

Acompañando Mejores Nacimientos

Manual de Referencia Basado en Medicina
con Evidencia para Proveedores de
Servicios de Salud Reproductiva



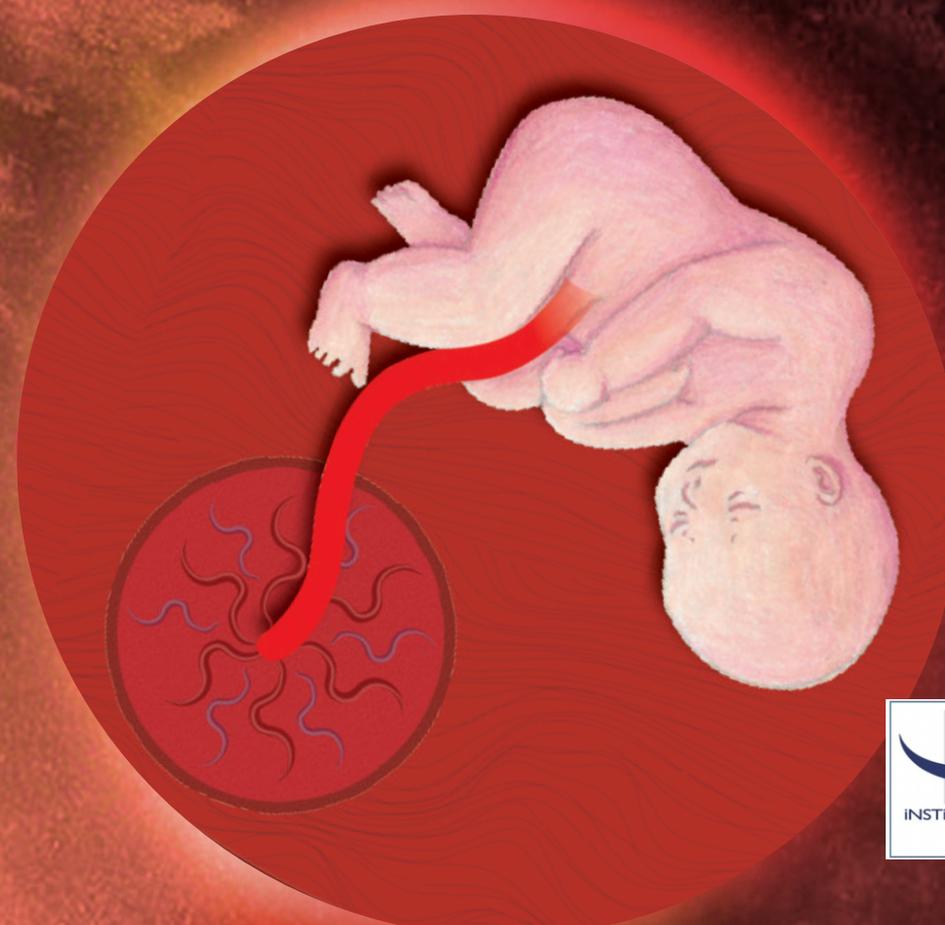
Revisado y re editado por:

Iris Meza, Alina Bishop

Diseño: Marcela Barragán

Ilustrado por: Itzel Tello

**Edición Especial
para México 2020**



Principios de la iniciativa Mejores Partos/Nacimientos

HUMANIDAD: MUJERES TRATADAS CON RESPETO

BENEFICIO: ATENCIÓN BASADA EN LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE

COMPROMISO: PROFESIONALES DE LA SALUD COMPROMETIDOS
EN MEJORAR LA SALUD

ACCIÓN: ESTRATEGIAS EFECTIVAS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA ACTUAL

Qué es la iniciativa “Mejores Partos/Nacimientos”

Es una compilación de recomendaciones para proveedores comprometidos con la mejor calidad en la atención de partos y nacimientos, basada en las evidencias científicas internacionales y en los lineamientos legales mexicanos más actuales.

Las prácticas recomendadas, que se basan en la experiencia exitosa de servicios públicos de otros países y en estados mexicanos como San Luis Potosí, Guerrero, Hidalgo y Morelos, producen experiencias de parto más placenteras para las mujeres al mismo tiempo que corresponden directamente con la facilidad y satisfacción profesional del personal que brinda el servicio de atención de los partos y nacimientos.



Agradecimientos

Edición 2020 financiada por Women Strong International para Mujeres Aliadas AC

Revisado y re editado por:

Iris Meza Bernal
irismbernal@gmail.com

Alina Bishop Velarde
alinabishopv@gmail.com

Diseño:

Marcela Barragán

Ilustración:
Itzel Tello

Copyright protected

La presente re edición se basó en el manual producido por la Iniciativa Better Births, una colaboración entre:

The Effective Care Research Unit, University of Witwatersrand; Liverpool School of Tropical Medicine; Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand.

Financiado por: Department for International Development, UK
SA Medical Research Council

International Childbirth Education Association

Autores:

Helen Smith, Heather Brown, Justus Hofmeyr, Kim Dickson Tetteh, Paul Garner, Helen Rees

Financiado en su impresión en México por:
Fondo Proequidad
Instituto Nacional de las Mujeres.

Traducido y adaptado por:
Glenda Furszyfer

Edición 2000

PARTO LIBRE, A.C.
www.partolibremexico.org

¡Gracias!

Qué es la atención materna basada en evidencia

La Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 (en adelante NOM 007) y la Guía de Práctica Clínica, Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo 2019 (en adelante GPC) proporcionan los lineamientos a seguir en la atención de las mujeres en labor de parto y parto. Su revisión nos ha mostrado que es necesario hacer modificaciones en algunos procedimientos e intervenciones que aún se realizan en centros de atención pública a la salud materna. Algunas intervenciones incluso se consideran ya inapropiadas, incómodas y dañinas para la mujer.

Una atención adecuada y respetuosa de los derechos de las mujeres que reciben atención a su salud, se basa en intervenciones y procedimientos justificados por investigaciones científicas actualizadas, conocidas como medicina basada en evidencia. Algunos hospitales y centros de salud públicos han hecho la revisión de las evidencias más actualizadas y su personal está practicando aquellas intervenciones que benefician a las mujeres y erradicando las identificadas como potencialmente dañinas y humillantes.

Qué información puedo encontrar en este manual

Este manual retoma algunos procedimientos rutinarios presentando beneficios y riesgos de cada uno y expone de forma sintética las recomendaciones con base en las evidencias que se encuentran en las bibliotecas de Salud Reproductiva de la OMS y Cochrane, reflejadas en la NOM 007 y GPC de México.

Qué dice la evidencia acerca de:

1.- Acompañamiento durante el trabajo de parto.	6
2.- Evitar rasurado de vello púbico.....	7
3.- Evitar enemas.....	8
4.- Ingesta de líquidos y comida durante el trabajo de parto.....	9
5.- Movilidad o deambulación durante el trabajo de parto.....	10
6.- Reducción del uso de amniotomía temprana.....	11
7.- Diferentes posiciones para el expulsivo.....	12
8.- Evitar la episiotomía rutinaria.....	13
9.- Uso de oxitocina en la tercera etapa del trabajo de parto.....	14
10.- Pinzamiento tardío versus temprano del cordón umbilical en el recién nacido.....	15
11.- Estimular el contacto piel a piel temprano para las madres y su recién nacido.....	16
12.- Reservar succión para bebés que presentan meconio.....	17
13.-La atención obstétrica durante la pandemia por COVID-19.....	18



Acompañamiento durante el trabajo de parto¹

Existe evidencia para sugerir que las mujeres que son apoyadas durante el trabajo de parto por su pareja, un amigo/a, familiar, doula o partera reciben varios beneficios, sin efectos dañinos si la mujer es quien elige a su acompañante.

Un/a acompañante de confianza brinda apoyo emocional, comodidad, aliento, contacto físico y una presencia amigable que favorece la producción de oxitocina y el proceso de las etapas del trabajo de parto, parto y postparto.

BENEFICIOS

- El trabajo de parto puede ser más corto.
- Se necesitan menos intervenciones durante el trabajo de parto.
- Puede no necesitarse medicación para el dolor.
- Es menos frecuente la cesárea o el parto instrumental.
- La puntuación de APGAR puede ser mayor.

- Las mujeres que reciben apoyo durante el trabajo de parto a menudo se sienten a gusto consigo mismas, con sus partos y sus bebés

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- No hay registro de perjuicio asociado con el apoyo continuo de acompañante si fue elegida/o por la mujer.



Evitar rasurado de vello púbico²

En el pasado se rasuraba el vello púbico rutinariamente como preparación al parto y se creía que esto tenía muchos beneficios.

Hoy en día se reconoce ampliamente que rasurar a las mujeres es un procedimiento innecesario.

Si usted deja de rasurar, estará disminuyendo la incomodidad y vergüenza de las mujeres, y al mismo tiempo reducirá el riesgo de infección por VIH tanto para la mujer como para el personal.

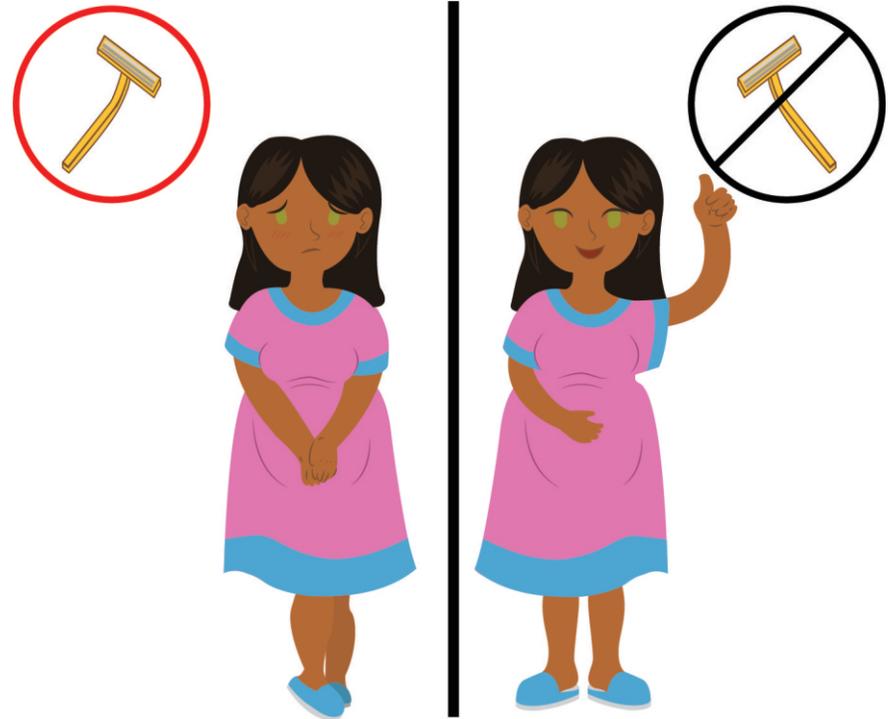
BENEFICIOS

Se cree que el rasurado puede:

- Reducir las infecciones en presencia de un desgarro o episiotomía.
- Facilitar la sutura de desgarros o cortes.

Sin embargo, no existe evidencia que sugiera que esto sea verdad.

En NOM 007: 5.5.9; en GPC 2019: P.16



RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- Algunas mujeres se sienten avergonzadas si se les rasura su vello púbico.
- Algunas mujeres sienten muchísima incomodidad cuando el vello crece nuevamente.
- Otros efectos secundarios incluyen: enrojecimiento, mucha comezón y quemazón de la vulva.
- Si el rasurado se realiza rutinariamente con una navaja no estéril, se puede incrementar el riesgo de infección por VIH.

Evitar enemas³



Los enemas aún son muy utilizados en admisión para preparar a la mujer en trabajo de parto.

El uso de enemas es innecesario en todos los casos.

Los enemas pueden ser incómodos para la mujer, y el procedimiento significa un gasto adicional.

Cuando no se realiza un enema, la materia fecal expulsada es más sólida y más fácil de remover que cuando esta se expulsa después de un enema.

No existe evidencia suficiente para recomendar el uso rutinario de enemas y se requieren más estudios antes de que se puedan evaluar correctamente los beneficios y perjuicios.

Sólo se debe realizar un enema si la mujer lo pide.

BENEFICIOS

Se cree que :

- Un intestino vacío ayuda al descenso de la cabeza fetal.
- Los enemas pueden reducir la contaminación y por ende, el riesgo de infección.

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- No hay efectos dañinos.

No existe evidencia que sugiera que esto sea cierto.

Ingesta de líquidos y comida durante el trabajo de parto⁴



En muchos hospitales no se permite a las mujeres comer y beber durante el trabajo de parto. La razón principal suele ser el temor a la broncoaspiración del contenido gástrico durante una anestesia general. Esta es una consideración seria. Sin embargo, restringir la ingesta de comida y líquidos no garantiza un estómago vacío; y los ensayos de varios métodos han demostrado que no es posible reducir el contenido estomacal al 100 por ciento.

El ayuno no protege a las mujeres de broncoaspirar el contenido estomacal durante la anestesia general.

Esto sólo puede lograrse utilizando técnicas anestésicas que protejan las vías aéreas (y usando anestesia epidural cuando sea posible).

En NOM 007: 5.5.5; en GPC 2019: P.18

El trabajo de parto requiere de muchísima energía y puede durar muchas horas; las mujeres necesitan mantener altos sus niveles de energía.

La restricción de ingesta oral puede derivar en una deshidratación y cetosis, lo cual es tratado usualmente con una solución intravenosa.

Algunas mujeres pueden no desear comer durante el trabajo de parto, pero la mayoría necesita beber.

Las mujeres son capaces de regular lo que ingieren, e intuitivamente evitan la comida pesada.

En trabajos de parto normales y de bajo riesgo, evite interferir con el deseo de las mujeres de ingerir comida y líquidos.

BENEFICIOS

- Se mantienen los niveles de energía.
- Se evita la deshidratación.
- Se evitan complicaciones provocadas por falta de comida (cetosis).

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- Las mujeres pueden sentir náuseas si ingieren alimentos pesados durante el trabajo de parto.

Movilidad o deambulación durante el trabajo de parto⁵

Durante la primer etapa de trabajo de parto, usted puede preferir restringir a las mujeres a la cama y que se acuesten en posición supina para que sea más fácil realizar los exámenes y monitorear el progreso.

Varios estudios demuestran que la posición supina afecta el flujo de sangre al útero, y puede reducir la intensidad de las contracciones. Estar de pie o acostada de lado puede ser más benéfico para la mujer.

Mientras no haya complicaciones, las mujeres deberían ser alentadas a caminar, elegir otras posiciones más cómodas e incluso darse un baño durante el trabajo de parto.

Ninguna posición es cómoda si se mantiene durante mucho tiempo; aliente a las mujeres a cambiar periódicamente a las posiciones que más les acomoden a ellas.

No existe evidencia que apoye la indicación de descanso estricto en cama durante la primer etapa de trabajo de parto.

En NOM 007: 5.5.5; en GPC 2019: P.19, 49



BENEFICIOS

- Estar de pie o acostada de lado está asociado a mayor intensidad de contracciones y mejor progreso del trabajo de parto.
- El trabajo de parto puede ser menos doloroso si la mujer puede moverse libremente por el lugar.
- La conducción con oxitocina es menos frecuente.

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- No hay registro de daños asociados cuando se permite a la mujer moverse libremente y adoptar diferentes posiciones durante la primer fase del trabajo de parto.

Reducción del uso de amniotomía temprana sistemática⁶

La ruptura artificial de membranas ha sido ampliamente practicada por varias décadas como parte del manejo activo del trabajo de parto.

Se pensaba que la ruptura artificial de membranas podría reducir el riesgo de una cesárea.

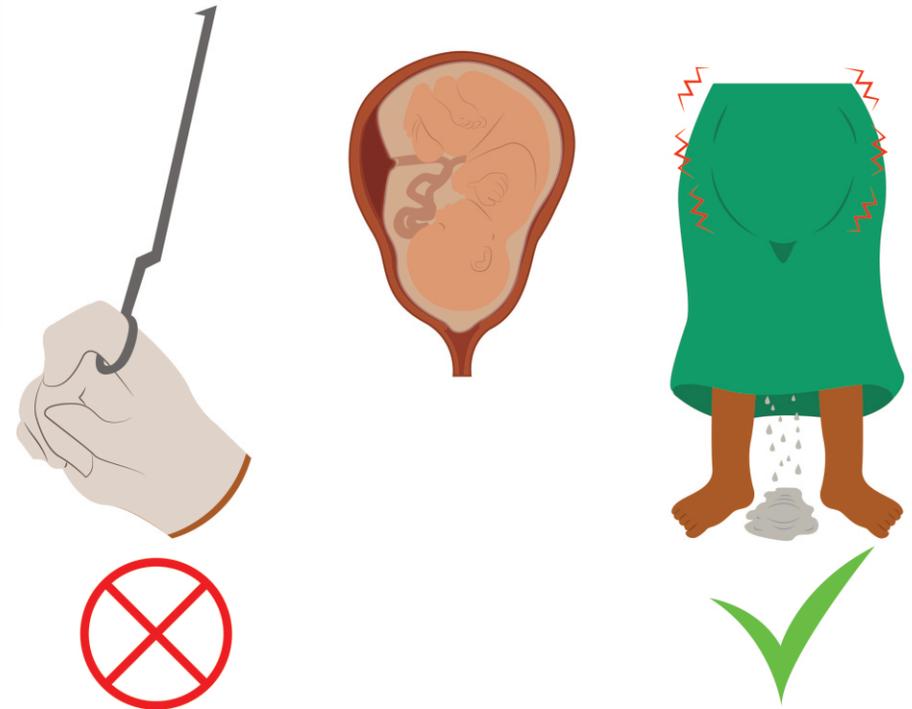
Más recientemente, los estudios han evaluado demorar este procedimiento, o conservar las membranas intactas.

Según resultados de la revisión de las últimas evidencias, no es posible recomendar la introducción de la amniotomía sistemática como parte del tratamiento y la atención durante el trabajo de parto.

Adicionalmente, la ruptura artificial de membranas es un riesgo potencial para la transmisión de VIH de madre a bebé.

Hasta que exista mayor evidencia, la amniotomía debería reservarse para aquellas mujeres que tengan trabajos de parto anormales o con progreso lento.

En GPC 2019: P.20, 49



BENEFICIOS

- Permite un proceso fisiológico del trabajo de parto.
- Reducción de posibles infecciones en madre y bebé.
- Reducción de necesidad de cesárea.
- Mayor satisfacción materna con la experiencia del parto.
- Disminuye el riesgo de APGAR menor de 7 a los 5 minutos.

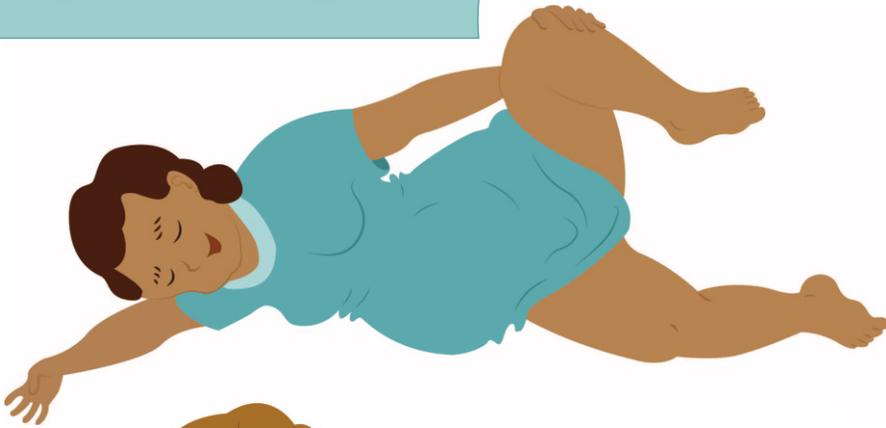
RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- No hay registro de daños asociados.

Diferentes posiciones para el expulsivo⁷

Frecuentemente durante la segunda etapa del trabajo de parto, las mujeres son forzadas a acostarse en posición supina o dorsal para el expulsivo. Un gran número de estudios sugiere que una posición levantada, o semilevantada es más benéfica que una posición supina.

El personal de guardia del área de labor necesita familiarizarse con otras posiciones para el expulsivo, y atender a las mujeres que prefieran adoptar una posición vertical o en cuclillas. Como primer paso, se puede usar una posición vertical sobre la cama durante el pujo, y pedir a la madre que se acueste cuando corone la cabeza.



BENEFICIOS

- Menos incomodidad al pujar.
- Menos dolor durante todo el proceso.
- Trauma perineal y vaginal puede reducirse.

- APGAR mas alto para el bebé.

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- Parir en posición vertical puede incrementar el volumen de pérdida de sangre.

Evitar la episiotomía rutinaria⁸

En algunas partes del mundo se acostumbra rutinariamente cortar la piel y músculos que rodean la vagina para permitir al bebé nacer, especialmente en primíparas.

Se justifica el uso de la episiotomía porque se cree que previene el daño al esfínter anal y el recto, es más fácil de suturar y permite una mejor cicatrización que un desgarro natural.

La episiotomía acarrea un gran número de riesgos, y la evidencia sugiere que su uso rutinario no reduce el trauma perineal ni mejora la cicatrización.

Existe clara evidencia para recomendar un uso restringido de la episiotomía.

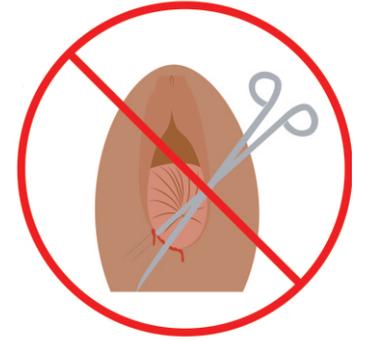
Adicionalmente, el personal que realiza episiotomías está en riesgo de infección por VIH.

BENEFICIOS

No existe evidencia de ningún beneficio asociado al uso rutinario de episiotomía, pero puede ser utilizada en las siguientes circunstancias:

- Para prevenir desgarros serios de tercer grado.
- Si hay sufrimiento fetal.
- Si el trabajo de parto no está progresando.

En NOM 007: 5.5.9; en GPC 2019: P.25, 49



RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- Trauma perineal.
- Cicatrización complicada (infecciones).
- Dolor durante un largo tiempo posterior al parto.
- Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).
- Demora en el amamantamiento si la mujer no se puede sentar en posición recta mientras el corte cicatriza.
- Riesgo de transmisión vertical de VIH.



Uso de oxitocina en la tercera etapa del trabajo de parto⁹

Las hemorragias postparto son una causa significativa de muertes maternas. La evidencia muestra que el sangrado después del parto puede reducirse mediante el manejo activo de la tercera etapa de parto.

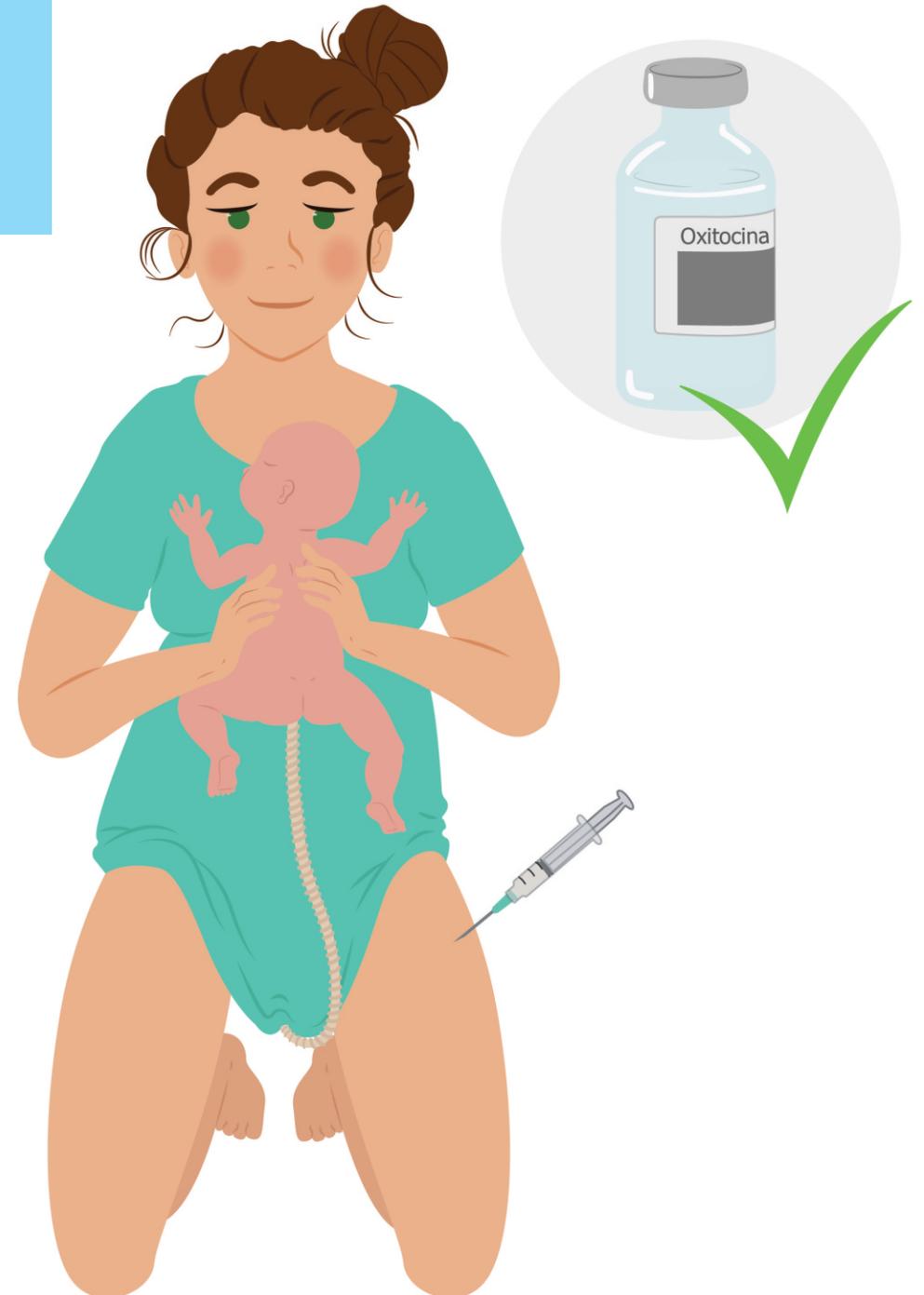
Esto incluye administrar una droga oxicítica. Aplicar 10 unidades intravenosas o intramusculares de Syntocinon (Oxitocina sintética) es casi tan efectivo como usar ergometrina, con la ventaja de que tiene menos efectos secundarios y es segura para mujeres con hipertensión.

BENEFICIOS

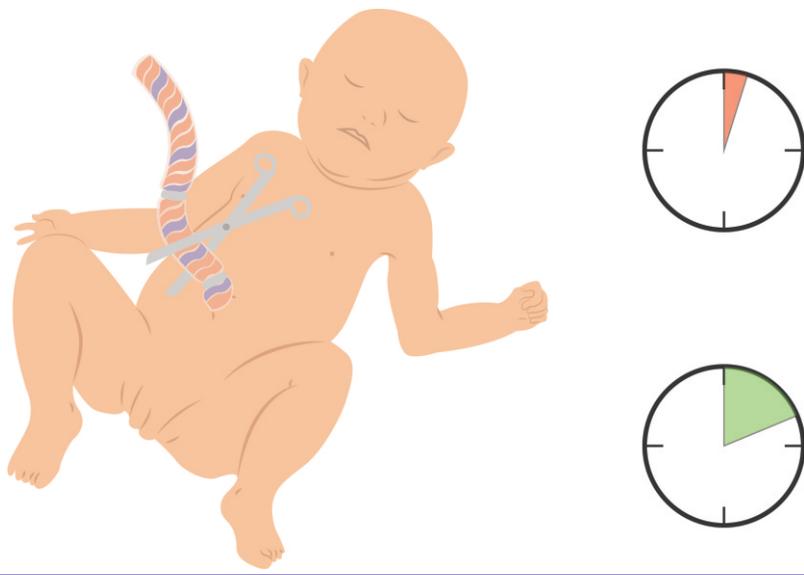
- Reduce la pérdida de sangre después del parto.

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- Requiere inyección intramuscular o intravenosa.



Pinzamiento tardío del cordón umbilical¹⁰



BENEFICIOS

- Facilita la transfusión de sangre entre la placenta y el neonato.
- Hematocrito alto durante 4/6 horas después del nacimiento.
- Menor cantidad de transfusiones por anemia o presión arterial baja.
- Menor cantidad de hemorragias intraventriculares.

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- No facilita la reanimación inmediata del recién nacido.
- Aumento de policitemia en una condición benigna.

Las evidencias y lineamientos mexicanos recomiendan el pinzamiento del cordón umbilical entre los 60 y 180 segundos posteriores al nacimiento

El pinzamiento precoz permite la reanimación inmediata del recién nacido.

El pinzamiento tardío puede facilitar la transfusión de sangre entre la placenta y el neonato.

El pinzamiento tardío del cordón, con un retraso de 60 a 180 segundos, parece estar asociado con una menor necesidad de transfusión una menor incidencia de hemorragias intraventriculares en comparación con el pinzamiento precoz del cordón.

El pinzamiento tardío del cordón, con un retraso de 30 a 120 segundos, parece estar asociado con una menor necesidad de transfusión y una menor incidencia de hemorragias intraventriculares.

Es benéfico para el recién nacido y sus beneficios se extienden en la infancia.

Está asociado con un aumento de policitemia, sin embargo ésta se presentó en una condición benigna.

Estimular contacto piel-a-piel temprano para las madres y su recién nacido¹¹

La separación de la madre de su neonato después del nacimiento es frecuente en la cultura occidental.

El contacto piel a piel temprano comienza de forma ideal en el momento del nacimiento e incluye la colocación del neonato desnudo, cubierto con una manta caliente, en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre.

BENEFICIOS

- El contacto íntimo piel a piel evoca conductas neurológicas que aseguran la satisfacción de las necesidades biológicas básicas.
- Mejora los resultados de lactancia materna.
- Facilita el apego temprano entre la madre y el neonato.
- Reduce el llanto del recién nacido.
- Beneficia la estabilidad cardiorrespiratoria del recién nacido.

En NOM 007: 3.2; en GPC 2019: P.30, 49

Según la neurología de los mamíferos, el contacto íntimo inherente en este lugar (hábitat) evoca conductas neurológicas que aseguran la satisfacción de las necesidades biológicas básicas.

Este período de tiempo puede representar un período de "reconocimiento sensible" psicofisiológico para programar la conducta futura.

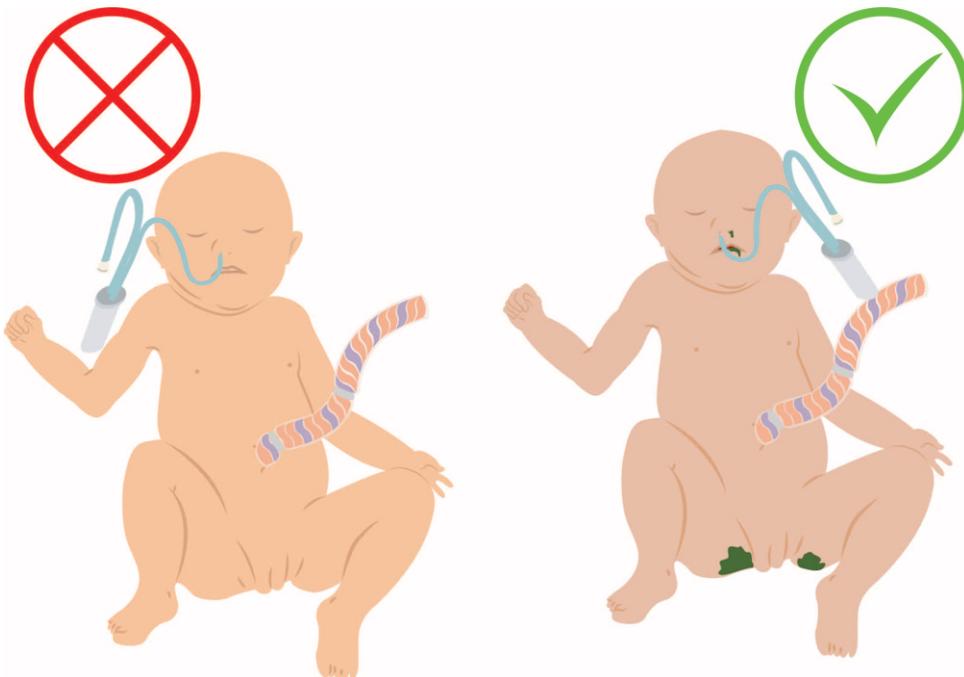
El facilitar el contacto temprano piel a piel puede beneficiar los resultados de lactancia materna, el apego temprano entre la madre y el neonato, el llanto del recién nacido y la estabilidad cardiorrespiratoria, y no presenta efectos negativos a corto o a largo plazo.

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- No presenta efectos negativos.



Reservar succión para bebés que presentan meconio¹²



BENEFICIOS

- Existen beneficios en succionar solamente a los bebés CON meconio presente.

La aspiración nasofaríngea rutinaria a todos los recién nacidos es innecesaria y costosa.

Se recomienda succionar en el parto solamente a aquellos bebés con meconio presente.

RIESGOS Y/O EFECTOS DAÑINOS

- Riesgo de complicaciones por aspiración cuando se aspira a recién nacidos SIN meconio presente.
- También se cree que la succión puede causar abrasiones que incrementan el riesgo de transmisión de VIH al bebé.

La atención obstétrica durante la pandemia por COVID-19¹³



1. Dado que no es posible establecer unidades libres de COVID-19, las medidas de prevención y mitigación se mantienen en todas las unidades y niveles de atención. (Pag 6 *Lineamiento para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 2: 20 de julio, 2020.Gobierno de México).

2. Reforzar las medidas de prevención

- Reforzar lavado de manos con agua y jabón y técnica apropiada (o uso de alcohol en gel a una concentración superior al 60%).
- Aumentar la frecuencia de limpieza de los espacios y desinfección de superficies de alto contacto.
- Desinfección de equipo médico conforme a las especificaciones. (Pag 7 y Pag 4-7Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados).

3. Medidas de protección personal para la atención de la salud reproductiva:

MEDIDA DE PROTECCIÓN PERSONAL	Procedimiento invasivo / generación de aerosoles / COVID-19 confirmado (Distancia < 1 m)	Vigilancia y Atención del parto en pacientes asintomáticas/sospechosas/ confirmadas	Hospitalización y exploración física	Consulta externa y triage (Distancia > 1 m)	Administrativo / vigilancia o intendencia (no reconversión) (Distancia > 1 m)
Higiene de manos	SI	SI	SI	SI	SI
Guantes	SI	SI	SI	NO	NO
Mascarilla quirúrgica	NO	NO	SI	SI	SI
Respirador N95	SI	SI	SI	NO	NO
Googles o careta	SI	SI	SI	SI	NO
Bata	SI	SI	SI	NO	NO
Desinfección de superficies de contacto	SI	SI	SI	SI	SI

(Pag. 7).

4. Agilizar la incorporación de personal de salud dedicado a la atención obstétrica, incluyendo la enfermería obstétrica y la partería profesional, que permitan asegurar la disponibilidad de recursos humanos para la atención. (Pag 9).

5. Atención prenatal: A partir de la primera consulta y si las condiciones lo permiten, se puede establecer un seguimiento telefónico entre la mujer gestante y la unidad de salud. Dicho seguimiento a distancia permitirá valorar la posibilidad de espaciar o abreviar las consultas subsecuentes de acuerdo con las necesidades identificadas en cada caso, así como la identificación oportuna de factores de riesgo.

Integrar en las consultas datos de alarma respiratoria, obstétrica, identificación de violencia, acciones de prevención y promoción de la salud. (Pag 16- 18).

6. Ingreso a la unidad para resolución obstétrica se recomienda:

- Realizar filtro de supervisión al ingreso y en sala de espera. Reconocer factores de riesgo y sintomatología para sospecha de COVID-19.
- Limitar el número de acompañantes en sala de espera al número mínimo indispensable, asegurando la sana distancia.
- uso de cubrebocas para las personas que ingresan (Pag 4).



7. La mujer en trabajo de parto puede y debe acompañarse de una persona de apoyo constante, presumiblemente sana y de su elección, que cuente con la protección de contacto y por gotas mínima adecuada, o bien, de algún miembro del equipo de salud, como personal de enfermería obstétrica, partería profesional, partería tradicional o doula, cuando sea posible, a fin de mantener las condiciones que permitan una experiencia de parto positiva. (Pag 22).

8. Se recomienda el alojamiento conjunto en un área destinada que permita guardar la sana distancia, limitando al máximo las visitas de familiares, garantizando que la madre reciba la asesoría adecuada para la lactancia –o en su caso, extracción de leche materna– y ésta la lleve a cabo, con las medidas de prevención por gotas y contacto. (Pag 23).



9. Lactancia materna: No hay evidencia sólida de transmisión de SARS-CoV-2 a través de la leche materna, por lo que se recomienda que la lactancia sea iniciada y mantenida aún en caso de infección confirmada, con medidas de prevención para disminuir el riesgo de transmisión del virus a través de gotitas respiratorias durante el contacto físico. (Pag 27).

10. Consideraciones en la atención desde el marco de los derechos humanos: La atención del embarazo, aborto, parto, puerperio y de la persona recién nacida, debe estar

centrada en la mujer, en sus necesidades, preferencias y características particulares, basada en la mejor evidencia científica disponible y organizada de tal manera que respete su dignidad, privacidad, confidencialidad, sea libre de daño y maltrato, que permita el ejercicio de su autonomía y su autodeterminación para la toma de decisiones bajo consentimiento informado. (Pag 34).

Fuentes

1 Acompañamiento durante el trabajo de parto

Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. 2019. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Review 2019. Issue 3. Art. No.: CD012449. DOI: 10.1002/14651858. CD012449.pub2. www.cochranelibrary.com/es

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. 2017. Continuous support for women during childbirth (Apoyo continuo para las mujeres durante el parto). Cochrane Database of Systematic Review 2017. Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858. CD3766. Pub6. www.cochranelibrary.com/es

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 2, 2008. Oxford: Update Software.

2 Evitar rasurado del vello púbico

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Rasurado perineal sistemático al ingreso en trabajo de parto). Cochrane Database of Systematic Review 2014. Issue 11. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858. CD001236. Pub2. www.cochranelibrary.com/es

3 **Evitar enemas** Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. 2013. Enemas during labour (Enemas durante el trabajo de parto). Cochrane Database of Systematic Review 2013. Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858. CD000330. Pub4. www.cochranelibrary.com/es

4 Ingesta de líquidos y comida durante el trabajo de parto

Dekker Rebecca, Evidence on: Eating & Drinking during Labor (comer durante el parto). Disponible en EvidencebasedBirth.com

Dekker Rebecca, Evidence on: IV Fluids during Labor (Hidratación parenteral durante el parto). Disponible en: <https://evidencebasedbirth.com/iv-fluids-during-labor/>

Singata M, Tranmer J, Gyte GML. 2013. Restricting oral fluid and food intake during labour (Restricción de líquidos y de ingesta de alimentos por vía oral durante el trabajo de parto). Cochrane Database of Systematic Review 2013. Issue 8. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858. CD003930. Pub3. www.cochranelibrary.com/es

5 Movilidad o deambulación durante el trabajo de parto

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. 2013. Maternal positions and mobility during first stage labour (Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto). Cochrane Database of Systematic Review 2013. Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858. CD003934. Pub4. www.cochranelibrary.com/es

6 **Reducción del uso de amniotomía temprana** Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. 2013. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Review 2013. Issue 6. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858. CD006167.pub4. www.cochranelibrary.com/es

7 Diferentes posiciones para el expulsivo

Dekker, Rebecca. The Evidence on: Birthing Positions. (Posiciones de Parto). Disponible en: <https://evidencebasedbirth.com/evidence-birthing-positions/Desseauve, David.>

Fradet Laetitia, Lacouture Patrick, Pierre Fabrice. Is there an impact of feet position on squatting birth position? An innovative biomechanical pilot study. (El impacto de la posición de cuclillas en el parto).

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. 2017. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Posición durante el período expulsivo para mujeres sin anestesia epidural). Cochrane Database of Systematic Review 2017. Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858. CD002006. Pub4. www.cochranelibrary.com/es

Fuentes

8 Evitar la episiotomía rutinaria.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. 2017. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Uso de la episiotomía selectiva versus sistemática para el parto vaginal). Cochrane Database of Systematic Review 2017. Issue 2. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858. CD000081. Pub3. www.cochranelibrary.com/es

9 Uso de oxitocina en la tercera etapa de trabajo de parto

Salati JA, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE. 2019. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage (Oxitocina profiláctica en el alumbramiento para prevenir la hemorragia posparto). Cochrane Database of Systematic Review 2019. Issue 4. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858. CD001808. Pub3. www.cochranelibrary.com/es

10 Pinzamiento tardío versus temprano del cordón umbilical en neonatos a término y pretérmino.

McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. 2013. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Efecto del momento de pinzamiento del cordón umbilical en recién nacidos a término sobre los resultados en la madre y el neonato). Cochrane Database of Systematic Review 2013. Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858. CD004074.pub3. www.cochranelibrary.com/es

11 Estimular el contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos.

Moore_ER, Bergman_N, Anderson_GC, Medley_N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L. 2019. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Efecto del momento adecuado para el pinzamiento del cordón umbilical y otras estrategias para influir en la transfusión). Cochrane Database of Systematic Review 2019. Issue 9. Art. No.: CD003248. DOI: 10.1002/14651858. CD003248.pub4. www.cochranelibrary.com/es

12 Reservar la succión para bebés que presenten meconio

Foster JP, Dawson JA, Davis PG, Dahlen HG. Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD010332. DOI: 10.1002/14651858.CD010332.pub2. www.cochranelibrary.com

13 La atención obstétrica durante la pandemia por COVID - 19

Lineamiento Para La Prevención Y Mitigación De COVID-19 En La Atención Del Embarazo, Parto, Puerperio Y De La Persona Recién Nacida. [online] Available at: <<https://www.gob.mx/salud/cnegrp/prensa/lineamiento-para-la-prevencion-y-mitigacion-de-covid-19-en-la-atencion-del-embarazo-parto-puerperio-y-de-la-persona-recien-nacida?idiom=es>> [Accessed 27 August 2020].