo en línea el Grupo Directivo de las Guías de la OMS y el equipo externo de metodólogos de guías.

La evidencia presentada en las tablas de GRADE surgen de un gran cuerpo de datos extraídos fundamentalmente de las revisiones Cochrane, que en muchos casos contenían múltiples comparaciones. Cada tabla GRADE se relaciona con una pregunta o comparación en particular, pero algunas tablas GRADE no contienen datos para todos los resultados críticos, ya que en las revisiones Cochrane no se contaba con datos para esos resultados. Los datos crudos que constituyeron la base de las tablas GRADE no se incluyen en este documento, pero se encuentran a disposición de los lectores a quienes les interese ver cómo se construyeron estas tablas GRADE. El Grupo Directivo de las Guías utilizó la información presentada en las tablas GRADE para redactar las recomendaciones relacionadas con cada pregunta. Cada recomendación fue asignada a un módulo temático, que incluía los resúmenes narrativos de la evidencia y las tablas GRADE pertinentes. Los criterios normalizados para calificar la evidencia y los módulos temáticos (incluyendo las tablas GRADE mismas) no se incluyen en este documento. Fueron publicados aparte en un documento denominado *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto: base de evidencia*.²

Se realizó una consulta preliminar por vía electrónica para revisar los borradores de las recomendaciones. Se entregaron las recomendaciones y la evidencia de respaldo a los integrantes del GDG y se les solicitó que comentaran sobre el documento aplicando el modo con control de cambios. Luego se invitó a los integrantes del GDG y otros expertos de las oficinas regionales de la OMS a asistir a una consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto, consulta que tuvo lugar en la sede de la OMS en Ginebra, Suiza, el 26 y 27 de setiembre de 2013 (por la lista completa de participantes, referirse al Anexo 1). Los participantes recibieron los borradores de las recomendaciones, los resúmenes narrativos de

evidencia, las tablas GRADE para las recomendaciones, y otros documentos relacionados por adelantado. Durante la consulta técnica se utilizaron planillas para resumir los valores, preferencias y juicios en cuanto a la fuerza de las recomendaciones (ver el Anexo 3, Cuadros 1–4 para el resumen de las consideraciones sobre la fuerza de todas las recomendaciones, y el Cuadro 5 para las explicaciones sobre el uso de las planillas de balance).

2.1 Declaración de intereses de los participantes en la consulta técnica de la OMS

Conforme las reglamentaciones de la OMS, todos los expertos que se desempeñan como asesores deben declarar sus intereses pertinentes antes de participar en las reuniones de la OMS. Por lo tanto, se solicitó a todos los integrantes del GDG y a otros participantes que llenaran un formulario de Declaración de Intereses antes de la consulta técnica. El Grupo Directivo de las Guías revisó las declaraciones del grupo antes de terminar las invitaciones. A los integrantes del GDG también se les solicitó que declararan verbalmente sus potenciales conflictos de interés. Los procedimientos para la gestión de los conflictos de interés fueron realizados de conformidad con las *Guías de la OMS para la declaración de intereses (expertos de la OMS)*. En resumen, todos los integrantes del GDG declararon que no tenían intereses académicos, comerciales ni financieros directa o indirectamente relacionados con el tema a discutir en la reunión. Se consideró que toda la participación plena de los expertos seleccionados era apropiada.

2.2 Toma de decisiones durante the consulta técnica

Para el proceso de consulta técnica se siguió el siguiente protocolo: en primer lugar se diseñó la reunión para que los participantes pudieran analizar cada una de las recomendaciones elaboradas por el Grupo Directivo de las Guías. En los casos necesarios, se realizaron discusiones grupales para analizar cada una de estas recomendaciones. La aprobación final de cada recomendación fue por consenso – definido como el acuerdo de por lo menos de tres cuartos de los participantes – a condición de que aquellos que no estuvieran de acuerdo no estuvieran demasiado convencidos de su posición. Los desacuerdos fuertes habrían sido anotados como tales en la guía final, en caso de haberse registrado. En los casos en los que los participantes no lograron llegar a un consenso, se votó la recomendación controvertida, o cualquier otra decisión. Las recomendaciones o decisiones se mantenían si recibía los votos de apoyo de una mayoría simple (más de la mitad de los participantes), a no ser que el desacuerdo estuviera relacionado con una inquietud de seguridad, en cuyo caso la Secretaría de la OMS podría decidir no emitir ninguna recomendación al respecto. El personal de la OMS, los metodólogos externos y los observadores asistentes a la reunión no tenían derecho

2 Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/augmentation-labour

a voto. Si el tema a votar implicaba investigación primaria o revisiones sistemáticas conducidas por cualquiera de los participantes que hubieren declarado un conflicto académico de interés, a los participantes en cuestión se les permitiría participar en la discusión, pero no se le permitiría votar sobre ese asunto en particular.

Los participantes asistentes a la consulta técnica también determinaron la fuerza de cada recomendación. Por defecto, inicialmente la fuerza de cada recomendación se alineó con la calidad de la evidencia, de modo que, al comenzar la discusión, las recomendaciones fuertes se basaron en evidencia que se consideraba de calidad moderada y alta, mientras que las recomendaciones débiles se basaron en evidencia que había sido calificada como de calidad baja y muy baja. Además de evaluar la evidencia científica y su calidad, al determinar la fuerza y dirección de la recomendación final se consideraron también los siguientes factores: valores y preferencias, la magnitud del efecto, el balance entre los daños y los beneficios, el uso de recursos y la factibilidad (14). Los valores y las preferencias, el uso de recursos, y la factibilidad de cada recomendación se basaron en la experiencia y las opiniones de los integrantes del GDG. Se utilizaron planillas de balance para anotar y sintetizar estas consideraciones y registrar las razones para los cambios hechos a la fuerza por defecto de las recomendaciones (ver el Anexo 3). En general, una recomendación fuerte, de alta calidad, indica que no se considera prioritario seguir investigando sobre esa cuestión en particular.

2.3 Preparación del documento y revisión por expertos

Antes de la consulta técnica, el Grupo Directivo de las Guías preparó una versión preliminar de este documento usando una plantilla de información de la guía que había sido desarrollada como parte del proyecto GREAT de la OMS (12). El borrador de la guía estuvo a disposición de los participantes invitados una semana antes de la reunión, solicitándoles sus comentarios. Durante la reunión se modificaron las recomendaciones propuestas conforme la deliberación y los comentarios de los participantes. También se discutieron las opiniones recibidas durante la consulta preliminar en línea y se las incorporó en el documento, de corresponder. Después de la reunión, los integrantes del Grupo Directivo de las Guías trabajaron para garantizar una versión revisada del documento que reflejara exactamente las deliberaciones y decisiones de los participantes de la reunión. Se envió el documento con el borrador revisado de la guía a los integrantes del Grupo de Examen Externo y todos sus comentarios fueron evaluados cuidadosamente por el Grupo Directivo de las Guías para incluirlos en el documento revisado. Después de la consulta técnica, el Grupo Directivo de las Guías se abstuvo de hacer cambios de importancia al alcance de la guía (como la futura ampliación del alcance de la guía) o a las recomendaciones. La versión revisada fue devuelta electrónicamente a los participantes de la consulta técnica para su aprobación final.

3. Resultados

En la encuesta preliminar en línea participaron las partes interesadas de todas las regiones de la OMS. La opinión de la encuesta fue utilizada para modificar las preguntas sobre las recomendaciones y priorizar los resultados. El Anexo 2 muestra los resultados materno neonatales “críticos” e “importantes” calificados como tales por los participantes de la encuesta. En total, 27 revisiones sistemáticas Cochrane resumidas en 82 tablas GRADE brindaron la base de evidencia para las 20 recomendaciones incluidas en esta guía. La finalización de las recomendaciones estuvo a cargo de los participantes de la consulta técnica de la OMS (ver Anexo 1).

La Sección 3.1 presenta una serie de principios rectores que, conforme la valoración del Grupo de Desarrollo de Guías (GDG), no son de por sí recomendaciones específicas, no obstante lo cual son cruciales para que los usuarios finales puedan comprender claramente la guía y aplicarla correctamente. En la Sección 3.2 se presenta la definición de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto, que subraya la consolidación de la base de la evidencia y la formulación de las recomendaciones. La Sección 3.3 presenta las 20 recomendaciones, incluyendo un resumen narrativo de la evidencia pertinente y la información sobre la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación. También se incluyeron comentarios adicionales para garantizar que cada recomendación sea correctamente comprendida y utilizada en la práctica. En el Anexo 3 se presentan las planillas de balance que resumen los valores, las preferencias y los juicios emitidos para determinar la fuerza y la dirección de las recomendaciones. En esta sección se hace referencia a las tablas GRADE correspondientes a cada una de las recomendaciones como Tablas base de la evidencia (EB) de 1 a 20. Estas tablas se presentan por separado en un documento suplementario: *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto: base de la evidencia*.³

3.1 Principios guía

Los participantes de la consulta técnica concordaron que los siguientes principios rectores se aplican a todas las recomendaciones presentadas en esta guía. Estos principios se basaron en el consenso y no surgieron de un proceso sistemático de recuperación y síntesis de la evidencia. Con ellos se pretende subrayar la importancia de respetar los derechos de las mujeres y su dignidad como beneficiarias de atención, y la necesidad de mantener altos estándares éticos y de seguridad en la

3 Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/conduccion-trabajo-de-parto

práctica clínica. También se refieren a los asuntos de aplicabilidad transversales, informados según los límites de las preguntas priorizadas para las recomendaciones. Se espera que estos principios - además de las estrategias de implementación, monitoreo y evaluación presentadas más adelante en el documento - orienten a los usuarios finales en el proceso de adaptación e implementación de la guía a diferentes contextos y situaciones.

- La aplicación de las recomendaciones debe basarse en la consideración del estado general de la mujer y su bebé, sus deseos y preferencias, y el respeto por su dignidad y autonomía.
- La conducción del trabajo de parto debe realizarse solo en casos en los que haya una indicación médica clara y en los que los beneficios esperados superen los posibles perjuicios.
- No se debe descuidar el control de las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente cuando se utiliza oxitocina.
- La conducción del trabajo de parto con oxitocina es apropiada y solo se la debe realizar luego de una evaluación clínica que descarte la desproporción cefalopélvica. Este principio es pertinente para todas las mujeres, pero es aun más crucial en las multíparas.
- Como la evidencia para estas recomendaciones surge fundamentalmente de estudios realizados con mujeres con embarazos en presentación cefálica y úteros sin cicatrices, no se las debe aplicar a mujeres con una presentación anormal del feto (incluyendo podálica) o con útero con cicatrices.
- La conducción del trabajo de parto debe realizarse con cautela, ya que el procedimiento entraña el riesgo de hiperestimulación uterina, con las posibles consecuencias de sufrimiento fetal y ruptura uterina.
- El lugar donde se realice la conducción del trabajo de parto, se debe contar con instalaciones que permitan hacer un control cercano y regular de la frecuencia cardíaca fetal y el patrón de las contracciones uterinas.
- La conducción del trabajo de parto se debe realizar en instalaciones en las que exista la capacidad de manejar sus posibles resultados, incluyendo los efectos adversos y la imposibilidad de lograr el parto vaginal

3.2 Definición de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto

El GDG reconoció que hay definiciones variables de lo que constituye el retraso del progreso de la primera etapa del trabajo de parto, pero en general depende de la velocidad de dilatación cervical. Habitualmente se considera que una velocidad de dilatación cervical de menos de 0.5 cm

a 1 cm por hora durante la fase activa (es decir, el período del trabajo de parto asociado con dilatación del cérvix de aproximadamente 3–4 cm a 10 cm) constituye un progreso lento del trabajo de parto, y el desencadenante de la intervención se estipula dentro de un período variable luego de dicha desviación. Si bien en general se reconoce que el trabajo de parto tiende a ser más rápido en las mujeres multíparas que en las nulíparas, en la práctica clínica a menudo se aplican los mismos criterios para la identificación de la prolongación de ambos grupos.

En atención a la falta de un consenso universal sobre la definición del retraso del trabajo de parto y las definiciones variables utilizadas en la investigación que formó la base de la evidencia para estas recomendaciones, el GDG estuvo de acuerdo con que adoptar una definición específica para el trabajo de parto prolongado podría obstaculizar la aplicabilidad de la guía en todas las condiciones. En vez de ello, el grupo destacó que la norma que se sigue debe dejar a las instituciones o clínicos individuales un tiempo adecuado para la valoración clínica y las intervenciones (incluso la derivación) de modo que se puedan lograr los beneficios deseados tanto para la madre como para el bebé.

3.3 Evidencia y recomendaciones

La consulta técnica de la OMS aprobó 20 recomendaciones que cubren las preguntas priorizadas relacionadas con el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la prolongación del progreso de la primera etapa del trabajo de parto, y cuidados de apoyo para las mujeres que se someten a la conducción del trabajo de parto. Los aspectos diagnósticos y de prevención de las recomendaciones se concentran en los métodos para evaluar el progreso del trabajo de parto (ver las Recomendaciones 1 y 2) y las intervenciones intraparto realizadas habitualmente para evitar la prolongación del trabajo de parto y evitar así el uso de la conducción del trabajo de parto (ver Recomendaciones 3 a 13). Las recomendaciones referentes al tratamiento de prolongación de trabajo de parto son específicas de los métodos farmacológicos y no farmacológicos de acelerar el trabajo de parto (ver Recomendaciones 14 a 19). La recomendación sobre el cuidado durante la conducción se aplica a métodos para valorar la respuesta uterina para acelerar el proceso del trabajo de parto (ver la Recomendación 20). Se indican la calidad de la evidencia de apoyo (muy baja, baja, moderada o alta) y la fuerza de cada recomendación (fuerte o débil). Para garantizar que cada recomendación sea bien comprendida y utilizada apropiadamente en la práctica, se agregan algunas observaciones que reflejan el resumen de la discusión del GDG para cada recomendación, en los casos necesarios. Si bien las intervenciones examinadas se relacionan fundamentalmente con la prevención y manejo de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto, el GDG también consideró otros elementos clave de la atención centrada en las mujeres en sus recomendaciones.

3.3.1 Diagnóstico de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto

Recomendación No. 1: se recomienda un partograma de la fase activa con una línea de acción de cuatro horas para monitorear el progreso del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG reconoció la baja calidad de la evidencia de respaldo, pero hizo notar que actualmente hay muchas unidades que usan el partograma tanto en contextos de rentas altas como bajas y, si bien en el ECA no se comunicó ningún beneficio clínico en los resultados de salud, se trata de una herramienta útil para brindar un panorama del progreso en imágenes, auditoría clínica, capacitación de los trabajadores de la salud y para facilitar la transferencia de cuidados. Estas consideraciones, además de la implicación de recursos bajos de la intervención, llevaron al GDG a hacer una fuerte recomendación a favor del partograma.
- Los potenciales beneficios de introducir el uso de un partograma pueden resultar más claros en contextos clínicos con carencia de recursos en los que o bien no se usa un protocolo estándar para el manejo del trabajo de parto o se lo utiliza de manera inconsistente. Sin embargo, los beneficios de utilizar el partograma solo se pueden maximizar cuando se acompañan de una adherencia a un protocolo estándar del manejo del trabajo de parto.
- Considerando la variabilidad entre las mujeres con respecto a las tasas de progreso durante el trabajo de parto, el GDG puso el énfasis en reducir la probabilidad de intervenciones innecesarias y por lo tanto optó por recomendar el partograma con una línea de acción de cuatro horas, en vez de los partogramas con líneas de acción más tempranas.

Resumen de la evidencia: partograma para monitoreo del progreso del trabajo de parto (Tablas EB 1a–1n)*

- La evidencia sobre el uso de un partograma como herramienta de monitoreo para identificar cuándo pasa a indicarse la intervención durante el trabajo de parto fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane de seis ECA (> 7000 mujeres) (15). La revisión examinó siete diferentes comparaciones, pero fueron pocos los datos que se pudieron reunir en el metanálisis.

Con partograma versus sin partograma

- Dos ensayos conducidos en Canadá y México con un total de 1590 mujeres comparó los resultados con partograma versus sin partograma.
- En un ensayo no hubo diferencias significativas en la duración media (DM) de la primera etapa del trabajo de parto (DM 0.8 h., IC 95% –0.06 a 1.66) o la segunda (DM 0 h., IC 95% –0.21 a 0.21).
- En términos generales, no hubo diferencia significativa en la frecuencia de la cesárea (RR 0.64, IC 95% 0.24 a 1.70), si bien los hallazgos en los dos ensayos no fueron consistentes. En el ensayo canadiense no hubo una diferencia significativa entre los grupos (RR 1.03, IC 95% 0.82 a 1.28; 1156 mujeres), al tanto que hubo un número significativamente menor de mujeres en el grupo con partograma sometidas a cesárea en el ensayo mexicano (RR 0.38, IC 95% 0.24 a 0.61; 434 mujeres). El ensayo mexicano, sin embargo, tuvo un alto riesgo de sesgo debido al mal ocultamiento de las asignaciones.
- No hubo diferencias significativas entre los grupos para los otros resultados materno neonatales críticos o importantes descritos: uso de epidural (RR 1.01, IC 95% 0.98 a 1.05); conducción con oxitocina (RR 1.02, IC 95% 0.95 a 1.1); parto vaginal instrumental (RR 1.00, IC 95% 0.85 a 1.17); ruptura artificial de membranas (RR 0.99, IC 95% 0.88 a 1.11); baja puntuación de Apgar a los cinco minutos (RR 0.77, IC 95% 0.29 to 2.06); e ingreso a cuidados neonatales especiales (RR 0.94, IC 95% 0.51 a 1.75).

continuará...

* Ésta y todas las tablas EB se presentan en el documento sobre las bases de la evidencia disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/augmentation-labor

Recomendación No. 1: se recomienda un partograma de la fase activa con una línea de acción de cuatro horas para monitorear el progreso del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Partograma solo con una línea de alerta versus partograma con líneas de alerta y acción

- Un ensayo que involucró a 694 mujeres en Sudáfrica comparó un partograma con solo una línea de alerta contra líneas de alerta y de acción. Las mujeres del grupo solo con la línea de alerta recibieron lo descrito como un manejo “agresivo” del trabajo de parto con tactos vaginales cada dos horas y conducción con oxitocina al cruzarse la línea de alerta. Las mujeres del otro grupo recibieron un manejo expectante con tactos vaginales cada cuatro horas y conducción con oxitocina al cruzarse la línea de acción (cuatro horas hacia la derecha de la línea de alerta). No quedaba claro si los hallazgos reflejaban el uso de diferentes tipos de partogramas u otras características del manejo del trabajo de parto.
- Las mujeres en el grupo solo con la línea de alerta tuvieron una probabilidad significativamente menor de realizarse cesárea (RR 0.68, IC 95% 0.50 a 0.93). Las tasas de conducción con oxitocina (RR 0.81, IC 95% 0.62 a 1.05) y parto vaginal instrumental (RR 0.87, IC 95% 0.66 a 1.15) fueron similares entre los grupos.
- Los eventos fueron insuficientes como para detectar diferencias en términos de resultados neonatales: muerte perinatal (RR 7.12, IC 95% 0.37 a 137.36) y baja puntuación de Apgar a los cinco minutos (RR 7.12, IC 95% 0.37 a 137.36).

Partograma con línea de acción de dos horas en vez de cuatro horas

- Dos ensayos conducidos en el Reino Unido compararon los partogramas con línea de acción de dos horas en vez de cuatro horas.
- No hubo diferencias significativas entre los grupos de comparación para los resultados maternos críticos o importantes descritos: cesárea para todas las indicaciones (RR 1.06, IC 95% 0.85 a 1.32); cesárea por sufrimiento fetal (RR 1.30, IC 95% 0.86 a 1.96); cesárea por prolongación del trabajo de parto (RR 0.98, IC 95% 0.77 a 1.25); uso de epidural (RR 1.04, IC 95% 0.95 a 1.14); vaginal instrumental (RR 0.91, IC 95% 0.80 a 1.03); y hemorragia posparto (HPP) (RR 1.07, IC 95% 0.90 a 1.26).
- Hubo un modesto aumento del número de mujeres sometidas a conducción con oxitocina en el grupo de partograma de dos horas (RR 1.14, IC 95% 1.05 a 1.22; dos ensayos, 3601 mujeres).
- No hubo diferencias significativas en los resultados infantiles descritos: puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR 0.82, IC 95% 0.5 a 1.35); pH del cordón < 7.1 (RR 0.73, IC 95% 0.44 a 1.22); e ingreso a cuidados neonatales especiales (RR 0.78, IC 95% 0.46 a 1.31).

Partograma con líneas de acción de dos horas versus la de tres horas.

- Un ensayo en el Reino Unido comparó el partograma con líneas de acción de dos horas contra tres horas. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos diseños de partogramas para ninguno de los resultados maternos o neonatales descritos.
- Resultados maternos: cesárea por todas las indicaciones (RR 0.78, IC 95% 0.51 a 1.18); cesárea por sufrimiento fetal (RR 0.96, IC 95% 0.44 to 2.1); cesárea por prolongación del trabajo de parto (RR 0.71, IC 95% 0.42 a 1.19); uso de epidural (RR 1.16, IC 95% 0.94 a 1.44); conducción con oxitocina (RR 1.02, IC 95% 0.85 a 1.21); parto vaginal instrumental (RR 0.93, IC 95% 0.69 a 1.26); y HPP (RR 0.96, IC 95% 0.63 a 1.45).
- Resultados neonatales: puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR 1.44, IC 95% 0.41 a 5.05); pH del cordón < 7.1 (RR 0.38, IC 95% 0.07 a 1.96); e ingreso a cuidados neonatales especiales (RR 3.83, IC 95% 0.43 a 34.12). No se comunicaron otros resultados neonatales.

continuará...

Recomendación No. 1: se recomienda un partograma de la fase activa con una línea de acción de cuatro horas para monitorear el progreso del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Partograma con línea de acción de tres horas en vez de cuatro horas

- Un ensayo en el Reino Unido comparó partogramas con línea de acción de tres horas en vez de cuatro horas. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos diseños de partogramas para la mayoría de los resultados maternos y neonatales descritos.
- Las tasas de cesárea por sufrimiento fetal o por prolongación del trabajo de parto en los dos grupos no difirieron significativamente (RR 1.77, IC 95% 0.70 a 4.42, y RR 1.68, IC 95% 0.97 a 2.91, respectivamente). Sin embargo, en el ensayo (613 mujeres), la tasa general de cesáreas fue más elevada en la línea de acción de tres horas comparado con el grupo de cuatro horas (RR 1.70, IC 95% 1.07 a 2.70). Los resultados para otros resultados maternos no identificaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres atendidas utilizando dos diseños de partogramas: HPP (pérdida de sangre > 500 ml) (RR 1.03, IC 95% 0.68 a 1.56); uso de epidural (RR 1.01, IC 95% 0.80 a 1.27); conducción con oxitocina (RR 1.09, IC 95% 0.91 a 1.30); y parto vaginal instrumental (RR 0.96, IC 95% 0.72 a 1.28).
- No hubo diferencias significativas entre ninguno de los resultados neonatales comunicados: baja puntuación de Apgar a los cinco minutos (RR 0.82, IC 95% 0.22 a 3.04); pH del cordón < 7.1 (RR 2.57, IC 95% 0.5 a 13.17); e ingreso a cuidados neonatales especiales (RR 0.51, IC 95% 0.05 a 5.65).

Partograma que lleva a la intervención temprana comparado con intervención tardía

- Se juntó el ensayo conducido en Sudáfrica con los dos ensayos del Reino Unido en una comparación que examinaba los diseños del partograma que llevaron a una intervención temprana comparado con intervención tardía. En términos generales, no hubo diferencias significativas entre la intervención temprana comparado con la tardía para los resultados comunicados: cesárea (RR 0.94, IC 95% 0.67 a 1.31), y parto instrumental (RR 0.9, IC 95% 0.8 a 1.02).

Partograma con fase latente comparado con partograma sin fase latente

- Un ensayo conducido en India con datos para 743 mujeres comparó un diseño de partograma con una fase latente comparado con partograma sin una fase latente.
- Las mujeres en las que se utilizó un partograma con una fase latente tuvieron una mayor probabilidad de recibir una cesárea por todas las indicaciones (RR 2.45, IC 95% 1.72 a 3.50) y particularmente por sufrimiento fetal (RR 4.87, IC 95% 2.83 a 8.37). La diferencia entre los grupos en las tasas de cesárea por retardo no fue estadísticamente significativa (RR 1.35, IC 95% 0.59 a 3.08).
- El partograma con una fase latente también se asoció con un mayor uso de conducción con oxitocina (RR 2.18, IC 95% 1.67 a 2.83). No hubo diferencia entre los grupos en las frecuencias de parto vaginal instrumental (RR 1.04, IC 95% 0.61 a 1.77).
- No se observó una diferencia significativa para las puntuaciones bajas de Apgar a los cinco minutos (RR 0.75, IC 95% 0.21 a 2.63), pero los recién nacidos del grupo de partograma con fase latente fueron más propensos a ingresar a cuidados neonatales especiales (RR 1.84, IC 95% 1.29 a 2.63). No se comunicaron otros resultados maternos o neonatales.

Calidad de la evidencia general

- En términos generales, se catalogó la calidad de la evidencia de la mayoría de los resultados como muy baja.

Recomendación No. 2: se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El intervalo de tiempo especificado refleja el período entre el alerta y las líneas de acción del partograma (ver Recomendación No. 1) y refuerza aún más la necesidad de dejar un tiempo para confirmar el diagnóstico de retraso del trabajo de parto antes de instituir una intervención.
- El GDG reconoció que el tacto vaginal a intervalos más frecuentes podría dar indicios de la condición de la madre o el bebé. En todo caso, se debe priorizar los deseos y preferencias de las mujeres y reducir a un mínimo el número total de tactos vaginales.
- El tacto rectal pueden ser más molesto para las mujeres y no se lo debería realizar.

Resumen de la evidencia: examen vaginal de rutina para valorar el progreso del trabajo de parto (Tablas EB 2a–2c)

- Se extrajo evidencia de una revisión sistemática de Cochrane de dos ensayos (16), cada una examinó una comparación diferente. Un ensayo conducido en Irlanda en 307 mujeres con ruptura de membranas comparó los tactos vaginales de rutina (cada una o dos horas) con tactos rectales para valorar el progreso del trabajo de parto. Un ensayo en el Reino Unido comparó tactos vaginales cada dos horas con cada cuatro horas en mujeres nulíparas en trabajo de parto (en este ensayo se aleatorizaron 150 mujeres pero en el análisis se incluyeron 109 mujeres).

Exámenes vaginales contra rectales en el trabajo de parto: resultados maternos y neonatales

- El ensayo realizado en Irlanda (307 mujeres) mostró que no hubo diferencias significativas entre las mujeres sometidas a tacto vaginal comparado con el tacto rectal con respecto a los resultados maternos: cesárea (RR 0.33, IC 95% 0.03 a 3.15); parto vaginal espontáneo (RR 0.98, IC 95% 0.9 a 1.06); parto vaginal operativo (RR 1.38, IC 95% 0.70 to 2.71); y conducción del trabajo de parto (RR 1.03, IC 95% 0.63 a 1.68). Tampoco hubo ninguna diferencia significativa entre los grupos en cuanto a la tasa de infecciones (no definido) (RR 0.50, IC 95% 0.22 a 1.13).
- Las mujeres fueron menos propensas a relatar molestias con el tacto vaginal en el trabajo de parto comparado con el tacto rectal (RR 0.42, IC 95% 0.25 a 0.70).
- Para los resultados neonatales no hubo diferencias significativas entre los grupos para ninguno de los resultados descritos, y para la mayoría de los resultados las estimaciones se basaron en una tasa de eventos muy baja: mortalidad perinatal (RR 0.99, IC 95% 0.06 a 15.74); infección neonatal que requirió antibióticos (RR 0.33, IC 95% 0.01 a 8.07); otra infección neonatal (RR 0.99, IC 95% 0.14 a 6.96); e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (RR 1.32, IC 95% 0.47 a 3.73).

Exámenes vaginales cada dos horas contra cada cuatro horas en el trabajo de parto: resultados maternos y neonatales

- En el ensayo del Reino Unido que comparó tactos vaginales cada dos horas contra cada cuatro horas para valorar el progreso del trabajo de parto no hubo diferencias significativas entre los grupos para ninguno de los resultados maternos comunicados: duración del trabajo de parto (DM –6.00 min, IC 95% –88.7 a 76.7); cesárea (RR 0.77, IC 95% 0.36 a 1.64; parto vaginal operativo (RR 1.44, IC 95% 0.66 a 3.17); uso de epidural para alivio del dolor (RR 0.77, IC 95% 0.39 a 1.55); y uso de conducción del trabajo de parto por progreso lento (RR 1.03, IC 95% 0.64 a 1.67).
- No se comunicaron resultados neonatales.

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general fue catalogada como muy baja.

3.3.2 Prevención del retraso de la primera etapa del trabajo de parto

Recomendación No. 3: no se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para prevenir la prolongación del trabajo de parto. (Recomendación débil, calidad baja de evidencia)

Observaciones

- El GDG concordó que este paquete de intervenciones ofrece potenciales beneficios en términos de reducción de la duración del trabajo de parto y posiblemente la tasa de cesáreas. Sin embargo, el grupo no respaldó su recomendación, ya que consideró que el enfoque era altamente prescriptivo e intervencionista y que podría ir en desmedro de los derechos de las mujeres, sus elecciones y autonomía como sujetos de cuidados. Además, se considera que la intervención es un paquete complejo que impone considerables demandas sobre los recursos sanitarios, lo que tal vez no sea factible en muchos contextos. El GDG prefirió no recomendar el paquete porque los beneficios clínicos descritos no compensan claramente estas otras consideraciones.
- El GDG también hizo notar que el cuidado continuo uno a uno es el único componente del paquete que ha demostrado ser beneficioso, y es probablemente el componente que explica los beneficios atribuidos al paquete. En esta guía se recomienda el apoyo continuo durante el trabajo de parto como una intervención aparte (ver la Recomendación No. 12).

Resumen de la evidencia: paquete de cuidado para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención de el retraso de la primera etapa del trabajo de parto (Tablas EB 3a–3b)

- La evidencia sobre los paquetes de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto comparado con el cuidado de rutina fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane de siete ensayos (> 5000 mujeres) (6).
- Los ensayos se realizaron en países de renta baja, media y alta: tres en los Estados Unidos de América (EE.UU.) y uno en cada país: Bélgica, Nueva Zelanda, Tailandia y Nigeria.
- Todos los ensayos menos uno registraron mujeres durante el trabajo de parto espontáneo temprano. Para incluirse en la revisión, el paquete predefinido de cuidados en el trabajo de parto tuvo que describirse claramente en los informes de los ensayos y el cuidado tuvo que incluir más de dos, o todos los elementos clave descritos tradicionalmente como “manejo activo del trabajo de parto”: conducción con oxitocina y amniotomía temprana de rutina; criterios estrictos para el diagnóstico del trabajo de parto, progreso anormal del trabajo de parto y compromiso fetal; presencia continua de una partera/enfermera durante el trabajo de parto; revisión arbitrada de los partos asistidos y progreso del trabajo de parto diagramado usando una gráfica. También se hizo una descripción clara de los cuidados comparativos en los ensayos incluidos.
- La mayoría de los ensayos incluidos usaron dosis de oxitocina de inicio y crecientes más altas para las mujeres que recibían el paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto comparado con las que recibían los cuidados habituales.

Paquete de cuidados para el manejo activo en el trabajo de parto contra los cuidados de rutina: resultados maternos

- Ninguno de los ensayos comunicó mortalidad materna.
- Hubo una reducción estadísticamente significativa de la duración del trabajo de parto para las mujeres en el grupo de manejo activo del trabajo de parto grupo (DM -1.27 h., IC 95% -2.19 a -0.36 ; cuatro ensayos, 2431 mujeres). La dirección del efecto fue consistente en todos los ensayos; las mujeres en el grupo de intervención tenían un trabajo de parto más corto; sin embargo, el tamaño de la reducción media varió considerablemente en diferentes ensayos desde unos pocos minutos hasta dos horas.
- Hubo una reducción significativa de la duración de la primera etapa del trabajo de parto (DM -1.56 , IC 95% -2.17 a -0.96 ; cuatro ensayos, 2431 mujeres). La duración de la segunda etapa del trabajo de parto fue muy similar en los dos grupos (DM -0.02 , IC 95% -0.06 a 0.02 ; cinco ensayos, 2737 mujeres).
- No hubo diferencias significativas en las frecuencias de HPP (pérdida de sangre > 500 ml) entre los grupos comparados (RR 0.93, IC 95% 0.67 a 1.31; tres ensayos, 1504 mujeres).

continuará...

Recomendación No. 3: no se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para prevenir la prolongación del trabajo de parto. (Recomendación débil, calidad baja de evidencia)***Paquete de cuidados para el manejo activo en el trabajo de parto contra los cuidados de rutina: resultados maternos (continuación)***

- Para la cesárea, la diferencia observada entre los grupos no fue estadísticamente significativa, aunque hubo una tendencia hacia una modesta reducción de las cesáreas en el grupo de manejo activo (RR 0.88, IC 95% 0.77 a 1.01; siete ensayos, 5390 mujeres). Más de 40% del peso en este análisis fue debido a un ensayo que registró mujeres al principio del tercer trimestre y para el momento del trabajo de parto más de un tercio de ellas ya no eran elegibles. Si se incluyen los datos para las mujeres que eran todavía elegibles en el momento del trabajo de parto, aumenta el tamaño del efecto conjunto, y la diferencia entre los grupos es estadísticamente significativa, favoreciendo el manejo activo (RR 0.82, IC 95% 0.69 a 0.97; siete ensayos, 4738 mujeres). Si se excluyen todos los datos de este ensayo, la diferencia entre los grupos se mantiene significativa (RR 0.77, IC 95% 0.63 a 0.94; seis ensayos, 3475 mujeres).
- La frecuencia del trabajo de parto prolongado (definido como > 12 h.) se redujo considerablemente en el grupo de manejo activo (RR 0.47, IC 95% 0.32 a 0.69; seis ensayos, 3242 mujeres).
- No hubo claras diferencias entre los grupos para las tasas de parto vaginal asistido (RR 0.99, IC 95% 0.87 a 1.14) o analgesia epidural (RR 1.06, IC 95% 0.98 a 1.14).
- No hubo diferencia significativa entre los grupos para infección materna (diversas definiciones) (RR 1.14, IC 95% 0.65 a 1.98).
- La satisfacción materna con la experiencia durante el trabajo de parto fue muy similar en ambos grupos (RR 1.04, IC 95% 0.94 a 1.15).

Paquete de cuidados para el manejo activo en el trabajo de parto comparado con los cuidados de rutina: resultados neonatales

- En esta revisión se comunicaron pocos resultados neonatales. No hubo diferencias estadísticamente significativas en ingresos a UCIN (RR 0.92, IC 95% 0.59 a 1.43), Puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR 1.12, IC 95% 0.76 a 1.64) o tinción con meconio (RR 0.93, IC 95% 0.7 a 1.24).

Calidad de la evidencia en general

- En términos generales, la calidad de la evidencia fue catalogada como baja.
- En este documento la evidencia relativa al uso de la amniotomía sola, oxitocina sola o amniotomía temprana con oxitocina temprana se presenta por separado.

Recomendación No. 4: no se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG observó que la reducción variable en la primera etapa del trabajo de parto misma no justifica las intervenciones, dado que no se hallaron diferencias importantes en otros resultados clínicos importantes.
- El GDG observó la importante superposición entre esta intervención y los componentes del manejo activo del trabajo de parto y la consideró igualmente prescriptiva e intervencionista. Al igual que el paquete de manejo activo del trabajo de parto (ver la Recomendación No. 3), el grupo hizo mucho énfasis en su potencial de socavar los derechos de las mujeres, sus elecciones y autonomía como recipientes de cuidados, y por lo tanto no recomendaron la intervención. Además, la intervención no se considera factible en muchos contextos, ya que requiere la implementación de importantes recursos de salud.

Resumen de la evidencia: amniotomía temprana y oxitocina temprana para la prevención del retraso de la primera etapa del trabajo de parto (Tablas EB 4a–4c)

- La evidencia sobre el uso de amniotomía temprana y oxitocina temprana comparado con los cuidados de rutina para prevenir la prolongación del trabajo de parto se extrajo de una revisión sistemática Cochrane de 11 ECA (> 7000 mujeres) (17).
- Los ensayos fueron realizados en contextos de altos y bajos recursos: cuatro en EE.UU., y uno en cada país: Bélgica, Chile, Francia, India, Nueva Zelanda, Nigeria, y Tailandia.
- Las mujeres que cursaban el inicio de un trabajo de parto espontáneo con progreso lento detectado fueron asignadas a amniotomía y oxitocina temprana contra los cuidados habituales. Cuatro de los ensayos incluidos en la revisión incluyeron el uso de amniotomía temprana y oxitocina temprana como parte de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto (lo que incluía un estricto diagnóstico del trabajo de parto, tactos vaginales regulares para valorar el progreso y cuidados uno a uno). Se realizó un análisis de sensibilidad excluyendo estos ensayos del análisis principal para examinar el impacto sobre los resultados.

Amniotomía temprana y oxitocina temprana para la prevención del retraso: resultados maternos

- Solo un ensayo informaba sobre la mortalidad materna; no hubo muertes maternas en ninguno de los grupos.
- En términos generales, los ensayos mostraron una reducción estadísticamente significativa de la duración total del trabajo de parto (desde el ingreso) para las mujeres en el grupo de intervención (DM -1.11 h., IC 95% -1.82 a -0.41 ; siete ensayos, 4675 mujeres). La dirección del efecto fue consistente en todos los ensayos; las mujeres en el grupo de intervención tuvieron un trabajo de parto más corto; sin embargo, la reducción media varió considerablemente en diferentes ensayos, desde unos pocos minutos hasta más de dos horas. La diferencia entre grupos se mantuvo significativa en el análisis de sensibilidad (excluyendo los ensayos que utilizaron la amniotomía y oxitocina temprana como parte del manejo activo del trabajo de parto) (DM -0.81 h., IC 95% -1.36 a -0.25 ; cinco ensayos, 3822 mujeres).
- Hubo una reducción importante de la duración de la primera etapa del trabajo de parto en las mujeres del grupo de intervención en el análisis general (DM -1.57 h., IC 95% -2.15 a -1.00 ; cuatro ensayos, 4675 mujeres) y en el análisis de sensibilidad (DM -1.27 h., IC 95% -2.08 a -0.47 ; dos ensayos, 1578 mujeres).
- En términos generales, hubo una modesta reducción del número de mujeres en el grupo de intervención sometidas a cesárea por cualquier indicación (RR 0.87, IC 95% 0.77 a 0.99; 11 ensayos, 7753 mujeres). La diferencia entre los grupos para cesárea no fue significativa en el análisis de sensibilidad, pero hubo una tendencia hacia que más mujeres en el grupo de intervención tuvieran una menor probabilidad de cesárea (RR 0.84, IC 95% 0.70 a 1.01; siete ensayos, 4885 mujeres).
- La satisfacción materna con la experiencia durante el parto fue similar entre los grupos comparados (RR 1.02, IC 95% 0.99 a 1.04; dos ensayos, 2436 mujeres).

continuará...

Recomendación No. 4: no se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Amniotomía temprana y oxitocina temprana para la prevención del retraso: resultados maternos (continuación)

- En términos generales, no hubo diferencia significativa entre los grupos para la hiperestimulación del trabajo de parto (RR 1.37, IC 95% 0.76 a 2.46; dos ensayos, 853 mujeres), HPP (pérdida de sangre > 500 ml) (RR 0.83, IC 95% 0.65 a 1.08; cuatro ensayos, 2674 mujeres), transfusión de sangre materna (RR 1.84, IC 95% 0.32 a 10.48; tres ensayos, 2977 mujeres) o fiebre posparto o infección (RR 0.88, IC 95% 0.66 a 1.16; cinco ensayos, 2824 mujeres). Los análisis de sensibilidad (excluyendo los ensayos del manejo activo del trabajo de parto) mostraron que la aparición de HPP, transfusión de sangre materna e infección posparto o fiebre tampoco difirieron significativamente entre los grupos de intervención y de control. La hiperestimulación del trabajo de parto no se comunicó en los ensayos incluidos en el análisis de sensibilidad.

Amniotomía temprana y oxitocina temprana para la prevención del retraso: resultados neonatales

- Para los resultados neonatales, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la morbilidad neonatal grave: convulsiones/ anomalías neurológicas (RR 0.83, IC 95% 0.25 a 2.71; dos ensayos, 2666 mujeres); pH anormal de la arteria del cordón (acidosis) (RR 1.11, IC 95% 0.61 a 2.02; tres ensayos, 1416 mujeres); ictericia o hiperbilirrubinemia (RR 1.10, IC 95% 0.68 a 1.77; dos ensayos, 2219 mujeres); ingreso a UCIN (RR 1.13, IC 95% 0.91 a 1.41; seis ensayos, 4479 mujeres); y Puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR 1.10, IC 95% 0.77 a 1.55; seis ensayos, 4479 mujeres). El análisis de sensibilidad mostró observaciones similares para los resultados infantiles arriba mencionados.

Calidad de la evidencia en general

- En términos generales, la calidad de la evidencia fue catalogada como muy baja.
- La evidencia relacionada con el uso de amniotomía sola, oxitocina sola y amniotomía y oxitocina juntas como parte de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto se presenta por separado.

Recomendación No. 5: no se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia epidural. (Recomendación débil, calidad baja de evidencia)

Observaciones

- La conducción con oxitocina se debe realizar cuando esté indicado como tratamiento del retraso confirmado del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia epidural.

Resumen de la evidencia: ocitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres bajo analgesia epidural (Tablas EB 5a–5b)

- La evidencia sobre el uso de la oxitocina de rutina para mejorar los resultados de las mujeres sometidas a analgesia epidural en trabajo de parto fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane de dos ensayos (319 mujeres) que comparaban la conducción con oxitocina con placebo (suero fisiológico) para mujeres sometidas a analgesia epidural que de no ser así habrían sido manejadas de manera expectante (18). Los dos ensayos fueron realizados en el Reino Unido y solo incluyeron mujeres nulípara en trabajo de parto espontáneo. Uno de los ensayos aleatorizó 226 mujeres con dilatación cervical completa, mientras que el otro registró 93 mujeres con una dilatación cervical de seis cm o menos.
- No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparativos para ninguno de los resultados críticos o importantes comunicados.

Ocitocina contra placebo para mujeres bajo analgesia epidural: resultados maternos

- No se observaron diferencias significativas entre los grupos en la incidencia de HPP (RR 0.96, IC 95% 0.58 a 1.59), en la tasa total de cesáreas (RR 0.95, IC 95% 0.42 a 2.12), parto vaginal instrumental (RR 0.88, IC 95% 0.72 a 1.08) o hiperestimulación uterina (RR 1.32, IC 95% 0.97 a 1.8).

Ocitocina contra placebo para mujeres bajo analgesia epidural: resultados neonatales

- Se comunicaron pocos resultados neonatales. Comparado con las mujeres que recibieron placebo, los que recibieron oxitocina tuvieron observaciones similares para los recién nacidos con puntuaciones bajas del Apgar a los cinco minutos (RR 3.06, IC 95% 0.13 a 73.33), e ingreso a UCIN (RR 1.07, IC 95% 0.29 a 3.93), si bien los datos fueron muy escasos para los dos resultados.

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general fue catalogada como baja.
- La evidencia sobre el uso de oxitocina para mujeres con distocia, o como parte de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto se presenta por separado.

Recomendación No. 6: no se recomienda el uso de amniotomía sola para prevenir la prolongación del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que a pesar de la frecuencia del uso de la amniotomía para la prevención del retraso del trabajo de parto, en la práctica clínica no hay evidencia clara que muestre que los potenciales beneficios superen los daños. Si bien el GDG reconoció la simplicidad de realizar el procedimiento y su factibilidad en muchos contextos, optaron por no recomendar la intervención en aras de evitar el malestar innecesario para la mujer y a favor de reducir la medicalización del parto.
- Dado que esta amniotomía temprana puede aumentar el riesgo de transmisión perinatal del VIH, esta recomendación podría fortalecerse en contextos en los que sea prevalente la infección por VIH y las mujeres pueden presentarse en trabajo de parto con estado de VIH desconocido.

Resumen de la evidencia: uso de amniotomía (sola) de rutina para la prevención de el retraso de la primera etapa del trabajo de parto (Tablas EB 6a–6b)

- La evidencia relacionada con el uso de amniotomía como única intervención para evitar la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto se obtuvo de una revisión sistemática de Cochrane de 14 ECA (> 5000 mujeres) que comparó la amniotomía de rutina y la intención de preservar las membranas amnióticas (19).
- Las mujeres fueron incluidas en el estudio al inicio de su trabajo de parto y cuando estaban evolucionando normalmente al punto de la aleatorización. Los resultados fueron comunicados en términos generales, y para las mujeres primíparas y multíparas por separado.
- Los ensayos fueron realizados predominantemente en contextos de altos recursos (11 ensayos en Europa, Canadá y EE.UU. y un ensayo en cada país: Irán, Nigeria y la Ribera Occidental Palestina).

Amniotomía de rutina comparada con la intención de preservar las membranas amnióticas (sin amniotomía de rutina): resultados maternos

- En términos generales, no hubo una reducción significativa de la duración de la primera etapa (DM -20.43 min, IC 95% -95.93 a 55.06; cinco ensayos, 1127 mujeres) o la segunda etapa (DM -1.33 min, IC 95% -2.92 a 0.26; ocho ensayos, 1927 mujeres) del trabajo de parto. Sin embargo, hubo una reducción estadísticamente significativa pero modesta en la duración de la segunda etapa del trabajo de parto en las mujeres primíparas (DM -5.43 min, IC 95% -9.98 a -0.89; siete ensayos, 653 mujeres).
- Para la cesárea, la diferencia observada entre los grupos no fue estadísticamente significativa, pero hubo una tendencia hacia un aumento del riesgo en el grupo de amniotomía (RR 1.27, IC 95% 0.99 a 1.63; nueve ensayos, 5021 mujeres). El único ensayo que comunicó cesárea por indicación no mostró diferencias entre los grupos: cesárea por sufrimiento fetal (RR 3.21, IC 95% 0.66 a 15.6); cesárea por trabajo de parto prolongado (RR 0.45, IC 95% 0.07 a 3.03).
- Se comunicó un riesgo significativamente menor del “trabajo de parto disfuncional” para las mujeres en el grupo de amniotomía de rutina (RR 0.60, IC 95% 0.44 a 0.82; tres ensayos, 1695 mujeres).
- Tres ensayos (1740 mujeres) comunicaron mortalidad materna. Hubo una muerte materna registrada y no se observaron diferencias entre los grupos.
- En tres ensayos (2150 mujeres), no hubo diferencia observada en las tasas de infección materna (RR 0.88, IC 95% 0.43 a 1.82). Ninguno de los ensayos en la revisión comunicó otros indicadores de morbilidad materna grave.
- No se observaron diferencias significativas en la incidencia de HPP (pérdida de sangre > 500 ml) (RR 0.46, IC 95% 0.14 a 1.50; dos ensayos, 1822 mujeres).
- Dos ensayos comunicaron una incidencia muy baja y similar de prolapso de cordón en ambos grupos.

continuará...

Recomendación No. 6: no se recomienda el uso de amniotomía sola para prevenir la prolongación del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Amniotomía de rutina versus intención de preservar las membranas amnióticas (sin amniotomía de rutina): resultados neonatales

- En términos generales, hubo paucidad de datos para resultados neonatales críticos e importantes y no se observaron diferencias en ninguno de los descritos.
- No se observaron diferencias significativas entre los grupos para muerte perinatal (RR 3.01, IC 95% 0.12 a 73.59; ocho ensayos) o indicadores de morbilidad neonatal: convulsiones (RR 0.88, IC 95% 0.15 a 5.35; cinco ensayos); hemorragia intracraneana (sin datos estimables); síndrome de sufrimiento respiratorio (RR 0.20, IC 95% 0.01 a 4.16; dos ensayos); síndrome de aspiración meconial (RR 3.06, IC 95% 0.83 a 11.27; dos ensayos); cefalohematoma (RR 1.52, IC 95% 0.81 a 2.83; tres ensayos); fractura (RR 3.01, IC 95% 0.31 a 28.80; un ensayo); ictericia (RR 0.90, IC 95% 0.76 a 1.06; cinco ensayos); e ingreso a UCIN (RR 1.08, IC 95% 0.77 a 1.50; cinco ensayos).
- No se observó diferencia entre los grupos para acidosis (definida como pH de la arteria del cordón < 7.2) (RR 1.18, IC 95% 0.8 a 1.73; dos ensayos), si bien se describió una tendencia hacia una reducción de la puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos para los neonatos en el grupo de amniotomía de rutina (RR 0.53, IC 95% 0.28 a 1.00; seis ensayos, 3598 mujeres).

Calidad de la evidencia en general

- En términos generales, la calidad de la evidencia fue catalogada como muy baja.
- La evidencia sobre el uso de amniotomía con oxitocina temprana, y el uso de amniotomía y oxitocina como parte de un paquete de cuidados que incluye otras intervenciones se presenta por separado.

Recomendación No. 7: no se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que los datos disponibles eran demasiado heterogéneos con respecto a los participantes y las intervenciones como para permitir una amplia aplicabilidad de los resultados. Se consideró que el acortamiento de una hora de la duración de la primera etapa del trabajo de parto como sin consecuencias clínicas, ya que no se tradujo en mejoras en los otros resultados críticos maternos e infantiles. El GDG otorgó un alto valor a los temas de seguridad, que fueron mal comunicados, y eligieron no recomendar la práctica hasta disponer de nueva información que demuestre beneficios clínicos con riesgos mínimos.
- El GDG considera el uso de antiespasmódicos para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto como una prioridad de investigación.

Resumen de la evidencia: antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto (Tablas EB 7a–7b)

- La evidencia sobre el uso de antiespasmódicos comparado con placebo o sin medicación para acortamiento de la duración del trabajo de parto se extrajo de una revisión sistemática de Cochrane de 21 ECA (3286 mujeres) (20).
- La revisión incluyó grupos heterogéneos de participantes, intervenciones y resultados. Diez ensayos incluyeron solo mujeres primigrávidas, uno solo mujeres multigrávidas, nueve incluyeron a ambas y uno no especificó el número de destaciones de las participantes.
- Un ensayo incluyó solo mujeres con inducción del trabajo de parto, dos incluyeron mujeres luego de la inducción y en trabajo de parto espontáneo; 13 ensayos solo incluyeron participantes en trabajo de parto espontáneo, y cinco ensayos no especificaron si las participantes estaban en trabajo de parto espontáneos o inducidos.
- Los antiespasmódicos con efectos musculotrópicos (clorhidrato de drotaverina, rociverina y dihidroclorato de camilofen) y los agentes con efectos neurotrópicos (bromuro de valetamato y buti-bromuro de hioscina) se describieron por separado. La mayoría de los ensayos incluidos en la revisión (14) utilizaron antiespasmódicos seguido de un protocolo de manejo activo del trabajo de parto, que incluía amniotomía, conducción con oxitocina, o ambos, y solo dos ensayos evitaron la amniotomía y la conducción con oxitocina, mientras que cinco ensayos no mencionaron la amniotomía o la oxitocina. Los antiespasmódicos se administraron por vía intravenosa, intramuscular o rectal.
- Todos excepto uno de los ensayos registraron mujeres con embarazos de bajo riesgo.
- La evidencia relacionada con la duración del trabajo de parto y el índice de dilatación cervical se extrajeron de ensayos que excluyeron los datos de las mujeres cuyo modo de parto final fue la cesárea.
- Los 21 ensayos se realizaron en India (nueve ensayos), Irán (tres), Arabia Saudi (dos), Turquía (dos) e Italia, Nepal, Kenia, Jamaica y EE.UU. (uno en cada país).

Antiespasmódicos versus control: resultados maternos

- Ningún ensayo informó sobre mortalidad materna.
- Usando hallazgos de ensayos que excluyeron datos para las mujeres sometidas a cesárea al estimar la duración media del trabajo de parto, hubo una reducción significativa en la duración de la primera etapa del trabajo de parto (DM -59.10 min, IC 95% -95.81 a -22.38; siete ensayos, 1051 mujeres) pero sin reducción significativa de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto (DM 0.51 min, IC 95% -3.04 a 4.06; seis ensayos, 753 mujeres). Hubo una reducción significativa en la duración total del trabajo de parto para partos vaginales en el grupo antiespasmódico (DM -102.60 min, IC 95% -164.12 a -41.08; tres ensayos, 392 mujeres). Esta reducción fue significativa en términos generales, y para los agentes neurotrópicos (DM -80.78 min, IC 95% -153.81 a -7.75; tres ensayos, 244 mujeres), pero no alcanzó significación estadística para los agentes musculotrópicos (DM -138.21 min, IC 95% -291.51 a 15.09; dos ensayos, 148 mujeres).
- El índice de dilatación cervical para partos vaginales fue significativamente más rápido con antiespasmódicos comparado con el control (DM 0.67 cm/hr, IC 95% 0.39 a 0.95; cuatro ensayos, 553 mujeres).

continuará...

Recomendación No. 7: no se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Antiespasmódicos versus control: resultados maternos (continuación)

- La tasa de cesáreas o parto vaginal instrumental no se informaron en la revisión. Sin embargo, no se observó una diferencia significativa en la tasa de partos en vértex normales entre antiespasmódicos y control (RR 1.02, IC 95% 1.00 a 1.05; 16 ensayos, 2319 mujeres).
- Con respecto a los eventos adversos, no se observaron diferencias significativas en la incidencia de laceración cervical entre antiespasmódicos y control (RR 0.79, IC 95% 0.20 a 3.12), si bien pocos ensayos analizaron este desenlace y el número de eventos fue pequeño.
- En términos generales, no se observó diferencia en la incidencia de HPP (pérdida de sangre > 500 ml) (RR 2.46 IC 95% 0.20 a 30.17), pero un ensayo (100 mujeres) mostró un aumento marginal del riesgo de HPP para clorhidrato de drotaverina, un agente musculotrópico (RR 9.00, IC 95% 1.18 a 68.42). No se observaron diferencias significativas en HPP entre agentes neurotrópicos y el grupo control (RR 0.75, IC 95% 0.13 a 4.26; un ensayo).
- La incidencia de taquicardia materna fue significativamente más alta con los agentes antiespasmódicos comparado con los controles (RR 4.54, IC 95% 2.53 a 8.16). Este efecto difirió significativamente para los agentes neurotrópicos, mientras que fue similar entre los grupos de comparación para los agentes musculotrópicos. Se observaron efectos similares para sequedad bucal y rubor facial.
- No hubo diferencias significativas entre los agentes antiespasmódicos y control en la aparición de eventos adversos maternos como cefaleas, náuseas, vómitos, mareos y vértigo.

Antiespasmódicos versus control: resultados neonatales

- No se comunicaron datos para muerte perinatal.
- En términos generales, no hubo diferencias significativas entre grupos para ingreso a UCIN (RR 0.84, IC 95% 0.34 a 2.05).
- Un ensayo comunicó sufrimiento fetal, sin diferencias significativas entre los grupos comparados (RR 0.50, IC 95% 0.10 a 2.61).
- Un ensayo comunicó bradicardia fetal, sin diferencias significativas entre los grupos (RR 0.67, IC 95% 0.12 a 3.86).
- Dos ensayos comunicaron taquicardia fetal para agentes neurotrópicos, sin diferencias significativas entre los grupos (RR 3.40, IC 95% 0.85 a 13.67).
- Un ensayo comunicó líquido teñido de meconio. Sin embargo, la muestra era pequeña, hubo pocos eventos, y la diferencia no fue significativa (RR 2.04, IC 95% 0.54 a 7.73).

Calidad de la evidencia en general

- En términos generales, la calidad de la evidencia fue catalogada como muy baja.

Recomendación No. 8: no se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que no hay una evidencia clara que sugiera que ningún tipo de dolor se asocie con reducción de la duración del trabajo de parto y la frecuencia de la conducción del trabajo de parto.
- El GDG reconoció que el alivio del dolor podría no necesariamente reducir la necesidad de acelerar el trabajo de parto pero tiene otros beneficios sustanciales que lo convierten en un componente esencial de los buenos cuidados intraparto.

Resumen de la evidencia: efecto del alivio del dolor sobre la duración del trabajo de parto y conducción con oxitocina (Tablas EB 8a–8n)

- La evidencia relacionada con los efectos del alivio del dolor sobre la duración del trabajo de parto y el uso de la oxitocina para la conducción fue extraída de 11 revisiones sistemáticas Cochrane (21–31). Otras varias revisiones sistemáticas que examinaron el alivio del dolor en el trabajo de parto (por ej. Revisiones sobre la analgesia inhalada u opioides intravenosos e intramusculares) no incluyeron estos resultados, y no se incluyeron los datos de estas revisiones.

Analgesia epidural versus ausencia de analgesia epidural en el trabajo de parto

- Los datos fueron extraídos de 17 ensayos que involucraron a más de 5000 mujeres (21). Ocho ensayos fueron realizados en EE.UU., dos en el Reino Unido, y uno cada uno en Suecia, Dinamarca, China, Taiwán, India, México e Irán.
- No hubo diferencias significativas en la duración de la primera etapa del trabajo de parto (DM 18.51 min, IC 95% –12.91 a 49.92). La segunda etapa del trabajo de parto pareció ser significativamente más corta en las mujeres del grupo control (sin epidural) aun cuando hubo una considerable variación del tamaño y la dirección del efecto entre los diferentes ensayos (DM 13.66 min, IC 95% 6.67 a 20.66; 13 ensayos, > 4000 mujeres).
- Las mujeres que recibieron analgesia epidural tuvieron más probabilidades de necesitar conducción del trabajo de parto, si bien aquí también el tamaño y la dirección del efecto no fueron consistentes (RR 1.19, IC 95% 1.03 a 1.39; 13 ensayos, 5815 mujeres).

Bloqueo nervioso con anestésico local versus analgesia intramuscular

- Un ensayo conducido en Dinamarca (117 mujeres) (22), indicó que la media del tiempo desde la administración de la intervención hasta el parto se redujo 37 minutos en el grupo que recibió petidina intramuscular (IM) contra anestesia local (DM 37.00, IC 95% 31.72 a 42.28).

Analgesia epidural raquídea combinada versus analgesia epidural tradicional

- Tres ensayos (> 900 mujeres) que se realizaron en EE.UU., el Reino Unido y Francia aportaron datos (23).
- En términos generales, no hubo diferencias entre los grupos para la cantidad de mujeres que requirieron conducción (RR 0.95, IC 95% 0.84 a 1.09).

Analgesia epidural raquídea combinada versus analgesia epidural a dosis bajas

- Seis ensayos (aproximadamente 500 mujeres) que fueron realizados en EE.UU. (tres), el Reino Unido (dos) y Arabia Saudita (uno) contribuyeron aportando datos (23).
- En términos generales, no hubo evidencia significativa de que el tipo de epidural (raquídea combinada contra dosis bajas) afectó el número de mujeres requiriendo conducción (más de un tercio de mujeres en ambos grupos recibieron conducción del trabajo de parto) (RR 1.00, IC 95% 0.88 a 1.13).

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) para alivio del dolor en el trabajo de parto

- Siete ensayos contribuyeron con datos, tres examinaron TENS en la espalda, dos TENS en puntos de acupuntura, una corriente de Limoge al cráneo y una corriente de Limoge al cráneo más epidural (24).
- No hubo diferencia significativa en el número de mujeres que requirieron conducción tras TENS en la espalda (RR 0.86, IC 95% 0.59 a 1.25; un ensayo), TENS a puntos de acupuntura (RR 0.93, IC 95% 0.78 a 1.11; un ensayo) o una corriente de Limoge al cráneo (RR 0.56, IC 95% 0.29 a 1.07).
- Tampoco hubo una evidencia fuerte que indicara que TENS afectara la duración de la primera o la segunda etapa del trabajo de parto.

continuará...

Recomendación No. 8: no se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Técnicas de relajación en el trabajo de parto

- Un ensayo realizado en Brasil (36 mujeres) comunicó que había una tendencia hacia un aumento de la duración media del trabajo de parto en el grupo de técnicas de relajación comparado con los controles (DM 105.56 min, IC 95% -1.50 a 212.62). Un segundo ensayo realizado en Italia (34 mujeres) comunicó la ausencia de diferencias significativas entre los grupos en el número de mujeres que requirieron conducción (RR 1.14, IC 95% 0.82 a 1.59) (25).

Yoga en trabajo de parto

- Dos ensayos, ambos realizados en Tailandia (149 mujeres) comunicaron que la duración del trabajo de parto se redujo en el grupo de yoga grupo (DM -182.19 min, IC 95% -229.68 a -134.70) pero esa yoga no hizo ninguna diferencia en el número de mujeres que requirieron conducción (aproximadamente la mitad de las mujeres en cada grupo fue sometida a conducción del trabajo de parto) (RR 0.76, IC 95% 0.45 a 1.31) (25).

Música en el trabajo de parto

- Si bien tres ensayos evaluaron la música y audio-analgésia para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, solo uno de ellos (con 60 mujeres), que fue realizado en Taiwán, aportó datos sobre la duración de la primera etapa del trabajo de parto (25).
- La duración del trabajo de parto fue similar independientemente de que las mujeres hubieran o no estado escuchando música durante el trabajo de parto (DM -2.60, IC 95% -11.58 a 6.38).

Acupuntura y acupresión en el trabajo de parto

- Cinco ensayos realizados en Europa del Norte (cuatro) e Irán (uno) aportaron datos sobre la acupuntura y tres ensayos realizados en Irán, India y Corea aportaron datos sobre acupresión (26).
- No hubo evidencia significativa de que las mujeres sometidas a acupuntura tuvieran más o menos probabilidades de requerir conducción comparado con los grupos que recibieron placebo (RR 0.62, IC 95% 0.15 a 2.52), cuidados estándar (RR 0.88, IC 95% 0.72 a 1.08) o inyección de agua (RR 1.16, IC 95% 0.85 a 1.58).
- No hubo evidencia significativa de que la acupresión tuviera efecto sobre el número de mujeres que requiriera conducción (RR 0.86, IC 95% 0.69 a 1.06), pero la acupresión se asoció con una reducción de la duración media del trabajo de parto en dos ensayos (DM -119 min, IC 95% -253.31 a 14.01).

Hipnosis

- Tres ensayos (622 mujeres) realizados en EE.UU. estudiaron el efecto de la hipnosis en el trabajo de parto (27). Hubo una diferencia significativa entre los grupos en la frecuencia de la conducción del trabajo de parto, siendo menos las mujeres del grupo de hipnosis que necesitaron esta intervención (RR 0.29, IC 95% 0.19 a 0.45).
- En un ensayo que examinó la hipnosis realizada por una enfermera, comparado con controles, no hubo diferencia significativa en el número de mujeres que requirieran conducción del trabajo de parto (RR 1.06, IC 95% 0.82 a 1.36). La auto-hipnosis comparada con control pareció reducir la duración media del trabajo de parto en un ensayo con 60 mujeres (DM -165 min, IC 95% -223.53 a -106.87), pero la auto-hipnosis no pareció afectar la necesidad de conducción del trabajo de parto en otro ensayo (RR 0.98, IC 95% 0.76 a 1.27).

Aromaterapia

- Un ensayo pequeño estudió el efecto de la aromaterapia sobre la necesidad de conducción del trabajo de parto (28). No hubo diferencias significativas entre los grupos (RR 1.14, IC 95% 0.90 a 1.45).

Biofeedback

- Un ensayo con una muestra pequeña (55 mujeres) comunicó ausencia de diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la necesidad de conducción del trabajo de parto con oxitocina (RR 1.19, IC 95% 0.68 a 2.08) al comparar el biofeedback con la ausencia de tratamiento (29).

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia para muchos resultados fue catalogada como baja o muy baja (particularmente en los ensayos que examinaron la complementariedad y las terapias alternativas, muchos de los cuales tenían tamaños de muestras pequeños).

Recomendación No. 9: no se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG no recomendó esta intervención sobre la base de la ausencia de evidencia clara sobre los beneficios comparado con los daños. El grupo hizo notar que se puede acentuar el riesgo de sobrecarga de líquidos en la madre, particularmente ante la indicación de una infusión de oxitocina intravenosa durante el curso del trabajo de parto.
- El GDG concordó que a las mujeres de bajo riesgo se las debería alentar a beber líquidos durante el trabajo de parto (ver Recomendación No. 10 sobre ingesta de líquidos por vía oral en el trabajo de parto).
- El GDG reconoció que el líquido intravenoso (IV) puede hacerse necesario para otras indicaciones y para cuidados de soporte en el trabajo de parto aun para mujeres de bajo riesgo.
- El GDG destaca el uso difundido e innecesario de la administración de rutina de fluidos IV a todas las mujeres en trabajo de parto en muchos centros de atención en contextos de bajos, medios y altos ingresos que aumenta los costos, tiene un considerable impacto sobre el uso de recursos y reduce la movilidad de las mujeres, y por lo tanto hizo una fuerte recomendación en contra de esta intervención.

Resumen de la evidencia: fluidos intravenosos para acortar la duración del trabajo de parto (Tablas EB 9a–9h)

- La evidencia concerniente al uso de fluidos IV para reducir la duración del trabajo de parto en las mujeres nulíparas de bajo riesgo fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane de nueve ensayos (aproximadamente 1.700 mujeres) (30). Los ensayos fueron realizados en EE.UU. (cuatro), Irán (tres), Irlanda (uno) e India (uno). Los ensayos examinaron una serie de diferentes comparaciones; para la mayoría de los resultados solo uno o dos ensayos aportaron datos.

Fluidos IV más ingesta oral versus la ingesta oral sola: resultados maternos y neonatales

- En esta comparación se incluyeron dos ensayos.
- La duración media del trabajo de parto se redujo casi media hora en las mujeres que recibían fluidos IV (lactato Ringer) (DM -28.86 min, IC 95% -47.41 a -10.30 ; dos ensayos, 241 mujeres).
- Comparado con los líquidos por vía oral solos, no hubo evidencia estadísticamente significativa que los fluidos IV además de la ingesta oral afectaban la tasa de cesáreas (RR 0.73, IC 95% 0.49 a 1.08).
- No hubo datos estimables para sobrecarga de fluidos en la madre, y no se comunicaron otros resultados maternos.
- No hubo datos estimables para una baja puntuación de Apgar a los cinco minutos.
- La tasa de eventos para ingreso de recién nacidos a UCIN fue muy baja y no hubo diferencias significativas entre los grupos comparados (RR 0.52, IC 95% 0.05 a 5.59). No se comunicaron otros resultados neonatales.

125 ml de fluidos IV/hora más ingesta oral versus 250 ml de líquidos IV/hora más ingesta oral: resultados maternos y neonatales

- La duración media del trabajo de parto se redujo aproximadamente 24 minutos en el grupo que recibió más fluidos IV (250 ml) (DM 23.87 min, IC 95% 3.72 a 44.02; tres ensayos, 256 mujeres).
- No hubo diferencias en el número de mujeres sometidas a cesárea (RR 1.00, IC 95% 0.54 a 1.87), si bien un ensayo que comprendió 80 mujeres comunicó menos partos vaginales asistidos en el grupo que recibió 125 ml de fluidos IV (RR 0.47, IC 95% 0.27 a 0.81).
- No hubo datos estimables para sobrecarga de líquidos en la madre.
- No hubo datos estimables para una baja puntuación de Apgar a los cinco minutos. Las tasas de eventos para ingreso de recién nacidos a la UCIN fue muy baja y no hubo diferencias significativas entre los grupos comparados (RR 0.56, IC 95% 0.15 a 2.06). No se comunicaron otros resultados infantiles.

continuará...

Recomendación No. 9: no se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

125 ml de fluidos IV/hora versus 250 ml de fluidos IV/hora (restricción de ingesta oral en ambos brazos): resultados maternos y neonatales

- La duración del trabajo de parto pareció acortarse en el grupo que recibió más fluidos IV (250 ml/h) (DM 105.61 min, IC 95% 53.19 a 158.02; cuatro ensayos, 632 mujeres).
- El grupo que recibió más fluidos también tuvo una menor tasa de cesáreas (RR 1.56, IC 95% 1.10 a 2.21; cuatro ensayos, 748 mujeres), si bien no hubo diferencias significativas entre los grupos en el número de partos vaginales asistidos (RR 0.78, IC 95% 0.44 a 1.40).
- Hubo un caso de sobrecarga de fluidos.
- La tasa de eventos fue baja para las puntuaciones bajas del Apgar a los cinco minutos, y no hubo diferencias significativas entre los grupos. Pareció haber una tendencia hacia un mayor número de bebés con bajas puntuaciones de Apgar en el grupo de 125 ml/hora (RR 4.35, IC 95% 0.97 a 19.51; tres ensayos, 689 recién nacidos).
- No hubo evidencia que indicara que la cantidad de fluido IV afectara las tasas de ingreso a UCIN (RR 0.48, IC 95% 0.07 a 3.17).

Suero fisiológico normal versus dextrosa al 5% IV: resultados maternos y neonatales

- Esta comparación incluyó dos ensayos y no hubo diferencias significativas entre las mujeres que recibieron suero fisiológico normal IV y las que recibieron dextrosa al 5% IV durante la duración media del trabajo de parto (DM -12.00 min, IC 95% -30.09 a 6.09), tasa de cesáreas (RR 0.77, IC 95% 0.41 a 1.43) o parto vaginal asistido (RR 0.59, IC 95% 0.21 a 1.63). No hubo datos estimables para sobrecarga materna de fluidos.
- En un ensayo (91 mujeres), la hiponatremia materna (nivel de sodio < 135 mmol/L) fue mucho más probable en el grupo que recibió dextrosa (RR 0.06, IC 95% 0.00 a 0.94).
- No hubo diferencias significativas entre los grupos para la baja puntuación de Apgar a los cinco minutos, o ingreso a UCIN. Las tasas de eventos para ambos resultados fueron bajas.
- La hiponatremia neonatal (nivel de sodio en cordón < 135 mmol/L) fue menos probable en el grupo que recibió suero fisiológico normal (RR 0.40, IC 95% 0.17 a 0.93; un ensayo, 93 recién nacidos). No hubo diferencia entre los grupos para hipoglicemia neonatal.
- No se comunicaron otros resultados maternos y neonatales.

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general fue catalogada como muy baja.

Recomendación No. 10: para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar líquidos por boca e ingerir alimentos durante el trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- Dado que la restricción de la ingesta de fluidos y alimentos por vía oral durante el trabajo de parto no tiene efectos beneficios sobre los resultados clínicos importantes, incluyendo el uso de conducción del trabajo de parto, el GDG enfatiza el respeto por los deseos de la mujer, y por lo tanto hizo una recomendación positiva.
- El GDG hizo notar que no se comunicó ningún caso de síndrome de Mendelson (aspiración de alimentos y bebidas del estómago a los pulmones durante la anestesia general – la preocupación de seguridad más importante que limita la ingesta oral durante el trabajo de parto) en más de 3000 mujeres que participaron en los ensayos incluidos en la revisión sistemática.

Resumen de la evidencia: ingesta de fluidos y alimentos por vía oral durante el trabajo de parto (Tablas EB 10a–1)

- La evidencia relacionada con la ingesta de fluidos y alimentos por vía oral durante el trabajo de parto fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane que incluyó cinco ensayos (> 3000 mujeres) (31). Los ensayos se condujeron en el Reino Unido (tres), Holanda (uno) y Canadá (uno).
- Los ensayos examinaron diferentes comparaciones: restricción completa de alimentos y bebidas (aparte de cubitos de hielo) contra libertad de comer y beber a voluntad, agua sola contra alimentos y bebidas específicos, y agua contra bebidas con carbohidratos (conocidas como bebidas energizantes deportivas). Todos los ensayos incluidos incluían mujeres consideradas como de bajo riesgo de necesitar anestesia general.

Cualquier restricción de alimentos y bebidas: resultados maternos

- Tres ensayos (476 mujeres) comunicaron la duración media del trabajo de parto asociada con restricción de la ingesta oral (aparte de cubitos de hielo). No hubo diferencias significativas entre los grupos comparados (RR -0.29 h., IC 95% -1.55 a 0.97) y los hallazgos fueron inconsistentes entre los ensayos.
- Los 5 ensayos (3103 mujeres) comunicaron las tasas de cesárea. Aquí también hubo inconsistencias entre los ensayos en cuanto al tamaño y dirección del efecto, y en términos generales no hubo evidencia significativa que indique que la restricción de alimentos y bebidas tenga efecto sobre el número de mujeres sometidas a cesárea (RR 0.89, IC 95% 0.63 a 1.25).
- No se observaron diferencias significativas entre los grupos en el uso de otras intervenciones en el trabajo de parto. El uso de analgesia epidural fue muy parecido en ambos grupos (RR 0.98, IC 95% 0.91 a 1.05; 5 ensayos, 3103 mujeres), al igual que la tasa de conducción del trabajo de parto (RR 1.02, IC 95% 0.95 a 1.09; 5 ensayos, 3103 mujeres) y el número de partos vaginales operativos (RR 0.98, IC 95% 0.88 a 1.10; 5 ensayos, 3103 mujeres). El uso de alivio del dolor con narcóticos fue similar independientemente de las restricciones en la ingesta oral (RR 0.94, IC 95% 0.74 a 1.21; 3 ensayos, 349 mujeres).
- No hubo datos estimables para el número de mujeres que presentan el síndrome de Mendelson o cualquier tipo de regurgitación durante la anestesia general. Se comunicó cetonuria materna en 1 ensayo (328 mujeres); la tasa fue muy parecida en ambos grupos aleatorizados (RR 0.99, IC 95% 0.66 a 1.49). Los vómitos durante el trabajo de parto también fueron similares en los 2 grupos, si bien hubo una cierta inconsistencia en los resultados de los ensayos (RR 0.90, IC 95% 0.62 a 1.31; 3 ensayos, 2574 mujeres). No hubo diferencias significativas entre los grupos para las tasas de náuseas (RR 0.80, IC 95% 0.54 a 1.18; 1 ensayo, 255 mujeres).

Cualquier restricción de alimentos y bebidas versus algo de alimentos y bebidas: resultados neonatales

- En esta revisión se comunicaron muy pocos resultados neonatales.
- No hubo diferencias significativas por baja puntuación de Apgar a los cinco minutos entre los grupos (RR 1.43, IC 95% 0.77 a 2.68; dos ensayos).
- Un ensayo comunicó los ingresos de los recién nacidos a UCIN y las frecuencias fueron muy parecidas en ambos grupos (RR 1.03, IC 95% 0.73 a 1.45).

continuará...

Recomendación No. 10: para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar líquidos por boca e ingerir alimentos durante el trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)***Análisis de subgrupos***

- Un ensayo examinó la restricción total de alimentos y fluidos por vía oral (aparte de cubitos de hielo) contra libertad para comer y beber, y comunicaron resultados similares para madres y bebés en ambos grupos. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a duración del trabajo de parto, cesárea, parto vaginal operativo, uso de epidural, conducción del trabajo de parto, o resultados maternos adversos como náuseas o cetonuria. No hubo datos estimables para puntuación de Apgar a los cinco minutos.
- De similar manera, dos ensayos que examinaron agua sola contra alimentos y bebidas específicas no mostró ninguna evidencia de diferencias entre los grupos para cualquiera de los resultados maternos o neonatales comunicados.
- Dos ensayos estudiaron la ingesta de agua contra bebidas con carbohidratos. Aquí tampoco hubo evidencia de diferencias significativas entre los grupos para ninguno de los resultados informados.

Calidad en términos generales

- En términos generales la calidad de la evidencia fue catalogada como muy baja.

Recomendación No. 11: se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- Si bien la evidencia no sugiere que la movilidad y la posición erguida en el trabajo de parto reduzca el uso de conducción con oxitocina, el GDG enfatizó los beneficios clínicos en términos de reducir las cesáreas.
- El GDG hizo notar que en muchos contextos, las prácticas tradicionales de hacer cumplir el reposo en cama a todas las mujeres en trabajo de parto son frecuentes, más que permitir que se informen las elecciones de las mujeres por su conocimiento de los beneficios de la movilidad y la posición erguida. El GDG hace hincapié en ofrecerle a las mujeres la elección de una intervención que es beneficiosa, barata y fácil de implementar, y por lo tanto hizo una fuerte recomendación para esta intervención.
- Esta recomendación debería informar y dar soporte a las elecciones de las mujeres sobre qué posición adoptar durante la primera etapa del trabajo de parto.
- El GDG recibió el informe de un gran ensayo en el Reino Unido que se encuentra en curso, que está examinando la posición materna en las mujeres con analgesia epidural durante el trabajo de parto.

Resumen de la evidencia: posición y movilidad materna durante la primera etapa del trabajo de parto para mejorar los resultados (Tablas EB 11a–11d)

- La evidencia relacionada con la movilidad y posición erguida comparado con cuidados en la cama para las mujeres en trabajo de parto se extrajo de una revisión sistemática de Cochrane de 25 ensayos (> 5000 mujeres) (32). La revisión incluyó tanto ensayos controlados aleatorizados como cuasi aleatorizados. La mayoría de las mujeres registradas en los ensayos estaban de término de embarazos sin complicaciones. Alrededor de la mitad de los ensayos incluidos registraron solo mujeres nulíparas y se realizó un análisis de subgrupo por paridad. Los ensayos examinaron dos diferentes comparaciones: cuidados con la mujer erguida y ambulatoria contra cuidados en el lecho para mujeres con (siete ensayos) y sin (18 ensayos) analgesia epidural en el momento de la aleatorización.
- Se realizaron ensayos en una serie de países de renta alta, media y baja, incluyendo cinco en los EE.UU., siete en el Reino Unido, dos en Francia, y un ensayo en cada uno de los siguientes países: Australia, Brasil, China, China, Región Administrativa Especial Hong Kong, Finlandia, Japón, India, Irán, Suecia, Tailand, y Túnez.
- En esta revisión se consideró una amplia gama de intervenciones; la posición erguida y ambulatoria incluyó mujeres sentadas, arrodilladas, en cuclillas y caminando, hasta la adopción de otras posiciones en la cama o de la cama. El cumplimiento fue malo en algunos ensayos con mujeres que eligen adoptar cualquier posición en la que se sientan cómodas.

Posiciones erguidas y ambulatorias para las mujeres sin epidural: resultados maternos

- La duración de la primera etapa del trabajo de parto fue como promedio 1.36 horas más corta en el grupo erguido y ambulante (IC 95% -2.22 a -0.51; 15 ensayos, 2503 mujeres) comparado con la posición supina y en decúbito. Hubo inconsistencia en el tamaño y la dirección del efecto y alta heterogeneidad estadística para este desenlace. El resultado general favoreció al grupo en posición erguida en mujeres nulíparas como multíparas; sin embargo, fueron menos los ensayos que examinaron este desenlace para las mujeres multíparas y la diferencia para este subgrupo no fue significativa (nulíparas: DM -1.21 h., IC 95% -2.35 a -0.07; 12 ensayos, 1486 mujeres; multíparas: DM -0.56 h., IC 95% -1.19 a 0.06; cuatro ensayos, 662 mujeres).
- No hubo diferencias significativas en términos generales o en subgrupos para la duración de la segunda etapa del trabajo de parto, pero hubo inconsistencia en el tamaño y dirección del efecto en diferentes ensayos (en términos generales DM -2.29 min, IC 95% -6.49 a 1.91; nueve ensayos, 2077 mujeres).
- Mujeres en los grupos de mujeres erguidas y ambulatorias tuvieron menos probabilidades de someterse a cesárea (RR 0.71, IC 95% 0.54 a 0.94; 14 ensayos, 2682 mujeres). Pero no hubo diferencias significativas entre los grupos para el parto vaginal espontáneo (en términos generales RR 1.05, IC 95% 0.99 a 1.11) o parto vaginal operativo (en términos generales RR 0.91, IC 95% 0.73 a 1.14).

continuará...

Recomendación No. 11: se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Posiciones erguidas y ambulatorias para las mujeres sin epidural: resultados maternos (continuación)

- Hubo una reducción modesta del número de mujeres que utilizan analgesia epidural entre las mujeres en los grupos de mujeres erguidas y ambulatorias (RR 0.81, IC 95% 0.66 a 0.99; nueve ensayos, 2107 mujeres).
- No se observó una diferencia significativa entre grupos en la frecuencia y de conducción del trabajo de parto (RR 0.89, IC 95% 0.76 a 1.05; ocho ensayos, 1826 mujeres).
- Solo dos ensayos (240 mujeres) comunicaron sobre HPP; hubo pocos eventos y ninguna diferencia significativa entre los grupos (RR 0.71, IC 95% 0.14 a 3.55).
- No se comunicaron otros resultados neonatales críticos e importantes.

Posición erguida y ambulatoria para mujeres sin epidural: resultados neonatales

- Se comunicaron pocos resultados neonatales pocos críticos e importantes. Para la mayoría de los resultados las tasas de eventos fueron bajas y las estimaciones imprecisas. No hubo diferencias significativas entre las mujeres erguidas y ambulatorias contra las que yacían en la cama durante el trabajo de parto para mortalidad perinatal (RR 0.50, IC 95% 0.05 a 5.37); sufrimiento fetal que lleva a parto inmediato (RR 0.69, IC 95% 0.35 a 1.33); Puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR 3.27, IC 95% 0.34 a 31.05); necesidad de intubación al nacer (RR 0.77, IC 95% 0.19 a 3.10); o ingreso a UCIN (RR 0.58, IC 95% 0.25 a 1.36).
- No se comunicaron otros resultados neonatales críticos e importantes.

Posiciones erguida y ambulatoria para mujeres con epidural: resultados maternos

- Para mujeres con analgesia epidural, no hubo diferencia significativa entre los grupos para modo de parto ni en términos generales o en subgrupos de paridad: cesárea (en términos generales RR 1.05, IC 95% 0.83 a 1.32); parto vaginal espontáneo (en términos generales RR 0.96, IC 95% 0.89 a 1.05); parto vaginal operativo (en términos generales RR 1.06, IC 95% 0.9 a 1.25).
- La duración de la segunda etapa del trabajo de parto fue comunicada en dos ensayos y no hubo evidencia de ninguna diferencia entre los grupos (DM 2.35 min, IC 95% -15.22 a 19.91).
- El número de mujeres que requirieron conducción del trabajo de parto fue más alto en ambos grupos (más de la mitad) y la posición o la movilidad de la madre no tuvieron un efecto importante en este desenlace (RR 0.98, IC 95% 0.90 a 1.07).
- No se comunicaron otros resultados maternos críticos.

Posiciones erguida y ambulatoria para mujeres con epidural: resultados neonatales

- Solo se informó un desenlace neonatal. Cuatro ensayos informaron sobre el número de bebés con puntuaciones bajas del Apgar a los cinco minutos, pero solo dos ensayos tenían datos estimables y no hubo diferencia significativa entre los grupos (RR 1.04, IC 95% 0.21 a 5.05); las tasas de eventos fueron muy bajas en los otros dos ensayos.

Calidad de la evidencia en general:

- Para las dos comparaciones, la calidad de la evidencia fue catalogada como baja o muy baja para la mayoría de los resultados, y debido a la baja tasa de eventos para la mayoría de los resultados neonatales muchas de las estimaciones de los efectos relacionados con la condición del recién nacido fueron imprecisas.

Recomendación No. 12: se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados. (Recomendación fuerte, calidad de evidencia moderada)

Observaciones

- El GDG reconoció que tal vez el apoyo psicosocial continuo no necesariamente reduzca la necesidad de conducción del trabajo de parto pero hizo la recomendación sobre la base de otros beneficios sustanciales para las mujeres y sus bebés.
- El GDG hizo notar que los países y los que diseñan las políticas a menudo son reticentes a implementar esta intervención en práctica a pesar de la evidencia de soporte, que ha estado disponible durante muchos años. El grupo concordó que se necesitan más esfuerzos para alentar a los posibles implementadores a diferentes niveles de la prestación de cuidados sanitarios.
- El GDG analizó los temas de privacidad, inclinaciones culturales y uso de recursos que a menudo plantean inquietudes al implementar esta intervención y acordó que se podrían usar medidas simples para permitir a las parientes que acompañen a la mujer durante el trabajo de parto como maneras costo-efectivas y culturalmente sensibles para encarar estas preocupaciones.
- La evidencia respalda el uso de cualquier tipo de compañía culturalmente apropiada, incluyendo el marido y profesionales legas, como doulas.

Resumen de la evidencia: compañía continua durante el trabajo de parto para mejorar los resultados del trabajo de parto (Tablas EB 12a–12b)

- La evidencia fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane de 22 ensayos (> 15 000 mujeres) (33). Los ensayos fueron realizados en países de renta baja, media y alta en todo el mundo (EE.UU., Canadá, Bélgica, Francia, Grecia, Finlandia, Suecia, Sudáfrica, Botswana, Nigeria, Australia, Brasil, Tailandia, México, Guatemala, Chile e Irán). Las rutinas e instalaciones hospitalarias variaron considerablemente en diferentes contextos; por ejemplo, la analgesia epidural no estuvo disponible de rutina en siete de los ensayos.
- El soporte continuo fue definido de una manera levemente diferente en los diferentes ensayos, pero fundamentalmente se acompañó a las mujeres por lo menos durante las etapas activas del trabajo de parto. Los acompañantes en diferentes ensayos variaron: algunas veces la compañía durante el trabajo de parto (o doulas) era quien daba el soporte, mientras que en otros ensayos estuvo presente una pariente mujer o el marido durante todo el trabajo de parto.

Soporte continuo contra cuidados habituales: resultados maternos

- La duración media del trabajo de parto se redujo en las mujeres que recibieron apoyo en el trabajo de parto aproximadamente 35 minutos (DM -0.58 h., IC 95% -0.85 a -0.31 ; 12 ensayos, 5366 mujeres).
- La tasa de partos operativos se redujo si se daba apoyo a las mujeres durante el trabajo de parto. La tasa de cesáreas se redujo más de 20% (RR 0.78, IC 95% 0.67 a 0.91; 22 ensayos, 15 175 mujeres) y hubo una modesta reducción del número de mujeres sometidas a parto vaginal instrumental (RR 0.90, IC 95% 0.85 a 0.96, 19 ensayos, 14 118 mujeres), por lo que el número total de mujeres con partos vaginales espontáneos aumentó (RR 1.08, IC 95% 1.04 a 1.12; 19 ensayos, 14 119 mujeres).
- Hubo una leve reducción en otras intervenciones en el trabajo de parto en grupo que recibió apoyo. El uso de analgesia regional se redujo aproximadamente 7% (RR 0.93, IC 95% 0.88 a 0.99; nueve ensayos, 11 444 mujeres) y el número de mujeres que requirieron otra analgesia también se redujo (RR 0.90, IC 95% 0.84 a 0.96; 14 ensayos, 12 283 mujeres).
- No hubo diferencias significativas entre los grupos en los requerimientos de oxitocina sintética durante el trabajo de parto. En términos generales, más de un tercio de las mujeres en ambos grupos recibió oxitocina (RR 0.97, IC 95% 0.91 a 1.04; 15 ensayos, 12 620 mujeres), si bien hubo una variación considerable entre los ensayos.
- Solo dos ensayos comunicaron la depresión posparto y los resultados sugieren que el soporte continuo se asoció con tasas más bajas de depresión. Los dos ensayos fueron realizados en contextos muy diferentes y los resultados se midieron de maneras diferentes, y mientras que la dirección del efecto fue la misma, el tamaño del efecto fue muy diferente, por lo que esos resultados no se integraron al conjunto de ensayos.

continuará...

Recomendación No. 12: se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados. (Recomendación fuerte, calidad de evidencia moderada)***Soporte continuo contra cuidados habituales: resultados maternos (continuación)***

- Más de la mitad de las mujeres en ambos grupos tenían trauma perineal y no hubo diferencias significativas entre los grupos (RR 0.97, IC 95% 0.92 a 1.01).
- Las mujeres tuvieron una probabilidad mucho menor de relatar sentimientos negativos sobre su experiencia de parto si recibían soporte continuo (RR 0.69, IC 95% 0.59 a 0.79; 11 ensayos, 11 133 mujeres).

Soporte continuo contra cuidados habituales: resultados neonatales

- Los recién nacidos cuyas madres habían recibido soporte tenían una probabilidad mucho menor de tener una puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR 0.69, IC 95% 0.50 a 0.95; 13 ensayos, 12 515 recién nacidos).
- No hubo diferencias clara en el número de bebés ingresados a cuidados especiales o con estadías hospitalarias prolongadas (RR 0.97, IC 95% 0.76 a 1.25, y RR 0.83, IC 95% 0.42 a 1.65 respectivamente).
- El soporte continuo no pareció afectar el número de bebés que eran alimentados a pecho 1–2 meses después del parto, si bien este desenlace solo fue comunicado en tres ensayos (RR 1.01, IC 95% 0.94 a 1.09).

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general fue catalogada como moderada.

Recomendación No. 13: no se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que el uso rutinario de enemas no había demostrado reducir la duración del trabajo de parto ni conferir ningún otro beneficio clínico. Se lo considera invasivo y produce molestia a la mujer.
- El GDG hizo énfasis en la factibilidad de implementar esta recomendación, la reducción del uso de recursos sanitarios y la aceptabilidad por parte de las mujeres y quienes cuidan de ellas; por todo eso hizo una fuerte recomendación en contra de esta intervención.

Resumen de la evidencia: enema de rutina para mejorar los resultados del trabajo de parto (Tablas EB 13a–13b)

- La evidencia fue extraída de una revisión sistemática Cochrane de cuatro ensayos (casi 2000 mujeres) (34), si bien para la mayoría de los resultados comunicados, solo se dispuso de datos de solo uno o dos ensayos. Los ensayos fueron realizados en EE.UU., Tailandia, Colombia y el Reino Unido.
- Se comunicaron pocos resultados maternos y neonatales críticos e importantes, y en términos generales, no hubo diferencias significativas entre los grupos.

Enema versus no enema: resultados maternos

- Dos ensayos (1179 mujeres) informaron sobre la duración total del trabajo de parto; no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la duración del trabajo de parto (DM 28.04 min, IC 95% –131.01 a 187.10) pero hubo un alto nivel de heterogeneidad entre los hallazgos de los dos ensayos.
- Tampoco se observaron diferencias entre los grupos en cuanto a la duración de la segunda etapa del trabajo de parto (DM 5.2 min, IC 95% –2.56 a 12.96).
- No se observaron diferencias significativas en la tasas de traumatismo perineal de segundo o tercer grado (RR 0.68, IC 95% 0.39 a 1.21). La infección intraparto aumentó marginalmente en las mujeres que recibieron enema de rutina (RR 4.62, IC 95% 1.03 a 20.68) pero las mujeres que requirieron antibióticos sistémicos fueron similares entre los dos grupos comparados (RR 1.16, IC 95% 0.73 a 1.84; un ensayo, 428 mujeres).
- Un ensayo (1027 mujeres) comunicó el nivel de satisfacción de las mujeres con el parto (medida en la escala de Likert pero descrito como un desenlace continuo): las puntuaciones medias fueron idénticas en los dos grupos (DM 0.00, IC 95% –0.10 a 0.10).

Enema versus no enema: resultados neonatales

- La revisión presentó muy poca información sobre los resultados neonatales. No hubo diferencias significativas en la tasa de recién nacidos con puntuaciones bajas del Apgar a los cinco minutos (RR 1.31, IC 95% 0.57 a 3.06). Las tasas de infección neonatal (definida de diferentes maneras) fueron similares entre los grupos (RR 0.61, IC 95% 0.24 a 1.52).

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general fue catalogada como muy baja.

3.3.3 Tratamiento de prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción

Recomendación No. 14: se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que la evidencia disponible es insuficiente para demostrar los beneficios de la conducción con oxitocina por trabajo de parto prolongado, a pesar de su uso muy difundido en la práctica clínica. Sin embargo, se acordó que no se discute la capacidad que tiene la oxitocina de estimular las contracciones uterinas tanto antes como durante el trabajo de parto y que un uso criterioso de la oxitocina de contracciones insuficientes puede evitar el trabajo de parto indebidamente prolongado.
- La recomendación se apoyó sobre la evidencia de algunos beneficios de la oxitocina utilizada como una intervención única para la inducción del trabajo de parto, comparado con el manejo expectante, y por inferencia el potencial que tiene de beneficiar a las mujeres cuya causa primaria de prolongación del progreso del trabajo de parto sean las contracciones uterinas insuficiente.

Resumen de la evidencia: ocitocina (sola) para el tratamiento de progreso lento de la primera etapa del trabajo de parto (Tablas EB 14a–14b)

- La evidencia sobre el uso de oxitocina contra placebo o ausencia de tratamiento para retardo del progreso del trabajo de parto fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane de tres ensayos (138 mujeres) realizado en Tailandia, Argentina y EE.UU. (35). Las mujeres registradas en los ensayos fueron descritas como de bajo riesgo, con embarazos de término y en la primera etapa del trabajo de parto espontáneo. Casi todas las mujeres incluidas en los ensayos eran nulíparas.

Oxitocina IV versus ausencia de tratamiento: resultados maternos

- La revisión no informó sobre ninguno de los resultados críticos, y proporcionó datos para muy pocos resultados importantes.
- No hubo diferencias significativas entre las mujeres aleatorizadas para recibir oxitocina contra las mujeres en el grupo control para la cesárea (RR 0.84, IC 95% 0.36 a 1.96) o parto vaginal instrumental (RR 1.04, IC 95% 0.45 a 2.41).

Oxitocina IV versus ausencia de tratamiento: resultados neonatales

- Para la baja puntuación de Apgar a los cinco minutos, no hubo eventos en ninguno de los grupos (un ensayo, 87 mujeres).

Calidad de la evidencia en general

- La evidencia disponible sobre la oxitocina comparado con la ausencia de tratamiento es insuficiente como para respaldar cualquier conclusión sobre sus daños o beneficios. La calidad de la evidencia en general fue catalogada como muy baja.
- La evidencia sobre el uso de oxitocina junto con otras intervenciones (por ej. amniotomía) o como parte de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto se presentó por separado.

Recomendación No. 15: no se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que los beneficios clínicos del comienzo inmediato de la administración de oxitocina, comparado con la demorada, luego de sospecharse un progreso lento del trabajo de parto no compensan claramente sus potenciales daños.
- Los integrantes del GDG enfatizaron la necesidad de confirmar la prolongación del progreso del trabajo de parto dejando un intervalo de espera vigilante antes de inicial la conducción con oxitocina. Los integrantes del GDG estuvieron de acuerdo en que ese curso de acción podría reducir la frecuencia de un diagnóstico prematuro de una distocia del trabajo de parto y de una conducción innecesaria con oxitocina. Asimismo, la intervención con base en la sospecha de distocia de trabajo de parto se puede asociar con más hiperestimulación uterina y mayor morbilidad materna y neonatal en contextos en los que no se dispone de intervenciones para manejar la patología.

Resumen de la evidencia: uso temprano contra retardado de oxitocina para el tratamiento del progreso lento en la primera etapa del trabajo de parto (Tablas EB 15a–15b)

- La evidencia sobre el uso temprano de la oxitocina contra el uso demorado durante la primera etapa del trabajo de parto fue extraída de una revisión sistemática Cochrane de cinco ensayos (1200 mujeres de bajo riesgo) (35). Las mujeres registradas en los ensayos fueron descritas como de bajo riesgo, con embarazos de término y en la primera etapa de trabajo de parto espontáneo. Casi todas las mujeres incluidas en los ensayos eran nulíparas. Tres ensayos fueron realizados en el Reino Unido, uno en Suecia y otro en Finlandia.
- Las mujeres registradas en los grupos de oxitocina “temprana” en los ensayos recibieron oxitocina inmediatamente o dentro de los 20 minutos siguientes al diagnóstico de prolongación del progreso del trabajo de parto. Las mujeres del grupo de oxitocina “demorada” recibieron un manejo más conservador, postergando la conducción con oxitocina durante un período de tiempo variable de entre tres y ocho horas luego del diagnóstico de prolongación del progreso del trabajo de parto.
- El diagnóstico de progreso lento de la primera etapa del trabajo de parto fue heterogéneo entre los ensayos.

Uso temprano versus uso demorado de oxitocina: resultados maternos

- Las mujeres que recibieron oxitocina de forma temprana tuvieron, como promedio, un intervalo más breve entre la aleatorización y el parto (DM 2.2 horas menos, IC 95% -3.29 a -1.1; tres ensayos, 1083 mujeres). Hubo una importante variación del tamaño del efecto entre los tres ensayos que informaban sobre este desenlace, pero la dirección del efecto fue consistente. Dos ensayos indicaron que no encontraban diferencias significativas entre los grupos comparados en el número de mujeres que no habían dado a luz 12 horas después de la aleatorización (RR 0.32, IC 95% 0.07 a 1.43; dos ensayos, 1042 mujeres).
- Las mujeres del grupo de administración temprana de oxitocina fueron más propensas a tener una hiperestimulación uterina con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (RR 2.51, IC 95% 1.04 a 6.05; dos ensayos, 472 mujeres). Sin embargo, un ensayo pequeño (60 mujeres) no logró mostrar un efecto entre los grupos para hiperestimulación uterina sin alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (RR 6.66, IC 95% 0.39 a 112.6).
- No hubo diferencias significativas entre los grupos para la incidencia de HPP (RR 0.83, IC 95% 0.59 a 1.15; tres ensayos, 1099 mujeres).
- El modo de parto fue similar entre los grupos. Una proporción similar de mujeres de los grupos de oxitocina de inicio temprano y demorado fueron sometidas a cesárea por cualquier indicación (RR 0.88, IC 95% 0.66 y 1.19; cinco ensayos, 1200 mujeres), y cesárea por sufrimiento fetal (RR 1.08, IC 95% 0.59 a 2.0; tres ensayos, 909 mujeres). No se observaron diferencias en el número de mujeres que tuvieron parto vaginal instrumental (RR 1.17, IC 95% 0.72 a 1.88; cinco ensayos, 1200 mujeres) o que utilizaron analgesia epidural (RR 0.9, IC 95% 0.76 a 1.06; tres ensayos, 1083 mujeres).
- Dos ensayos que recogieron información sobre la opinión de las mujeres de sus experiencias sobre el parto no indicaron diferencias en la satisfacción materna entre los grupos.

continuará...

Recomendación No. 15: no se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Uso temprano contra uso demorado de oxitocina: resultados neonatales

- No hubo diferencias significativas entre los grupos para ninguno de los resultados neonatales informados. Se informó la morbilidad neonatal grave o la muerte perinatal en dos ensayos, y en total hubo solo dos eventos (uno en cada grupo). Hubo similitudes entre los grupos con respecto a las puntuaciones bajas del Apgar a los cinco minutos (RR 1.02, IC 95% 0.46 a 2.28), e ingreso a UCIN (RR 0.95, IC 95% 0.60 a 1.50).

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general para el uso temprano contra el uso demorado de la oxitocina fue catalogada como muy baja.
- La evidencia sobre el uso de oxitocina junto con otras intervenciones (por ej. amniotomía) o como parte de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto se presentan por separado.

Recomendación No. 16: no se recomienda utilizar un esquema de inicio de oxitocina a altas dosis e incremento de la oxitocina para conducción del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG consideró incierta la evidencia a favor del régimen posológico de inicio alto e incrementos de oxitocina (en términos de la duración del trabajo de parto y en la tasa total de cesáreas) y optó por no recomendar la intervención. El grupo destacó la necesidad de tener cautela al iniciar y aumentar la oxitocina a altos niveles posológicos, dada la escasez de evidencia sobre los resultados neonatales críticos y el peligro que entraña un uso imprudente de la oxitocina en la práctica clínica.

Resumen de la evidencia: comparación entre el régimen posológico de oxitocina a bajas dosis contra altas dosis para conducción del trabajo de parto (Tablas EB 16a–16b)

- La evidencia sobre el uso de regímenes de dosis altas de oxitocina comparado con dosis bajas fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane que incluía cuatro ensayos (644 mujeres) (36).
- Dos de los ensayos registraron solo mujeres nulíparas. Los regímenes de altas dosis se definieron como aquellos con dosis de inicio e incrementos de \geq cuatro miliunidades (mU) por minuto de oxitocina, y los regímenes de bajas dosis aquellos con dosis de inicio e incrementos de $<$ cuatro mU por minuto. La división en dosis “altas” y “bajas” se basó en una decisión arbitraria.
- Dos de los ensayos se realizaron en el Reino Unido y los otros fueron uno en cada país: EE.UU. e Irán.

Oxitocina a alta dosis versus baja dosis: resultados maternos

- En un ensayo (92 mujeres) no hubo diferencias significativas entre los grupos de dosis altas y bajas para el intervalo medio desde el inicio de la primera etapa del trabajo de parto hasta el parto (DM -26 min, IC 95% -128.06 a 76.06) mientras que en otro ensayo (40 mujeres), el intervalo medio desde el inicio de la administración de oxitocina hasta el parto se redujo 3.5 horas en el grupo de dosis más altas (IC 95% -6.38 a -0.62).
- No hubo diferencias significativas entre los grupos en la incidencia de HPP (RR 0.95, IC 95% 0.61 a 1.48).
- Para la cesárea hubo una diferencia significativa entre los grupos, el grupo de altas dosis tiene menos probabilidades de cesárea (RR 0.62, IC 95% 0.44 a 0.86; cuatro ensayos, 644 mujeres). Sin embargo, hubo una falta de consistencia entre los ensayos en el tamaño del efecto, y más de la mitad del peso de este análisis provino de un ensayo con alto riesgo de sesgo; al excluir este ensayo del análisis, la diferencia observada entre los grupos no fue estadísticamente significativa, y el tamaño del efecto se redujo considerablemente (RR 0.89, IC 95% 0.57 a 1.38). Los resultados arriba mencionados se reflejaron en la tasa de parto vaginal espontáneo, lo que favoreció al grupo de altas dosis (RR 1.35, IC 95% 1.13 a 1.62), pero aquí también, esto fue en gran parte debido a los datos de un único ensayo en alto riesgo de sesgo. No hubo diferencias significativas en la tasa de partos vaginales instrumentales (RR 0.83, IC 95% 0.61 a 1.13).
- No se observó una diferencia significativa entre los grupos con respecto a la hiperestimulación uterina, si bien hubo una tendencia hacia un aumento del riesgo entre las mujeres que recibían una alta dosis de oxitocina para conducción del trabajo de parto (RR 1.63, IC 95% 0.97 a 2.72; cuatro ensayos, 644 mujeres). El uso de la analgesia epidural fue muy similar en los dos grupos (RR 0.98, IC 95% 0.86 a 1.12).
- No hubo diferencia significativa entre grupos para corioamnionitis (RR 0.7, IC 95% 0.44 a 1.12).

Oxitocina a alta dosis versus baja dosis: resultados neonatales

- Se informaron pocos datos sobre los resultados neonatales. No hubo datos estimables para demostrar un efecto sobre la mortalidad neonatal o la puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos. No se observaron diferencias significativas para la media del pH de la arteria umbilical (DM 0, IC 95% -0.03 a 0.03) o para el ingreso a UCIN (RR 0.5, IC 95% 0.22 a 1.15).

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general fue calificada como muy baja.
- El uso de oxitocina contra ausencia de tratamiento activo y su uso con otras intervenciones se presenta por separado.

Recomendación No. 17: no se recomienda el uso de misoprostol oral para la conducción del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que no hay una evidencia clara que indique que los potenciales beneficios del misoprostol oral comparado con la oxitocina intravenosa para la conducción del trabajo de parto superan sus posibles daños.
- El GDG concluyó que es improbable que el misoprostol oral sea un sustituto seguro de la oxitocina para conducción del trabajo de parto donde se disponga de asistentes de parto calificados. El grupo también hizo notar que aquellos lugares en los que no se dispone de asistentes calificados de parto (y donde el misoprostol podría haber sido útil en este sentido) es probable que también les falten recursos para manejar las complicaciones que pudieran surgir en las mujeres sometidas a conducción.
- El GDG considera que los esquemas posológicos usados en los estudios primarios no se basan en evidencia con potencial de provocar daños graves, dada la alta tasa de hiperestimulación uterina con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. El grupo enfatizó las implicaciones de dichos efectos adversos para los resultados maternos e infantiles, particularmente en contextos de bajos recursos, y por lo tanto fortalecieron la recomendación.
- Los efectos farmacológicos adicionales de misoprostol ingerido por vía oral, de resultar perjudiciales para la salud de la madre o su bebé durante el curso del trabajo de parto, no pueden evitarse interrumpiendo la terapia, como sí se puede hacer con la infusión de oxitocina.

Resumen de la evidencia: misoprostol oral para acelerar el trabajo de parto (Tabla EB 17a–17d)

- La evidencia fue extraída de una revisión sistemática Cochrane que incluía dos ensayos, cada uno de los cuales examinaba una comparación diferente (37). Las mujeres en ambos ensayos estaban todas en trabajo de parto espontáneo que requería conducción. Los ensayos fueron realizados en Taiwán y EE.UU.
- El ensayo en Taiwán, China (231 mujeres) comparó el misoprostol oral diluido con oxitocina IV para conducción del trabajo de parto. Las mujeres del grupo de misoprostol se distribuyeron aleatoriamente para recibir una dosis inicial de 20 microgramos (mcg) de misoprostol (en 20 ml de agua) repetida todas las horas hasta cuatro horas, luego de lo cual se aumentó la dosis a 40 mcg por hora hasta una dosis acumulada máxima de 1600 mcg. Todas menos tres de las mujeres aleatorizadas recibieron el tratamiento pretendido.
- En el ensayo realizado en EE.UU. se aleatorizó a las mujeres a recibir ya sea misoprostol oral o cuidados habituales (oxitocina IV). En este ensayo, se alcanzaron dosis más bajas de misoprostol cortando comprimidos de 100 mcg. Las mujeres inicialmente recibieron 75 mcg de misoprostol oral, que fue repetida después de cuatro horas siempre y cuando no se observaran efectos adversos. Hubo una desviación considerable del protocolo en este ensayo, aunque el análisis fue por intención de tratar: el grupo de misoprostol 136/176 (77.3%) recibió el fármaco del ensayo, mientras que en el grupo de oxitocina 143/174 (82.2%) las mujeres recibieron el fármaco de control como se pretende.
- Los hallazgos para los dos ensayos no se juntaron en vista de los diferentes esquemas de misoprostol.

Misoprostol oral titulado versus oxitocina: resultados maternos

- Para el grupo que recibió el esquema de 20 mcg por hora de misoprostol, en términos generales no hubo evidencia de diferencias entre los grupos para la mayoría de los resultados maternos críticos e importantes.
- El modo de parto fue similar en los grupos de misoprostol y oxitocina; la mayoría de las mujeres en ambos grupos tuvieron parto vaginal dentro de las 24 horas de comenzar la conducción (RR 1.02, IC 95% 0.93 a 1.11). Fueron similares los números de mujeres (aproximadamente 80% en ambos grupos) que habían dado a luz por parto vaginal dentro de las 12 horas de conducción (RR 0.91, IC 95% 0.80 a 1.03). No hubo diferencias significativas entre los grupos en términos de los números de mujeres sometidas a cesárea (RR 0.88, IC 95% 0.42 a 1.85). Las tasas de “trabajo de parto que no progresa” fueron similares en los dos grupos (RR 0.80, IC 95% 0.36 a 1.77).

continuará...

Recomendación No. 17: no se recomienda el uso de misoprostol oral para la conducción del trabajo de parto. (Recomendación fuerte, muy baja calidad de evidencia)***Misoprostol oral diluido versus oxitocina: resultados maternos (continuación)***

- Pocas mujeres (dos en cada grupo) tuvieron hiperestimulación uterina con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal (RR 0.96, IC 95% 0.14 a 6.68). No se identificaron mujeres con hipertensión, pero se informó taquisistolía en más mujeres en el grupo de oxitocina: 7/118 en el grupo de misoprostol contra 17/113 en el grupo de oxitocina (RR 0.39, IC 95% 0.17 a 0.91).
- Se comunicaron efectos colaterales maternos (incluyendo fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos), pero hubo muy pocos eventos en cualquiera de los grupos.
- Para el esquema posológico de 75 mcg, no hubo evidencia de diferencias entre los grupos para la mayoría de los resultados maternos.
- No hubo diferencias significativas entre las mujeres de los grupos de misoprostol y oxitocina para las tasas de cesárea por sufrimiento fetal (RR 1.58, IC 95% 0.53 a 4.74), cesárea por trabajo de parto prolongado (RR 0.84, IC 95% 0.39 a 1.82), o cesárea por cualquier indicación (RR 1.04, IC 95% 0.57 a 1.92). Pocas mujeres tuvieron parto con fórceps (RR 1.98, IC 95% 0.37 a 10.66) y la tasa total de partos vaginales espontáneos fue muy similar en ambos grupos (RR 0.98, IC 95% 0.91 a 1.06).
- Se informó que más de un cuarto de las mujeres en ambos grupos presentó hiperestimulación uterina con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y, si bien la tasa fue más alta en el grupo de misoprostol, la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa (RR 1.26, IC 95% 0.88 a 1.80). Se informó hiperestimulación uterina en un período de 10 minutos (sin alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal) para más del 60% de las mujeres en ambos grupos; se informaron más mujeres en el grupo de misoprostol (aproximadamente 75% contra 64%) con hiperestimulación del trabajo de parto (RR 1.17, IC 95% 1.02 a 1.35). El número de mujeres con taquisistolía en el curso de un período de observación de 20 minutos fue comunicado como similar en ambos grupos (RR 1.21, IC 95% 0.84 a 1.72).
- La mayoría de las mujeres en ambos grupos recibió analgesia epidural (RR 0.92, IC 95% 0.84 a 1.01). Se informó transfusión de sangre materna por hipovolemia, y no se identificó diferencia entre los grupos (RR 2.97, IC 95% 0.61 a 14.49). Las tasas de corioamnionitis fueron similares para las mujeres en ambos grupos (RR 0.87, IC 95% 0.55 a 1.37).

Misoprostol oral titulado versus oxitocina: resultados neonatales

- Para el esquema posológico de 20 mcg se comunicaron pocos resultados neonatales importantes.
- No hubo bebés con puntuaciones de Apgar scores < 7 a los cinco minutos en ninguno de los grupos. Hubo pocos ingresos a la UCIN, y no hubo diferencias significativas entre los grupos (RR 2.39, IC 95% 0.47 a 12.09).
- Para el esquema posológico de 75 mcg, se informó una puntuación de Apgar de < 4 a los cinco minutos: no hubo eventos en ninguno de los grupos. Solo ingresó un bebé a la UCIN. No hubo diferencias significativas entre los grupos para el pH de la arteria umbilical de < 7.1 (RR 0.74, IC 95% 0.17 a 3.26). No se comunicaron otros resultados neonatales críticos e importantes.

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general para los resultados comunicados fue catalogada como muy baja, fundamentalmente debida a la imprecisión que resulta de los tamaños pequeños de la muestra y las bajas tasas de eventos para muchos resultados.

Recomendación No. 18: no se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento de prolongación de trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que la falta de suficiente evidencia para concluir sobre los beneficios o daños de amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación de trabajo de parto a pesar de su uso frecuente en la práctica clínica.
- Si bien reconoció que la falta de evidencia sobre los beneficios de la amniotomía como intervención terapéutica para la prolongación confirmada del progreso del trabajo de parto, el GDG hizo notar que se podría tomar la decisión de romper las membranas sobre la base de otras consideraciones, como la necesidad de realizar un monitoreo fetal.
- Esta recomendación puede ser más fuerte para las mujeres VIH positivas y cuya condición VIH es desconocida en contextos donde el VIH es prevalente, donde la ruptura de membranas retardada es beneficiosa en términos de reducir el riesgo de transmisión perinatal del VIH.

Resumen de la evidencia: uso de la amniotomía sola de rutina para el tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto (Tablas EB 18a–18b)

- La evidencia relacionada con el uso de amniotomía sola para tratar la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto espontáneo fue extraída de una revisión sistemática de Cochrane que incluyó un ensayo (40 mujeres) realizado en el Reino Unido comparando la amniotomía contra la intención de preservar las membranas amnióticas (19).
- Las mujeres fueron registradas al diagnosticar que el trabajo de parto no estaba progresando de manera satisfactoria usando un partograma.
- La mayoría de los resultados críticos e importantes no se comunicaron.

Amniotomía de rutina versus intención de preservar las membranas amnióticas (sin amniotomía de rutina): resultados maternos

- No hubo muertes maternas en cualquiera de los grupos.
- No se comunicaron indicadores de morbilidad materna grave.
- No se observaron diferencias en la tasas de cesáreas para ninguna indicación (RR 0.95, IC 95% 0.15 a 6.08), cesárea for sufrimiento fetal (RR 2.86, IC 95% 0.12 a 66.11) o cesárea por trabajo de parto prolongado (RR 0.47, IC 95% 0.05 a 4.82).

Amniotomía de rutina contra intención de preservar las membranas amnióticas (sin amniotomía de rutina): resultados neonatales

- Los resultados neonatales informados se limitaron a la puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos e ingreso a UCIN. Ambos resultados fueron similares entre los grupos comparados.

Calidad de la evidencia en general

- En términos generales, la calidad de la evidencia disponible fue catalogada como muy baja. Los datos disponibles no eran suficientes como para extraer conclusiones sobre los beneficios o daños amniotomía de rutina para el tratamiento de trabajo de parto disfuncional.

Recomendación No. 19: se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- La evidencia sobre el uso de la amniotomía y oxitocina comparado con los cuidados de rutina para el tratamiento del retraso fue extraída de una revisión sistemática Cochrane que incluyó tres ECA (280 mujeres) (17). Dos de los ensayos fueron realizados en el Reino Unido y uno fue realizado en Israel.
- Las mujeres con un retraso establecido de la primera etapa del trabajo de parto fueron asignadas a recibir amniotomía y oxitocina contra cuidados habituales. Los cuidados habituales variaron entre los diferentes contextos.

Resumen de la evidencia: amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto (Tablas EB 19a–19b)

- La evidencia sobre el uso de la amniotomía y oxitocina comparado con los cuidados de rutina para el tratamiento del retraso fue extraída de una revisión sistemática Cochrane que incluyó tres ECA (280 mujeres) (17). Dos de los ensayos fueron realizados en el Reino Unido y uno fue realizado en Israel.
- Las mujeres con un retraso establecido de la primera etapa del trabajo de parto fueron asignadas a recibir amniotomía y oxitocina contra cuidados habituales. Los cuidados habituales variaron entre los diferentes contextos.

Amniotomía y oxitocina para el tratamiento del retraso: resultados maternos

- La revisión no informó sobre mortalidad materna.
- Hubo una significativa reducción de la duración total del trabajo de parto para las mujeres en el grupo con intervención en un ensayo (DM -3.10 horas, IC 95% -4.63 a -1.57; 141 mujeres). Sin embargo, dos ensayos no lograron demostrar una diferencia en la duración de la primera etapa del trabajo de parto (DM -1.58 horas, IC 95% -4.27 a 1.10; 240 mujeres).
- No hubo diferencia significativa entre los grupos en la frecuencia de HPP (pérdida de sangre > 500 ml) (RR 6.90, IC 95% 0.36 a 131.23; un ensayo, 141 mujeres).
- No hubo diferencia significativa entre los grupos para las tasas de cesárea por cualquier indicación (RR 1.47, IC 95% 0.73 a 2.96; tres ensayos, 280 mujeres) o parto vaginal espontáneo (RR 0.96, IC 95% 0.85 a 1.08; tres ensayos, 282 mujeres).
- No se comunicaron datos sobre la hiperstimulation del trabajo de parto o la transfusión de sangre materna.
- Un ensayo comunicó una satisfacción materna comparable con la experiencia del trabajo de parto en ambos grupos (RR 1.02, IC 95% 0.75 a 1.39).
- Un ensayo comunicó las tasas de fiebre o infección materna: las tasas de eventos fueron bajas y no hubo diferencia entre los grupos (RR 1.63, IC 95% 0.41 a 6.47).

Amniotomía y oxitocina para el tratamiento del retraso: resultados neonatal

- Para los resultados neonatales, no hubo datos sobre la morbilidad neonatal grave, el pH anormal de la arteria del cordón (acidosis), ictericia o hiperbilirrubinemia.
- Los ensayos fueron demasiado pequeños como para mostrar una diferencia entre los grupos para el ingreso a UCIN (RR 0.08, IC 95% 0.00 a 1.30; un ensayo, 99 mujeres) o puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos (RR 2.73, IC 95% 0.12 a 63.19; un ensayo, 40 mujeres); las tasas de eventos para ambos resultados fueron muy bajas y las estimaciones de los efectos fueron por lo tanto imprecisos.

Calidad de la evidencia en general

- En términos generales, la calidad de la evidencia fue catalogada como baja o muy baja, y el tamaño de la muestra combinada de los tres ensayos que aportaron datos fue menos de 300. Hubo muy poca evidencia para los resultados neonatales.
- La evidencia sobre el uso de amniotomía sola, oxitocina sola y ambas: amniotomía y oxitocina como parte de un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto se presenta por separado.

3.3.4 Cuidados durante la conducción del trabajo de parto

Recomendación No. 20: no se recomienda el uso de la tocodinamometría interna comparado con la tocodinamometría externa para mejorar los resultados de una conducción del trabajo de parto. (Recomendación débil, muy baja calidad de evidencia)

Observaciones

- El GDG hizo notar que no hay evidencias como para sugerir que los potenciales beneficios de la tocodinamometría interna comparado con la externa, las tocodinamometría en mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto claramente excede sus potenciales daños. El grupo no recomendó un método con preferencia a otro, pero hizo notar que la tocodinamometría interna exige abundancia de recursos y actualmente no es realizado ampliamente en muchos medios.
- El GDG destacó la importancia de garantizar que todas las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto deben recibir un monitoreo periódico y frecuente del patrón de contracciones uterinas y la frecuencia cardíaca fetal, dentro de los límites de los recursos disponibles.

Resumen de la evidencia: tocodinamometría interna comparado con la externa en el trabajo de parto acelerado (Tablas EB 20a–20b)

- Los hallazgos fueron extraídos de una revisión sistemática de Cochrane que incluyeron dos ensayos (750 mujeres) (38). Los ensayos fueron realizados en Singapur y Holanda. El ensayo en Holanda también registró a mujeres que habían sido sometidas a inducción del trabajo de parto, pero los datos en las mujeres a las que se hizo conducción del trabajo de parto se presentaron por separado.
- Comparando la tocodinamometría interna con la externa, pocos resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para los resultados maternos y neonatales.

Tocodinamometría interna comparado con la externa en el trabajo de parto acelerado: resultados maternos

- La media del tiempo hasta el parto vaginal fue muy similar para las mujeres monitoreadas por tocodinamometría interna o externa (DM –3.47 min, IC 95% –42.84 a 35.90; un ensayo, 500 mujeres).
- No hubo datos estimables para morbilidad materna grave (incluyendo ruptura uterina) o muerte materna.
- No hubo diferencias significativas entre los grupos para cesárea (RR 1.25, IC 95% 0.91 a 1.71; dos ensayos, 750 mujeres) o parto vaginal instrumental (RR 1.25, IC 95% 0.91 a 1.73; dos ensayos, 750 mujeres). Para todos los partos operativos (cesáreas y partos vaginales instrumentales combinados), la diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa con un riesgo marginalmente aumentado en el grupo de tocodinamometría interna (RR 1.25, IC 95% 1.02 a 1.53; dos ensayos, 750 mujeres).
- Se informó hiperestimulación uterina en solo un ensayo (250 mujeres) y la tasa fue muy similar en ambos grupos (RR 1.04, IC 95% 0.63 a 1.72).
- No hubo diferencias significativas entre los grupos para infección intrauterina materna que requiere terapia antibiótica (RR 0.55, IC 95% 0.26 a 1.16; un ensayo, 500 mujeres).

Tocodinamometría interna comparado con la externa y en el trabajo de parto acelerado: resultados neonatales

- No hubo datos estimables para varios resultados neonatales, inclusive mortalidad perinatal y eventos adversos como daño a la placenta o a los vasos sanguíneos fetales. Hubo muy pocos bebés con puntuaciones bajas del Apgar a los cinco minutos en cualquiera de los grupos (en términos generales 15/749) y no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos (RR 1.12, IC 95% 0.41 a 3.06).
- En un ensayo se informó el pH de la arteria del cordón umbilical < 7.05 y < 7.15 : no hubo diferencias significativas entre los grupos en cualquiera de los puntos de corte (RR 1.13, IC 95% 0.39 a 3.30, y RR 1.38, IC 95% 0.88 a 2.15, respectivamente).
- No hubo diferencias significativas entre las mujeres sometidas a tocodinamometría interna comparado con la externa para el ingreso de recién nacidos a UCIN (RR 1.00, IC 95% 0.06 a 15.81) o para estadía prolongada en UCIN (> 48 h.) (RR 0.83, IC 95% 0.51 a 1.35).

Calidad de la evidencia en general

- La calidad de la evidencia en general fue catalogada como muy baja.

4. Implicaciones de la investigación

El Grupo de Desarrollo de Guías (GDG) identificó lagunas importantes en el conocimiento actual que habrá que encarar mediante investigación primaria. Se observó que a pesar de la práctica creciente de conducción del trabajo de parto a nivel mundial, fue llamativa la ausencia de evidencias fuertes. La calidad de evidencia fue calificada como baja o muy baja para la mayoría de las recomendaciones. Desde el punto de vista metodológico de GRADE, la evidencia calificada como de baja o muy baja calidad implica que es probable que una investigación más profunda incida en las recomendaciones correspondientes. Al contrario, la profundización de la investigación no es una prioridad para las recomendaciones basadas en la evidencia de calidad moderada o alta. Las lagunas del conocimiento identificadas con base a este concepto se priorizaron considerando si dicha investigación era original, innovadora, factible, y propensa a promover la equidad y contribuir a mejorar los cuidados intraparto.

El GDG reconoció que a pesar de la falta de beneficios claros para ciertas intervenciones que están profundamente enraizadas en la práctica clínica (por ej. oxitocina sola para conducción), es probable que el inicio de estudios primarios rigurosos deba enfrentar importantes retos éticos y de registro.

4.1 Prioridades clave de investigación

- ¿Cuáles son los efectos comparativos de la oxitocina sola, la amniotomía sola y la oxitocina y amniotomía conjuntas en mujeres con prolongación confirmada de la primera etapa del trabajo de parto?
 - » ¿Cómo afecta la secuencia de oxitocina y amniotomía como intervenciones concomitantes cuando se las usa para la conducción del trabajo de parto?
- ¿Cuáles son los efectos de los antiespasmódicos cuando se los usa como tratamiento para la prolongación confirmada de la primera etapa del trabajo de parto?

4.2 Otras preguntas de investigación

A continuación se enumeran las cuestiones a investigar, sin ningún orden de prioridad en particular:

- ¿cuáles son los efectos de conducción del trabajo de parto cuando se la usa para el tratamiento del trabajo de parto prolongado en mujeres con útero con cicatrices (a saber, debido a cesárea previa o miomectomía previa)?
 - » ¿Cuáles son los efectos de amniotomía sola cuando se la utiliza para el tratamiento del trabajo de parto prolongado en mujeres con útero con cicatrices?

- ¿Cuáles son los efectos de medicaciones con hierbas utilizadas para la prevención o el tratamiento de prolongación de trabajo de parto?
 - » ¿Cuáles son los efectos de las intervenciones para reducir el uso de medicaciones con hierbas en trabajo de parto?
- ¿Cuál es la dosis máxima más segura de oxitocina para la conducción del trabajo de parto?
- ¿Cuáles son los efectos de diversos métodos de conducción del trabajo de parto utilizado para el tratamiento del trabajo de parto prolongado en mujeres múltiparas comparado con las mujeres nulíparas?
- ¿Cuál es la tasa incremental de la infusión de oxitocina más segura y más eficaz para la conducción del trabajo de parto?

5. Difusión y aplicación de la guía

La meta final de esta guía es mejorar la calidad de los cuidados y los resultados de salud relacionado con la conducción del trabajo de parto. Por ende, la difusión y aplicación de esta guía son pasos cruciales que debería emprender la comunidad de servicios sanitarios internacionales y locales. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS ha adoptado un marco formal “del conocimiento a la acción” para la difusión, adaptación e implementación de guías (12). Además de este marco, se estableció una lista de prioridades durante la consulta técnica de la OMS para esta guía, y esta lista será utilizada por la OMS y otros colaboradores para promover la difusión y la aplicación de esta guía.

5.1 Diseminación y evaluación de la guía

Las recomendaciones de esta guía serán difundidas a una amplia red de colaboradores internacionales, incluyendo las oficinas de la OMS del país y regionales, los ministerios de salud, organizaciones profesionales, centros colaboradores de la OMS, otros organismos de las Naciones Unidas, y organizaciones no gubernamentales. También se las publicará en la página web de la OMS⁴ y en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS⁵ donde serán acompañadas por una valoración crítica independiente con base en el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation).⁶ También se elaborará una política breve para una amplia serie de diseñadores de políticas, gestores de programas y clínicos, y luego difundidas a través de las oficinas de la OMS en los países.

4 Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/augmentation-labour

5 Disponible en: www.who.int/rhl

6 Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org/instrument>

5.2 Aplicación de la guía

La introducción exitosa de políticas basadas en la evidencia relacionadas con la conducción del trabajo de parto en programas nacionales y los servicios sanitarios depende de procesos de adaptación y aplicación bien planificados y participativos por consenso. Estos procesos pueden incluir el desarrollo o la revisión de las guías o protocolos nacionales existentes con base en este documento.

Las recomendaciones contenidas en la presente guía deben adaptarse en documentos localmente apropiados que puedan satisfacer las necesidades específicas de cada país y sus servicios sanitarios nacionales. Las modificaciones de las recomendaciones, de ser necesario, deben limitarse a recomendaciones débiles, y justificaciones para cualquier cambio se deben hacer de forma explícita y transparente.

Se debe crear un ambiente propicio para el uso de estas recomendaciones, incluyendo las alteraciones en el comportamiento de los profesionales de la salud y los administradores para permitir la implementación de estas prácticas basadas en la evidencia (por ejemplo, ofreciendo cortinas a la mujer y quien la acompañe en el parto para garantizar su privacidad). Las sociedades profesionales locales pueden jugar un importante papel en este proceso, y se debe alentar un proceso participatorio e inclusivo. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS ha publicado una orientación específica sobre la introducción de las guías y herramientas de salud reproductiva de la OMS en los programas nacionales (39).

6. Aspectos de aplicabilidad

6.1 Impacto previsto sobre la organización de los cuidados y los recursos

La práctica de la conducción del trabajo de parto basada en la evidencia se puede lograr con el uso de medicamentos y medidas relativamente baratas. Sin embargo, el Grupo de Desarrollo de Guías hizo notar que antes de aplicar las recomendaciones que se hacen en esta guía habría que considerar lo siguiente.

- Las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto, particularmente con oxitocina no deben ser dejadas sin atención.
- Cuando se utiliza oxitocina para conducción, se debe controlar la velocidad de la infusión intravenosa de cerca. Esta precaución es sumamente importante en aquellos contextos en los que se utilicen goteos por gravedad para administrar la infusión intravenosa.

- En los casos en los que se usa oxitocina, se debe prestar atención a la cadena de frío de la oxitocina (es decir, las exigencias de la cadena de suministro de una cadena con control de temperatura).
- La conducción del trabajo de parto se debe realizar en centros de atención donde haya recursos apropiados para hacer un control regular de la frecuencia cardíaca fetal, tratar los potenciales efectos adversos del procedimiento (por ejemplo: tocólisis para hiperestimulación), y manejar la imposibilidad de lograr el parto vaginal, inclusive por cesárea.

6.2 Monitoreo y evaluación de la aplicación de la guía

La implementación de las recomendaciones de esta guía debe ser controlada a nivel de los servicios de salud. Se podrían hacer series temporales interrumpidas, auditorías clínicas o auditorías clínicas basadas en criterios para obtener datos relacionados a las prácticas de conducción del trabajo de parto. Se necesitan criterios de revisión e indicadores claramente definidos y se podrían asociar con objetivos acordados localmente. En este contexto se han sugerido los siguientes indicadores:

1. trabajo de parto acelerado como proporción de todos los nacimientos, calculado como el número de mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto dividido por el número total de nacimientos en el curso de un período de tiempo definido.
2. tasa de partos vaginales de mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto por prolongación del trabajo de parto activo, calculado como el número de partos vaginales en mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto dividido por el número total de mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto.
3. la tasa de cesáreas en las mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto por prolongación del trabajo de parto activo, calculado como el número de cesáreas en mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto dividido por el número total de mujeres sometidas a conducción del trabajo de parto.

El primer indicador brinda una valoración general del uso de conducción del trabajo de parto mientras que el segundo y el tercer indicador brindan una evaluación del éxito del procedimiento y se podría comparar a la tasa total de cesáreas en el contexto local. Tal vez sea necesario usar otros indicadores desarrollados localmente (como el uso de prácticas que no se recomiendan) para obtener una valoración más completa de la calidad de cuidados relacionado con la práctica de conducción del trabajo de parto.

7. Actualización de la guía

Conforme el concepto del Proyecto GREAT de la OMS (12), que emplea un proceso sistemático y continuo de identificación y resolver lagunas en la evidencia siguiendo la aplicación de guías, esta guía se actualizará cinco años después de la publicación o luego de la identificación de la nueva evidencia que indica la necesidad de revisar estas recomendaciones. La OMS agradece el envío de sugerencias sobre otras cuestiones adicionales para incluirlas en la guía actualizada. Por favor, envíe sus sugerencias por correo electrónico a: reproductivehealth@who.int.

Referencias

- Ronel D, Wiznitzer A, Sergienko R, Zlotnik A, Sheiner E. Trends, risk factors and pregnancy outcome in women with uterine rupture. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(2):317–21.
- McClure EM, Saleem S, Pasha O, Goldenberg RL. Stillbirth in developing countries: a review of causes, risk factors and prevention strategies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009;22(3):183–90.
- Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Dykes AK. Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(4):402–7.
- Boyle A, Reddy UM, Landy HJ, Huang CC, Driggers RW, Laughon SK. Primary cesarean delivery in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013;122(1):33–40.
- O Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labour as an alternative to caesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol*. 1984;63(4):485–90.
- Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(9):CD004907.
- Bernitz S, Oian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*. 2014;30(3):364–70.
- Selin L, Almström E, Wallin G, Berg M. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(12):1352–7.
- Jonsson M, Nordén-Lindeberg S, Ostlund I, Hanson U. Acidemia at birth, related to obstetric characteristics and to oxytocin use, during the last two hours of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(7):745–50.
- Zhang J, Branch DW, Ramirez MM, Laughon SK, Reddy U, Hoffman M, et al. Oxytocin regimen for labor augmentation, labor progression, perinatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2011;118(2 Pt 1):249–56.
- WHO recommendations for induction of labour. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf, accessed 26 March 2014).
- Science-driven innovations for combating maternal and perinatal ill-health: the G.R.E.A.T project. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/Great_Project_2010.pdf, accessed 26 March 2014).
- WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, accessed 26 March 2014).
- Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):719–25.
- Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD005461.
- Downe S, Gill GML, Dahlen, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD010088.
- Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD006794.
- Costley PL, East CE. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD009241.
- Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD006167.
- Rohwer AC, Khondowe O, Young T. Antispasmodics for labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD009243.
- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD000331.
- Novikova N, Cluver C. Local anaesthetic nerve block for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(4):CD009200.

23. Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(10):CD003401.
24. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD007214.
25. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD009514.
26. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD009232.
27. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(11):CD009356.
28. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(7):CD009215.
29. Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6):CD006168.
30. Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD007715.
31. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003930.
32. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD003934.
33. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD003766.
34. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD000330.
35. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD007123.
36. Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD007201.
37. Vogel JP, West HM, Dowswell T. Titrated oral misoprostol for augmenting labour to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD010648.
38. Bakker JJH, Janssen PF, van Halem K, van der Goes BY, Papatsonis DNM, van der Post JAM, et al. Internal versus external tocodynamometry during induced or augmented labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD006947.
39. *Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and processes of adaptation and implementation.* Geneva: World Health Organization; 2007 (WHO/RHR/07.9; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/en/index.html, accessed 26 March 2014).

Anexo 1. Expertos externos y personal de OMS involucrado en la preparación de la guía

A. Participantes en la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto

1. Grupo de Desarrollo de Guías (colaboradores externos de la OMS)

Prof. Hany Abdel-Aleem

Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina,
Universidad Assiut 71515 Assiut
Egipto

Prof. Michel Boulvain

Maternité-HUG Servicio de Obstetricia
Bd. de la Cluse
Ginebra 1211
Suiza

Dr Yap-Seng Chong

Prof. Asociado
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina Yong Loo Len
Universidad Nacional de Singapur
Singapur

Prof. Arri Coomarasamy Universidad de Birmingham

Birmingham Women's Hospital Foundation Trust
Academic Unit, 3rd Floor, Mindelsohn Way
Edgbaston, Birmingham B15 2TG
Reino Unido

Dra. Therese Dowswell

Investigadora asociada
Grupo Cochrane de Embarazo y Parto Departamento de
Salud de la Mujer y del Niño
Universidad de Liverpool
Liverpool Women's NHS Foundation Trust Crown Street,
Liverpool, L8 7SS
Reino Unido

Dr Bukola Fawole

Profesor titular
Colegio de Medicina
Universidad Ibadan Ibadan
Nigeria
Dr Atf Ghérissi

Profesor Adjunto

Ciencia de la Educación
Escuela Superior de Ciencias y Técnicas de la Salud de Túnez
Universidad Túnez - El Manar
Túnez

Prof. Justus Hofmeyr

Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital de Maternidad Frere
P Bag X9047
East London
Sudáfrica

Rachael Lockey

Asesora Técnica de Partería
Confederación Internacional de Parteras
Laam van Meerdervoort 70, 2517 AN
La Haya
Holanda

Profesora Jiji Elizabeth Mathews

Christian Medical College and Hospital Departamento de
Obstetricia y Ginecología Unidad 5, Ida Scudder Road
Vellore 632004
India

Dra. Kidza Yvonne Mugerwa

Profesora Honoraria
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina, Colegio de Ciencias de la Salud
Universidad Makererey
Kampala
Uganda

Profesora Zahida Qureshi

Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de
Nairobi
Kenia

Prof. Hora Soltani

Prof. de Salud Materna e Infantil
Centre for Health and Social Care Research
Universidad Sheffield Hallam
32 Collegiate Crescent, S10 2BP
Reino Unido

Dra Helen West

Asistente de investigación
 Grupo Cochrane de Embarazo y Parto Departamento de
 Salud de la Mujer y el Niño
 Universidad de Liverpool
 Liverpool Women's NHS Foundation Trust Crown Street,
 Liverpool L8 7SS
 Reino Unido

2. Observadores

Sra Deborah Armbruster
 Asesora Senior de Salud Materna y Neonatal
 Bureau for Global Health
 Office of Health, Infectious Diseases and Nutrition (HIDN)
 Maternal and Child Health Division (MCH)
 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
 Internacional
 Washington DC
 EE.UU

3. Oficinas Regionales y en Países de la OMS**Dr Gunta Lazdane**

Director del Programa
 Salud Sexual y Reproductiva
 Oficina Regional de la OMS para Europa Copenhague
 Dinamarca

Dr Léopold Ouedraogo

Asesor Regional
 Desarrollo de Investigación y Programa de Salud
 Reproductiva
 Health Promotion Cluster
 Oficina Regional de la OMS para África
 BP. 06 Brazzaville
 República del Congo

Dra. Suzanne Serruya

Asesora Regional sobre Salud Reproductiva
 Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y
 Reproductiva
 Oficina Regional de la OMS para las Américas/
 Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 Montevideo
 Uruguay

Dr Marten Weber

Asesor Regional
 Making Pregnancy Safer and Reproductive Health
 Oficina Regional de la OMS para Sudeste Asiático
 World Health House, Indraprastha Estate
 Mahatma Gandhi Road
 Nueva Delhi 11000
 India

4. Secretaría de la OMS**Dr Marleen Temmerman**

Directora
 Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

Dr. Meten Gülmezoglu

Coordinador
 Salud Materna y Perinatal y Prevención del Aborto Inseguro
 Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

Dr Matthews Mathai

Coordinador
 Epidemiología, Seguimiento y Evaluación
 Departamento de Salud Materna, Neonatal, del Niño y
 Adolescente

Dr Olufemi Oladapo

Oficial Médico
 Salud Materna y Perinatal y Prevención del Aborto Inseguro
 Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

Mariana Widmer

Funcionaria Técnica
 Salud Materna y Perinatal y Prevención del Aborto Inseguro
 Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

Frances Mc Conville

Funcionaria Técnica
 Política, Planificación y Programas
 Departamento de Salud Materna, Neonatal, del Niño y
 Adolescente

Dr Joshua Vogel

Funcionario Técnico
 Salud Materna y Perinatal y Prevención del Aborto Inseguro
 Departamento de Salud Reproductiva e Investigación

B. Grupo Directivo de las Guías**Dr A. Metin Gülmezoglu**

(Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la
 OMS)

Dr Matthews Mathai

(Salud Materna, Neonatal, del Niño y Adolescente de la OMS)

Dr Olufemi Oladapo

(Departamento de Salud Reproductiva e Investigación OMS)

Dr João Paulo Souza

(Departamento de Salud Reproductiva e Investigación OMS)

Mariana Widmer

(Departamento de Salud Reproductiva e Investigación OMS)

C. Grupo de Examen Externo

Dr Edgardo Abalos

Vice Director

Centro Rosarino de Estudios Perinatales

Rosario

Argentina

Profesor Pisake Lumbiganon

Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de

Medicina

Universidad Khon Kaen

Khon Kaen

Tailandia

Profesor Suneeta Mittal

Oficial a cargo

Centro de Colaboración de la OMS para Investigación sobre
la Reproducción Humana

All India Institute of Medical Sciences

Nueva Delhi

India

Anexo 2. Resultados críticos e importantes para la toma de decisiones

Resultados críticos maternos

- Hiperestimulación uterina con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal que necesitan intervención
- Mortalidad materna
- Duración total del trabajo de parto
- Morbilidad materna grave
- Hemorragia posparto
- Parto vaginal no logrado dentro de las 24 horas, desde el inicio del trabajo de parto
- Duración de la primera etapa del trabajo de parto
- Cesárea por sufrimiento fetal

Resultados críticos neonatales

- Óbito fetal o muerte neonatal
- Morbilidad neonatal, exceptuando las malformaciones fatales (ej. convulsiones, asfixia al nacer)
- Puntuación de Apgar < 7 a los cinco minutos
- pH de sangre de la arteria umbilical < 7.1
- Trauma del parto (ej. cefalohematoma, parálisis de Erb, fractura ósea)

Resultados importantes maternos

- Hiperstimulation del trabajo de parto
- Trabajo de parto disfuncional
- Parto vaginal espontáneo
- Transfusión sanguínea
- Cesárea por trabajo de parto prolongado
- Corioamnionitis
- Efectos adversos de la amniotomía: prolapso, infección del cordón umbilical
- Intervalo de tiempo entre la amniotomía y el nacimiento del bebé
- Analgesia epidural
- Desgarros de tercer y cuarto grado
- Duración de la ruptura de membranas en el momento del parto
- Velocidad de la dilatación cervical (cm/h)
- Parto vaginal instrumental

- Depresión posnatal
- Embolia pulmonar
- Satisfacción con la experiencia del parto
- Hemorragia anteparto
- Estancia hospitalaria prolongada
- Rehospitización posparto
- Utilización de los servicios de salud materna (costo)
- Pirexia

Resultados importantes neonatales

- Ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales
- Necesidad de intubación en el parto
- Discapacidad en la infancia
- Estancia prolongada de los recién nacidos
- Reingreso a hospital de los recién nacidos
- Ictericia

Anexo 3. Resumen de las consideraciones relacionadas con la fuerza de las recomendaciones (planillas de balance)

Estas y todas las tablas BE se presentan en el documento de Base de Evidencia, disponible en: www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/augmentation-labour

Cuadro 1. Resumen de las consideraciones relacionadas con la fuerza de las recomendaciones (Recomendaciones Nos. 1–5)

Recomendación No.	1	2	3	4	5
Intervención					
Calidad de la evidencia	Partograma para seguimiento del progreso del TP <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	Tacto vaginal de rutina para valorar el progreso del TP <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	Paquete de cuidados para un manejo activo del TP <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja	Amniotomía temprana y oxitocina temprana para evitar retrasos <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	Intensificación con oxitocina en mujeres bajo analgesia epidural <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja
Valores y preferencias	<input checked="" type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa
Magnitud absoluta del efecto	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)
Balance de beneficios/desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos
Factibilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, globalmente <input type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente
Dirección de la recomendación	<input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Contra la intervención	<input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención
Calificación general	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil

Cuadro 2. Resumen de las consideraciones relacionadas con la fuerza de las recomendaciones (Recomendaciones Nos. 6–10)

Recomendación No.	6	7	8	9	10
Intervención	Amniotomía sola para prevenir el retraso del TP	Antiespasmódicos para prevenir el retraso del TP	Efecto del alivio del dolor sobre la duración del TP y conducción con oxitocina	Fluidos intravenosos para abreviar la duración del TP	Fluidos orales e ingesta de alimentos durante el TP
Calidad de la evidencia	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja
Valores y preferencias	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa
Magnitud absoluta del efecto	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)
Balace de beneficios/desventajas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input checked="" type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos
Factibilidad	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, globalmente <input type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente
Dirección de la recomendación	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Contra la intervención
Calificación general	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil

Cuadro 3. Resumen de las consideraciones relacionadas con la fuerza de las recomendaciones (Recomendaciones Nos. 11–15)

Recomendación No.	11	12	13	14	15
Intervención	Posición materna y movilidad durante el TP	Acompañamiento continuo durante el TP	Enema de rutina para mejorar los resultados del TP	Oxitocina sola para tratar el retraso del TP	Amniotomía temprana y oxitocina temprana para tratar el retraso
Calidad de la evidencia	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja
Valores y preferencias	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa
Magnitud absoluta del efecto	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)
Balance de beneficios/desventajas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input checked="" type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos
Factibilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, globalmente <input type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, globalmente <input type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente
Dirección de la recomendación	<input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Contra la intervención	<input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención
Calificación general	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación débil	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación débil	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil

Cuadro 4. Resumen de las consideraciones relacionadas con la fuerza de las recomendaciones (Recomendaciones Nos. 16–20)

Recomendación No.	16	17	18	19	20
Intervención	Esquema posológico de inicio alto e incremento de oxitocina para conducción	Misoprostol oral para conducción del TP	Amniotomía sola para tratar el retraso del TP	Amniotomía y oxitocina para tratar el retraso del TP	Tocodinometría interna contra externa en el TP acelerado
Calidad de la evidencia	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Muy baja
Valores y preferencias	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input checked="" type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa	<input type="checkbox"/> Sin variabilidad significativa <input checked="" type="checkbox"/> Variabilidad significativa
Magnitud absoluta del efecto	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)	<input type="checkbox"/> Efecto grande (RR>2 o RR<0.5) <input checked="" type="checkbox"/> Efecto pequeño (0.5<RR<2)
Balance de beneficios/desventajas	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input checked="" type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input checked="" type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios	<input type="checkbox"/> Los beneficios superan a las desventajas <input checked="" type="checkbox"/> Beneficios y desventajas equilibradas <input type="checkbox"/> Desventajas superan beneficios
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input type="checkbox"/> Más intensivo en recursos	<input type="checkbox"/> Menos intensivo en recursos <input checked="" type="checkbox"/> Más intensivo en recursos
Factibilidad	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, globalmente <input type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sí, globalmente <input type="checkbox"/> Sí, condicionalmente	<input type="checkbox"/> Sí, globalmente <input checked="" type="checkbox"/> Sí, condicionalmente
Dirección de la recomendación	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención	<input checked="" type="checkbox"/> A favor de la intervención <input type="checkbox"/> Contra la intervención	<input type="checkbox"/> A favor de la intervención <input checked="" type="checkbox"/> Contra la intervención
Calificación general	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil	<input type="checkbox"/> Recomendación fuerte <input checked="" type="checkbox"/> Recomendación débil

Cuadro 5. Plantilla para el resumen de las consideraciones relacionadas con la fuerza a las recomendaciones con explicaciones para completar la plantilla

Recomendación	¿Qué recomendación?
Intervención	¿Cuál es la intervención??
Calidad de la evidencia	<p>Cuanto mejor la calidad de la evidencia, más fuerte la recomendación.</p> <p>Si la calidad de la evidencia es baja o muy baja, considerar más cuidadosamente los otros criterios a continuación al decidir la fuerza de la recomendación.</p>
Valores y preferencias	<p>Esto se refiere a los valores planteados por los trabajadores de la salud, diseñadores de políticas, pacientes y otras partes interesadas en los resultados buscados con la intervención.</p> <p>Si hay una amplia variabilidad entre los valores y preferencias de diversas partes interesadas, es menos probable que la intervención reciba una recomendación fuerte.</p>
Magnitud absoluta del efecto	<p>Esto se refiere al potencial de que la intervención tenga grandes efectos. Los efectos pueden mejorarse al combinarse con otras intervenciones. Considerar qué posibles asociaciones (o "atados") podrían mejorar los efectos.</p> <p>Cuanto mayores los potenciales efectos y más largo el período de tiempo de los efectos potenciales, más probabilidades tiene la intervención de tener una recomendación fuerte.</p>
Balance de beneficios/desventajas	<p>Los beneficios se refieren a los efectos positivos que se busca con una intervención.</p> <p>Las desventajas se refieren a los efectos potencialmente negativos de una intervención, así como sus efectos no pretendidos.</p> <p>Cuanto menos efectos negativos potenciales haya, más probable es que la intervención reciba una fuerte recomendación.</p>
Uso de recursos	<p>Los recursos necesarios para la implementación de una recomendación pueden incluir recursos financieros, recursos humanos, e infraestructura o equipos. Idealmente, el costo de los beneficios de una intervención debe ser razonable, asequible y sostenible. No olvidar que los costos del capital, como los que se necesitan para desarrollar la infraestructura, pueden ser altos inicialmente, pero pueden dar beneficios a largo plazo.</p> <p>Generalmente, es menos probable que las intervenciones que incurrir en costos incrementales o recurrentes más altos reciban una recomendación fuerte.</p>
Factibilidad	<p>El compromiso político y el involucramiento de muchas partes interesadas son prerequisites para las intervenciones. La factibilidad 'técnica' de las intervenciones también depende de estructuras organizativas e institucionales suficientemente funcionales para gestionar, hacer pasar y hacer el seguimiento de la aplicación de la recomendación. Los elementos de factibilidad técnica varían considerablemente por país y por contexto; en las instancias en la que es probable que estos elementos sean funcionales en una serie amplia de condiciones es más probable que la intervención reciba una recomendación fuerte.</p>
Dirección de la recomendación	
Calificación general	Fuerza de la recomendación.

Por más información, por favor, comunicarse con:
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth



ISBN

